

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.Y a. Horbachevsky

NURSING

UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

3/2011

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 № 4 від 27.09.2011 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 | Пухальська О. І. |
| Оформлення обкладинки | Кушик П. С. |

Підп. до друку 28.09.2011. Формат 60x84/8.
Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. №1
Ум. друк. арк. 3,49. Обл.-вид.арк. 2,84
Тираж 600. Зам. № 239

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

ЗМІСТ

С. О. Ястремська, О. С. Усинська
Роль медичних сестер у паліативній
(хоспісній) допомозі

4

*С. О. Ястремська, О. С. Усинська,
І. Я. Господарський, Н. І. Рега*
Дистанційна форма навчання в
медсестринстві – перші результати
впровадження

8

*А. А. Гудима, О. М. Креховська-Лепявко,
Б. А. Локай, Ю. М. Когунь, Д. В. Козак*
Історія розвитку швидкої медичної
допомоги: від минулого до сьогодення

10

О. В. Батюх
Важливість дослідження особистісної
тривожності у студентів першого курсу

14

М. А. Федишин-Сорока, Д. В. Козак
Надання екстреної медичної допомоги в
Україні

17

Р. М. Паращук
Вплив соціальних факторів на розвиток
тривожно-фобічних невротичних розладів

20

Н. В. Климчук
Хірургічне лікування катаракти в сучасних
клініках

22

М. Ю. Кохан
Методи діагностики цукрового діабету

24

О. М. Кіт, Д. О. Ковальчук
Обґрунтування вибору методу хірургічного
лікування хворих на гострий холецистит

27

CONTENTS

S. O. Yastremska, O. S. Usynska
Role of nurses in the palliative (hospice)
care

S. O. Yastremska, O. S. Usynska,
I. Ya. Hospodarskyi, N. I. Reha
Distance learning in Nursing – the first
results of introduction

A. A. Hudyma, O. M. Krekhovska-
Lepyavko, B. A. Lokay, Yu. M. Kohun,
D. V. Kozak
History of ambulance development :
from the past to the present time

O. V. Batiukh
The importance of the personal anxiety
research among the first-year students

M. A. Fedyshyn-Soroka, D. V. Kozak
Emergency medical care in Ukraine

R. M. Parashchuk
Influence of social factors on the
development of anxiety-phobical neurotic
disorders

N. V. Klymchuk
The surgical treatment of the cataract in the
modern clinics

M. Yu. Kokhan
The diabetes mellitus methods of
diagnostics

O. M. Kit, D. O. Kovalchuk
The argumentation of choice of acute
cholecystitis surgical treatment method

РОЛЬ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У ПАЛІАТИВНІЙ (ХОСПІСНІЙ) ДОПОМОЗІ (Присвячено Всесвітньому Дню хоспісів та паліативної допомоги)

С. О. Ястремська, О. С. Усинська

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

Медсестра з паліативної допомоги – медичний працівник, який лікує та консультує пацієнтів, які помирають від невиліковної хвороби. Медсестри співпрацюють із лікарями та іншими медичними працівниками, щоб діагностувати, лікувати та доглядати за пацієнтами із прогресуючими симптомами смертельної хвороби. Вони допомагають пацієнтам та членам їх сімей долати складні наслідки шляхом надання інформації, консультацій та підтримки.

ROLE OF NURSES IN THE PALLIATIVE (HOSPICE) CARE (Dedicated to the World Day of Hospices and Palliative care)

S. O. Yastremska, O. S. Usynska

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

A palliative care nurse is a health care professional who provides treatment and counsel to patients who are dying of incurable illnesses. Nurses work with physicians and other medical professionals to diagnose, treat, and care for individuals with progressive terminal conditions. They help patients and their family members cope with very difficult circumstances by providing information, counseling, and support.

Вступ. Всесвітній День хоспісної і паліативної допомоги проводиться щорічно в другу суботу жовтня. Організатором Всесвітнього Дня хоспісної та паліативної допомоги є Світовий Альянс паліативної допомоги, куди входять національні та регіональні організації, які підтримують розвиток хоспісної та паліативної допомоги у всьому світі.

Хоспіс є однією з форм паліативної допомоги – це спеціалізована медична установа для догляду за невиліковно хворими людьми в кінці життя. Філософія хоспісу стверджує, що хоспіс – це не «будинок смерті», але «будинок життя».

Цілі Всесвітнього Дня хоспісної та паліативної допомоги полягають у підвищенні інформованості світової громадськості про проблеми паліативної допомоги та хоспісів, сприяння у створенні умов для того, щоб люди могли висловити свої думки про проблему; підвищення розумін-

ня медичних, соціальних, практичних і духовних потреб людей, які мають невиліковні захворювання та членів їх сімей; сприяння становленню та розвитку благодійних фондів, здатних підтримувати та розвивати рух хоспісної та паліативної допомоги у всьому світі.

Основна частина. Виникнення сестринської справи в Україні, як і у всій Європі, нерозривно пов'язане з прийняттям та становленням християнства. Одна з перших згадок про створення стаціонарної лікувальної установи у Київській Русі відноситься до X століття, коли княгиня Ольга організувала лікарню, де догляд за хворими був доручений жінкам.

Вважають, що "медсестринська справа" в Україні виникла на початку XIX століття. На цей час припадає відкриття перших навчальних закладів для підготовки медичних сестер у Західній Україні. Перша школа медичних сестер була створена у 1895 році при загальній лікарні у Львові. Вона

була організована і фінансувалась крайовим відділом здоров'я спільно з товариством Червоного Хреста. Навчання в школі в різні періоди часу тривало від 2 до 6–7 місяців.

При одержанні диплома випускниці медсестринської школи давали урочисту обіцянку такого змісту: "Клянуся і обіцяю вірно служити ідеям Червоного Хреста, дотримуватися вимог професійної етики, виконувати свої обов'язки добросовісно, не ухилятися від догляду за різного роду хворими і сприяти поширенню принципів охорони здоров'я населення і особистої гігієни народу на території моєї діяльності" [5].

У цей час з'являються нові вимоги до підготовки медсестер: "для свідомого ставлення до призначень лікаря, вона повинна бути медично грамотна". Але на діяльності медсестер це не позначилося. Свідоме ставлення до призначень лікаря, навіть якщо воно і виробляється, залишається незатребуваним. І з цього моменту, аж до нашого часу, медична сестра перетворилася на безмовного помічника лікаря, який працює за його вказівкою і під його наглядом.

В останнє десятиліття з'явилися тенденції до деякої самостійності в роботі медичної сестри. На даний час медична сестра уособлює собою наймасовішу медичну професію в Україні. Найважливішими завданнями професійної діяльності сучасної медичної сестри є: комплексний всебічний догляд за пацієнтами і полегшення їхніх страждань, відновлення здоров'я та реабілітація, сприяння зміцненню здоров'я та попередження захворювань. Введена багаторівнева система підготовки медсестер, в медичних вузах відкриті факультети вищої медсестринської освіти, починають впроваджуватися нові організаційні форми і технології медсестринської допомоги.

Всі ці дії покликані сприяти підвищенню престижу та авторитету медсестринської професії в суспільстві, розвитку медсестринської справи в Україні. На даний час формується сучасна концепція медсестринської спеціальності. Медсестринську справу виділяють в самостійну галузь медицини.

В умовах реформування медсестринської справи та ринку праці до сучасної медичної сестри висувають високі вимоги, що стосуються як хорошої освіти, володіння маніпуляційною технікою, так і наявності критичного мислення, комунікативних та педагогічних навичок. Етапи медсестринського процесу мають на увазі не тільки

суму цих знань і навичок, але й уміння ними скористатися [1–3].

Істотне місце відводиться ролі медсестри в паліативній медицині. «Медична сестра повинна з повагою ставитися до права вмираючого на гуманне поводження і гідну смерть» (Етичний кодекс медичної сестри). У паліативній медицині багато уваги приділяється питанням медсестринської діагностики: медсестринському діагнозу, або проблем пацієнта. Медсестра в процесі спостереження за пацієнтом постійно збирає інформацію і використовує її для правильного вибору заходів по догляду за хворим. Виявлення симптомів дозволяє медичній сестрі виявити реальні і потенційні проблеми пацієнта для попередження можливих ускладнень. Суть медсестринського процесу часом невідома практикуючим лікарям. Вони ставляться до самостійних дій медичної сестри скептично. Сучасній медичній сестрі в Україні часто доводиться стикатися з нерозумінням і недовірою лікарів. Своїми знаннями і професійною діяльністю медсестри показують, що вони давно перестали бути роботами-виконавцями, вони є повноправними учасниками кваліфікованого лікувального процесу.

Кваліфікована медична сестра, перебуваючи біля ліжка хворого значно довше, ніж лікар, самостійно визначить всі потенційні потреби пацієнта, а не тільки ті, які відображені в призначеннях лікаря. Вона самостійно зробить кроки для вирішення цих проблем і задоволення потреб. Унікальним завданням медсестри в хоспісі є надання допомоги хворому в здійсненні тих дій, що мають відношення до його здоров'я, одужання або спокійної смерті, які він зробив би сам, маючи необхідні сили, знання і волю. І це робиться таким чином, щоб хворий знову, наскільки це можливо, здобув незалежність. Медсестра проявляє ініціативу, вона контролює виконання цієї роботи, тут вона господиня. Крім того, вона допомагає пацієнтові виконати всі призначення, приписані лікарем. «Медсестра – це ноги безногого, очі – осліплого, опора – дитині, джерело знань і впевненості для молодої матері, уста тих, хто занадто слабкий або занурений в себе, щоб говорити» (Вірджинія Хендерсон).

Робота медсестри в хоспісі пов'язана з великими психологічними і фізичними навантаженнями. Тому медсестра, яка працює з інкурабельними пацієнтами, повинна бути психологом, вчителем, наставником. Роль медсестри, яка працює з тяж-

кохворими пацієнтами незмірно зростає, тому що в більшості випадків хворий не може сказати, що його турбує. У пацієнтів, госпіталізованих в дане відділення, в шлунок може бути введений зонд, в черевній порожнині знаходиться кілька дренажних трубок, а в сечовому міхурі – катетер. Все це вимагає від медсестри при догляді максимальної уваги, розуміння своїх завдань, відповідального виконання призначень лікаря.

Своєчасне інформування про найменші зміни в стані хворого і реєстрація їх в аркуші спостереження є найпершим завданням медсестри. Реєстрація медсестринського спостереження та догляду дає можливість виявити дефіцит обслуговування пацієнта, розкриває повну інформацію про виконану медсестрою роботу, економить час і трудові витрати, дозволяє встановити ким, коли і якого роду догляд був забезпечений, наочно показує стан пацієнта.

Робота палатної медсестри в хоспісі відрізняється великими фізичними та емоційними навантаженнями, динамічна, насичена виконанням медсестринських маніпуляцій (профілактика пролежнів, догляд за стомагою, годування стомованих хворих, перев'язки, інфузійна терапія, катетеризація сечового міхура і т.д.). У процесі догляду важливо пам'ятати не тільки про основні потреби людини в питті, їжі, сні тощо, але й про потреби конкретного пацієнта – його звички, інтереси, ритм його життя до початку хвороби.

Медсестра хоспісу як особистість у соціальному і психологічному плані не обмежується «вузькою» лікувально-профілактичною діяльністю, а бере участь у вирішенні складних проблем пацієнта і його родини. Прийняття таких рішень вимагає від медсестри великої напруги моральних сил, мобілізації досвіду і знань, глибокого розуміння ступеня відповідальності перед хворим, колективом закладу, де вона працює, нарешті, перед суспільством. Складність положення посилюється і тим, що вона не може гарантувати абсолютного успіху і в той же час повинна знайти можливості допомогти пацієнтові, а якщо всі можливості вичерпані – мати мужність сказати про це.

Нерідко звістка про катастрофу, що насувається, людина сприймає з належною мужністю і, отже, стає добровільним учасником свого лікування, помічником медсестри. Але буває й по-іншому: в силу якихось причин у нього в душі розігрується емоційна буря, проривається бар'єр первісного спокою. Страх від майбутньої зустрічі зі смертю витісняє всі інші думки, сковує життєдіяльність,

хворий повністю йде в світ своїх настроїв і переживань, втрачає здатність до критичного, логічно ясного мислення. Розумні люди починають вести себе безглуздо, важко піддаються переконанням, прирікають себе на зайві муки.

Дізнавшись незадовго перед смертю про невиліковність своєї хвороби, Н. А. Некрасов сказав: «Не страшно вмерти, а страшно вмирати».

«Медсестринському персоналу щодня доводиться будувати взаємини з пацієнтами, з яких 50 % приблизно тривожно-стурбовані і вимагають повної інформації про стан здоров'я. З такими хворими необхідно вміти вислухати, вникнути в їх проблеми. 38 % пацієнтів байдужі до змін в організмі, до змін у стані здоров'я або шукають можливість відходу. Цей контингент вимагає залучення до діяльності (навчання), інформованості про прогнозування та профілактики і зміни способу життя. Решта 13 % тверезо оцінюють свій стан, потребуючи лікарської і медсестринської допомоги з метою адаптації. Медсестра повинна бути готова взаємодіяти з будь-якою особою. У цьому полягає одна з її головних професійних якостей» [4].

Пам'ятаючи про те, що неуцтво і страх в будинку хворого можуть бути причиною невдачі паліативної допомоги, медична сестра проводить бесіди з родичами, роз'яснюючи про стан здоров'я їх близької людини, і навчаючи догляду за хворим в термінальній стадії злоякісного захворювання. Важлива частина програм паліативної допомоги – підтримка в період тяжкої втрати. Медична сестра, що працює в сфері паліативної допомоги, повинна вміти розпізнати і звернути увагу на ознаки ускладненого або патологічного перебігу періоду тяжкої втрати.

Висновок. Сучасний хоспіс є логічним завершенням зусиль, спрямованих на турботу про вмираючих, де створюються умови, при яких не залишається місця приниженню особистості в кінці життя ні болем, ні бідністю, ні вбогістю. Чим важчий стан пацієнта, тим важливіше для нього кваліфікаційний, ефективний медсестринський догляд, тому саме в паліативній медицині найбільш повно розкривається зміст медсестринської професії.

Хвороба і смерть є і будуть неминучою складовою частиною людського існування. За тим, як ми дбаємо про вмираючих і їх рідних у складний період протистояння хвороби і очікування насунання смерті, можна судити про ступінь розвитку нашого суспільства.

ЛІТЕРАТУРА

1. Айрін Салмон // Паліативна допомога онкологічним хворим. – 1999.
2. Журнал «Паліативна медицина та реабілітація». – № 2. – 2005.
3. Паліативна допомога. Медико-соціальні принципи і основи медсестринського догляду // Медичний вісник. – 2003.
4. Сестра і хворий // Медсестринська справа. – № 6. – 2000.
5. Лаптева Е. С. // Основи медсестринського процесу в клініці внутрішніх хвороб. – С-Петербург, 2002 р.

ДИСТАНЦІЙНА ФОРМА НАВЧАННЯ В МЕДСЕСТРИНСТВІ – ПЕРШІ РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ

С. О. Ястремська, О. С. Усинська, І. Я. Господарський, Н. І. Рега

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

У статті висвітлено питання забезпечення навчання на відстані за допомогою сучасних технологій, що зараз називається дистанційною освітою. Проаналізовано перші результати впровадження дистанційного навчання в Інституті медсестринства Тернопільського державного медичного університету.

DISTANCE LEARNING IN NURSING – THE FIRST RESULTS OF INTRODUCTION

S. O. Yastremska, O. S. Usynska, I. Ya. Hospodarskyi, N. I. Reha

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

The article describes the issue of providing education at a distance with the help of modern technology, that is distance education. The first results of implementation of distance education in Nursing Institute of Ternopil State Medical University are analyzed.

Вступ. Дистанційною освітою називають метод навчання, при якому викладач і студент розділені відстанню і/або часом, а обмін інформацією відбувається за допомогою різноманітних методів передачі даних [2,3]. Таку форму освіти можна вважати середнім між звичайною очною освітою та заочною формою навчання – перебравши усі переваги навчання заочного – можливість навчатися у зручний час, без відриву від роботи, за індивідуальним графіком, – вона усунула його недоліки – відсутність контакту викладача і студента та їх взаємозв'язку.

Сьогодні існує велика кількість платформ, що забезпечують повноцінне навчання без фізичної присутності студента у навчальній аудиторії [2]. У випадку синхронного дистанційного навчання викладача і студента розділяє лише відстань, а сучасний відеозв'язок забезпечує ефект присутності та повноцінне спілкування, причому багатостороннє – тобто студент може спілкуватися як з викладачем, так і з іншими студентами.

При асинхронному навчанні викладач і студент працюють у різний час, і пряме спілкування у даному випадку обмежене. Проте залишається можливість спілкування з іншими студентами у чат-кімнатах, де викладач може виступати модератором дискусії. Функція викладача при асинхронному навчанні полягає у повноцінному забезпеченні студента усіма матеріалами для освоєння дисципліни – літературою, презентаціями лекцій, аудіо- та відеозаписами.

Дистанційне навчання є вигідним як для навчальних закладів, оскільки дозволяє зекономити кошти – немає необхідності у додаткових приміщеннях, гуртожитках, менші затрати праці викладачів, – так і для студентів, що отримали змогу повноцінно навчатися у зручний для них час, поєднуючи навчання з робочими обов'язками [4].

Основна частина. Тернопільський медичний університет став першим медичним закладом освіти в Україні, що започаткував дистанційне навчання для отримання освіти медсестри-бакалавра, а потім – і магістра. Перші дві групи студентів отримали дипломи медсестер-бакалаврів у червні 2011 року, і зараз в нас на дистанційній формі

навчається 199 студентів, як з України, так і з Канади та США.

Методика дистанційного навчання передбачає створення для студента скриньки на поштовому сервері університету та надання йому доступу до всіх навчально-методичних матеріалів – тобто навчальних програм, методичних вказівок, матеріалів для підготовки до лекцій і практичних занять, презентацій лекцій. Окрім того, можливе безпосереднє спілкування студента із викладачем у системі відеозв'язку «Skype». Контроль знань студентів здійснюється за допомогою тестових запитань у системі Moodle та вирішення ситуаційних завдань/теоретичних запитань, надісланих викладачем до кожного заняття на електронну пошту.

Перед початком дисципліни викладач надсилає студентам групи повідомлення про початок вивчення нового предмету і вказує, які матеріали для його освоєння студент може знайти на сайті університету. Для отримання оцінки за кожне практичне заняття студент повинен дати відповідь на запитання, отримані від викладача на особисту скриньку, і на тестові запитання до даної теми.

Така методика діяла протягом перших 2-х років. Після першого випуску ми провели аналіз ефективності методики і практичності її використання.

Більшість наших студентів є людьми, які працюють за спеціальністю і отримують диплом бакалавра для покращення свого становища на роботі. Значна їх частина проживає у Північній Америці, часова різниця з якою становить 7–9 годин. Ці факти пояснюють те, що протягом перших років роботи програми студенти досить рідко зв'язувались із викладачами через «Skype» – під час робочого дня в Україні вони перебували на роботі або у них ще була ніч. З іншого боку, лише презентація лекції дає менше інформації, аніж та ж лекція, прослухана наживо.

Тому з цього навчального року ми розпочали записування відеолекцій у спеціальному форматі, що поєднує відео з презентацією Power Point. Водночас у студентів залишається можливість прослухати цю ж лекцію онлайн через «Skype»,

ЛІТЕРАТУРА

1. Денисов Д. О. Дистанційна освіта в Україні // Актуальні питання дистанційної освіти, порівняння сучасного стану дистанційної освіти в Україні та країнах Західної Європи: зб. наук. праць: У 2 ч. – Суми, 2004. – Ч. 1: Педагогіка та методика навчання і виховання. – С. 44-48.
2. Жилінкова І. Дисертаційна освіта: комп'ютерні комунікації в сучасній освітній діяльності // Управління освітою. – Від 4 лютого 2003 р. – № 1.

але для цього потрібно записатись напередодні – це дає змогу ефективно спланувати робочий день викладача.

Зрозуміло, що у більшості випадків практичну частину занять студент освоює самостійно. Ми отримали багато вдячних відгуків після того, як запропонували студентам відеозаписи виконання практичних навичок – вони виявились надзвичайно корисними навіть для практикуючих медсестер. Надалі ми плануємо додати такі відеоматеріали до усіх практичних занять, що зможе компенсувати студенту відсутність живого контакту з викладачем. Ідеальним варіантом є створення їх самим викладачем дисципліни разом із студентами, що навчаються на очній формі навчання. Відеоматеріали повинні продемонструвати кожен крок виконання практичної навички із детальними поясненнями викладача-інструктора.

Необхідним виявилось також переглянути базу тестових запитань для встановлення їх валідності, як і ситуаційні задачі та запитання, що надсилаються студентам. Для отримання оцінки «добре» студентам пропонуються запитання, відповіді, на які легко знайти у матеріалах підготовки для практичних занять, якщо ж студент хоче отримати відмінну оцінку, він повинен дати відповідь на запитання вищого рівня, для чого необхідно працювати з додатковими джерелами літератури, запропонованими викладачем.

Ми плануємо розробити анкету для проведення опитування студентів-випускників, чії відповіді дозволять нам покращити якість та комфортність дистанційного навчання та в майбутньому привабити ще більше студентів.

Висновки. Загалом можна вважати, що дистанційне навчання є варіантом навчання майбутнього, яке може задовольнити прагнення людини підвищувати свій науковий рівень та кваліфікацію буквально не виходячи з дому. Сучасні технології є ефективним інструментом для забезпечення якісного навчального процесу, і ми повинні слідкувати за їх розвитком і використовувати їх.

3. Про затвердження Положення про дистанційне навчання: Наказ МОН України від 21.01.2004 р. № 40 // Офіційний вісник України. – 2004. – № 15. – С. 241-253.

4. Jeanne Novotny M. Distance education in nursing / Jeanne M. Novotny, Robert H. Davis, editors. – 2nd ed. – 2006, Springer Publishing. – 256 p.

ІСТОРИЯ РОЗВИТКУ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ВІД МИНУЛОГО ДО СЬОГОДЕННЯ

А. А. Гудима, О. М. Креховська-Лепявко, Б. А. Локай, Ю. М. Когунь,
Д. В. Козак

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

У статті висвітлено основні етапи становлення та розвитку швидкої медичної допомоги як невід'ємної ланки екстремальної медицини та медицини катастроф.

HISTORY OF AMBULANCE DEVELOPMENT : FROM THE PAST TO THE PRESENT TIME

A. A. Hudyma, O. M. Krekhovska-Lepyavko, B. A. Lokay, Yu. M. Kohun,
D. V. Kozak

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

The article describes the main stages of ambulance development as an integral part of medicine and medicine of disasters.

Вступ. Кожна людина має природне невід'ємне право на охорону здоров'я. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини в цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних та духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, науково-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. В програмі надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, що затверджена Постановою Кабінету

Міністрів України від 11 липня 2002 р., подається таке визначення медичної допомоги: медична допомога – це вид діяльності, який включає комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності та здійснюється професійно підготовленими працівниками, які мають на це право відповідно до законодавства. Статті 33, 35, 58, 68, 77 Основ визначають вузлові складові медичної допомоги (первинна, спеціалізована, високоспеціалізована тощо), серед яких є швидка та невідкладна.

Система установ, які надають невідкладну медичну допомогу, досить розвинута в Україні. Наприклад, в Черкаській області діє три станції швидкої допомоги, в Тернополі – дві (в Тернополі і Підволочиську), у Києві діє 31 пункт невідкладної медичної допомоги для дорослих, 19 – для дітей та 7 відділень обласної швидкої допомоги. Те, якою важливою є невідкладна медична допомога, свідчать реальні факти з життя. Під час трагедії на військовому аеродромі Львова 27 липня 2002 року 56 людей вчасно отримали невідклад-

ну медичну допомогу, а міська лікарня швидкої медичної допомоги прийняла на лікування 26 осіб.

Основна частина. Початок розвитку першої допомоги належить до епохи раннього середньовіччя – IV століття, коли на дорогах, що вели в Єрусалим, були організовані так названі «подорожньопрійомні дома» для надання допомоги численним подорожуючим. У 1092 р. в Англії був створений орден Іоанітів, в завдання якого входили обслуговування хворих у госпіталі в Єрусалимі і надання першої допомоги подорожнім на дорогах. На початку XV століття – в 1417 р. – у Голландії була організована служба для надання допомоги потопаючим на чисельних каналах, що перетинають країну.

Думка про необхідність організації екстреної медичної допомоги на місці нещасних випадків зародилася в XVIII столітті. У 1767 р. в Антверпені було створено Товариство надання допомоги постраждалим при нещасних випадках.

Подібні товариства незабаром створили в Парижі і Гамбурзі. Ці товариства з різних причин виявилися недовговічними і розпалися, але ідея залишилася і в 1868 р. в Нью-Йорку була організована перша рятувальна станція.

З цього часу перша медична допомога при нещасних випадках стала стрімко розвиватися. Так, в 1878 р. у Лондоні створено спеціальне товариство, яке організувало станції та пости із надання невідкладної медичної допомоги. В 1881 р. подібна служба була організована в Німеччині. В тому ж 1881 р. в Києві за ініціативи Товариства лікарів активно функціонував «Гурток лікарів з метою нічних лікарських чергувань» і з 6 лютого того ж року при міській управі почав працювати на добровільних засадах пункт нічних чергувань, в якому нараховувалося 19 лікарів (в 1882 р. – 21, в 1883 р. – 29 лікарів). Допомога при нещасних випадках надавалася безоплатно. Виклики додому до хворих оплачувались. Багато сил і енергії затратив на організацію цього пункту професор Київського університету Ю. І. Мацон. У Швейцарії, Швеції та Норвегії це завдання взяли на себе Товариства Червоного Хреста, в Італії – аптеки, в Данії – цирульники.

У 1898 р. при поліцейських домах були організовані санітарні кінні карети. З 1899 р. в Санкт-Петербурзі відкривали пункти надання першої допомоги. Вони функціонували за кошти, асигновані Російським Товариством Червоного Хреста.

Однією з найкращих організаційно-функціональних медичних структур із надання екстреної допомоги на догоспітальному етапі виявилася станція швидкої допомоги.

Перша станція швидкої допомоги створена в Відні в 1881 р. Приводом для цього стала пожежа в Великому театрі, під час якої було дуже багато постраждалих, що залишилися без будь-якої допомоги. За ініціативи віденського лікаря Ярослава Мунді була організована станція швидкої допомоги. Згідно з проектом Я. Мунді до завдань цієї установи входили надання першої допомоги постраждалим і транспортування їх у лікувальний заклад або додому.

У 1887 р. відкрилася станція швидкої медичної допомоги в Будапешті, в 1898 р. – у Варшаві, в 1900 р. – у Лодзі, 30 червня 1902 р. – у Києві, восени 1902 р. – у Вільно, в 1903 р. – в Одесі (на пожертви мільйонера М. М. Толстого), в березні 1904 р. – у Ризі, 25 квітня 1910 р. – у Харкові (за ініціативи професора Н. І. Оболенського). Були організовані станції швидкої допомоги в Мінську, Казані, Ростові-на-Дону, Катеринославі і в 1912 р. – у Москві.

Організацію станції швидкої медичної допомоги в Києві взяло на себе Товариство швидкої медичної допомоги, яке діяло на підставі Статуту, затвердженого 1 вересня 1884 р. Міністерством внутрішніх справ. Нова редакція Статуту була затверджена 14 жовтня 1910 р. Першим головою Правління Товариства став В. Н. Проценко. Ініціатором організації станції швидкої допомоги в Києві був К. М. Модзелевський. Вона розміщувалась у тісних і непристосованих приміщеннях орендованої садиби по вул. Пироговського, 6, першим завідувачем даної установи був лікар Е. Ф. Гнус.

Станція складалася з трьох кінних карет, придбаних на пожертви Н. А. Терещенко, А. А. Абрагамсона, В. В. Контовта і Товариства велосипедистів.

У штатному складі станції було 9 лікарів (1 завідувач і 8 чергових), 8 санітарів (1 головний, 4 старших і 3 молодших), 3 кучери, 1 двірник і 1 кур'єр.

Кожна карета була оснащена 2 скринями (однією великою хірургічною, що містила інструментарій, перев'язувальні засоби і медикаменти, і другою – малою, що містила протиотрути та інші медикаменти), індуктивним апаратом «Шпалера», подушкою з киснем, валиком для голови і

запасними ношами. Крім того, на станції для кожної карети зберігались запасна скриня з великою кількістю перев'язувального матеріалу для надання допомоги при масових травмах, факели, пожежні каски та інше майно.

Спочатку станція швидкої допомоги працювала як служба, яка надає допомогу постраждалим і тяжкохворим у громадських місцях, на вулицях, в установах, на підприємствах. Допомогу на дому при раптових захворюваннях і різкому погіршенні стану хворих стали надавати чергові пункти невідкладної медичної допомоги амбулаторно-поліклінічної мережі, які почали створювати в 30-ті роки.

Екстрена медична допомога на догоспітальному етапі розділилась на два підвиди – більш термінову і менш термінову.

У 1927 р. було затверджено перше положення про станцію швидкої медичної допомоги, яке визначило її завдання, структуру і функції, а в 1938 р. – «Єдине положення про роботу станції швидкої допомоги в містах».

Швидка медична допомога продовжувала розвиватися після закінчення Другої світової війни. З початку 1946 р. було затверджено ряд нормативних актів, які забезпечили створення єдиної системи швидкої медичної допомоги. Було розроблено і затверджено пакет положень і інструкцій:

- про станції швидкої допомоги в містах і робітничих поселеннях;
- про організацію зв'язку і сигналізації, про транспорт станції швидкої допомоги;
- про роботу головного лікаря станції швидкої допомоги міста чи робітничого поселення;
- про роботу старшого чергового лікаря станції швидкої допомоги, про роботу лікаря станції швидкої допомоги;
- про роботу фельдшера (сестри, акушерки) карет для перевезення хворих і породіль;
- про перенесення і перевезення постраждалих;
- про попередження і боротьбу з травматичним шоком при наданні першої допомоги;
- про надання невідкладної допомоги при кровотечах;
- про обслуговування викликів із приводу харчових отруень;
- про обслуговування викликів із приводу гострих захворювань черевної порожнини;

- про надання першої допомоги при електро-травмах;

- про надання першої допомоги при опіках;
- про надання першої допомоги при утопленні;
- про обслуговування викликів із приводу кримінальних випадків, самогубств і замахів на самогубство тощо.

Завдання, які раніше виконувала невідкладна медична допомога, поступово почали виконувати станції, а самі пункти невідкладної медичної допомоги стали частиною її структури (наказ Мінздраву СРСР № 870 від 21.11.49 р.). Кількість станцій швидкої допомоги з 1924 р. по 1985 р. зросла з 33 до 5200.

У 1928 р. був організований Московський НДІ швидкої допомоги ім. Н. В. Скліфосовського, а в 1932 р. – Ленінградський НДІ.

Повне злиття невідкладної і швидкої медичної допомоги в єдину службу відбулося лише в 70–80-ті роки (наказ Мінздраву СРСР № 608 від 06.08.68 р.).

Об'єднання швидкої і невідкладної допомоги викликало різке збільшення об'єму роботи станцій. Значно підвищилися вимоги відносно кваліфікації лікарів. Виникла необхідність у розвитку спеціалізованих видів швидкої допомоги і удосконаленні невідкладної стаціонарної допомоги.

На станціях почали організовувати спеціалізовані виїзні бригади:

- протиінфарктні, які згодом стали кардіологічними;
- протишоківі, які згодом стали анестезіолого-реанімаційними;
- травматологічні;
- токсикологічні;
- психіатричні;
- неврологічні;
- гематологічні;
- дитячі реанімаційні;
- хірургічні;
- урологічні;
- акушерсько-гінекологічні;
- неонатологічні;
- рентгенологічні;
- стоматологічні.

Разом з тим, в лікарнях почали створювати відділення експрес-методів діагностики та інструментальних досліджень, відділення реанімації та інфарктні відділення, рентгенологічні кабінети, які працюють цілодобово. З початку 1968 р. стали

організовуватися лікарні швидкої медичної допомоги, які взяли на себе забезпечення надання невідкладної стаціонарної допомоги населенню. Почалося об'єднання станцій швидкої медичної допомоги з лікарнями. Служба швидкої медичної допомоги стає все більш організованою і розвинутою системою забезпечення населення екстреною медичною допомогою. Однак злиття невідкладної і швидкої допомоги призвело і до ряду негативних наслідків. Знизилась відповідальність амбулаторно-поліклінічної мережі за результати своєї діяльності. Багато хворих, що страждають від хронічних захворювань, почали звертатися за допомогою на станції, оскільки цей вид допомоги став легкодоступним і комфортним. Погіршилось наступництво між швидкою медичною допомогою і амбулаторно-поліклінічною. Зростання кількості звернень на станції (відділення) швидкої медичної допомоги призвело до значного збільшення фінансових, матеріальних і людських ресурсів. Показники здоров'я населення і медичної ефективності стали неадекватними величезним економічним затратам. Тому з 1988 р. почалось роз'єднання швидкої і невідкладної допомоги, яке продовжується і тепер. Зростання аварій, катастроф, стихійних і екологічних лих призвело до проблеми забезпечення потерпілих допомогою в надзвичайних ситуаціях.

Література

1. Швидка медична допомога: навч. посібник; за ред. Л. П. Чепкого та Б. І. Апанасенка. – К.: Вища школа, 1992. – С. 8.
2. Скорая и неотложная медицинская помощь; под ред. И. С. Зозули. – К.: Здоров'я, 2002. – С. 9.

Для вирішення цієї проблеми з 1990 р. почала створюватися служба екстреної медичної допомоги (медицина катастроф), куди ввійшла як функціональна одиниця і служба швидкої медичної допомоги, що поставило перед нею ряд нових завдань.

Перехід суспільства на ринкові відносини, реорганізація охорони здоров'я, зростаючі вимоги до якості медичної допомоги та її оптимізації зумовлюють потребу в розробці нової концепції розвитку швидкої медичної допомоги і втілення її в життя.

Висновки. Підсумовуючи вищевикладене, слід зазначити:

1. З огляду на зростання рівня захворюваності населення питання реформування та розвитку невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф залишається надзвичайно актуальним на сьогодні.
2. Потреба в спеціалізованих фельдшерських, кардіологічних, психіатричних, неврологічних та дитячих реанімаційних бригадах є дуже високою.
3. Вивчення невідкладної медичної допомоги є надзвичайно важливим у правовому аспекті, оскільки нормативних актів, які б регулювали невідкладну медичну допомогу, не так багато, та й ті регулюють цей вид медичної допомоги опосередковано і неповно.

3. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 07.12.2000 р.

ВАЖЛИВІСТЬ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО КУРСУ

О. В. Батюх

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

У статті обговорено важливість дослідження рівня тривожності у студентів-першокурсників.

THE IMPORTANCE OF THE PERSONAL ANXIETY RESEARCH AMONG THE FIRST-YEAR STUDENTS

O. V. Batiukh

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

The article is devoted to the importance of the research of anxiety level among the first-year students.

Вступ. Проблема тривожності була актуальною протягом всієї історії розвитку людства і залишається такою на сьогодні. Інтенсивний розвиток суспільства, науки і техніки, підвищення насиченості, динамічності життя людини, щосекундні зміни глобального масштабу сприяють формуванню невпевненості у завтрашньому дні, у майбутньому, що, в свою чергу, призводить до підвищення рівня тривожності, її закріплення. Тривожність стає не просто стійкою особистісною рисою великої кількості людей, вона стає характеристикою сучасного суспільства, невід'ємною рисою нашого часу.

Слід відмітити, що тривожність є об'єктом вивчення багатьох наук. При цьому кожна з них вивчає дану проблему із своєї, специфічної точки зору, тому тривожність може розглядатися одночасно і як стан індивіда, і як стійка риса особистості, і як характеристика суспільства чи людства взагалі, і навіть як характеристика буття. Нас цікавить психологічний підхід до вивчення тривожності.

Основна частина. Актуальність дослідження тривожності впливає із значення її для розвитку

та становлення особистості. Відомо, що тривожність відіграє значну роль як у діяльності людини, впливаючи на її ефективність, так і у спілкуванні людей, у їх взаємодії.

Особливо важливим, на нашу думку, є дослідження тривожності серед студентів першокурсників. Насамперед, це зумовлено особливостями даного віку. Підготовка до власного самостійного життя, до професійної діяльності, віддалення від сім'ї, батьків спричиняють підвищення рівня тривожності, її закріплення, що, в свою чергу, призводить до зворотного впливу на розвиток особистості, певним чином змінює всі сфери її життя. Крім того, актуальність проблеми поглиблюється невизначеністю, мінливістю сучасного економічного, політичного, екологічного, культурного життя в Україні, та всіх інших сфер буття людини в суспільстві.

Проблема вивчення тривожності у вітчизняній і зарубіжній літературі останнім часом обговорюється дуже активно. З одного боку, підкреслюється, що адекватний рівень тривожності відіграє важливу роль у емоційно-вольовій регуляції і в цілому є істотним внутрішнім фактором, зумовлює формування адаптивного ресурсу

зрілої особистості. З іншого боку, більшість авторів зазначає, що саме з високим рівнем тривожності пов'язані труднощі соціально-психологічної адаптації, формування адекватного уявлення про себе у дітей підліткового і юнацького віку (В. М. Астапов, А. І. Захаров, Н. Д. Левитів, А. М. Прихожан та ін.).

У психологічному словнику «тривожність» трактується як схильність індивіда переживати тривогу, тобто емоційний стан, який виникає в ситуаціях невизначеної небезпеки, що проявляється в очікуванні несприятливого розвитку подій.

Дослідники виділяють різні види та рівні тривожності. Ч. Спілбергер виділяє два види тривожності: особистісна і ситуативна (реактивна).

Під особистісною тривожністю розуміється індивідуальна риса особистості людини, що відображає її схильність до емоційно негативних реакцій на різні життєві ситуації, які несуть загрозу для її "Я" (самооцінки, рівня домагань, ставлення до себе і т.п.). Особистісна тривожність це стабільна схильність людини реагувати на подібні соціальні ситуації підвищенням тривоги.

Ситуативна тривожність визначається як тимчасова, стійка тільки в певних життєвих ситуаціях і, яка не виникає в інших ситуаціях. Цей стан виникає як звична поведінкова реакція на подібного типу ситуації. Вона проявляється в утрудненні прийняття рішень, у сумнівах щодо вірності своїх планів, вчинків, відносин до людей. У кожної конкретної людини особистісна і ситуативна тривожність розвинені різною мірою.

Тривожність часто супроводжується такими фізіологічними симптомами, як серцебиття, прорнос, часте дихання, збільшення хвилинного об'єму циркуляції крові, підвищення артеріального тиску, зростання загальної збудливості і зниження порогу чутливості. Ці фізичні ознаки з'являються як при усвідомленій тривозі, так і несвідомо. Наприклад, перед іспитом у людини може бути прорнос, і він може повністю усвідомлювати наявність тривоги. Але серцебиття або часті позиви до сечопускання можуть виникати і без будь-якого усвідомлення тривоги, і лише пізніше людина починає розуміти, що відчувала тривогу. Хоча фізичні прояви емоцій особливо помітно виражені при тривозі, вони характерні не тільки для неї. При депресії сповільнюються фізичні і психічні процеси; бурхлива радість змінює на-

пруженість тіла, робить ходу легкою; сильна лють викликає тремтіння або приплив крові до голови.

Тривожність може породжувати як реальне неблагополуччя особистості в найбільш значущих галузях діяльності та спілкування, так і існувати всупереч об'єктивно сприятливому положенню, будучи наслідком певних особистісних конфліктів, порушень у розвитку самооцінки і т. п. Тривожність як властивість особистості багато в чому зумовлює поведінку суб'єкта. Певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість активної діяльності особистості. У кожної людини існує свій оптимальний або бажаний рівень тривожності – це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для неї суттєвим компонентом самоконтролю і самовиховання. Однак підвищений рівень тривожності є суб'єктивним проявом неблагополуччя особистості.

Основними причинами високої особистісної тривожності у студентів є міжособистісні стосунки, різні ситуації, що виникають під час навчального процесу. Тривожність фарбує в похмурі тони ставлення до себе, до інших людей і дійсності. Для себе тривожні студенти не очікують нічого гарного. І все це при загостреному і хворому почутті гідності. Тепер вони переломлюються через призму тривожності, підозрілості.

Проте у студентів тривожність не є стійкою рисою характеру й відносно оборотна при проведенні відповідних психолого-педагогічних заходів.

Висновок. З метою дослідження видів тривожності у студентів та рівня їх прояву необхідно використовувати комплекс психодіагностичних методик та методів дослідження. При інтерпретації отриманих результатів важливо враховувати також дані, отримані в процесі спостереження, бесіди із студентами, опитування викладачів. Це дасть змогу доповнити та уточнити результати психодіагностичного обстеження і ефективно розробити програму корекційної роботи психолога із студентами щодо подолання тривожності.

Проблем виникає багато, тому дуже важливо вчасно виявити студентів, які мають певні рівні тривожності, й розпочати з такими студентами корекційну профілактичну роботу, надавати психологічну, емоційну та навчальну допомогу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бодалев А. А. Личность и общение: избр. психол. тр. / А. А. Бодалев. – М. : Междунар. пед. акад., 1995. – 326 с.
2. Ейдемиллер Э. Г. Семейная психотерапия / Э. Г. Ейдемиллер, В. В. Юстицкий. – М., 1990. – 250 с.
3. Кон И. С. Психология ранней юности / И. С. Кон. – М. : Просвещение, 1989. – 255 с.
4. Мудрик А. В. Общение как фактор воспитания школьников / А. В. Мудрик. – М. : Педагогика, 1984. – 110 с.
5. Немов Р. С. Психологія. В 3 книгах / Р. С. Немов. – М. : Валдос, 1995. – Кн. 1. – 576 с; Кн. 2. – 496 с; Кн. 3. – 510 с.
6. Пашукова Т. І. Практикум із загальної психології / Т. І. Пашукова, А. І. Допіра, Г. В. Дьяконов. – К. : Знання, 2000. – С. 84–88.
7. Прихожан А. М. Причины, профилактика и преодоление тревожности / А. М. Прихожан // Психологическая наука и образование. – 1998. – № 2. – С. 11–17.
8. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А. М. Прихожан. – СПб., 2000. – 150 с.
9. Шапар В. Психологічний тлумачний словник / В. Шапар. – Х.: Прапор, 2004. – 640 с.
10. Савчин М. Вікова психологія / М. Савчин, Л. Василенко. – Д., 2001. – С. 234–263.

НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

М. А. Федішин-Сорока, Д. В. Козак

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

У статті подано огляд і зразки надання екстреної медичної допомоги в Україні. Зроблено висновок про те, що потрібно вдосконалювати систему надання екстреної медичної допомоги.

EMERGENCY MEDICAL CARE IN UKRAINE

M. A. Fedyshyn-Soroka, D. V. Kozak

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

Article provides an overview and examples of emergency medical care in Ukraine. It is concluded that it is necessary to improve the emergency medical care system.

Вступ. Швидка та невідкладна медична допомога – комплекс термінових заходів, які проводяться людині, що знаходиться в критичному для її життя стані, з метою запобігання смерті та ускладнень хвороби, відповідно підготовленим медичним персоналом.

Основна частина. Служба швидкої та невідкладної медичної допомоги є невід'ємною складовою системи охорони здоров'я, до роботи якої традиційно ставлять особливі вимоги.

Нинішня система надання екстреної медичної допомоги в Україні є недосконалою. Неналежний рівень знань і практичних навичок із надання екстреної медичної допомоги призводить до збільшення кількості випадків ускладнень під час лікування хворих і травмованих, а також до високої смертності.

В Україні смертність від нещасних випадків залишається високою і становить у середньому 130–140 випадків на 100 тисяч населення на рік. Основними причинами є невчасне прибуття бригади «швидкої допомоги» через відсутність спеці-

альних пропускних смуг на дорогах, недостатнє оснащення сучасним обладнанням, недотримання протоколів надання допомоги, відсутність у більшості інших рятувальних служб та громадян знань і навичок надання екстреної медичної допомоги в перші 5–10 хвилин. Не останню роль тут відіграють і соціальні чинники: ризик нещасних випадків підвищується в разі алкогольного чи наркотичного сп'яніння, нехтування правилами безпеки на дорогах та виробництві тощо. Тому сподіваємося, що прийняття Закону «Про загальнодержавну систему надання екстреної медичної допомоги» окреслить шлях до покращення екстреної медичної допомоги в Україні.

На догоспітальному етапі надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) в Україні в основному забезпечується розгалуженою мережею швидкої медичної допомоги (ШМД) і системою невідкладної медичної допомоги територіальних амбулаторно-поліклінічних закладів, травм пунктів та приймальних відділень стаціонарів.

Роль і місце спеціалізованих лікарських бригад в структурі закладів швидкої медичної допомоги значною мірою визначається і тим, що вони у

більшості складають основу бригад постійної готовності першої черги державної служби медицини катастроф для надання невідкладної медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій. Потреба в кваліфікованій медичній допомозі на догоспітальному етапі в умовах ліквідації медико-санітарних наслідків аварій, катастроф і стихійних лих у багатьох випадках може бути зумовлена значною відстанню місця катастрофи від лікарень, труднощами в організації і проведенні медичного сортування і транспортування постраждалих, що знаходяться у тяжкому стані або при пошкоджених шляхах.

Нині в Україні підготовку немедичних працівників здійснюють лише 11 навчально-тренувальних відділів територіальних центрів екстреної медичної допомоги, планують розпочати таку підготовку ще 7 центрів. Після проходження підготовки кожен немедичний працівник отримує сертифікат відповідного зразка. Тож років через п'ять після виконання цих завдань екстрену медичну допомогу на догоспітальному етапі надаватимуть переважно модернізовані фельдшерські бригади ШМД, а більшість лікарів медицини невідкладних станів працюватимуть у стаціонарах відділень невідкладної медичної допомоги, про які вже згадувалось вище. До речі, наказом МОЗ України «Про удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги» № 283 від 28.04.2009 року ректорів і директорів вищих медичних навчальних закладів I–IV рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти зобов'язано розпочати навчання лікарів і фельдшерів із медицини невідкладних станів. Окрім того, організовано стажування лікарів, рятувальників, фельдшерів та медичних сестер з України на україномовних курсах зі спеціалізованих реанімаційних заходів Advanced Life Support (ALS) у м. Кракові (Польща), сертифікованих Європейською та Польською радами реанімації. Після закінчення курсів слухачам видадуть міжнародний сертифікат Європейської ради реанімації.

Єдина система надання екстреної медичної допомоги утворюється з метою реалізації політики держави щодо забезпечення вчасної та якісної медичної допомоги кожній особі, яка знаходиться в невідкладному стані.

Принципи системи надання екстреної медичної допомоги полягають в:

- доступності і безоплатності медичної допомоги кожній фізичній особі, яка перебуває у невідкладному стані;
- своєчасності і якості надання медичної допомоги;
- здатності системи до надання медичної допомоги як в повсякденних умовах, так і в умовах надзвичайної ситуації;
- єдності медичної науки, освіти та практики, що забезпечує динамічний розвиток і удосконалення системи.

Компоненти системи:

- управління;
- догоспітальний етап;
- госпітальний етап;
- спеціалісти Системи, їх підготовка та перепідготовка;
- зв'язок та диспетчерська служба;
- транспортні засоби;
- надання екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях, медицина катастроф;
- медична облікова документація, облікова звітність, статистичні форми;
- інформованість населення про роботу Системи та дії в умовах надзвичайних ситуацій.

Коротко розглянемо характеристику компонентів.

Управління Системою:

- на центральному рівні – Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;
- на територіальному рівні – юридично самостійні територіальні центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 15.02.2002 р. № 174 «Про затвердження Програми розвитку Державної служби медицини катастроф на 2002 – 2005 роки» заплановано в кожній області створити юридично самостійні центри.

Висновок. Систему надання екстреної допомоги потрібно вдосконалювати. А для цього слід внести корективи в нормативну базу, виділити належні кошти і поступово запроваджувати нові розробки в життя. Шлях до мети складний і тривалий, але ми повинні його пройти.

ЛІТЕРАТУРА

1. Буянов В. М. Перша медична допомога / В. М. Буянов. – М. : Медицина, 1987.
2. Гусев Е. И. Нервные болезни / Е. И. Гусев, В. Е. Гречко, Г. С. Бурд. – Медицина, 1988. – 623 с.
3. Карлов В. А. Руководство для врачей / В. А. Карлов. – М. : ООО "Медицинское информационное агенство", 1999. – 624 с.

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИХ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

Р. М. Паращик

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

У статті розглянуто причини та наслідки виникнення тривожно-фобічних невротичних розладів під впливом соціально-побутових факторів.

INFLUENCE OF SOCIAL FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF ANXIETY-PHOBICAL NEUROTIC DISORDERS

R. M. Parashchuk

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

The article deals with the causes and consequences of anxiety-phobical neurotic disorders under the influence of social factors.

Вступ. Сьогодні, особливо в умовах кризи у суспільстві, спостерігається неухильне зростання несприятливих форм психічної патології в основному за рахунок збільшення захворюваності з невротичними розладами. Причина цього зростання у поєднанні особливостей життя, характерних для країн розвинутого промислового та науково-технічного рівня з високими показниками інформаційного потоку індивідуально значимої інформації, прискоренні темпу життя, порушенні біологічних добових ритмів, міграції населення, зниженні біологічної активності та насамперед рухової, а також у міжособових конфліктах (сімейних, вікових, побутових, службових), негативних емоціях, що виникли на базі незадоволених біологічних потреб, зіткненні емоційно важливих особистих стосунків у життєво значимій ситуації.

Основна частина. Тривожно-фобічні невротичні розлади – це група розладів, коли тривога виникає в певних ситуаціях або через зовнішні об'єкти, які хворі вважають небезпечними. Такі ситуації хворі в характерний спосіб намагаються

уникнути або переносять їх з почуттям страху. Фобічні тривоги різняться за інтенсивністю – від легкого дискомфорту до жахів. Стурбованість пацієнта може концентруватися на таких окремих симптомах, як серцебиття чи відчуття нудоти, які часто поєднуються зі страхом смерті, втрати самоконтролю чи можливості збожеволіти, різної інтенсивності головний біль. Тривога не зменшується від усвідомлення того, що інші люди не вважають певну ситуацію небезпечною чи загрозовою. Лише уявлення про фобічну ситуацію заздалегідь викликає у хворих тривогу передбачення. Фобічна тривога часто поєднується з депресією. Більшість фобічних розладів, крім соціальних фобій, спостерігається у жінок, вони є більш сприйнятливими до стресових травм, ніж чоловіки.

До цих розладів належать такі, виникнення яких пов'язане з тривалою психотравмуючою ситуацією, що супроводжується постійним психічним напруженням. У розвитку неврозів велике значення мають особливості особистості, а також низька межа фізіологічної витривалості особи в різних стресових ситуаціях. Тривожно-фобічні невротичні розлади, спричинені соціальними

факторами, найчастіше починаються в підлітковому віці й сконцентровані у страху потрапити в центр уваги з боку порівняно малих груп людей, що призводить до уникання хворими різних суспільних ситуацій. Вони можуть бути ізольовані (наприклад, обмежуватися тільки страхом їсти в людних місцях, публічних виступів чи зустрічей із протилежною статтю) чи дифузійні, що охоплюють майже всі соціальні ситуації поза сімейним колом. Соціальні фобії поєднуються із заниженою самооцінкою і острахом піддаватися критиці. Симптоми можуть прогресувати аж до панічних атак, що у крайніх проявах може призвести до майже повної соціальної ізоляції.

Симптомами тривожно-фобічних розладів є:

- тривога, зумовлена ситуаціями, які об'єктивно не є небезпечними;
- подібні ситуації викликають їх уникання та страх;
- тривога може змінюватися від легкого ступеню до суцільного жаху;
- прояв вегетативних симптомів, які зумовлюють вторинні страхи;
- суб'єктивна тривога не залежить від об'єктивної оцінки оточуючих;
- тривога передуює ситуації, яка викликає страх.

Наслідком цих тривожно-фобічних невротичних розладів, які спричинені певними страхами, можуть виникати захисні реакції психоневротичного типу, тобто проявлятися агресією, злістю, навіть агресією з проявом фізичної сили, також це може бути причиною алкоголізму і наркоманії.

В Україні, зокрема, зростання кількості невротичних порушень, зумовлених шкідливими екологічними умовами, змінами виробничих відносин, соціально-психологічних стереотипів і цінностей в умовах ринкових перетворень. Тому особливої актуальності набувають дослідження впливу макро- та мікросоціальних факторів на формування невротичних розладів. Ряд авторів висловлюють думку, що існує недостатньо досліджень, спрямованих на вивчення сімейних конфліктів, як з точки зору їхніх зовнішніх проявів, так і глибоких внутрішніх протиріч, які визначають конфліктні відносини у сім'ї. Такі до-

слідження необхідні для розробки методів лікування хворих із невротичними розладами з участю сім'ї. Проблема сімейних взаємовідносин є надзвичайно актуальною у розробці теорії та практики психогієни та психопрофілактики. На сьогодні встановлено, що в генезі невротичної хвороби основне значення належить макро- та мікросоціальним факторам, які набувають якості психогеній (тобто, стають етіопатогенетичними чинниками) або сприяють розвитку захворювань.

Але в умовах сучасного патоморфозу відбулися певні зміни в оцінці соціальних факторів та їх ролі і значення в процесі соціальної адаптації та відновленні якості життя. Без визначення характеристик соціальних факторів у генезі невротичної хвороби неможлива оцінка значущості їхнього впливу на виникнення і розвиток захворювання та ефективність лікувальних заходів. Усе вищезначене зумовлює необхідність комплексного вивчення впливу соціальних чинників на патогенез невротичних розладів.

Ефективність лікування невротичних розладів визначається успішністю соціальної адаптації, а вона неможлива без аналізу впливу соціальних факторів. Відновлення якості життя пацієнтів з тривожно-фобічними невротичними порушеннями можливе лише на підставі комплексного розуміння їхнього захворювання, в тому числі мікросоціальних особливостей сімейних стосунків.

Усе вказане диктує необхідність продовження комплексного вивчення клініко-психопатологічних, патопсихологічних та соціально-психологічних особливостей невротичних розладів, а саме особливостей патогенезу, в умовах сучасного патоморфозу для розробки нових підходів до діагностики і терапії даного розладу та визначає актуальність проведеного дослідження.

Висновок. 1. Причини тривожно-фобічних невротичних розладів зумовлені дією макросоціальних чинників та мікросоціальних факторів. При цьому провідну роль відіграють: тривога за власний стан здоров'я, смерть рідних та близьких, безробіття, негативний вплив засобів масової інформації.

ЛІТЕРАТУРА

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

2. Пишель В. Я. Депрессия: диагностика и лечение / В. Я. Пишель, М. Ю. Польшваная. – Киев: ООО «ДСГ Лтд», 2003.

3. Інтернет <http://www.oberigclinic.com/uk/psihosomatika/>

4. Інтернет <http://neuro.health-ua.com/article/220.html>

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КАТАРАКТИ В СУЧАСНИХ КЛІНІКАХ

Н. В. Климчук

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

У статті обговорюються різновиди катаракти та можливість їх лікування шляхом хірургічного втручання.

THE SURGICAL TREATMENT OF THE CATARACT IN THE MODERN CLINICS

N. V. Klymchuk

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

The article is devoted to the different types of the cataract and its possible surgical treatment in the modern clinics.

Вступ. Катаракта (від грець. kataraktes – водоспад) – це помутніння кришталика ока, що перешкоджає проходженню променів світла в око й призводить до зниження гостроти зору.

Захворювання проявляється поступовим безболісним погіршенням зору. Інколи першими проявами катаракти є виникнення короткозорості: зір на далеку відстань погіршується, але людина починає бачити краще на близькій відстані.

Катаракти бувають природжені і набуті. Набуті катаракти, в свою чергу, поділяють на старечі (вікові) і ускладнені. Крім того, за локалізацією помутніння катаракти поділяють на кортикальні, ядерні, капсулярні і поліморфні.

Набута катаракта. Стареча (вікова) катаракта – це помутніння, що виникає в старечому віці. Однак в останні десятиріччя відмічена явна тенденція до «омолодіння» катаракт. Досить часто випадки старечої катаракти зустрічаються у осіб віком 45–50 років. Тому їй більш відповідає назва «вікова катаракта».

Основна частина. Якщо пацієнту встановили діагноз катаракта, вирішення проблеми на даний час є доступним і ефективним. Операція з приводу катаракти полягає у видаленні мутного криш-

талика та імплантації штучного гнучкого кришталика (інтраокулярної лінзи – ІОЛ). Сучасна апаратура і новітні технології дають на сьогодні можливість виконати операцію факоемульсифікацію. Факоемульсифікація є досконалою технологією хірургії катаракти. Перевагою операції є тунельний мікророзтин завширшки 2,0–2,5 мм. Такий розтин не вимагає накладання швів. Через тунельний розтин в око вводять факонаконечник і за допомогою енергії ультразвуку катаракту дроблять і видаляють. Натомість через тунельний розтин імплантується гнучкий штучний кришталик. Такий кришталик складається в трубочку і вводиться в око, де він розправляється і фіксується в найбільш ідеальному фізіологічному положенні – капсульному мішку природного кришталика. У клініці «Медвіт» виконують факоемульсифікацію катаракти з імплантацією різних моделей штучного кришталика.

У випадках катаракти і супутньої короткозорості або далекозорості проводять їх корекцію шляхом підбору відповідної сили штучного кришталика.

Для подолання пресбіопії (старечої далекозорості) проводять імплантацію мультифокальних або акомодуючих кришталиків. За показами про-

водять також екстракапсулярну екстракцію катаракти.

Високий професійний рівень наших хірургів та обладнання дають можливим проводити видалення підвивихнутого або вивихнутого кришталика у комбінації з вітректомією та підшиванням дужок штучного кришталика до склери.

У клініці використовують одноразові високоякісні розхідні матеріали, а також гнучкі кришталики, виробництва найкращих фірм світу, які обирає пацієнт за своїм бажанням і можливостями.

Догляд за пацієнтами після екстракції катаракти. Ще нещодавно після екстракції катаракти накладали на 24 год біокулярну пов'язку, а хворий 2–3 дні перебував на суворому ліжковому режимі. Це вимагало особливо ретельного догляду з боку середнього і молодшого медперсоналу. Тепер завдяки розвитку мікрохірургічної техніки можна досягнути повної герметизації рани. Операції стали безпечнішими, кількість післяопераційних ускладнень зменшилася, а потреба в суворому ліжковому режимі відпала. Після операції накладають лише монокулярну пов'язку.

Для попередження розвитку післяопераційних ускладнень перед операцією хворий повинен пройти обстеження, яке включає загальний аналіз крові, визначення часу зсідання крові і часу кро-

вотечі, загальний аналіз сечі, рентгенографію органів грудної клітки, ЕКГ, консультацію терапевта, стоматолога. У день операції зранку хворий не повинен їсти і пити. Перед операцією йому потрібно забезпечити спокій, а вночі перед операцією – повноцінний сон. Безпосередньо перед операцією хворому вимірюють артеріальний тиск. Поведінка медперсоналу в передопераційній і операційній повинна бути спокійною і впевненою.

Після операції дуже рідко може розвинутися гострий напад глаукоми, який супроводжується болем ока і голови, нудотою, а також може виникнути кровотеча. Про такі стани слід негайно повідомити офтальмолога. Крім того, у хворого можуть спостерігатися загальні ускладнення: гіпотонія (наприклад, після ін'єкцій аміназину), гіпертонічний криз та інші невідкладні стани. Про це теж необхідно повідомити чергового лікаря.

Висновок. Відкладати лікування катаракти не можна ні в якому разі! У разі застарілої стадії катаракти розбухший кришталик починає займати більшу частину передньої камери ока, таким чином, порушує відтік внутрішньоочної рідини. Внаслідок такого стану може розвинути ускладнення катаракти – глаукома. Такий стан є дуже загрозливим, адже без хірургічного втручання на даному етапі зір втрачається безповоротно.

ЛІТЕРАТУРА

1. Павлюченко К. П. Новий метод хірургічного лікування катаракти в сполученні з первинною глаукомою: 2 роки спостережень / К. П. Павлюченко, С. Ю. Могилевський // Офтальмол. журн. – 2006. – № 3 (II). – С. 65–67.
2. Могилевский С. Ю. Эффективность интраокулярной коррекции у больных с первичной глаукомой и катарактой / С. Ю. Могилевский // Офтальмол. журн. – 1997. – № 6. – С. 407–411.
3. Могилевский С. Ю. Осложнения, особенности послеоперационного периода и отдалённые резуль-

таты хирургического лечения больных с катарактой и первичной глаукомой / С. Ю. Могилевский // Таврический медико-биологический вестник. – 2005. – Т. 8. – № 4. – С. 108–112.

4. Могилевский С. Ю. Результаты интраокулярной коррекции у больных с первичной глаукомой и катарактой / С. Ю. Могилевский // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 1997. – Том 6, № 2. – С. 1

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

М. Ю. Кохан

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

Діагностика цукрового діабету передбачає встановлення точного діагнозу захворювання: встановлення форми захворювання, оцінка загального стану організму, визначення супутніх ускладнень.

THE DIABETES MELLITUS METHODS OF DIAGNOSTICS

M. Yu. Kokhan

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

The diabetes mellitus diagnostics involves establishing an accurate diagnosis of the disease: the form of the disease establishment, the assessment of the overall health, the associated complications determination.

Вступ. За визначенням експертів ВООЗ: «Цукровий діабет є проблемою різного віку і всіх країн». На даний час цукровий діабет (ЦД) займає третє місце серед безпосередніх причин смерті після серцево-судинних і онкологічних захворювань, тому вирішення ряду питань, пов'язаних з цим захворюванням, поставлене в багатьох країнах світу на державний, федеральний рівень.

На думку Міжнародного Експертного Комітету з діагностики і класифікації цукрового діабету (1997), цукровий діабет – група метаболічних порушень, що характеризуються гіперглікемією, яка є результатом дефектів секреції інсуліну, дії інсуліну або поєднання обидвох цих чинників.

Основна частина. Цукровий діабет – синдром хронічної гіперглікемії, зумовлений абсолютною або відносною недостатністю інсуліну внаслідок дії різних екзо- та ендогенних чинників і характеризується порушенням усіх видів обміну речовин, ураженням судин, нервів, органів та тканин.

Проблема цукрового діабету є надзвичайно актуальною і для України, де хворих на діабет налічується близько 1 млн чоловік. Проте ці дані не відображають дійсного положення. Чітко по-

казано, що разом з кожним зареєстрованим існує 2-2,5 недіагностованих хворих, причому це відбувається за рахунок осіб з 2 типом ЦД.

На підставі цього можна припустити, що в Україні тепер налічується близько або навіть більше 2 млн хворих на діабет [3].

Поширеність цукрового діабету (ЦД) в Україні близько 1%. Кількість хворих на ЦД подвоюється кожні 10–15 р. Внаслідок порушення обміну речовин спостерігається ураження судин (ангіопатії), нервів (нейропатії), кісток (остеоартропатії) внутрішніх органів тощо. При недіагностованому або нелікованому ЦД може розвинути кома. ЦД є серйозною медико-соціальною проблемою, оскільки приводить до важких уражень внутрішніх органів, нервової системи, очей, нижніх кінцівок, які стають причиною ранньої інвалідизації.

Діагноз цукрового діабету встановлюється завдяки клінічним показникам і підтверджується лабораторними даними. Враховуючи велику поширеність захворювання, важливість його раннього виявлення, використовують апробовані, прості і доступні методи визначення рівня глікемії і порівнюють їх до відповідних міжнародних критеріїв. Вони є своєрідним “золотим стандартом” у діагностиці цукрового діабету. Відомо, що нормаль-

ний рівень глікемії у здорової людини коливається у межах 3,3–5,5 ммоль/л (80–120 мг натщесерце, а впродовж доби від 4 до 8–9 ммоль/л.

Критеріями діагностики цукрового діабету, згідно з рекомендаціями ВООЗ, вважають:

- рівень глюкози у плазмі крові натще 7,8 ммоль/л (140 мг/дл);
- рівень глюкози у плазмі крові через 2 год. Після навантаження глюкозою у ході глюкозотолерантного тесту 11,1 ммоль/л (200 мг/дл);
- поєднання цих критеріїв.

Діагностика цукрового діабету передбачає встановлення точного діагнозу захворювання: встановлення форми захворювання, оцінка загального стану організму, визначення супутніх ускладнень.

Основними симптомами діабету є:

- поліурія (надлишкове виділення сечі) – часто буває першою ознакою діабету. Підвищення кількості сечі обумовлено розчиною в сечі глюкозою, що перешкоджає зворотному всмоктуванню води з первинної сечі на рівні нирок;
- полідипсія (сильна спрага) – є наслідком посиленої втрати води з сечею;
- втрата маси – є непостійним симптомом діабету, більш характерним для діабету 1-го типу. Схуднення спостерігається навіть при посиленому харчуванні хворого і є наслідком нездатності тканин переробляти глюкозу у відсутності інсуліну. «Голодуючі» тканини в такому випадку починають переробляти власні запаси жирів і білків.

Вищеописані симптоми більш характерні для діабету першого типу. У випадку цього захворювання, симптоми розвиваються швидко. Хворий, як правило, може назвати точну дату появи симптомів. Часто симптоми захворювання розвиваються після перенесеного вірусного захворювання або стресу. Молодий вік хворого є дуже характерним для діабету 1-го типу.

При діабеті 2-го типу, хворі найчастіше звертаються до лікаря у зв'язку з наступними ускладненнями захворювання. Саме захворювання (особливо на початкових стадіях) розвивається практично безсимптомно. Проте в деяких випадках відзначаються такі малоспецифічні симптоми: вагінальний свербіж, запальні захворювання шкіри, що важко піддаються лікуванню, сухість у роті, м'язова слабкість. Найчастішою причиною звернення до лікаря стають ускладнення захворювання: ретинопатія, катаракта, ангіопатія (ше-

мічна хвороба серця, порушення мозкового кровообігу, ураження судин кінцівок, ниркова недостатність та ін.). Як уже згадувалося вище, діабет другого типу більш характерний для людей дорослого віку (старше 45 років) і перебігає на тлі ожиріння.

При огляді хворого лікар звертає увагу на стан шкірних покривів (запальні процеси, роздряпування) і підшкірного шару жиру (зменшення в разі діабету 1-го типу, і збільшення при діабеті 2-го типу).

При виникненні підозри на діабет призначаються додаткові методи обстеження.

Визначення концентрації глюкози в крові. Це один з найбільш специфічних тестів на цукровий діабет. Нормальна концентрація глюкози в крові (глікемія) натщесерце коливається в межах 3,3–5,5 ммоль/л. Підвищення концентрації глюкози вище цього рівня свідчить про порушення метаболізму глюкози. Для того, щоб встановити діагноз діабет, потрібно встановити підвищення концентрації глюкози в крові щонайменше у двох послідовних вимірах, які проводяться в різні дні. Збір крові на аналіз проводять в основному в ранковий час. Перед забором крові потрібно впевнитися в тому, що пацієнт нічого не їв напередодні обстеження. Також важливо забезпечити пацієнтові психологічний комфорт під час проведення обстеження для того, щоб уникнути рефлекторного підвищення рівня глюкози в крові як відповідь на стресову ситуацію.

Більш чутливим і специфічним методом діагностики є глюкозотолерантний тест, який дозволяє виявити латентні (приховані) порушення метаболізму глюкози (порушення толерантності тканин до глюкози). Тест проводиться в ранкові години після 10-14 годин нічного голодування. Напередодні обстеження хворому рекомендується відмовитися від підвищених фізичних навантажень, вживання алкоголю і куріння, а також препаратів, що сприяють підвищенню концентрації глюкози в крові (адреналін, кофеїн, глюкокортикоїди, контрацептиви та ін.) Пацієнту дають випити розчин, що містить 75 грамів чистої глюкози. Визначення концентрації глюкози в крові проводять через 1 годину і через 2 після вживання глюкози. Нормальним результатом вважають концентрацію глюкози менше 7,8 ммоль/л через дві години після вживання глюкози. Якщо концентрація глюкози коливається від 7,8 до 11 ммоль/л, то стан досліджуваного розцінюється як пору-

шення толерантності до глюкози (переддіабет). Діагноз діабет встановлюється, якщо концентрація глюкози перевищує 11 ммоль/л через дві години з початку проведення тесту. Як просте визначення концентрації глюкози, так і проведення глюкозотолерантного тесту дають можливість оцінити стан глікемії тільки на момент дослідження.

Для оцінки рівня глікемії на більш тривалому проміжку часу (приблизно три місяці) проводять аналіз на визначення рівня глікозильованого гемоглобіну (HbA1c). Утворення цього з'єднання знаходиться в прямій залежності від концентрації глюкози в крові. Нормальний вміст цього з'єднання не перевищує 5,9% (від загального вмісту гемоглобіну). Підвищення процентного вмісту HbA1c вище нормальних значень свідчить про тривале підвищення концентрації глюкози в крові протягом трьох останніх місяців. Даний тест проводять в основному для контролю якості лікування хворих на діабет.

Визначення глюкози в сечі. У нормі глюкоза в сечі відсутня. При цукровому діабеті підвищення глікемії досягає значень, що дозволяють глюкозі проникати через нирковий бар'єр. Визначення глюкози в сечі є додатковим методом діагностики діабету.

Визначення ацетону в сечі (ацетонурія). Нерідко діабет ускладнюється порушенням обміну речовин з розвиток кетоацидозу (накопичення в крові органічних кислот проміжних продуктів метаболізму жирів). Визначення в сечі кетонів служить ознакою тяжкості стану пацієнта з кетоацидозом.

У деяких випадках для уточнення причини діабету проводять визначення фракції інсуліну і продуктів його метаболізму в крові. Для діабету 1-го типу характерно зниження або повна відсутність фракції вільного інсуліну або пептиду C в крові.

Для діагностики ускладнень діабету та складання прогнозу захворювання проводять додаткові обстеження: дослідження очного дна (ретинопатія), електрокардіограма (ішемічна хвороба серця), екскреторна урографія (нефропатія, ниркова недостатність).

Висновок. На основі вищесказаного можна зробити висновок, що використання згаданих методів діагностики є необхідними у сучасній медицині, так як полегшують саме діагностування цукрового діабету, планове та екстрене визначення рівня глюкози в крові. Вони є практичними у побутовому використанні для людей, хворих на цукровий діабет.

ЛІТЕРАТУРА

1. Цукровий діабет. Клініка, діагностика, пізні ускладнення, лікування: учеб.-метод.посobie. – М.: Мед-практика. – 2005.
2. Дідів І. І. Цукровий діабет у дітей та підлітків. – М.: ГЕОТАР-Медіа, 2007.

3. Лях М. М. Цукровий діабет: моніторинг, моделювання, управління. – Ростов-на-Дону, 2004.
4. За публікаціями журналах Diabetes Care та Contemporary Internal Medicine, 1997-1998.

ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

О. М. Кіт, Д. О. Ковальчук

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

У статті висвітлено проблему хірургічного лікування 147 хворих на гострий холецистит. У 117 із них проведено лапароскопічні операції, а в 30 – відкриту холецистектомію. Доведено перевагу активної хірургічної тактики та лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий холецистит.

THE ARGUMENTATION OF CHOICE OF ACUTE CHOLECYSTITIS SURGICAL TREATMENT METHOD

O. M. Kit, D. O. Kovalchuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

The article is devoted to the problems of surgical treatment of 147 patients with acute cholecystitis. 117 patients were operated laparoscopically and 30 patient had the open cholecystectomy. The priority of the invasive surgical approach for patients with acute cholecystitis was proved.

Вступ. Однією із актуальних проблем абдомінальної хірургії на сьогодні залишається лікування гострого холециститу [1]. За частотою гострий холецистит займає друге місце і складає 10 % серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини [1, 3]. Ми провели порівняльну оцінку ефективності лапароскопічної і відкритої холецистектомії у 147 хворих на гострий холецистит у різні терміни післяопераційного періоду. Критерієм оцінки було вивчення змін основних біохімічних показників, активності ферментів, процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) у сироватці крові оперованих хворих після лапароскопічної і відкритої холецистектомії.

Основна частина. В основу роботи покладено результати обстеження та лікування 147 хворих на гострий холецистит, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці шпитальної хірургії Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського у 2009–11 роках. Серед обстежених чоловіків було 23 (15,6 %), жінок 124 (84,4 %). Вік хво-

рих становив від 17 до 84 років. Оперативні втручання здійснювали за екстремними показаннями – 19 (12,9 %) хворих на гострий холецистит, ускладнений перитонітом і з деструктивними формами гострого холециститу (флегмонозний, гангренозний, гангренозно-перфоративний), негайно після госпіталізації їх в стаціонар або в перші 4–6 год після інтенсивної передопераційної підготовки, термінові операції здійснили у 115 (78,2 %) хворих, при відсутності ефекту від інтенсивної консервативної терапії і покращення стану хворого через 6–24 год і 13 (8,9 %) оперовані у відстроченому порядку, після клінічного покращення загального стану та ретельного обстеження хворого (лабораторного, УЗД та ін.). У 103 (70,1 %) хворих виконано лапароскопічну холецистектомію, у 14 (9,5 %) хворих проведено конверсію на лапаротомний доступ через технічні труднощі, у 30 (20,4 %) холецистектомію виконано відкритою методикою.

Гострий холецистит, як правило, супроводжується інтоксикаційним синдромом, що значно обтяжує перебіг захворювання і впливає на результати його лікування. Так, при обстеженні

хворих на гострий холецистит у 97 (66,0 %) спостерігали підвищення активності ферментів, при цьому рівень активності аспартатамінотрансферази (АСаТ у хворих на гострий катаральний холецистит збільшився з $(0,32 \pm 0,05)$ до $(0,42 \pm 0,03)$ мкмоль/л, а у хворих на гострий гангренозний холецистит до $(1,38 \pm 0,08)$ мкмоль/л, у 4,3 раза порівняно з контрольними величинами, лактатдегідрогенази (ЛДГ) та лужної фосфатази (ЛФ). Активність аланінамінотрансферази (АлаТ) у хворих на гострий катаральний холецистит збільшилася у 1,3 раза $((0,51 \pm 0,02)$ мкмоль/л), у хворих з флегмонозним холециститом у 3,4 раза $((1,32 \pm 0,08)$ мкмоль/л), а у хворих на гострий гангренозний холецистит у 5,1 раза $((1,95 \pm 0,06)$ мкмоль/л) порівняно з контрольними величинами.

Поряд з вищенаведеними ферментами ми виявили у досліджуваних хворих деяке підвищення ЛДГ та ЛФ. Так, у хворих з катаральним холециститом показник ЛДГ збільшився у 1,4 раза, у хворих з флегмонозним холециститом у 1,8 раза, а у хворих із гострим гангренозним холециститом у 2,3 раза порівняно з контрольними величинами. Показник ЛФ в сироватці крові хворих з деструктивними формами гострого холециститу зріс з $(1,25 \pm 0,32)$ до $(2,31 \pm 0,10)$ мкмоль/л (у 1,8 раза), у хворих на гострий флегмонозний холецистит у 3,6 раза, а у хворих на гангренозний холецистит – у 4,3 раза порівняно з контрольними величинами. Приведена динаміка вищенаведених показників активності ферментів сироватки крові свідчить про ураження печінки і наглядно відображає тяжкість перебігу різних форм гострого холециститу. Поряд з цим нами відмічено, що на тлі змін біохімічних показників функціонального стану печінки у хворих на гострий холецистит та змін активності печінкових ферментів спостерігалась інтенсифікація процесів перекисного окислення ліпідів.

Аналіз одержаних результатів дослідження свідчить про те, що у хворих із гострим катаральним холециститом концентрація малонового діальдегіду зросла з $(0,386 \pm 0,016)$ до $(0,421 \pm 0,006)$ мкмоль \cdot л⁻¹, а у хворих на гострий гангренозний холецистит цей показник досягав аж $(0,631 \pm 0,011)$ мкмоль \cdot л¹ ($p < 0,001$), а найбільші показники спостерігали у хворих на гострий холецистит, ускладнений перитонітом. Поряд з цим рівень дієнових кон'югат у хворих із гострим катаральним холециститом склав

$(10,149 \pm 0,157)$ мкмоль \cdot л⁻¹ і порівняно з контрольною величиною збільшився майже у 1,23 раза, а найбільших величин досягав у хворих із гострим холециститом, ускладненими панкреатитом і перитонітом. Поряд з цим виявлено, що концентрація церулоплазміну у хворих на гострий катаральний холецистит зменшилась з $(2,86 \pm 0,05)$ до $(2,54 \pm 0,05)$ ммоль \cdot л⁻¹ ($p < 0,01$), а відновленого глутатіону з $(2,546 \pm 0,251)$ до $(1,935 \pm 0,028)$ мкмоль \cdot л⁻¹ ($p < 0,01$). Ці дані свідчать про зниження антиоксидантного захисту у хворих на гострий холецистит, зумовлений запальним процесом в організмі, що підтверджувалось і зміною активності каталази сироватки крові. Її рівень зменшився з $(26,25 \pm 0,25)$ до $(20,15 \pm 0,31)$ мккат \cdot л⁻¹ ($p < 0,01$), тобто у 1,30 раза. При дослідженні ступеня ендogenous інтоксикації і концентрації молекул середньої маси у хворих на гострий холецистит нами виявлено, що уже у хворих на гострий катаральний холецистит мало місце незначне зростання концентрації молекул середньої маси – $(0,287 \pm 0,012)$ ум. од. (у 1,1 раза), у хворих на гострий флегмонозний холецистит цей показник збільшився до $(0,402 \pm 0,014)$ ум. од. (у 1,6 раза), а у хворих на гострий гангренозний холецистит до $(0,481 \pm 0,020)$ ум. од. (у 1,9 раза). Ці дані свідчать про те, що з розвитком запального процесу у жовчному міхурі збільшується концентрація молекул середньої маси і наростає ступінь ендogenous інтоксикації й погіршується стан хворих.

При виконанні відкритої холецистектомії в кінці операції ще виразнішими ставали порушення активності ферментів та ПОЛ (порівняно з нормою в 2,5–3 раза). Тенденція до нормалізації цих показників відмічалась на 7–10 добу після операційного періоду.

Виконання ЛХЕ також супроводжувалось активацією вільнорадикального окислення, однак вираженість цих змін вірогідно менша, ніж при холецистектомії лапаротомним доступом. Нормалізація активності ферментів та показників ПОЛ відмічалась вже на 3–5 добу післяопераційного періоду. В випадках переходу на конверсію тільки у деяких хворих зберігались помірні явища інтоксикації.

Висновок. Гострий холецистит супроводжується вираженим інтоксикаційним синдромом. Операційна травма сприяє посиленню інтоксикації в організмі хворого. Лапароскопічна холецистектомія є методом вибору в хірургічному лікуванні гострого холециститу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Березицький Я. С. Інтраопераційні й ранні післяопераційні ускладнення лапароскопічної холецистектомії / Я. С. Березицький, С. З. Ширяєв, В. Я. Березницький // Шпитальна хірургія. – 1998. – № 3. – С. 58–59.
2. Василюк М. Д. Особенности диагностики и комплексного хирургического лечения острого холангита / М. Д. Василюк, С. М. Василюк // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т. 3, № 3. – С. 43.
3. Захараш М. П. Чи є пріоритетною активна вичікувальна тактика при гострому холециститі? / М. П. Захараш, М. І. Семендей, Ю. М. Захараш // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 2. – С. 47–49.
4. Кулиев Ш. Б. Дискуссионные вопросы хирургической тактики при остром холецистите / Ш. Б. Кулиев, Г. Б. Исаев // Хирургия. – 1990. – № 10. – С. 29–30.
5. Мішалов В. Г. Шляхи покращення результатів лапароскопічної холецистектомії / В. Г. Мішалов, С. М. Гойда // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 2. – С. 74–77.
6. Невідкладна лапароскопічна холецистектомія при гострому холециститі й холангіті / Л. Я. Ковальчук, В. І. Максимлюк, А. Д. Беденюк та ін. // II Конгресс хирургів України. – К. ; Донецьк, 1998. – С. 288–299.
7. Острый холецистит как проблема лапароскопической хирургии / Попов А. Ф., Брискин Б. С., Мадаханов С. Н. [и др.] // Хирургия. – 1995. – № 5. – С. 13–15.

