

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

# **МЕДСЕСТРИНСТВО**

**УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ**

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

# **NURSING**

UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

**4/2011**

# 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 № 6 від 29.11.2011 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 30.11.2011. Формат 60x84/8.  
Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. №1  
Ум. друк. арк. 3,26. Обл.-вид.арк. 2,74  
Тираж 600. Зам. № 17

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

---

## ЗМІСТ

<i>С. О. Ястремська, Н. О. Ліщенко</i> Деякі аспекти підходу до лікування хворих в Канаді	4
<i>А. А. Гудима, О. М. Креховська-Лепявко, Ю. М. Козунь, Б. А. Локай, Н. І. Рега</i> Чемпіонати бригад швидкої медичної допомоги як складова єдиної системи надання екстреної медичної допомоги в Україні: досягнення і перспективи	7
<i>В. Б. Гощинський, Н. Б. Галіяш, В. М. Творко</i> Вимоги до клінічного консультування літніх людей на етапі первинної медико-санітарної допомоги	11
<i>П. С. Гудак, В. Я. Горохівська</i> Психічні розлади при пухлинах головного мозку та організація догляду за пацієнтами	14
<i>Л. С. Мілевська-Вовчук, С. І. Шкробот, В. В. Вовчук</i> Особливості когнітивних розладів у пацієнтів із закритою черепно-мозковою травмою	17
<i>М. А. Федюшин-Сорока, Д. В. Козак</i> Історія розвитку сестринської справи в Україні	20
<i>О. В. Батюх</i> Важливість дослідження тривожності у студентів першого курсу	22
<i>Н. В. Климчук</i> Застосування мідріатиків при хірургічному лікуванні катаракти	24
<i>Д. О. Ковальчук</i> Профілактика ускладнень лапароскопічної холецистектомії	26

## CONTENTS

S. O. Yastremska, N. O. Lishchenko Some aspects of patients' care in Canada	
A. A. Hudyma, O. M. Krekhovska-Lepyavko, Yu. M. Kohun, B. A. Lokay, N. I. Reha The championships of ambulance' teams in order to the implementation of state unified system emergency care program: new achievements and prospects	
V. B. Hoshchynskyi, N. B. Haliyash, V. M. Tvorko Requirements for the clinical counseling of older people on the level of primary health care	
P. S. Hudak, V. Ya. Horohivska The mental disorders because of tumors of the brain and organization of patient's care	
L. S. Milevska-Vovchuk, S. I. Shkrobot, V. V. Vovchuk The peculiarities of cognitive impairment in patients with closed craniocerebral injury	
M. A. Fedyshyn-Soroka, D. V. Kozak History of nursing development in Ukraine	
O. V. Batyuh The importance of investigation of anxiety in the freshmen	
N. V. Klymchuk The usage of midriatics in the cataract surgery	
D. O. Kovalchuk Prophylaxis of complications of laparoscopy cholecystectomy	

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ В КАНАДІ

С. О. Ястремська, Н. О. Ліщенко

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
Агенція Care Partners, Торонто (Канада)*

---

Система охорони здоров'я Канади має добру репутацію у всьому світі, зокрема, завдяки розробці теорії та впровадженню на практиці системи паліативного догляду за невиліковними хворими. В даній статті висвітлюються особливості організації паліативного догляду за інкурабельними хворими, а також показані функціональні обов'язки дільничних медичних сестер.

---

## SOME ASPECTS OF PATIENTS' CARE IN CANADA

S. O. Yastremska, N. O. Lishchenko

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky  
Care Partners Agency, Toronto (Canada)*

---

The health care system in Canada has a good reputation around the world, especially due to the developing the theory and implementation into practice the system of palliative care of incurable patients. This article highlights the features of palliative care for incurable patients and the functional responsibilities of nurses.

---

**Вступ.** Охорона здоров'я Канади є системою страхових та медичних планів десяти провінцій та трьох територій і фінансується державою з податків як місцевих, так і державних прибуткових податків та податку на прибуток з підприємств. Тобто, медичне обслуговування канадців фінансується через загальне оподаткування, страхові внески і оплату готівкою. У середньому щорічний внесок кожного канадця в систему охорони здоров'я становить майже 2500 дол. Стосовно надання паліативної допомоги, то тут також розроблений певний алгоритм, за яким й працюють медики в усій країні – після встановлення діагнозу невиліковної хвороби в лікарні, подальшу опіку над хворим здійснює державна структура (ССАС), яка проводить моніторинг хворих і пропонує різні схеми лікування для недужих на певній території.

**Основна частина.** Подальша доля паліативних хворих після встановлення їм діагнозу і виписування додому в нашій країні, на жаль, стає проблемою

самих хворих. В період, що залишається прожити, такі пацієнти страждають не так від самої хвороби, як від побічних симптомів: нудота після перенесення хіміотерапії, зникнення апетиту, проблеми зі шкірою, закрепи і, звичайно ж, біль.

У Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського також, і уже не перший рік, переймаються проблемами хоспісної та паліативної допомоги, долучаючись до міжнародних, партнерських проектів у цій царині. Так, завдяки проекту МАТРА, за участю п'яти українських університетів та Саксіонського університету в Голландії, представники нашого ВНЗ привернули увагу громадськості до проблеми догляду за людьми похилого віку. Це були перші зерна дорогоцінного досвіду в нас на Тернопільщині та й у всій Україні, щоб показати, що ж може суспільство зробити для цієї категорії громадян.

Нагальність проблеми стала поштовхом до скликання низки конференцій за участі спеціалістів з усієї України у ТДМУ. Створений обласний осе-

редок Української ліги сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги. Фахівці нашого університету переймали багаторічний досвід відомих закладів з надання паліативної та хоспісної допомоги у Сполучених Штатах Америки, Польщі, Нідерландах. Відтак, у ТДМУ була створена власна модель щодо надання цього виду меддопомоги. Не залишилися осторонь проблем невиліковно хворих й практична медицина. За активної участі головного лікаря Тернопільської міської комунальної лікарні швидкої допомоги, голови обласного осередку Української ліги сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги Ярослава Чайківського облаштували кілька хоспісних ліжок у відділенні невідкладних терапевтичних станів. Доглядати та проводити медсестринські втручання інкурабельним хворим медичним працівникам допомагають студенти ННІ медсестринства ТДМУ. У планах університету уже цього року – зорганізувати навчально-практичний центр хоспісної допомоги у смт. Гримайлів Гусятинського району.

Система охорони здоров'я Канади має добру репутацію у всьому світі, зокрема, завдяки розробці теорії та впровадженню на практиці системи паліативного догляду за невиліковними хворими.

Після встановлення діагнозу невиліковної хвороби в лікарні подальша опіка за хворим здійснюється державною організацією ССАС (центр громадської підтримки з догляду).

В кожному з регіонів Канади (10 провінцій і три території), залежно від кількості населення, є певна кількість таких організацій. Наприклад, в провінції Онтаріо нараховується 14 організацій ССАС на 13 млн осіб населення. Отже, ССАС – це організація, яка регулює, скеровує, контролює процес лікування хворих. Сюди надходить інформація про виписаних хворих з лікарень, і самі хворі теж звертаються за допомогою сюди.

Перше, з чим зустрічаєшся і що приємно вражає в Канаді, – це велика повага до медичних сестер як з боку пацієнтів, так і з боку колег по мультидисциплінарній команді: лікарів, соціальних працівників, дієтологів і т.д. Кожен з них виконує свою роль і прислухається до думки один одного. Бути медсестрою в Канаді престижно хоча б тому, що заробітна плата її в декілька разів вища, ніж, наприклад, помічника лікаря.

Паліативні ж хворі, після виписання з стаціонару, не залишаються на самоті зі своєю хворо-

бою і своїми проблемами, вони одразу ж попадають під опіку держави.

Більшість канадійців, як і українців, надають перевагу знаходитись вдома і прожити залишений їм час зі своїми рідними і близькими людьми. Тому в Канаді розвинена система надання допомоги медсестрами хворим на дому (community nurses). Звичайно ж, за бажанням хворого і залежно від його стану надаються різні види паліативного догляду. Це і денні стаціонари при лікарнях і приватних агенціях, і хоспісні відділення в лікарнях, і окремі хоспіси для спокійного і, головне, безболісного відходу у вічність.

Безпосереднім лікуванням та доглядом за хворими на дому займаються приватні агенції, які отримують інформацію про хворих, необхідний обсяг лікування і догляду від ССАС. Між агенціями і ССАС ведеться цілодобовий обов'язковий зв'язок і звіт про виконану роботу, стан хворого та необхідну допомогу. Організація ССАС, в якій мені довелося побувати, співпрацює з сімома агенціями медсестер. Кожна агенція щороку звітує перед ССАС про проведену роботу і що 5 років обов'язково проходить акредитацію і подає в ССАС свій бізнес-проект. Агенції постійно конкурують перед ССАС за кількість хворих. Чи обере їх ССАС для подальшої співпраці залежить від того, скільки хворих охоплено доглядом даною агенцією, якої важкості хворі обслуговуються медсестрами (ставка робиться на паліативних хворих), як часто і які курси проводяться для медсестер. Крім того, ССАС проводить незалежне опитування хворих про якість обслуговування і кваліфікаційні дії медсестер.

Персонал однієї з таких агенцій (community nursing organization, CarePartners) налічує 600 медичних сестер двох категорій: RN (медсестри, що мають кваліфікацію бакалавра) і RPN (медсестри, які мають кваліфікацію молодшого спеціаліста). Медсестри поділені в команди. Кожна команда включає 4 медсестри-бакалавра і 3 медсестри – молодших спеціаліста, також підключаються до роботи і сумісники на випадок заміни когось з членів команди під час хвороби або відпустки. Кожна команда медсестер обслуговує певну територію (за географічними межами: кількість вулиць, будинків). Агенція намагається зробити так, щоб одного хворого відвідували одні і ті ж медсестри, для цього складається спеціальний графік, згідно з яким від 1 до 3-х візитів здійсню-

ють три різні медсестри, а від 11 до 24 візитів допускається 5 різних медсестер.

Навантаження медсестри на ставку: три робочих дні на тиждень (в тому числі 1 доба). Оплата праці проводиться за кількість здійснених візитів. Максимальна кількість візитів за день – 14.

Одна з головних умов при обранні на роботу – вміння водити автомобіль і наявність автомобіля. Тобто, медсестра при виїздах на дім до пацієнтів користується своїм автомобілем, але агенція покриває витрати на паливо. Крім того, для постійного зв'язку медсестри користуються пейджером і мобільними телефонами, витрати на які проводяться теж за рахунок роботодавця.

Ось як виглядає один з виїздів медичної сестри цієї агенції до хворого додому.

У переддень чергування медсестра ознайомлюється з інформацією про хворого на веб-порталі ССАС: історію хвороби, звіт сімейного лікаря, призначення спеціаліста (в цьому випадку паліативного лікаря). Після приїзду до хворого вона одразу ж зв'язується з менеджером ССАС і повідомляє про початок свого візиту. Потім знайомиться з хворим, з його родинами, детально оглядає хворого, розпитує його скарги. Все це одразу ж записується в спеціальні медсестринські форми звітності. Вся документація зберігається в спеціальній папці, яка весь час знаходиться вдома у пацієнта, а після його виписання (в разі одужання, переведення до спеціального закладу або ж смерті) передається до ССАС для експертизи. Хворий, якого оглядала медсестра, був виписаний додому з паліативним діагнозом з приводу онкології кишківника. Родичі повідомили, що вже другий день йому важко підніматись самому з ліжка, пересуватись по кімнаті, користуватись туалетом. При огляді шкірних покривів медпрацівником було відмічено почервоніння певних діля-

нок і поява пролежнів. Хворому важко було дихати. Відмітивши це, медсестра негайно зателефонувала до менеджера ССАС і замовила для хворого функціональне ліжко з протипролежневим матрацом, засіб для пересування (walker), біотуалет або судно, щоб розмістити біля ліжка хворого, інфузіомат для внутрішньовенного введення ліків, одноразові простирадла і пеленки, памперси і т.д. Все це одразу ж в цей день або в крайньому разі на другий день зранку буде доставлено хворому додому. І все це безкоштовно для хворого! Все покривається державою. Організація ССАС бере в рент для пацієнтів в магазинах медтехніки це обладнання, а після того, як воно не використовується, передається іншому пацієнтові.

Крім цього, медсестра залишає повідомлення паліативному лікарю, соціальному працівникові, дієтологу і рекомендує їм відвідати хворого, щоб спільно забезпечити максимальну ефективну допомогу. В кінці свого візиту медсестра знову зв'язується з менеджером і звітує про завершення візиту.

Вже по дорозі до наступного пацієнта нею було отримане повідомлення від лікаря, який на основі показів медсестри (це свідчить про повну довіру до колеги по роботі) зробив медикаментозне призначення, замовив медикаменти знову ж таки через організацію ССАС і з наступного дня медсестра вже може виконувати ці призначення, а якщо необхідно, то й негайно.

**Висновок.** Вивчення досвіду різних країн, зокрема Канади, в сфері організації догляду за інкурабельними хворими сприяє розумінню процесу паліативної опіки та шляхи впровадження його в Україні, оволодінню новими практичними навичками медсестри-бакалавра, а також розширенню кола міжнародної співпраці.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Андріївський І. Ю. Медсестринська модель Мойри Аллен – одна з найсучасніших моделей / І. Ю. Андріївський, Т. Т. Сільчук // Медсестринство України. – 2003. – № 2. – С. 24-25.
2. New approach to health education in primary health care. Report of a WHO Expert Committee. WHO, Geneva, 1983. – 44 p.

3. Allen Moyra. Evaluation of Educational Programmes in Nursing. – Geneva: WHO, 1977.
4. Gottlieb L. N. Nursing intervention studies: issues related to change and timing. / L. N. Gottlieb, N. Feeley // Canadian Journal of Nursing Research. – 1995. Vol. 27 (1); – P. – 13–29.

## ЧЕМПІОНАТИ БРИГАД ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК СКЛАДОВА ЄДИНОЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ: ДОСЯГНЕННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ

А. А. Гудима, О. М. Креховська-Лепявко, Ю. М. Когунь,  
Б. А. Локай, Н. І. Рега

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

Національні чемпіонати швидкої медичної допомоги мають вагоме значення для вдосконалення рівня теоретичних знань і практичних навичок, аналізу проблем служби, визначення напрямків їх вирішення, започаткування міжнародного співробітництва.

## THE CHAMPIONSHIPS OF AMBULANCE' TEAMS IN ORDER TO THE IMPLEMENTATION OF STATE UNIFIED SYSTEM EMERGENCY CARE PROGRAM: NEW ACHIEVEMENTS AND PROSPECTS

A. A. Hudyma, O. M. Krekhovska-Lepyavko, Yu. M. Kohun, B. A. Lokay, N. I. Reha

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

The national ambulance championships play an important role in the improving of the level of theoretical knowledge and practical skills, problems' analysis and recognizing the directions of their solving, initiation of international cooperation.

**Вступ.** Щороку понад 15 млн громадян України з різних причин звертається за медичною допомогою. При цьому бригадами ШМД виконується близько 13 млн виїздів на виклики хворих та травмованих громадян. Понад 2 млн громадян отримує медичну допомогу в закладах первинної лікувально-профілактичної допомоги. Лікування в стаціонарних умовах потребує понад 1 млн осіб. При цьому смертність постраждалих і хворих на догоспітальному етапі значно перевищує аналогічну в умовах стаціонару й понад 45 % викликів бригад ШМД вважаються невиправданими і пов'язаними з недосконалістю дільничної служби та сімейної медицини [3, 4].

**Основна частина.** Виникла серйозна проблема, пов'язана із потребою у розширенні, доступності та підвищенні якості екстреної медичної допомоги, що надається населенню на догоспітальному етапі, зниженні рівня інвалідності та смертності від нещасних випадків, травм та

отруєнь, гострих порушеннях життєвих функцій людини внаслідок серцево-судинних та інших захворювань. Для реалізації цього завдання Постановою Кабінету України від 5.11.2007 р. № 1290 була прийнята Державна програма створення Єдиної системи екстреної медичної допомоги (ЄС ЕМД). Програма передбачала: розробку нормативно-правової бази з питань ЄС ЕМД, зміцнення матеріально-технічних та кадрових ресурсів, впровадження європейських стандартів екстреної та невідкладної допомоги, розвиток диспетчерської служби, системи підготовки і перепідготовки з невідкладної медичної допомоги медичних працівників, рятувальників і працівників, обов'язки яких пов'язані з експлуатацією автомобільного, залізничного та повітряного транспорту з невідкладної медичної допомоги, удосконалення медицини катастроф. Для реалізації Державної програми МОЗ України прийняв низку наказів щодо вдосконалення служби ШМД та медицини катастроф, зокрема: від 29.08.2008 р. № 500 «Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню

в Україні», від 01.06.2009 р. № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги», від 30.07.2009 р. № 557 «Про введення національного стандарту на автомобілі швидкої допомоги», від 30.07.2009 р. № 283 «Про удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з надання екстреної та невідкладної допомоги». Однак реалізація зазначених нормативних документів була профінансована всього на 16,5 %. Все це дозволяє стверджувати про низьку ефективність системи ЕМД в Україні в цілому та шукати нові методи вдосконалення підготовки медичних і немедичних працівників з екстреної та невідкладної медичної допомоги, ефективного використання наявних матеріально-технічних ресурсів, а відтак і підвищення рівня суспільного здоров'я [3, 4].

Починаючи із 2006 року в Україні розпочато проведення конкурсів бригад ШМД як одного із випробуваних у світі методів вдосконалення діяльності цієї служби.

Результати спостережень за діяльністю бригад ШМД країн Східної Європи показали, що вдосконалення ШМД – це не тільки технічне переоснащення, забезпечення сучасними засобами зв'язку, аеромобільним транспортом і т.п., це, насамперед, формування нового виду ментальності медичного працівника, у якого головною метою стає порятунок життя людині, формування виїзної бригади як колективу одностайців із чітким розподілом ролей у процедурі надання медичної допомоги відповідно до прийнятих медико-технологічних стандартів, максимально ергономічне облаштування карети швидкої допомоги і медичного майна, щоб жодна секунда не була згаяна під час рятування життя людини. Це раціональна організація виїздів бригад ШМД на основі застосування сучасних інформаційних технологій, це формування в суспільстві особливого ставлення до медиків у каретах швидкої допомоги.

У цьому сенсі конкурси бригад ШМД це унікальна можливість систематичного аналізу досягнень і прорахунків, обміну досвідом, неупередженого спілкування керівного складу служби і дискусії з насущних проблем організації її діяльності.

Тому не дивно, що в рамках міжнародного гранду, який отримав Львівський територіальний центр ЕМД і медицини катастроф, одним із завдань була організація таких конкурсів. Львів'яни успішно провели Галицькі медичні раллі – 2006, 2008 і 2009, в яких відповідно взяли участь 12, 17 і

31 екіпаж. Сам факт зацікавлення конкурсом з боку станцій і відділень ШМД, розширення його географії вказує на велику зацікавленість медичних працівників і доцільність їх проведення в Україні.

З ініціативи колективу кафедри ЕМД і медицини катастроф (МК) з курсом військової підготовки Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського започатковано проведення Національних чемпіонатів ШМД [1, 2]. Перший і другий відбулися на базі Навчально-оздоровчого комплексу «Червона калина» медичного університету відповідно у 2008 і 2010 роках. Третій – з ініціативи Хмельницького територіального центру ЕМД і МК – у м. Кам'янці-Подільському Хмельницької області в липні 2011 року.

На I і II Національних чемпіонатах команди із закордону показали значно кращий результат і домінували у групі абсолютних лідерів. Проте вже під час III Національного чемпіонату групи лідерів очолили українські команди із м. Заліщики Тернопільської обл. та медична клініка «Борис». Цей успіх є вагомим аргументом того, що незважаючи на форму власності лікувальних закладів (державна чи приватна), в Україні існують можливості для підготовки і оснащення на достатньо високому рівні виїзних бригад ШМД.

Звертає на себе увагу той факт, що команди, які увійшли у трійку призерів кожного чемпіонату, з Вінниці, медичної клініки «Борис», ШМД м. Тернопіль, відділення ШМД Заліщицької ЦРЛ, Клінічного госпіталю Державної прикордонної служби України (м. Львів), Центру ЕМД і МК, м. Львів вже мали попередній досвід участі в конкурсах (у Польщі, на Галицьких медичних раллі, обласних конкурсах, які протягом останніх трьох років проходять у Тернопільській області). На III Національному чемпіонаті показали високий результат (увійшли в десятку кращих) команди з Рівненської області та Буковини. В цих регіонах у 2011 році теж відбувся Перший обласний конкурс. Отже, сам факт участі в конкурсах спонукає до поглиблення знань, успішнішого використання наявних матеріально-технічних ресурсів карети ШМД і свідчить про важливе значення конкурсів для вдосконалення рівня підготовки виїзних бригад. Крім цього, учасники більшості із зазначених команд пройшли додатковий вишкіл з питань ЕМД, зокрема курс ALS (Advanced Life Support) у Польській раді реанімації в Республіці Польща. Даний факт свідчить про недосконалість



вітчизняної системи підготовки з питань екстреної медичної допомоги, зокрема ситуацій, які завершуються клінічною смертю.

Окремо слід зупинитися на кращій закордонній команді I Національного чемпіонату. Нею стала команда мисливської пожежної станції м. Куров (Республіка Польща), яка перемогла професійні команди польських воєводських станцій і стала абсолютним чемпіоном. Склад команди – 1 фельдшер і 2 медсестри. Основа успіху – ретельне, відпрацьоване до автоматизму виконання протоколів з невідкладної медичної допомоги. Отже розробка науково обґрунтованих і доказових протоколів з медицини невідкладних станів і їх обов'язкове виконання є насувною проблемою діяльності служби ШМД і запорукою успішної діяльності як під час конкурсів, так і реальних виїздів на виклики. На жаль, в Україні останні протоколи з медицини невідкладних станів датуються 2005 роком і не відповідають сучасному баченню технологій надання медичної допомоги пацієнтам у невідкладних станах на догоспітальному етапі.

Конкурси бригад ШМД – це не тільки змагання, це одночасно й науково-практичні конференції, лекції з актуальних питань ЕМД і МК та наради керівного складу служби за участю представників МОЗ України. Важливо відмітити, що систематична діяльність Всеукраїнської громадської організації «Українська рада реанімації і невідкладної медичної допомоги» та регіональної громадської організації Львівщини «Українська рада реанімації», які широко пропагують технології серцево-легеневої реанімації під час Всеукраїнських науково-практичних конференцій, дала свої плоди. На III Національному чемпіонаті переважна більшість українських команд продемонструвала добрий вишкіл з цих питань.

Окремо слід зупинитися на результатах анкетування середніх медичних працівників. Основні питання стосувалися обсягу знань, практичних навичок та можливості їх отримання з серцево-легеневої реанімації. Більшість респондентів невпевнено себе почувають з питань раптової смерті. Це пов'язано з недостатньою підготовкою як на додипломному, так і на післядипломному рівні, відсутністю єдиного бачення протоколу проведення реанімаційних заходів, відсутністю професійних манекенів для відпрацювання практичних навичок. Практично більшість з респондентів вперше реалізувала протокол надання допомоги при зупинці серця на пацієнтові у

стані клінічної смерті, що ніяк не відповідає принципам сучасної європейської освіти. Очевидно, проводячи реформу медичної освіти в Україні, акценти поставлені не на основних проблемних питаннях.

Підсумовуючи три Національні чемпіонати можна виділити такі головні помилки бригад ШМД під час виконання конкурсних завдань:

- не достатній рівень оцінки власної безпеки, недостатній рівень координація з рятувальниками, які були присутніми на місці пригоди;
- не завжди проводився огляд місця пригоди з метою виявлення всіх постраждалих;
- не чітко проводився огляд постраждалого на предмет виявлення загрозливих для життя станів;
- ще не увійшло в систему надання медичної допомоги ручна стабілізація шийного відділу хребта у травмованих пацієнтів;
- не завжди команди уміло використовували засоби для транспортної іммобілізації (шийний комірць і довгу транспортувальну дошку);
- киснева терапія і пульсоксиметрія ще не стала в окремих команд стандартом під час надання допомоги постраждалим у критичних станах;
- вторинний огляд відповідно до протоколу виконували тільки поодинокі команди. Його проведення було несистемним і не в повному об'ємі;
- рідко використовувалося термопокривало;
- більше половини команд продемонстрували низьку психологічну підготовку в ситуаціях неадекватної поведінки постраждалих і свідків пригоди;
- можна констатувати недостатній рівень практичних навичок з використання сучасних дефібриляторів, приладів для кисневої терапії;
- не всі команди володію прийомами серцево-легеневої реанімації відповідно до Стандартів Європейської ради реанімації 2010 року;
- під час реалізації конкурсних завдань з масовим ураженням у команд виникали труднощі через відсутність єдиних медико-технологічних стандартів надання такої допомоги.

**Висновки.** 1. Ретельна реалізація медико-технологічного стандарту (протоколу) є запорукою успішного надання медичної допомоги постраждалим. Протоколи вимагають систематичного перегляду й оновлення відповідно до досягнень сучасної науки і техніки. Доцільним є врахування стандартів Американської асоціації кардіологів та Європейської ради реанімації. Їх систематичний перегляд і оновлення слід покласти на Всеукраїнську громадську організацію «Українська рада реанімації та невідкладної медичної допомоги».

2. Подальшої роботи вимагає уніфікація оснащення карет ШМД та уміння ним користуватися. На сьогодні працівники «швидкої» не в повному обсязі вміють використовувати наявну апаратуру, вироби медичного призначення та медикаменти для надання медичної допомоги постраждалим. Акцент на перевезенні постраждалого ще домінує в ментальності працівників ШМД.

3. Катастрофічною є ситуація з алгоритмом дій в умовах масових уражень. До медицини катастроф слід ставитися як до окремої медичної технології, починаючи з етапу планування медичного забезпечення масових заходів, закінчуючи правилами дій у вогнищі ураження, взаємодії служб, розуміння кінцевої мети – врятувати якомога більше людей. Насамперед – це розробка алгоритму дій і взаємодії між службами у вогнищі ураження (медиками, міліцією та пожежними), прийняття на озброєння технології медичного сортування, розробка сортувальних талонів, підготовка і перепідготовка працівників ШМД з цих питань.

4. У роботі виїзної бригади вагоме значення відводиться водіям. В його обов'язки повинна входити допомога лікарю чи фельдшеру з різноманітних питань надання екстреної медичної допомоги. Тому такій категорії працівників слід дати змогу здобути первинну медичну освіту.

5. Конкурс яскраво підтвердив якість і практичність сучасних реанімообілів на базі Мерседес,

Фольксваген, Пежо та ін. ГАЗЕЛЬ, не зважаючи на свою низьку вартість, не йде в жодне порівняння з такими автомобілями.

6. Працівники ШМД повинні мати уніфікований спецодяг, який би відповідав специфіці роботи, був гігієнічним і зручним в користуванні. Крім цього, рукавички, маска, окуляри, ліхтарик у нічний час та каска – повинні стати обов'язковими атрибутами особистого оснащення.

7. Конкурси (літній і зимовий) повинні стати в Україні одним з основних методів підвищення якості надання екстреної догоспітальної медичної допомоги. Доцільно, щоб МОЗ України зніціював регіональні конкурси в областях, а їх переможці брали участь у Всеукраїнських заходах. Доцільно кращі команди залучати до участі у конкурсах за кордоном.

8. Настала потреба створити лігу суддів Національного чемпіонату ШМД – провідних фахівців у галузі для забезпечення неупередженої, професійної розробки конкурсних завдань, єдиних принципів суддівства, моніторингу напрямків вдосконалення ШМД.

9. У всіх медичних навчальних закладах слід впровадити навчання основних прийомів серцево-легеневої реанімації на професійних фантомах (манекенах), ретельно відпрацьовувати, перевіряти і нести відповідальність за практичні навички як на додипломному, так і післядипломному рівні.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Гудима А. А. До питання вдосконалення екстреної медичної допомоги при масових ураженнях / А. А. Гудима, М. Я. Джус, Р. М. Ляхович // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання екстреної медичної допомоги і медицини катастроф», 9-10 червня, м. Тернопіль. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2010. – С. 12-13.

2. Ковальчук Л. Я. Сучасний стан вдосконалення підготовки студентів та інтернів з питань екстреної і невідкладної медичної допомоги у Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського / Л. Я. Ковальчук, І. Р. Мисула // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання екстреної медичної допомоги і медицини катастроф», 9-10 червня, м. Тернопіль. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2010. – С. 6-7.

3. Митник З. М. Першочергові заходи щодо подальшої розбудови єдиної системи надання екстреної медичної допомоги / З. М. Митник, Г. Г. Рошцін, М. Д. Близнюк та ін. // Матеріали Всеукраїнської

науково-практичної конференції «Актуальні питання екстреної медичної допомоги і медицини катастроф», 9-10 червня 2010 р., м. Тернопіль. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2010. – С. 3-4.

4. Митник З. М. Основні завдання щодо реалізації державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на 2010 рік / З. М. Митник, Г. Г. Рошцін, М. Д. Близнюк та ін. // Матеріали наукового симпозиуму «Проблемні питання медицини невідкладних станів», 20-21 квітня 2010 р., Київ. – К., 2010. – С. 13-15.

5. Рошцін Г. Г. Підсумки виконання державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги та перспективи подальшого її реформування / Г. Г. Рошцін, М. Д. Близнюк, В. Н. Завальний та ін. // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена медична допомога. Європейські стандарти – 2010», 31 березня – 1 квітня 2011 року, м. Київ. – К., 2011. – С. 23-24.

## ВИМОГИ ДО КЛІНІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ЛІТНІХ ЛЮДЕЙ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

В. Б. Гощинський, Н. Б. Галіяш, В. М. Творко

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

---

У статті висвітлено важливість клінічного консультування літніх людей для покращення якості їх життя та поліпшення надання їм медичної допомоги. Описано роль медичного персоналу закладів первинної медико-санітарної допомоги та методи підвищення ефективності пропаганди серед літніх людей здорового способу життя.

---

## REQUIREMENTS FOR THE CLINICAL COUNSELING OF OLDER PEOPLE ON THE LEVEL OF PRIMARY HEALTH CARE

V. B. Hoshchynskyi, N. B. Haliyash, V. M. Tvorko

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

---

We discussed the clinical importance of clinical counseling for older people to increase the quality of their lives and improve their medical care. The role of medical staff of primary health care settings and methods of elderly education improvement in disease prevention and health promotion were described.

---

**Вступ.** Проблема удосконалення існуючих та пошуку нових форм надання медико-соціальної допомоги людям літнього та старечого віку, підвищення якості, раціонального використання існуючих ресурсів охорони здоров'я набуває особливої актуальності в період прогнозованого збільшення чисельності населення цієї вікової категорії. Одним із шляхів підвищення доступності і якості надання медичної допомоги на первинному рівні є розробка стандартів діяльності лікарів та медсестер загальної практики та сімейної медицини. Дослідження показали, що серед пацієнтів сільських амбулаторій загальної практики (сімейної медицини) до 63 % дорослого населення становлять люди старше 60 років (для міських амбулаторій – 39 %) [1, 2]. Для них саме сімейний лікар та медсестра є головними особами в наданні допомоги: профілактики, лікування, реабілітації, організації допомоги з боку соціально-побутових служб, інших державних і недержавних структур. Тому вони повинні володіти навиками ефективного клінічного консультуван-

ня літніх людей. З іншого боку, вкрай важливою є гериатрична підготовка медичних і соціальних працівників на всіх рівнях надання допомоги, а також навчання волонтерів, самого населення похилого віку і сімей тяжкохворих елементів само- та взаємодопомоги [2, 3].

**Основна частина.** Заходи щодо зміцнення здоров'я в людей літнього віку вимагають інших акцентів, ніж у більш молодому віці, з наголосом на зменшення ризику виникнення захворювань та інвалідності, пов'язаних зі старінням організму, а також усунення ефекту кумулятивного впливу супутніх захворювань. Оскільки загальноновизнаними поведінковими чинниками ризику, які найбільше сприяють погіршенню стану здоров'я серед літніх людей, є тютюнокуріння, відсутність фізичної активності і неправильне харчування, працівники закладів первинної медико-санітарної допомоги повинні мати навик та час для профілактичної роботи з літніми пацієнтами з метою зміни несприятливого способу життя і негативних звичок.

Було показано, що клінічне консультування, спрямоване на поліпшення особистих навиків та

способу життя, може бути більш цінним для пацієнтів, ніж звичайні клінічні заходи, такі як діагностичне тестування [4]. Нижче наведено загальні принципи, які необхідно враховувати при забезпеченні клінічного консультування:

1. Консультації повинні бути культурно прийнятними. Інформацію та послуги слід надавати у стилі й форматі, які є найбільш відповідними для світосприйняття пацієнта та близькі до його життєвих цінностей і традицій.

2. Для підвищення ефективності консультування можуть бути вжиті різні заходи:

– використання різноманітних друкованих ресурсів з описанням навиків для зміцнення здорового способу життя. Брошури, плакати, памфлети, листівки та інші матеріали різними мовами слід розкласти в помітних, легкодоступних місцях.

– Доцільне застосування коротких опитувальників, які допоможуть швидко оцінити потреби пацієнта. Заповнення анкет можуть здійснювати пацієнти самостійно або з допомогою медичних сестер, родичів чи волонтерів.

– Важливо впроваджувати командний підхід до консультування, що передбачає базову підготовку медичних і соціальних працівників на всіх рівнях надання допомоги та дозволяє забезпечити надання повторної інформації для пацієнтів, що покращує її засвоєність.

Клінічне консультування є цілеспрямованим процесом: застосуйте свій досвід для знаходження індивідуального підходу до кожного відвідувача, що допоможе їм ефективно використовувати отримані знання у повсякденному житті. Для того, щоб засвоєність інформації

була кращою, необхідно розробити індивідуалізований план навчання з урахуванням вихідного рівня пацієнта та його когнітивних можливостей. Часто людям літнього віку потрібно більше часу, щоб зрозуміти і запам'ятати викладене. Слід враховувати потреби та бажання кожного з пацієнтів при визначенні індивідуальних завдань, це підвищує умотивованість людини для запровадження змін у своїх щоденних звичках. Оскільки перехід до здорового способу життя зазвичай є нелегким процесом у будь-якому віці, необхідно забезпечити поступове, покрокове використання позитивних навиків у повсякденній практиці. Краще починати з додавання нових позитивних звичок, ніж з усунення старих негативних. Для формулювання цілей слід використовувати позитивні, конкретні твердження із уточненням, що пацієнт робитиме, як довго і часто, коли саме. Наприклад, «Індивідуалізоване завдання Грабовської О., 65 р.: ходити пішки (що робити?) 500 метрів (як довго?) по обіді (коли саме?) тричі на тиждень: понеділок, середа, п'ятниця (як часто?)». Такі плани допомагають отримати чітко сформульовані зобов'язання від пацієнта та прослідкувати їх виконання. Важливо також контролювати прогрес щодо впровадження позитивних змін шляхом активного розпитування підопічних про їх успіхи протягом наступних візитів.

Для підвищення ефективності консультування пацієнтів літнього віку важливо, щоб усі працівники закладу первинної медико-санітарної допомоги володіли 5 організаційними етапами втручання: обстеження, порада, погодження, допомога і планування (табл. 1).

**Таблиця 1. Організаційні етапи втручання, якими повинні володіти працівники закладів первинної медико-санітарної допомоги для ефективного клінічного консультування**

Організаційний етап втручання	Необхідні дії
Обстеження	Запитайте про наявність шкідливих чи позитивних звичок, оцініть спосіб життя, визначте чинники, що обґрунтують вибір цілей/методів зміни поведінки
Порада	Дайте чіткі, конкретні і персоналізовані поради щодо зміни поведінки, в тому числі інформацію про шкоду певних звичок для здоров'я та користь від відмови від них
Погодження	Спільно виберіть відповідні цілі та методи для вироблення позитивних звичок відповідно до інтересів пацієнта та його готовності до змін
Допомога	Використовуючи різні методи зміни поведінки (самопомоги та / або консультування), допоможіть пацієнту у досягненні його мети шляхом вироблення певних навичок, забезпечення підтримки з боку оточення, призначення допоміжного медикаментозного лікування у разі необхідності (наприклад, фармакотерапії для лікування тютюнової залежності тощо)
Планування	Складіть розклад наступних контактів (особисто або по телефону), щоб забезпечити постійну допомогу / підтримку і коректувати план лікування, у тому числі при потребі більш інтенсивного або спеціалізованого лікування

Це є загальна схема консультативних втручань для вироблення позитивних змін способу життя та поведінки щодо всього здоров'я. Зміст кожного етапу обов'язково варіюється залежно від вихідного рівня та особистих цінностей кожного пацієнта. На практиці, консультування може починатися на будь-якому етапі спілкування з літніми людьми.

**Висновки.** Таким чином, до функцій патронажної геріатричної сестри закладів первинної медико-санітарної допомоги, крім лікувально-про-

філактичної та координуючої роботи, належить і навчальна. Патронажна геріатрична сестра координує діяльність практичних працівників державних і недержавних соціально-побутових і медико-соціальних структур, які надають необхідну допомогу літньому хворому, особливо при організації стаціонару вдома або довготривалих формах допомоги. Вона також пропагує серед літніх людей здоровий спосіб життя та навчає навикам само- та взаємодопомоги.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Стаднюк Л. А. Навчальні програми з геріатрії для медичних і соціальних працівників: проблеми удосконалення та стандартизації / Л. А. Стаднюк, В. В. Чайковська // Пробл. старения и долголетия. – 2004. – 13, № 3. – С. 283-287.

2. Шляхи підвищення якості і доступності надання первинної медичної допомоги людям літнього і старечого віку (огляд літератури та власних досліджень) / В. В. Безруков, В. В. Чайковська, Н. В. Вержиковська

[та ін.] // Журн. АМН України. – 2007. – Т. 13, № 2. – С. 291-305.

3. Evans C. Practice nurses and older people: a case management approach to care / C. Evans, V. Drennan, J. Roberts // J. Adv. Nurs. – 2005. – 51, № 4. – P. 343-352.

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

## ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ПРИ ПУХЛИНАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ

П. С. Гудак, В. Я. Горохівська

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

---

У статті висвітлено питання психічних розладів при пухлинах головного мозку та особливості організації догляду за пацієнтами з порушеннями психіки в КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня».

---

## THE MENTAL DISORDERS BECAUSE OF TUMORS OF THE BRAIN AND ORGANIZATION OF PATIENT'S CARE

P. S. Hudak, V. Ya. Horohivska

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

---

The article adduces the mental disorders because of tumors of the brain and peculiarities of care for patients with mental disorders in Ternopil University Hospital.

---

**Вступ.** Кількість пухлин головного мозку, які діагностують щороку, зростає протягом останніх десятиліть. Але причини цього не відомі. У структурі загальної онкологічної захворюваності пухлини головного мозку складають 0,7–1,5 %. Поширення первинних пухлин головного мозку в популяції складає від 4 до 14 (частіше 5 – 7) на 100 тис. населення. В загальній структурі смертності пухлини головного мозку складають до 0,5 %. В Україні частота пухлин головного мозку у чоловіків складає 10,2 на 100 тис. населення. Серед жінок цей показник становить 7,6 на 10 тис. населення. У дорослих показник летальності через пухлини головного мозку займає третє місце серед усіх причин смерті. Онкологічні хворі мають дуже лабільну, уразливу психіку, тому організація високопрофесійного медсестринського догляду необхідна на всіх етапах обслуговування цих хворих. Зрозуміло, що основна відповідальність в діагностиці та лікуванні пацієнтів з онко-

логічним ураженням головного мозку лягає на лікарський персонал, проте від спільних дій нейрохірурга з професійно підготовленим середнім медичним персоналом залежить кінцевий результат і дозволяє уникнути небажаних ускладнень, а також зменшити термін перебування пацієнта в стаціонарі.

**Основна частина.** Пухлини головного мозку трапляються практично в будь-якому віці. Серед дорослих 40–45 % всіх пухлин ГМ складають гліоми, 18–20 % складають менингіоми, 8 % невриноми 8 нерва, 6–8 % аденоми гіпофіза.

За період з 2005 по 2010 рр. в нейрохірургічному стаціонарі КЗ ТОР «Тернопільської університетської лікарні» перебував 281 хворий з онкологічним ураженням головного мозку. Оперовано – 114 пацієнтів.

У пацієнтів з онкоураженням головного мозку відмічена особливість, яка заслуговує на увагу з боку середнього медперсоналу. Це порушення психіки, пам'яті, когнітивних функцій ( у 62 % пацієнтів).

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

При доброякісних пухлинах психічні розлади виникають в пізній фазі розвитку пухлини. При злоякісних первинних і особливо метастатичних пухлинах великих півкуль психічні розлади виникають порівняно рано і відрізняються великою постійністю і вираженістю.

Психічні симптоми, що залежать від інтегративної діяльності великих півкуль, виникають поступово разом з іншими загально мозковими симптомами в результаті наростаючого підвищення внутрішньочерепного тиску, розлади крово- і лімфообігу, гіпоксії, набряку, набухання мозку і дистрофії клітинних структур кори великих півкуль. Цьому сприяє також проростання злоякісними гліомами великих ділянок білої речовини великих півкуль з руйнуванням провідних шляхів – асоціаційних, комісуральних і проєкційних, а також при злоякісних пухлинах важливе значення відіграє фактор інтоксикації.

Найтиповіші розлади психіки – завантаженість і оглушення хворих, що виражається в ослабленні уваги притупленні сприйняття і пам'яті, уповільнення асоціативних процесів, зниження критичного ставлення до себе, до своєї хвороби і оточуючих, загальна млявість, байдужість, безініціативність. Хворий швидко виснажується, впадає в сомналентний стан, стає психічно неконтактним, несвідомим, хоча при зовнішніх подразненнях відкриває очі. Цей апалічний синдром переходить в сопорозний і раптово наступаючий коматозний стан, часто закінчується летальним результатом.

Існують також психічні синдроми, які мають локальне топікодіагностичне значення.

При пухлинах лобної частки поряд із загальною млявістю, інертністю, безініціативністю, апатією, зниженням пам'яті та інтелекту (що є апатії – абулічним синдромом), у хворих часто виявляється розторможенно-ейфоричний стан у вигляді пси-

хічного збудження, агресивності, змінюваних добродушністю, ейфорією. Хворі легковажні, некритичні, виявляють дивності в поведінці, схильні до люті, цинічні, еротичні, неохайні, не контролюють випорожнення. Ці симптоми типові для так званої лобової психіки.

При пухлинах скроневої частки, яка містить коркові закінчення нюхового, смакового, слухового і вестибулярного аналізаторів, не спостерігається випадання їх функцій, оскільки представлені вони в обох півкулях, але часто спостерігається подразнення цих центрів, що виражаються в стереотипних нюхових, смакових і слухових галюцинаціях.

При локалізації пухлини на стику скроневої і потиличної часток спостерігаються дуже своєрідні зорові галюцинації: про що б хворий не подумав, все образно представляється перед його очима.

При ураженні тім'яної частки і її зв'язку із зоровим горбом спостерігаються парестезії і біль у протилежних кінцівках, психосенсорні розлади, автотопагнозія, анозогнозія.

З огляду на зазначене вище, в організації медсестринського догляду за нейроонкологічними пацієнтами важливим є: облік пацієнтів з потенційними ускладненнями на початку чергової зміни, забезпечення своєчасного моніторингу вітальних показників, контроль кількості та швидкості інфузії розчинів. Також необхідний контроль сну та відпочинку пацієнта. Тривалість нічного сну хворих повинен становити не менше 8 годин, а після обіднього відпочинку – за клінічними ознаками. Щоденна прогулянка є обов'язковою для всіх хворих, крім тих, які знаходяться на ліжковому режимі.

Важливим у догляді за хворим є харчування, яке складається із загальних та дієтичних столів. Приймання їжі має бути не менш 3 разів на добу. Розрив між сніданком і обідом, обідом та вечерєю не повинен перевищувати 4 години, а між вечерєю і сніданком – 13 годин.

Одним із важливих етапів догляду є гігієна хворих. Гігієнічна ванна проводиться не рідше одного разу на тиждень з наступною зміною постільної і натільної білизни. Заміна білизни у фізично слабких хворих проводиться частіше (за потребою).

За призначенням лікаря виконується лікувальна фізкультура та масаж.

**Висновок.** 1. В процесі професійної підготовки середнього медперсоналу необхідно акцен-

тувати увагу на специфічні особливості клінічних симптомів у нейрохірургічних хворих, що в перспективі дасть змогу активніше задіювати медсестер-бакалаврів та молодших спеціалістів до роботи в університетській клініці.

2. Онкологічні хворі з порушеннями психіки потребують особливого догляду, тому організація високопрофесійного медсестринського дог-

ляду необхідна на всіх етапах обслуговування цих хворих.

3. Уникнення небажаних ускладнень та задовільний кінцевий результат залежить від своєчасного та якісного надання високого рівня медичної допомоги хворим з порушеннями психіки при пухлинах головного мозку.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Мельничук П. В. Нервные болезни / П. В. Мельничук. – М. : Медицина, 1981.

2. Ромоданов А. П. Нейрохірургія / А. П. Ромоданов та ін. – К. : Спалах, 1998.

3. Цимбалюк В. В. Нейрохірургія. Курс лекцій / В. В. Цимбалюк, О. М. Хонда, І. Б. Третьяк. – К., 1998.

4. Ярош А. А. Нервные болезни / А. А. Ярош. – К. : Высшая школа, 1985.

5. ukrmed.net.ua



## ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАКРИТОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

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

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

---

У статті викладено особливості змін когнітивних функцій у хворих, що перенесли закриту черепно-мозкову травму та вплив різних чинників на стан когнітивної сфери у даного контингенту населення.

---

### THE PECULIARITIES OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH CLOSED CRANIOCEREBRAL INJURY

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

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

---

The article describes the peculiarities of cognitive impairment in patients with closed craniocerebral injury and influence of different factors on such impairment.

---

**Вступ.** Травматизм у сучасних умовах є важливою соціально-економічною проблемою через невпинну урбанізацію та механізацію життя. Черепно-мозкова травма (ЧМТ) за частотою, соціальною значимістю та наслідками займає почесне місце у зрізі нозологічних форм, що спричиняють загибель та стійку втрату працездатності пацієнтів, і, відповідно, зниження трудових ресурсів держави. Протягом останнього часу частота поширеності хворих з ЧМТ в Україні зростає і на сьогодні становить 4–4,2 на 100 тис. населення.

Одним з головних чинників, що визначають дезадаптацію потерпілих внаслідок важкої черепно-мозкової травми (ЧМТ), є порушення когнітивної сфери, які унеможливають у багатьох випадках повноцінну професійну діяльність, соціальне життя тощо.

Таким чином, актуальність і значущість даної проблеми підтверджує доцільність подальшого вивчення і дослідження різних її аспектів для розробки науково обґрунтованих заходів, що сприяли б оптимізації лікувально-діагностичного процесу.

**Основна частина.** Мета роботи – дослідити особливості когнітивних розладів у пацієнтів, що

перенесли закриту ЧМТ. Під спостереженням перебували 30 пацієнтів віком від 18 до 58 років. Усі пацієнти були розділені на вікові групи (згідно з рекомендаціями ВООЗ): молодий вік – до 29 років (26,7 %), середній вік – від 30 до 44 років (40 %), зрілий вік – від 45 до 59 років (33,3 %). Серед обстежуваних було 5 (16,7 %) жінок та 25 (83,3 %) чоловіків. Усі хворі перебували на стаціонарному лікуванні у неврологічних відділеннях Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні.

Серед обстежуваних пацієнтів 6 (20 %) перенесли струс головного мозку, 21 (70 %) – забій (з них – 9 (30 %) – легкого, 7 (23,3 %) – середнього, а 5 (16,7 %) тяжкого ступеню) та 3 (10 %) осіб мали стиснення головного мозку.

Виробничу травму («промислову» та сільсько-господарську) отримали 6 (20 %) обстежуваних, а невиробничу – 24 (80 %) пацієнти основної групи (з них 12 (40 %) побутового характеру, 8 (26,7 %) внаслідок ДТП, 4 (13,3 %) вуличного типу).

Тривалість періоду після травми становила до 2 років у 9 (30 %) осіб, від 2 до 5 років – у 14 (46,7 %) хворих та понад 5 років – у 7 (23,3 %) обстежуваних.

Серед усіх обстежуваних хворих у 23 осіб (76,7 %) виявлено наявність супутньої патології, а

саме – патологія з боку органів шлунково-кишкового тракту (30 %), сечовидільної системи (13,3 %), органів дихання (23,3 %), зору (10 %).

Усі хворі були проконсультовані лікарем-психіатром: астенічний синдром виявлено у 13,3 % осіб, астено-невротичний – у 23,3 %, астено-депресивний – у 13,3 %, психоорганічний – у 10 %, зниження пам'яті – у 20 %, інтелектуальні та мнестичні порушення – у 20 % осіб відповідно.

Усім обстежуваним було проведено комп'ютерно-томографічне (КТ) обстеження. Результати даного обстеження виявили, що у 3 пацієнтів (10 %) КТ була без відхилень, у 2 (6,7 %) хворих відмічалася ізольоване розширення IV шлуночка, у 7 (23,3 %) – наявні ознаки розширення шлуночкової системи, у 6 (20 %) – розширення субарахноїдальних просторів великих півкуль мозку, у 4 обстежуваних (13,3 %) спостерігалися гіподенсивні посттравматичні вогнища у скроневої, лобно-скроневої та скронево-тім'яній частках, у 3 (10 %) осіб виявлено кіркову та підкіркову атрофію мозку.

До контрольної групи увійшли 10 практично здорових осіб.

Усім хворим з метою оцінки когнітивних функцій проведено один з найпростіших та найінформативніших тестів – тест малювання годинника, який допомагає диференціювати деменції лобного типу, альцгеймерівську деменцію та деменцію з переважним ураженням підкіркових структур.

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

Аналіз результатів проведення тесту малювання годинника показав, що 9 (30 %) осіб мали труднощі під час самостійного виконання завдання, проте легко виставили заданий час на вже готовому циферблаті, що свідчить про наявність у них лобної деменції; 18 (60 %) пацієнтів не лише не впоралися із поставленим завданням, але й допускали помилки при виставленні часу на готовому циферблаті, що свідчить про наявність деменції альцгеймерівського типу; 3 (10 %) обстежуваних швидко виконали дане завдання.

Серед осіб, які перенесли струс головного мозку, у 1 (16,7 %) пацієнта було порушене самостійне малювання, проте збереглася здатність розташувати стрілки на вже намальованому циферблаті, що підтверджує наявність в останнього лобної деменції; у 2 (33,3 %) осіб виникали труд-

нощі в обох випадках: і при самостійному малюванні, і при розміщенні стрілок на вже намальованому циферблаті, що свідчить про деменцію альцгеймерівського типу. Швидко і вірно впоралися із даним завданням 3 (50 %) обстежуваних, що вказує на відсутність у них когнітивних порушень.

Пацієнти, що перенесли забій головного мозку, виконали тест малювання годинника наступним чином: 1 (11,1 %) особа із забоем легкого ступеня не впоралася лише із самостійним малюванням; 8 (88,9 %) хворих із даним типом травми мали труднощі при розташуванні стрілок на вже готовому циферблаті; при забої середнього ступеня – у 2 (28,6 %) хворих спостерігалася невірне розташування цифр на циферблаті, у 5 (71,4 %) – стрілки на вже намальованому циферблаті вказували час невірно; при забої тяжкого ступеня – у 3 (60 %) обстежуваних заданий час на готовому циферблаті був просто обведений колом, у 2 (40 %) – цифри на циферблаті були розміщені проти годинникової стрілки. Отримані результати свідчать про наявність лобної деменції у тих осіб, що не впоралися лише із самостійним малюванням, але були спроможні чітко виставити заданий час на вже готовому циферблаті. Альцгеймерівська деменція має місце у тих пацієнтів, які не впоралися навіть із завданням відтворити час на вже готовому циферблаті.

Серед осіб, які перенесли стиснення головного мозку, 2 (66,7 %) – впоралися із завданням розташувати стрілки на вже намальованому циферблаті; 1 (33,3 %) – не лише не впорався із самостійним завданням, але й не був спроможним відобразити заданий час на зображеному циферблаті, що підтверджує наявність у нього деменції альцгеймерівського типу (рис.1).

Залежно від тривалості післятравматичного періоду у ході дослідження нами було виявлено наступні типи когнітивних порушень: у групі, що перенесли закриту ЧМТ у період до 2 років, лобну деменцію діагностовано у 2 (22,2 %) осіб, деменцію альцгеймерівського типу – у 5 (55,6 %) обстежуваних відповідно. Відсутність когнітивних порушень спостерігалася у 2 (22,2 %) пацієнтів.

Серед хворих, тривалість післятравматичного періоду яких становив від 2 до 5 років, у 3 (21,4 %) осіб виявлено лобну деменцію; у 10 (71,4 %) – деменцію альцгеймерівського типу. Відсутність когнітивних порушень спостерігалася у 1 (7,2 %) пацієнта.

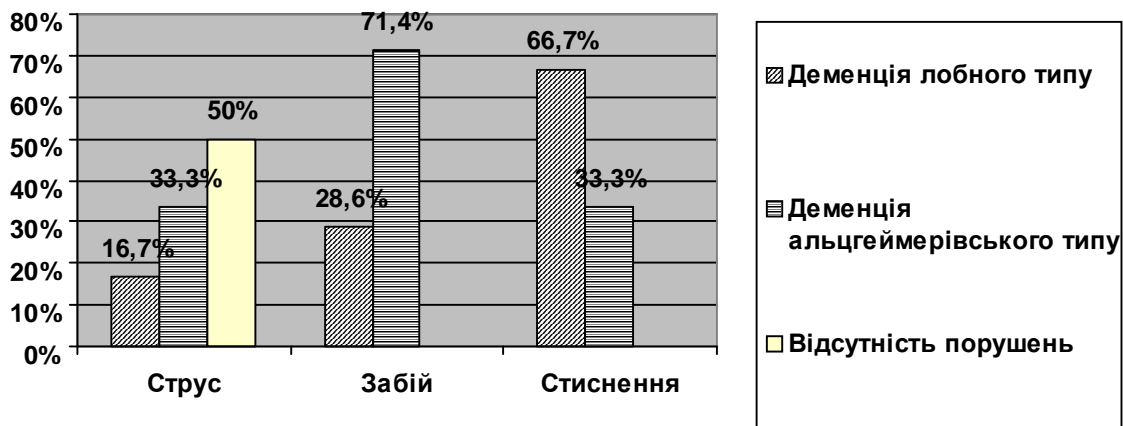


Рис. 1. Тип когнітивних порушень залежно від клінічної форми отриманої травми.

У групі хворих, з тривалістю післятравматичного періоду понад 5 років, спостерігалася лобна деменція – у 4 (57,1 %); деменція альцгейме-

рівського типу – у 3 (42,9 %) обстежуваних відповідно (рис. 2).

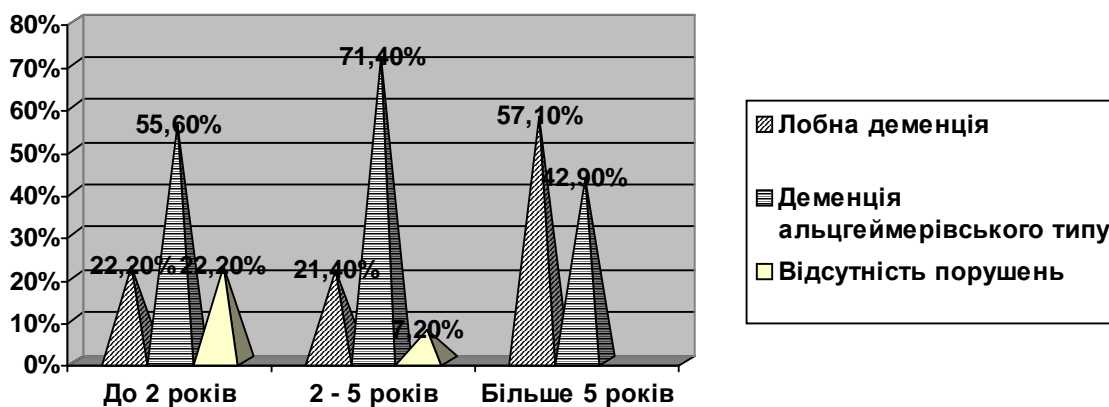


Рис. 2. Тип когнітивних порушень залежно від тривалості післятравматичного періоду.

**Висновки.** Таким чином, ретельний аналіз результатів проведених досліджень дозволяє зробити висновок про те, що глибина когнітивних порушень залежить від клінічної форми отриманої ЧМТ (лобна деменція домінувала у осіб, що перенесли стиснення головного мозку, а деменція альцгеймерівського типу – у пацієнтів із за-

боєм головного мозку). Поглиблення когнітивних розладів у пацієнтів, що перенесли закриту ЧМТ, корелює також із зростанням тривалості післятравматичного періоду. Отримані результати мають важливе значення для вчасного проведення адекватних методів корекції та повинні враховуватися у ході проведення лікувально-трудової та судово-психіатричної експертизи.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Доброхотова Т. А. Прогноз восстановления психической деятельности больных с ЧМТ / Т. А. Доброхотова, О. С. Зайцев, С. В. Ураков ; под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова //

Клиническое руководство по ЧМТ. – М. : Антидор, 2002. – Т. 3, Глава 29.1. – С. 463–498.

2. Maas A. I. R. Current recommendation for neurotrauma / A. I. R. Maas // Current Opinion in Critical Care. – 2000. – P. 281–292.

## ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ В УКРАЇНІ

М. А. Федішин-Сорока, Д. В. Козак

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

---

У статті висвітлено історію розвитку сестринської справи в Україні. Західній Україні належить пріоритет у формуванні поглядів на сестринську справу як особливий вид медичної діяльності, який вимагає відповідної теоретичної та практичної підготовки.

---

## HISTORY OF NURSING DEVELOPMENT IN UKRAINE

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

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

---

The article highlights the history of nursing in Ukraine. The Western Ukraine has a priority in shaping views on nursing as a special type of medical activity that requires the relevant theoretical and practical training.

---

**Вступ.** За багато віків до утворення Київської Русі цікаві пам'ятки культури, в тому числі й медицини, залишили по собі скіфи, що населяли Крим, південні землі між Дніпром і Дунаєм і мали торгові і культурні зв'язки з греками (про них згадують Геродот і Гіппократ). Скіфам були відомі цілющі властивості багатьох рослин, вони володіли деякими прийомами лікування різних хвороб, могли виконувати навіть трепанації. Під час розкопок Чортомлинського кургану, недалеко від Керчі, знайдено золоті і срібні вазы із зображенням скіфів, які надають медичну допомогу (перев'язування нижньої кінцівки, видалення зуба). Деякі скіфи були обізнані з медициною античних греків, мали медичну практику в Афінах.

**Основна частина.** Виникнення сестринської справи в Україні, як і у всій Європі, нерозривно пов'язане з прийняттям та становленням християнства, створенням монастирів, при яких були лікарні, подорожні доми, які поєднували функції готелю, лікарні та амбулаторії для мандрівників, які направлялися до святих місць та потребували медичної допомоги.

За часів Середньовіччя в Україні не було ніяких навчальних медичних закладів, а навчання мистецтва лікувати та доглядати за хворими здійснювалось шляхом передачі знань від батьків дітям або на зразок ремісничого учнівства при монастирях. Відомо, що в середньовічних містах України (кінець XIV ст.) медициною займалися члени професійних цехів. Серед них хірурги-цирульники надавали допомогу жителям міст і брали участь у військових походах та козацьких битвах. Цехи циркульників були у Львові (засновані у 1512 році), при Київському магістраті, в Кам'янці-Подільському та інших містах. У цехах циркульників проводилось також навчання учнів віком від 12 років. Циркульники вміли робити кровопускання, ставити банки, розрізати гнояки, видаляти зуби, лікувати та перев'язувати рани, вправляти вивихи, переломи, здійснювати ампутації, виготовляти різні пластирі для лікування ран, знали ознаки певних хвороб.

Початок Кримської війни (1853) визначив початок нового етапу в розвитку сестринської справи. У цей час М. І. Пирогов прийняв пропозицію щодо залучення загонів сестер милосердя в Кримській компанії. Перші в історії медицини

жінки-медичні працівники почали надавати допомогу пораненим та хворим воїнам на полі бою.

Певні зусилля для боротьби з епідеміями та високим рівнем захворюваності в Україні, розширення мережі лікувальних закладів та розвитку професійної підготовки середніх медичних працівників були докладені Російським урядом після Жовтневої революції. Наприкінці 1920 року в Україні працювало 1099 лікарських дільниць та 1081 фельдшерський пункт. В утвореній УРСР проводилась відповідна робота щодо розвитку та вдосконалення всіх служб охорони здоров'я.

З метою уніфікації середньої медичної освіти, ліквідації багатопрофільності та підвищення якості підготовки середніх медичних кадрів у 1954 році були встановлені такі типи середніх медичних навчальних закладів та терміни навчання в них:

- медичні училища з 3-річним терміном навчання для підготовки фельдшерів, акушерок, санітарних фельдшерів, фельдшерів-лаборантів та зубних лікарів;
- фармацевтичні училища з 3-річним терміном навчання для підготовки фармацевтів;
- училища для підготовки зубних техніків з 2-річним терміном навчання.

У період після закінчення війни та до середини 70-х років не тільки розширювалась мережа медичних училищ, а й збільшувалась кількість учнів, які здобували медичні професії. Наприклад, у 1950–1951 навчальному році учнів у медучилищах було у 2,5 рази більше, ніж у 1945–1946 і т.д.

Поступово з процесом задоволення потреб суспільства в середніх медичних кадрах і, в першу чергу, медичних сестер реорганізовувалась

мережа навчальних закладів, регулювалась кількість учнів у них. Так, в середині 80-х років припинив свою діяльність ряд периферійних медичних училищ, а підготовка середнього медичного персоналу була сконцентрована на тих, які мали добру матеріально-технічну базу та викладацькі кадри і де відчувалась потреба підготовки відповідних середніх медичних фахівців з місцевих жителів для кадрового забезпечення місцевих лікувально-профілактичних закладів.

У 1989 році спеціальність «Медична сестра», яка існувала до цього, була перейменована на спеціальність «Сестринська справа», що більш суттєво відображала суть фаху. Був введений новий навчальний план із цієї спеціальності й у ньому вперше представлена дисципліна «Основи сестринської справи».

У 1991 році був прийнятий Закон Української Радянської Соціалістичної Республіки «Про освіту», в якому з врахуванням міжнародного досвіду були заплановані суттєві зміни в системі вищої освіти з введенням чотирьох рівнів кваліфікації (молодший спеціаліст, бакалавр, спеціаліст та магістр) та визначенням типів навчальних закладів.

З 1995–1996 років почали відкриватися факультети сестринської справи в медичних університетах та академіях України.

**Висновок.** Становлення сестринської справи в різних регіонах України відбувалось по-різному внаслідок особливостей історичного, політичного та соціально-економічного їх розвитку з врахуванням впливів Західної Європи та Росії до 1940 року та СРСР з повоєнних часів до 1991 року.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Грандо О. Подорож у минуле медицини / О. Грандо. – К. : Тріумф, 1995. – 175 с.
2. Грандо О. Визначні імена в історії української медицини / О. Грандо. – К. : Тріумф, 1997. – 335 с.
3. Вороненко Ю. В. Реформування медсестринської освіти в Україні / Ю. В. Вороненко,

Т. І. Чернишенко // Медсестринство України. – 1998. – № 1. – С. 5–11.

4. Сорокіна І. Мати Тереза / І. Сорокіна // Медсестринство України. – 1998. – № 1. – С. 55–57.

## ВАЖЛИВІСТЬ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО КУРСУ

О. В. Батюх

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

---

У статті представлено результати експериментального дослідження рівня особистісної та реактивної тривожності у студентів-першокурсників.

---

## THE IMPORTANCE OF INVESTIGATION OF ANXIETY IN THE FRESHMEN

O. V. Batyuh

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

---

The article presents the results of an experimental research of individual and reactive anxiety level in the freshmen.

---

**Вступ.** На даний час збільшилася кількість людей з тривожними станами, які відрізняються підвищеним занепокоєнням, непевністю, емоційною нестійкістю. Тривожність – розповсюджений психологічний феномен нашого часу. Вона є частим симптомом неврозів і функціонального психозу, а також є пусковим механізмом розладу емоційної сфери. Виникнення і закріплення тривожності пов'язане із незадоволенням вікових потреб людини. Рівень особистісної тривожності один з найзначущіших у діагностиці особистісного неблагополуччя показник, завжди сигнал внутрішніх недозволених конфліктів, суперечливих установок і почуттів, слабості і неефективності механізмів психологічного захисту.

**Основна частина.** Актуальність даної роботи зумовлена недостатністю знань про системні взаємозв'язки між деякими психологічними перемінними такими, як тривожність і самооцінка. Потреба в цих знаннях виражається не тільки в науковому, але і практичному інтересі, оскільки вони відкривають можливості цілісного розуміння особистості.

Тривожність – це індивідуально-психологічна особливість, що складається з підвищеної схильності відчувати занепокоєння у різних життєвих ситуаціях. Змістом її є почуття невизначеності та безпорадності. Основними ознаками тривожності є: специфічне почуття неприємного; усвідомлення цього переживання; відповідні соматичні реакції, що проявляються фізіологічними симптомами. Виділяють такі види тривожності на основі ситуацій, пов'язаних: з процесом навчання – навчальна тривожність; зі спілкуванням – міжособистісна; з уявленням про себе – самооцінююча тривожність. Щодо форм тривожності, то вони є відкриті та закриті. Відкриті форми: гостра нерегульована тривожність; регульована і компенсуюча тривожність; культивує тривожність. Закриті форми тривожності названі «масками». Розрізняють ще й два типи тривожності: агресивно-тривожний та залежно-тривожний типи, що проявляються у її різних формах.

Вивчення ситуаційних та особистісних характеристик тривожності в першокурсників передбачає вивчення як загального рівня тривожності студента в цілому, так і окремих факторів та ситуацій, які підвищують рівень її тривожності в на-

вчальному закладі (тобто вивчення реактивної та особистісної тривожності). Тому ми вирішили побудувати своє дослідження таким чином, щоб в результаті отримати цілісну картину тривожності першокурсника. При виборі методики, які будемо використовувати для дослідження, ми керувалися саме тим, щоб в результаті отримати дані, які зможуть продемонструвати і рівень особистісної тривожності студента, і водночас визначити ситуативні фактори, які підвищують рівень тривожності.

Експериментальне дослідження ми проводили у Кременецькому медичному училищі імені Арсена Річинського. У дослідженні взяло участь 30 студентів першокурсників (вік 16–17 років).

Для дослідження рівня та видів тривожності у студентів ми використовували психодіагностичний тест (методика дослідження тривожності, розроблена Ч. Д. Спілбергером та Ю. Л. Ханіним), метою якого є отримання інформації про рівень тривожності на даний момент і особистісної тривожності. Методика складається із 2-х частин, по 20 завдань у кожній. Перша шкала призначена для визначення того, як студент відчуває себе на даний момент (реактивна тривожність), а завдання другої шкали спрямовані на виявлення того, як суб'єкт відчуває себе зазвичай (особистісна тривожність).

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бодалев А. А. Личность и общение: избр. психол. тр. / А. А. Бодалев. – М. : Междунар. пед. акад., 1995. – 326 с.
2. Василюк Ф. Е. Психология переживания / Ф. Е. Василюк. – М., 1994. – 230 с.
3. Міщенко Т. А. Соціально-психологічний тренінг / Т. А. Міщенко // Практична психологія та соціальна робота. – 2000. – № 7. – С. 10 – 14.
4. Осадько О. Страх як прояв особистісних самообмежень / О. Осадько // Психолог. – 2004. – № 7. – С. 25 – 27.
5. Пашукова Т. І. Практикум із загальної психології / Т. І. Пашукова, А. І. Допіра, Г. В. Дьяконов. – К. : Знання, 2000. – С. 84 – 88.
6. Прихожан А. М. Причины, профилактика и преодоление тревожности / А. М. Прихожан // Психологическая наука и образование. – 1998. – № 2. – С. 11 – 17.

При інтерпретації отриманих результатів враховувалися також дані, отримані в процесі спостереження, бесіди із студентами, опитування викладачів.

Високий рівень особистісної тривожності мають 57 % студентів від загальної кількості; помірний – у 43 % досліджуваних. Низький рівень не спостерігається у жодного студента.

Високий рівень реактивної тривожності мають 3 % студентів; помірний рівень – 37 %; низький рівень – 60 % респондентів відповідно.

Переважає високого рівня особистісної тривожності при низькому рівні реактивної тривожності свідчить, що на стресову ситуацію студенти реагують з меншою напругою і занепокоєнням. Також це може свідчити про те, що досліджувани активно витісняють високу тривожність з метою показати себе «у кращому світлі».

Низький рівень тривожності вимагає підвищення уваги до мотивів діяльності і підвищення почуття відповідальності.

**Висновок.** З метою корекції високого рівня особистісної тривожності у студентів-першокурсників доцільно проводити соціально-психологічний тренінг для реалізації їх потреби в активній діяльності і спілкуванні, формуванні певних позитивних емоцій, отриманні нової інформації про себе, навчання регулювання емоційних проявів та поведінки.

7. Шапар В. Психологічний тлумачний словник / В. Шапар. – Х. : Прапор, 2004. – 640 с.
8. Савчин М. Вікова психологія / М. Савчин, Л. Василенко. – Д., 2001. – С. 234 – 263.
9. Осадько О. Страх себе: специфіка психологічної допомоги / О. Осадько // Психолог. – 2004. – № 17. – С. 13 – 15.
10. Осадько О. Страх тривоги: специфіка психологічної допомоги / О. Осадько // Психолог. – 2004. – № 13. – С. 9 – 12.
11. Творогова Н. Д. Страх и тревожность. Психология. Лекции для студентов медицинских вузов / Н. Д. Творогова. – М., 1998. – С. 271 – 275.
12. Цъшев В. Подросток по мнению одноклассников / В. Цъшев, В. Мельницкий // Шкільний психолог. – 2002. – № 11. – С. 42 – 43.

## ЗАСТОСУВАННЯ МІДРІАТИКІВ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ КАТАРАКТИ

Н. В. Климчук

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

---

У статті висвітлено особливості хірургічного лікування катаракти та його розвиток протягом останніх десятиліть.

---

### THE USAGE OF MIDRIATICS IN THE CATARACT SURGERY

N. V. Klymchuk

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

---

This article adduces the cataract surgery and its development during the last decades.

---

**Вступ.** За останні десятиліття хірургія катаракти значно розвинулася. Впровадження новітніх технологій та постійне вдосконалення хірургічної техніки зменшило потреби у госпіталізації та післяопераційному нагляді. В той же час недостатній мідріаз під час факоемулсифікації катаракти залишається причиною операційних та післяопераційних ускладнень, що визначають ступінь реабілітації хворих.

**Основна частина.** При підготовці пацієнтів до операції відсутнє одностайне ставлення офтальмохірургів до передопераційних заходів щодо розширення зіниці та підтримки мідріазу під час операції. Причинами невдоволення офтальмологів залишаються: недостатня величина мідріазу за певних методик, довга тривалість процедури розширення зіниці та пов'язані з цим затримка пацієнтів на доопераційному етапі, навантаження на медичний персонал, системна дія ліків. В деяких випадках частково вирішує проблему відмова від передопераційного розширення зіниці та застосування внутрішньоопераційних методик мідріазу.

В той же час зниження функції зіниці зустрічається у 40–85 % пацієнтів старше 60 років.

При катаракті, поєднаній з глаукомою, відмічаються зміни тканин райдужної оболонки різної інтенсивності в 17–76 % пацієнтів, при псевдоексfolіативному синдромі (ПЕС) – в 40–65 %, при цукровому діабеті – в 67–89 % випадків. У вказаних випадках запропоновано застосування механічного мідріазу. Завдяки введенню в клінічну практику механічного розширення зіниці значно розширились межі методу факоемулсифікації (ФЕК), протипоказанням до якої був донедавна недостатній мідріаз. Але способи механічного розширення зіниці значно відрізняються за конструкцією засобів (в разі інструментальних методик), величиною досягнутого мідріазу, складністю та впливом на післяопераційне функціонування ока. Висока травматичність деяких з них призводить до ризику виникнення операційних та післяопераційних ускладнень.

Для досягнення максимального мідріазу на доопераційному етапі в стандартних та ускладнених ситуаціях використовується схема: 3-разове закапування через 15–20 хвилин комбінації препаратів: 1–2 краплі р-ну димексиду 20 %, 1–2 краплі р-ну атропіну сульфату 1 %, 1–2 краплі р-ну мезатону 10 %, закапаних з інтервалом в 1 хвилину. Операцію проводити не пізніше 2 годин після останньої інстиляції.



Внутрішньокамерне введення 0,1–0,3 мл суміші, що складається з 1,0 мл 1 % розчину мезатону, 0,5 мл 2 % розчину лідокаїну та 0,5 мл збалансованого розчину BSS, є ефективним додатковим засобом для підтримання мідріазу під час ФЕК в стандартних умовах.

Новий спосіб механічного розширення зіниці та захисту зіничного краю райдужки під час ФЕК – пупілопротектор, порівняно з іншими методами механічного мідріазу, чинить в 2–3 рази менший негативний вплив на післяопераційне функціонування зіниці. Така схема поетапного використання медикаментів та інструментальних засобів для досягнення та підтримання мідріазу при стандартних та ускладнених ситуаціях при екстракції катаракти дозволяє практичному лікарю досягнути та підтримати мідріаз з мінімальним негативним впливом.

Критерієм досягнення максимального медикаментозного мідріазу на доопераційному етапі вважається нерухомість зіниці на внутрішньокамерне введення в ході факоемольсифікації після розтину передньої камери 0,1–0,3 мл 0,5 %

р-ну мезатону (суміші: 0,5 мл 1 % р-ну мезатону та 0,5 мл збалансованого р-ну (BSS)).

**Висновок.** Забезпечення мідріазу (досягнення та підтримання) в процесі хірургічного втручання є важливим чинником, що впливає на якість реабілітації хворих на катаракту. Спосіб одержання мідріазу повинен бути ефективним, безпечним, надійним в стандартних та ускладнених ситуаціях, що можуть виникнути. Використання комбінації холінолітика, адреноміметика та провідника призводить до максимального медикаментозного мідріазу. Встановлено, що у пацієнтів з катарактою, нормальним анатоомо-функціональним станом райдужки, за умов краплинної анестезії внутрішньокамерне введення 0,5 % розчину лідокаїну призводить до розширення зіниці, при якому можна розпочинати оперативне втручання. Внутрішньокамерне введення 0,1–0,3 мл суміші, що складається з 1,0 мл 1 % розчину мезатону, 0,5 мл 2 % розчину лідокаїну та 0,5 мл збалансованого розчину BSS (в якій лідокаїн представлений 0,5 % розчином), є ефективним засобом для підтримання мідріазу під час факоемольсифікації.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Кондратенко Ю. М. Досвід крапельного розширення зіниці для отримання максимального мідріазу на доопераційному етапі / Ю. М. Кондратенко, Л. П. Тутченко // Офтальмол. журн. – 2001. – № 4. – С. 76–78.
2. Кондратенко Ю. М. Лідокаїн – для підтримання мідріазу під час факоемольсифікації катаракти під крапельною анестезією / Ю. М. Кондратенко, Л. П. Тутченко // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика. – К., 2004. – Вип. 13, кн. 4. – С. 109–114.
3. Кондратенко Ю. М. Порівняльний аналіз різних способів механічного мідріазу у пацієнтів з вузькою зіницею під час проведення факоемольсифікації ката-

- ракти / Ю. М. Кондратенко, Л. П. Тутченко // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика. – К., 2004. – Вип. 13, кн. 4. – С. 101 – 109.
4. Тутченко Л. П. Способи досягнення та підтримання мідріазу / Л. П. Тутченко // Укр. мед. часопис. – I–II, 1/39. – 2004. – С. 108 – 116.
5. Марченко Л. П. Досягнення максимального мідріазу на доопераційному етапі / Л. П. Марченко // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика. – К., 1999. – Вип. 8, кн. 1. – С. 546 – 553.
6. Марченко Л. П. Метод передопераційного мідріазу / Л. П. Марченко // Тези доповідей IV міжнародної конференції з офтальмології (1–2 жовтня, 1998, Київ). – Київ, С. 191.

## ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Д. О. Ковальчук

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

---

Проведено аналіз обстеження і лікування 195 хворих на гострий холецистит. 168 (86,15 %) виконано лапароскопічну холецистектомію, 27 (13,84 %) проведено конверсійну холецистектомію. Операцією вибору у хворих на гострий неускладнений холецистит у перші 6–24 год є лапароскопічна холецистектомія. Запропоновані технічні прийоми та розробки дали можливість значно покращити результати ЛХЕ та зменшити частоту різних інтра- і післяопераційних ускладнень від 3,0 до 0,15 %, а післяопераційну летальність до 3 (1,5 %).

---

### PROPHYLAXIS OF COMPLICATIONS OF LAPAROSCOPY CHOLECYSTECTOMY

D. O. Kovalchuk

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

---

The authors made the analysis of testing and treatment of 195 patients with an acute cholecystitis. 168 (86,15 %) of them had the laparoscopy cholecystectomy and 27 (13,84 %) of them had the conversion cholecystectomy as the treatment. The laparoscopy cholecystectomy is the method of choice during the first 6-24 hours for patients with an acute not complicated cholecystitis. The offered techniques and development have reasonably improved the laparoscopy cholecystectomy results and reduced the frequency of different intra- and postoperative complications from 3,0 % up to 0,15 %, and postoperative death rate up to 3 (1,5 %).

---

**Вступ.** Однією з актуальних проблем абдомінальної ургентної хірургії залишається лікування гострого холециститу. Значною мірою це пов'язано зі збільшенням за останнє десятиліття числа хворих на гострий холецистит [2, 4, 6]. До останнього часу серед хірургів не припиняється дискусія з приводу раціональної тактики, керуючись якою хірург зміг би вирішити питання – коли показана і в які терміни слід виконати операцію з максимальною користю для хворого. Проте втрата оптимальних термінів хірургічного втручання у хворих на гострий холецистит погіршує умови його виконання та збільшує кількість інтра- і післяопераційних ускладнень [1, 4, 6]. Досить часто в перипроцес гострого холециститу залуцається печінка, жовчні шляхи, судини, що нерідко

створює труднощі і призводить до виникнення тяжких ускладнень під час холецистектомії [1, 2, 5]. Разом з тим, результати лікування хворих на гострий холецистит не можуть задовольнити хірургів. Залишається високою післяопераційна летальність – 5–6 %, збільшується кількість ускладнень [3, 5, 7]. З огляду на це, профілактика інтра- і післяопераційних ускладнень, а також удосконалення технічних прийомів й розробка нових технологій лапароскопічної холецистектомії при гострому холециститі, на нашу думку, є досить перспективним.

**Основна частина.** Робота ґрунтується на аналізі результатів обстеження та лікування 195 хворих на гострий холецистит. 168 (86,15 %) виконано лапароскопічну холецистектомію, 27 (13,84 %) проведено конверсійну холецистектомію. Кри-

терієм оцінки загального стану хворих було вивчення клінічних, біохімічних показників, активності ферментів та ступеня ендогенної інтоксикації. Морфофункціональний стан жовчного міхура, проток та печінки хворих вивчали за допомогою клінічних, морфометричних, гістологічних та ультрасонографічних досліджень (УЗД). За показаннями виконували інтраопераційну холедохоскопію, езофагогастродуоденофіброскопію.

Проведені нами морфологічні дослідження свідчать про те, що у хворих на гострий холецистит мають місце виражені патоморфологічні зміни, особливо периміхурової зони печінки та жовчних шляхів, які характеризувалися, головним чином, скупченням лейкоцитів в клітинних елементах та навколо жовчних капілярів, набряком міжчасточкової сполучної тканини та розширенням синусоїдальних судин. Характер таких змін у печінці й жовчовивідних протоках, як правило, знаходився в кореляційному взаємозв'язку між основними біохімічними показниками функціонального стану печінки: білірубіну, холестерину, креатиніну, тригліцеридів, загального білка, активності ферментів крові; ступенем ендогенної інтоксикації й залежав від форми запального процесу в стінці жовчного міхура, тривалості захворювання та наявності ускладнень (перитоніт, панкреатит, гепатит, механічна жовтяниця та ін.). Так, при дослідженні активності ферментів, які характеризують функціональний стан печінки, у 97 (66,0 %) хворих на гострий катаральний холецистит відмічалось підвищення активності аспаратамінотрансферази (АСаТ) до  $(0,42 \pm 0,03)$  мкмоль/л (контроль –  $(0,32 \pm 0,05)$  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). 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. Поряд з цим, нами виявлено значне збільшення активності лактатдегідрогенази (ЛДГ) та лужної фосфатази (ЛФ).

При дослідженні ступеня ендогенної інтоксикації 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, наростає ступінь ендогенної інтоксикації й погіршується стан хворих, тому вибором методу лікування у хворих на гострий холецистит, на нашу думку, повинна бути екстрена операція (лапароскопічна холецистектомія) до розвитку різних ускладнень. Визначаючи показання до лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий холецистит, ми виходили з загальновідомої думки про те, що лапароскопічні оперативні втручання на жовчних шляхах є менш травматичними порівняно з класичними операціями. Тому ми ставили питання про можливість їх виконання у всіх хворих на гострий холецистит і вважаємо, що застосування лапароскопічної холецистектомії є найбільш доцільним і ефективним у хворих на гострий неускладнений холецистит у перші 6–24 год захворювання. З метою оптимізації ЛХЕ і профілактики різних ускладнень, ми розробили модель апарату для автоматичного створення і підтримування пневмоперитонеуму на заданому рівні під час ЛХЕ (заявка на винахід).

Для пункції обструктивного гострого холециститу ми використали спеціальний пристрій, який забезпечує надійну фіксацію органа у заданому положенні, усуває ризик пошкодження і забруднення пунктатом оточуючих тканин. Для кращого захоплення та утримування інфільтрованої та потовщеної стінки жовчного міхура більше 4 мм ми запропонували метод електрокоагуляційних насічок. Для швидкого видалення кров'яних згустків під час кровотечі при інтраопераційному пошкодженні міхурової артерії або її гілок, а також для видалення жовчі та дрібних конкрементів (3–7 мм) ми сконструювали спеціальний апарат та розробили методику видалення кров'яних згустків, жовчі та дрібних конкрементів. З метою гемостазу і профілактики спайкового процесу в підпечінковому просторі, при наявності великого ложа жовчного міхура, на нього наносимо медичний клей МК-8 і підводимо клапоть сальника, для його тампонади.

Запропоновані технічні прийоми дають можливість вдосконалити технічне виконання лапароскопічної холецистектомії, запобігти розвитку

різних ускладнень, включаючи необхідність переходу до відкритої холецистектомії. Про те у 27 (13,84 %) хворих з високим ступенем складності лапароскопічної холецистектомії здійснено конверсійну холецистектомію. Найчастіше причиною конверсії були інфільтративно-запальні зміни в ділянці гепатодуоденальної зв'язки і шийки жовчного міхура й труднощі ідентифікації анатомічних структур.

**Висновки.** 1. Вибором методу операції у хворих на гострий некалькульозний та калькульоз-

ний, неускладнений холецистит у перші 6–24 год від початку захворювання є лапароскопічна холецистектомія.

2. Запропоновані технічні прийоми та розробки при виконанні ЛХЕ дали можливість зменшити тривалість оперативного втручання у 1,5 раза та попередити виникнення різних інтра- і післяопераційних ускладнень, частота яких зменшилася за останні чотири роки від 3,0 до 0,15 %, а післяопераційна летальність складала 3 (1,5 %).

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Березицький Я. С. Інтраопераційні й ранні післяопераційні ускладнення лапароскопічної холецистектомії / Я. С. Березицький, С. З. Ширяєв, В. Я. Березицький // 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. Мішалов В. Г. Шляхи покращення результатів лапароскопічної холецистектомії / В. Г. Мішалов, С. М. Гойда // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 2. – С. 74–77.

5. Лапароскопічна холецистектомія при гострому холециститі: причини ускладнень і переходів / П. Г. Коңдратенко, Е. О. Герасименко, О. О. Белозерцев // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 2. – С. 70–74.