

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

МЕДСЕСТРИНСТВО

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

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

NURSING

UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

2/2012

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 № 12 від 15.05.2012 р.)

© Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського

© Науково-практичний журнал «Медсестринство»

Редагування і коректура

Технічний редактор

Комп'ютерне верстання

Оформлення обкладинки

Мельник Л. В.

Демчишин С. Т.

Пухальська О. І.

Кушик П. С.

Підп. до друку 25.04.2012. Формат 60х84/8.

Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. №1

Ум. друк. арк. 4,42. Обл.-вид.арк. 3,69

Тираж 600. Зам. № 157

Видавець і виготівник

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний
університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України"
46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

ЗМІСТ

Д. Д. Дячук, Т. С. Ласиця, О. Є. Рубан
Аналіз та визначення пріоритетів
розвитку безперервної професійної освіти
молодших спеціалістів із медичною
освітою

4

Г. Б. Паласюк
Наступність у системі неперервної
підготовки медсестер вищих медичних
закладів освіти

7

О. С. Федорці
Робота медичних сестер в умовах
розповсюдження ВІЛ-інфекції

12

Надія Рега, Еріка Олмаші
Професійні алергійні захворювання у
медичних сестер (огляд літератури)

15

*Т. В. Дацко, Ю. М. Бутницький,
С. Ю. Пригара*
Сучасні проблеми діагностики
гастроудоденальної патології у дітей
(огляд літератури)

23

О. В. Бугрименко
Основні принципи реабілітації дітей при
захворюваннях шлунково-кишкового
тракту

30

О. Г. Свистун
Сучасні методи хірургічного лікування
варикозної хвороби нижніх кінцівок

33

Т. П. Попфалуші
Профілактика карієсу у дітей

36

CONTENTS

D. D. Dyachuk, T. S. Lasytsya, O. Ye. Ruban
Analysis and determination of priorities of
continuing professional education of
associate specialists with medical education
development

G. B. Palasyuk
The principle of continuity in the system of
following nurses' training in higher medical
educational establishments

O. S. Fedortsy
Nurses activity in conditions of spreading of
HIV-infection

Nadiya Reha, Erika Olmashi
Occupational allergic diseases in nurses
(literature review)

T. V. Datsko, Yu. M. Butnytsky,
S. Yu. Prygara
Contemporary problems of gastroduodenal
pathology in children (literature review)

O. V. Buhrymenko
Basic principles of rehabilitation of children
with gastro-intestinal tract diseases

O. H. Svystun
Modern methods of surgical treatment of
varicose illness of lower extremities

T. P. Popfalushi
Caries prevention in children

АНАЛІЗ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПРІОРИТЕТІВ РОЗВИТКУ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ МОЛОДШИХ СПЕЦІАЛІСТІВ ІЗ МЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ

Д. Д. Дячук, Т. С. Ласиця, О. Є. Рубан

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

У даній статті наводиться аналіз та визначення пріоритетів розвитку безперервної професійної освіти молодших спеціалістів з медичною освітою на базі ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС.

ANALYSIS AND DETERMINATION OF PRIORITIES OF CONTINUING PROFESSIONAL EDUCATION OF ASSOCIATE SPECIALISTS WITH MEDICAL EDUCATION DEVELOPMENT

D. D. Dyachuk, T. S. Lasytsya, O. Ye. Ruban

State Scientific Institution "Scientific and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine" of Public Affairs Department

The analysis and determination of continuing professional education of associate specialists with medical education development based on SSI "SPC PCM" PAD is presented in this article.

Вступ. Ефективність функціонування системи медико-санітарного забезпечення в сучасних умовах залежить від конкурентоспроможності кадрів, що ставить нові вимоги до підготовки як лікарів, так і медичних фахівців середньої ланки. З початку нинішнього тисячоліття активно розробляється стратегія ВООЗ в галузі сестринської та акушерської освіти для Європейського регіону. З 1993 року на нарадах Європейського регіонального бюро ВООЗ постійно обговорюється стан розвитку і реформування сестринської справи у нових незалежних державах, постійно наголошується на розвитку нових форм сестринської допомоги та сестринських служб, задоволенні потреб населення в різноманітних послугах і ретельному розгляді питань ефективності та продуктивності праці медичних сестер, розробленні національних програм розвитку медсестринства [1, 2, 7, 8, 11]. На сучасному етапі в Україні формуються умови для підвищення

ефективності і значимості середнього медичного персоналу в наданні медичної допомоги всім верствам населення, які її потребують [6, 9].

Основна частина. Реформа системи охорони здоров'я, яка відбувається зараз в Україні, перехід на принципи надання первинної медико-санітарної допомоги населенню та бюджетно-страхової медицини, становлення ринкових відносин, розвиток наукових та професійних зв'язків з іншими державами потребують удосконалення існуючої системи сестринської освіти з метою підготовки спеціалістів, які відповідали б сучасним світовим стандартам.

Для досягнення цієї мети реалізується ряд заходів, одним з яких є удосконалення системи підготовки і підвищення кваліфікації, атестації середнього медичного (фармацевтичного) персоналу відповідно до міжнародних стандартів. Досліджуються концептуально-методологічні засади та практичні аспекти державного керування системою освіти фахівців охорони здоров'я в Україні за умов еволюції суспільних потреб та перебу-

дови галузі. Опрацьовується зміст та особливості освіти фахівців зі спеціальності "сестринська справа" за умов суспільних трансформацій з огляду на міжнародні стандарти [1, 2, 3, 7, 10]

Головним завданням післядипломної підготовки молодших спеціалістів із медичною освітою є:

- задоволення потреб закладів у підвищенні кваліфікації молодших спеціалістів із медичною освітою;

- оновлення і поглиблення професійних знань;

- забезпечення оволодіння спеціалістами сучасними досягненнями медичної науки і практики;

- удосконалення форм і методів навчання;

У ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС професійна післядипломна підготовка молодших спеціалістів з медичною освітою здійснюється не тільки на теоретичних і практичних заняттях, а й під час проведення пошуково-дослідницької та науково-практичної роботи (впровадження локальних протоколів). Особлива увага наукового, клінічного та освітнього підрозділів установи спрямована на запобігання найбільш інвалідизуючим та смертельно небезпечним хворобам, тому на сучасному етапі значно зросла роль сестринського персоналу на ниві медико-соціальної профілактики.

Для цього широко використовують: школу медсестринства, загальні лекції, практичні навички, тестові завдання по догляду та опікою над пацієнтами. Стажування та взаємозамінність на робочих місцях.

Сьогодні в охороні здоров'я потрібен не просто молодший спеціаліст з медичною освітою, а добре освічений професіонал, який може творчо підійти до своєї діяльності. Інноваційний шлях розвитку суспільства забезпечується формуванням покоління людей, які і мислять, і діють по-інноваційному. В ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС значна увагу приділяють загальному розвитку особистості, її комунікативних здібностей, засвоєнню знань, самостійності в ухваленні рішень, формуванню інформаційних та соціальних навичок.

Запровадженні стандарти роботи, алгоритми виконання маніпуляцій, лабораторних та інструментальних досліджень.

До таких підходів спонукає і головна педагогічна ідея сучасності — освіта впродовж життя. Новаторські підходи до складання навчальних програм і розробки методів навчання засновані на концепції первинної медико-санітарної допомоги, відповідають результатам сучасних досліджень

в галузі практики медсестри, часто є багатопрофільними для сприяння обміну знаннями і поглибленню взаєморозуміння між представниками різних професій.

Загальновизнаним є той факт, що медичним сестрам необхідно постійно удосконалюватися і мати можливості для безперервного професійного навчання. У нашій установі медичні сестри навчаються на курсах підвищення кваліфікації, на короткострокових курсах, під час конференцій, тренінгів, семінарів тощо. Для забезпечення навчального процесу ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС має достатню матеріально-технічну базу. Центр підвищення кваліфікації та навчально-тренувальний центр оснащені анатомічними таблицями, сучасними манекенами для моделювання невідкладних станів та відпрацювання практичних навичок. Завдяки наявній локальній мережі і підключенню до неї комп'ютерів структурних підрозділів, у ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС функціонує електронна бібліотека, фільмотека з навчальними фільмами з різних дисциплін. Основою навчального плану є програми зі спеціальностей «Сестринська справа», «Стоматологія», «Лікувальна справа», «Лабораторна діагностика», «Акушерська справа», «Стоматологія ортопедична», «Медико-профілактична справа», «Фармація». Програми, що використовуються в Центрі підвищення кваліфікації, спрямовані на покращення результатів діяльності закладу. Це стосується якості медичної допомоги, безпечності, доступності, стану здоров'я населення та рівня задоволеності пацієнтів.

Застосування сучасних медичних технологій визначає нові вимоги до фахівців, оскільки вирішення багатьох проблем у медицині значною мірою залежить від кваліфікації.

Проводиться плідна робота в плані створення нових навчально-методичних комплексів із таких дисциплін, як основи медсестринства, медсестринство у внутрішній медицині, хірургії, педіатрії, акушерстві та гінекології, репродуктивне здоров'я. Відпрацювання практичних занять на базі хірургічного центру із стаціонаром короткострокового перебування, діагностичного центру, жіночої консультації, багатопрофільного денного стаціонару, центру реабілітації, дитячого консультативно-лікувального центру, а також підстанції швидкої медичної допомоги.

Ефективна освітня політика у галузі охорони здоров'я є важливою складовою стратегічного

плану розвитку медичної галузі, оскільки від рівня підготовки медичних кадрів залежить якість надання медичної допомоги населенню країни.

Медична сестра, фельдшер, акушерка – це ті професії медиків, які надають комплексну медико-соціальну допомогу людині впродовж життя. Саме тому на базі ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС якісній безперервній післядипломній підготовці молодших спеціалістів з медичною освітою надається велика увага.

Висновок. Сьогодні вже розроблені національні стандарти лікування найпоширеніших хвороб, але для їх впровадження необхідно створення багаторівневої структури та життєздатної методології. В своїй роботі ми ставимо конкретні, реалістичні цілі і завдання на шляху безперервної післядипломної підготовки кадрів. Вся система підготовки та перепідготовки молодших спеціалістів з медичною освітою є такою, що відповідає потребам установи із забезпечення надання якісної медичної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Якість підготовки медичних сестер – нагальна вимога часу / М. В. Банчук, О. П. Волосовець, І. І. Фещенко [та ін.] // Буковинський медичний вісник. Спец. випуск. – 2007. – С 7-10.
2. Біловол О. М. Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні / О. М. Біловол // Буковинський медичний вісник. Спец. випуск. – 2007. – С. 3-6.
3. Вороненко Ю. В. Реформування медсестринської освіти в Україні / Ю. В. Вороненко, Т. І. Чернишенко // Медсестринство України. – 1998. – № 1.
4. Методичні підходи до впровадження локальних клінічних протоколів в амбулаторно-поліклінічну практику / Д. Д. Дячук, М. М. Чумаченко, Г. З. Мороз [та ін.] // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2009. – № 3. – С. 66-70.
5. Криштопа Б. П. Управління вищою освітою в Україні: системно- історичний аналіз / Б. П. Криштопа // Український мед. часопис – 2000. – № 3. – С. 132-138.
6. Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України. Представництво Європейської Комісії в Україні. – Київ, 2009. – С. 47-51.
7. Стратегія ВОЗ в області сестринського і акушерського образования для Европейского региона. Разделы 1–8. Методические рекомендации по реализации стратегии для государств – членов ВОЗ. 188 с.
8. Шевчук М. Г. Сестринська справа / М. Г. Шевчук – К. : Здоров'я, 1992. – 340с.
9. Вороненко Ю. В. Менеджмент та лідерство в медсестринстві. / Ю. В. Вороненко, О. М. Литвинова. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – С. 34-49.

НАСТУПНІСТЬ У СИСТЕМІ НЕПЕРЕРВНОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДСЕСТЕР ВИЩИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ

Г. Б. Паласюк

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

У статті розглянуто питання подальшого розвитку медсестринської освіти в Україні на сучасному етапі. Наголошується, що фундаментальним кроком в удосконаленні медсестринської освіти в Україні є впровадження ступеневої освіти: молодша медична сестра – бакалавр – магістр медсестринства. Обґрунтовано необхідність використання наступності в підготовці медсестер як основоположного принципу функціонування неперервної системи освіти та виховання особистості.

THE PRINCIPLE OF CONTINUITY IN THE SYSTEM OF FOLLOWING NURSES' TRAINING IN HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS

H. B. Palasyuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

The problems of nursing education in Ukraine at the present stage are discussed in the article. The introduction of the continuous nursing education: nursing assistant - bachelor's in nursing - master's in nursing plays an essential role in the improvement of Ukrainian nursing education.

Вступ. Бурхливий розвиток науково-технічного прогресу, процеси глобалізації та інтеграція України у світовий освітній простір ставлять на сьогодні високі вимоги до якісної підготовки і професійної надійності фахівців у всіх галузях медицини, зокрема й середнього медичного персоналу.

Одним з напрямків реформування освітніх систем у світі є орієнтація на її неперервність. Принципи неперервності освіти запроваджуються до освітньої практики багатьох країн. У 1991 р. створено Мережу неперервної освіти Європейських університетів, до якої ввійшли 160 закладів вищої освіти з 27 країн. Неперервність освіти є, на нашу думку, вимогою сьогодення, оскільки неможливо забезпечити підвищення якості освіти без забезпечення її неперервності.

Тут доцільно зауважити, що зміст поняття "неперервна освіта" не має на сьогодні єдиного трактування серед дослідників. На нашу думку, найбільш повне бачення ідеї неперервної освіти

висловлює М. Лазарєв [1]. Він стверджує, що неперервна освіта – це цілеспрямоване здобування та вдосконалення людиною знань, умінь, навичок, здібностей впродовж всього життя; це цілісний процес, що забезпечує поступовий розвиток творчого потенціалу особистості. Таким чином, на тлі неперервної освіти концепція "освіта на все життя" витісняється концепцією "освіта впродовж життя" [1].

Аналіз психолого – педагогічної літератури свідчить, що різні аспекти неперервної професійної освіти аналізували С. У. Гончаренко, Н. Г. Ничкало, Я. В. Цехмістер; питання професійної підготовки медичних працівників були предметом уваги О. Ф. Возіанова, Ю. В. Вороненка, Є. Г. Гончарук, Н. Ф. Новосьолової, Р. О. Сабадишина, В. Й. Шатила, М. Б. Шегедин та ін.

Водночас, незважаючи на теоретичну розробленість означеної проблеми, багато аспектів професійної підготовки медичних працівників середньої ланки досі залишаються недослідженими. Це особливо стосується проблеми непе-

перервності медсестринської освіти, яка сьогодні набула особливої гостроти і повинна стати стратегією медичної освіти в Україні на найближчий час.

Тому метою статті є вивчення деяких аспектів підготовки медичних сестер в контексті неперервної ступеневої освіти.

Основна частина. Ефективність функціонування системи неперервної освіти забезпечується злагодженою взаємодією її підсистем. Важливим компонентом системи неперервної освіти є ступенева професійна підготовка, яка передбачає завершену і поступову підготовку фахівців, дає змогу особистості здобути певний освітній та кваліфікаційний рівень за бажаним напрямком відповідно до її здібностей.

Ступенева підготовка фахівців в контексті її неперервності створює умови для виконання кожним ступенем певної функції в системі єдиного цілого. Разом з тим, реалізовується принцип завершеності освіти на кожному ступені професійної підготовки, тобто забезпечується належний рівень фахової компетентності, необхідний для активної трудової діяльності та можливість для подальшого професійного удосконалення [2, 3].

У вищих медичних навчальних закладах триває процес переходу на ступеневу систему підготовки фахівців з медсестринства, яка включає:

I ступінь – дипломована медична сестра – термін навчання 3 роки на базі повної загальної середньої освіти (11 класів);

II ступінь – медична сестра – бакалавр – 1 рік навчання у вищому медичному навчальному закладі освіти II – IV рівнів акредитації;

III ступінь – медична сестра – магістр – 2 роки навчання у медичному університеті та академії.

Ступеневість в медсестринській освіті створює умови для поглиблення професійної підготовки фахівця і здобуття вищого рівня компетенції. Якщо метою програми підготовки молодшої медсестри є засвоєння знань та навичок, необхідних для виконання найзагальніших професійних медсестринських маніпуляцій під керівництвом лікаря, то головне завдання підготовки медсестри – бакалавра полягає в поглибленні знань і вдосконаленні вмінь медичної сестри, а також наданні їй навичок управлінської діяльності та педагогічної майстерності.

Перехід на ступеневу неперервну освіту вимагає застосування нових підходів у методиці викладання, принципово нових педагогічних тех-

нологій, які дали б змогу підвищити якість підготовки фахівців і обсяги освітньої діяльності навчального закладу. Отже, завданням сучасної педагогічної науки є розкриття принципів і засад, які сприяють не тільки формуванню на кожному ступені підготовки фахівця відповідних знань, умінь і навичок, професійно значущих якостей, а й цілісний розвиток людини як особистості.

Розглядаючи кожен ступінь підготовки медсестер як перехідну ланку від попереднього до вищого, вважаємо, що основою, на якій ґрунтується послідовна ступенева освіта, є наступність знань. Наступність розглядається вченими як основоположний принцип функціонування неперервної системи освіти та виховання особистості [4]. До основних функцій наступності в системі неперервної ступеневої освіти можна віднести такі: інтегративна, забезпечення єдності, взаємозв'язку та взаємозумовленості в становленні фахівця; в змісті, методах, формах та засобах навчання. Вони впливають із суті поняття наступності, що передбачає рух і розвиток знань за висхідною лінією, наявність діалектичних стрибків у навчальному пізнанні, формування системи узагальнених понять і відповідних їм умінь та навичок [5].

Саме поняття наступності при підготовці медсестер можна розглядати в різних аспектах: становленні особистості фахівців; змісті, методах, формах та засобах навчання; формуванні професійно-пізнавальних інтересів. Система ступеневої неперервної освіти повинна забезпечувати наступність в становленні особистості фахівця на освітньо-кваліфікаційних рівнях молодшого спеціаліста, бакалавра та магістра з медсестринства. Основою сестринської діяльності, незалежно від освітньо-кваліфікаційного рівня, є досконале знання і виконання всіх передбачених маніпуляцій. Тому для якісного оволодіння медсестринським процесом на рівні бакалавра студентів необхідно добре засвоїти професійні навички і вміння на рівні молодшого спеціаліста.

Зміст навчання передбачає визначення об'єму знань, необхідних майбутнім фахівцям з медсестринства. З-поміж знань, які повинні засвоїти студенти, виділяють теоретичні (терміни, поняття, правила, принципи тощо) і знання-засоби, що сприяють формуванню умінь і навичок виконання певних операцій. Виходячи з цього, навчальні теми у тематичному плані та програмах необхідно розміщувати у такому порядку, щоб кожна наступна тема базувалась на попередній.

Особливе місце у програмі підготовки медичної сестри має займати організація сестринської допомоги здоровим пацієнтам на різних стадіях їхнього розвитку з метою сприяння населенню в досягненні максимального рівня здоров'я, його збереження і зміцнення. Майбутній медичній сестрі необхідно починати навчання з понять здоров'я, здорова людина, здорове навколишнє середовище, здорове суспільство, і лише потім розпочинати вивчення відхилень від оптимального рівня здоров'я. Акцентування уваги на здоров'ї не означає, що вивченню захворювань та питань надання допомоги хворим не буде приділятися увага. Але логіка співпраці медичної сестри з пацієнтом повинна бути зовсім іншою: в основному і насамперед – робота зі здоровими пацієнтами, і тільки при виникненні у пацієнта хворобливих станів чи захворювань – робота з хворим. Аналогічно має бути і логіка вивчення навчального матеріалу – від здоров'я до хвороби. Такий підхід сприяє забезпеченню рівноваги в процесі навчання, усвідомленню медичними сестрами багатоцільової концепції здоров'я [6].

Основними предметами програми підготовки медичних сестер освітньо-кваліфікаційного рівня "молодший спеціаліст" має бути медсестринство, тобто догляд за здоровими і хворими людьми. Інші дисципліни, природничі чи соціально-гуманітарні, повинні мати прикладний характер з точки зору їх використання в сестринській справі.

При підборі та структуруванні теоретичного матеріалу потрібно враховувати його практичну значимість для майбутньої професійної діяльності медсестри. Після отримання необхідного обсягу теоретичних знань здійснюється неперервна і послідовна практична підготовка майбутніх медсестер відповідно до різних освітньо-кваліфікаційних рівнів.

Варто звернути увагу на досвід інших країн щодо організації практичного навчання медичних сестер, де практичні навички на першому році навчання відпрацьовуються студентами в кабінетах доклінічної практики. Лише наприкінці першого року навчання, коли студенти вже опанували філософські принципи професійної діяльності, основи спілкування з пацієнтами, теоретичні основи сестринського догляду, вивчили анатомію, фізіологію та основи фармакології, вони допускаються в лікувальні заклади для безпосередньої роботи з пацієнтами [7].

Принцип наступності в неперервній підготовці медсестер знаходить свій прояв також у виборі

методів викладання, використання на всіх ступенях дидактичних прийомів, які відповідають сучасним вимогам педагогічної науки і практики. Наступність у методах навчання тісно пов'язана з наступністю у формах навчання: на всіх ступенях поряд з широким застосуванням традиційних активно використовуються нові активні форми навчання.

Надзвичайно актуальним у підготовці висококваліфікованої медсестри є застосування елементів проблемно-орієнтованого навчання, що сприяє формуванню у студентів самостійного незалежного критичного мислення. З огляду на те, що в клініці не буває простих задач із заздалегідь заготовленими відповідями, проблемно-орієнтоване навчання є надзвичайно актуальним у підготовці фахівця з медсестринства.

Ще однією важливою складовою наступності в медсестринській освіті є наступність в засобах навчання. Це особливо стосується використання в процесі навчання комп'ютерних технологій, що дає можливість більш цікаво і інформативно представити матеріал студентові, а також має не менш суттєве значення для відпрацювання практичних навичок, тому що використання стимуляторів дозволяє відпрацьовувати практичні навички в безпечному середовищі, не створюючи загрози пацієнтові. Для формування і закріплення практичних навичок надзвичайно важливу роль відіграє використання професійних алгоритмів та професійного тренінгу з використанням фантомів та стимуляторів.

На відміну від молодших фахівців, медсестри – бакалаври одержують більш високу кваліфікацію, а тому мають право працювати на посадах старшої медсестри відділення, головної медичної сестри лікувально-профілактичної установи, помічника сімейного лікаря, асистента стоматолога, а також викладача сестринської справи. Згідно з наказом МОЗ України №216-Адм. від 01.09.99 „Про передачу деяких функцій лікарів молодшим медичним спеціалістам” до компетенції медсестер-бакалаврів увійшли 14 функцій амбулаторно-поліклінічної ланки та стаціонарної медичної допомоги, що дозволило розвантажити лікарів від рутинної роботи та розширити самостійні види діяльності медичних сестер-бакалаврів.

Незважаючи на те, що підготовка медсестер – бакалаврів у вищих навчальних закладах відрізняється від підготовки медсестри – молодшого спеціаліста, основні дидактичні принципи

залишаються однаковими. Впровадження системи ступеневої підготовки фахівців з медсестринства дає можливість закладам освіти гнучко будувати навчальний процес, підвищити якість навчання, зменшити витрати часу й коштів на підготовку фахівця [5].

У цьому контексті надзвичайно важливе значення має так звана вертикальна інтеграція, що передбачає, насамперед, узгодження навчальних програм. Програмами підготовки медсестер різної освітньої кваліфікації передбачено вивчення значної кількості дисциплін, кожна з яких викладається вузьким спеціалістом, який сумлінно намагається передати свої знання студентам. Інформацію, отриману з різних дисциплін, студентам досить важко укласти в єдину систему знань і уявлень про людський організм та про зміни, які відбуваються в ньому при виникненні захворювань, а також про підходи до вирішення проблем пацієнтів, пов'язаних зі здоров'ям. Вирішенню цього завдання сприяє міждисциплінарна інтеграція.

На сьогодні педагогічною думкою і практикою переконливо доведено, що при використанні міждисциплінарної інтеграції знання набувають системності, а уміння стають узагальненими і сприяють комплексному застосуванню знань, їх синтезу, перенесенні ідей і методів з однієї дисципліни в іншу, що лежить в основі творчого підходу до наукової і творчої діяльності людини в сучасних умовах [8].

Програма підготовки медичних сестер освітньо-кваліфікаційного рівня "бакалавр" в Україні не відповідає тим завданням, які медична сестра повинна виконувати після закінчення навчання. При розробці навчальних програм необхідно відмовитись від штампів навчання медичних сестер за принципом підготовки лікаря, тобто детального вивчення хвороб з їх етіологією, клінікою, діагностикою тощо. Пріоритетним завданням підготовки медичної сестри-бакалавра є формування здатності планувати і проводити висококваліфікований самостійний догляд за пацієнтами, надавати допомогу для вирішення їх функціональних, соціальних і психологічних проблем. Тому більше навчальних годин слід виділити для власне основних питань сестринської діяльності – забезпечення комплексного догляду за пацієнтами. Умовою ефективного формування програми підготовки медсестри – бакалавра є чітке визначення майбутньої професійної діяльності, тобто спеціалізація. Отже, мають бути розроб-

лені навчальні програми з декількох напрямків і зміст навчання з кожного напрямку повинен формуватися відповідно до задач діяльності. Наприклад, підготовка бакалаврів сестринських наук може здійснюватися для отримання медичними сестрами кваліфікації менеджер сестринської справи, викладач медсестринства, медична сестра з інфекційного контролю, з догляду за пацієнтами з психічними розладами та ін.

Перші кроки в цьому напрямку вже зроблені. З цієї метою в програму введені навчальні дисципліни, які дозволяють готувати не тільки висококваліфікованого фахівця, але й організатора сестринської справи, викладача тощо. Ґрунтовно вивчаються дисципліни, які закладають основу для продовження освіти медсестрі бакалавру до рівня магістра – методологія наукової роботи, основи педагогіки, основи адміністрування та управління.

Відкриття у вищих медичних навчальних закладах магістратури зі спеціальності „Сестринська справа” є фундаментальним кроком у розвитку медсестринської освіти в Україні на засадах неперервної ступеневої освіти. Ступінь магістра з медсестринства можуть отримати найталановитіші випускники, які отримали диплом бакалавра з медсестринства.

Відомо, що магістр – це освітньо-професійна кваліфікація, що передбачає, крім професійної діяльності, викладацьку і науково-дослідницьку діяльність. В країнах Європи та світу звичним є захист дисертаційних (магістерських та докторських) робіт з медсестринства.

Як і в усьому світі, підготовка магістрів медсестринства має здійснюватися у вищих медичних навчальних закладах III рівня акредитації. З цієї метою відповідно до положень „Програми розвитку медсестринства України на 2005 – 2010 рр.” здійснюється реорганізація медичних коледжів у інститути медсестринства. На сьогодні в Україні функціонують два навчальних заклади, в яких навчають магістрів медсестринства – Науково-навчальний інститут медсестринства Тернопільського державного медичного університету і Житомирський інститут медсестринства.

В основу сучасного навчально-виховного процесу медичного закладу освіти повинні бути покладені положення, орієнтовані на формування освіченої, гармонійно розвиненої особистості, здатної до постійного оновлення знань, високої професійної компетентності та мобільності, швид-

кої адаптації до змін у суспільстві. Без сумніву, неперервна освіта повинна починатися з перших кроків опанування майбутньої професії і тривати впродовж всієї професійної діяльності, що є неодмінною умовою підтримання рівня компетентності медичного персоналу. Від майбутнього фахівця з медсестринства сьогодні вимагають орієнтації на досягнення високої професійної майстерності, яка має поєднуватись із широтою знань, що дозволяє медичній сестрі оволодіти усім сучасним арсеналом новітніх технологій з діагностики та догляду за хворими і здійснювати свою діяльність на рівні сучасних вимог.

Це створює необхідність у створенні ефективної неперервної післядипломної освіти. Основними видами навчання в системі неперервної післядипломної підготовки фахівців з медсестринства є спеціалізація, тобто отримання знань, умінь і навичок, орієнтованих на їх застосування у вузькій сфері професійної діяльності, та курси підвищення кваліфікації, які включають коротко-

термінові (до 72 год) курси інформації з окремих питань професійної діяльності, тематичні семінари і загальне удосконалення з метою поглиблення знань і удосконалення навичок з урахуванням останніх наукових досягнень та розвитку технологій.

Дослідження системи неперервної післядипломної освіти медичних сестер показали, що вона не відповідає потребам сьогодення, потребує удосконалення і наукового опрацювання – розробки гнучких освітніх моделей післядипломної освіти, які базуються на принципі наступності і в яких активно використовують різноманітні засоби, методи і технології.

Висновок. Таким чином, неперервна ступенева освіта створює умови для доповнення і поглиблення професійної підготовки медичних сестер, забезпечує можливість переходу фахівця до нового рівня професійної компетенції та творчої інтенсифікації цих переходів на основі принципу наступності навчання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лазарєв М. О. Основа педагогічної творчості: навчальний посібник / М. О. Лазарєв. – Суми: ВВГП «Мрія», 1995. – 212 с.
2. Жидецький Ю. Інтегративні підходи у системі ступеневої професійної освіти / Ю. Жидецький // Педагогіка і психологія професійної освіти. – 1999. – № 2. – С. 58 – 61.
3. Жидецький Ю. Ступенева професійна освіта: спроба концептуального підходу / Ю. Жидецький, І. Ковальчук, В. Онищенко // Педагогіка і психологія професійної освіти. – 1998. – № 5. – С. 89 – 95.
4. Перспективы развития системы непрерывного образования / Под ред. Б. С. Гершунского. – М. : Педагогика, 1990. – 224 с.
5. Манько В. М. Теоретичні та методичні основи ступеневого навчання майбутніх інженерів - механіків сільськогосподарського виробництва: автореф. дис. ... д-ра пед. наук: 13. 00. 04 / Національний аграрний університет. – К., 2005. – 45 с.
6. Развитие сестринского дела / Подготовлено к печати Jane Salvage. Региональные публикации ВООЗ, Европейская серия. – 1995. – № 48. – 16 с.
7. Новосьолова Н. Ф. Сучасні погляди на зміст медсестринської освіти / Н. Ф. Новосьолова // Медсестринство. – 2007 – №3. – С. 26 – 30.
8. Вітвицька С. С. Основи педагогіки вищої школи / С. С. Вітвицька. – Київ: Центр навчальної літератури, 2003. – 314 с.

РОБОТА МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УМОВАХ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

О. С. Федорці

Обласний комунальний заклад «Дніпропетровське медичне училище»

У статті висвітлено причини стрімкого поширення ВІЛ-інфекції в Україні, зокрема в Дніпропетровській області, і проблеми, з якими стикаються медсестри під час надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам.

NURSES ACTIVITY IN CONDITIONS OF SPREADING OF HIV-INFECTION

O. S. Fedortsi

Regional Municipal Institution "Dnipropetrovsk Medical School"

The article highlights the reasons of the rapid spreading of HIV-Infection in Ukraine and in particular in Dnipropetrovsk region; and the problems faced by nurses providing medical care to HIV-infected patients.

Вступ. Епідемія ВІЛ/СНІДу упродовж останніх років стала проблемою для всього людства. Світовий досвід свідчить, що поширення ВІЛ-інфекції спричиняє скорочення тривалості життя та зростання обсягу медичних послуг.

Україна є найбільш ураженою ВІЛ/СНІД країною в Європі. За даними міжнародного альянсу ВІЛ/СНІД, в Україні станом на 01.07.2011 р. на диспансерному обліку в закладах охорони здоров'я України перебуває 115 275 ВІЛ-інфікованих осіб, з яких 16 764 з діагнозом СНІД. За весь період епідеміологічного спостереження від захворювань, зумовлених СНІДом, померло 22 607 осіб.

Основна частина. Стрімке зростання числа ВІЛ-інфікованих підвищує ризик щодо професійного зараження медичних працівників.

Медики звернули увагу на проблему зростання ризику професійного інфікування відразу після відкриття ВІЛ. В 1984 р. в США з'явилося повідомлення про зараження медичного працівника при проведенні медичної маніпуляції

(ін'єкції) ВІЛ-інфікованому пацієнту. З того часу накопичилися данні про сотні таких випадків [1].

Проблема інфікування ВІЛ-інфекцією медпрацівників не є конкретно зазначеною, тому розглянути її можна на основі досвіду Великобританії. Інфікованими там були хірурги, стоматологи, медичні сестри, молодший медичний персонал. Інфікування відбулося статевим шляхом, за винятком поодиноких задокументованих випадків професійного зараження.

Деякі лікувально-профілактичні заклади звільняли інфікованих працівників, стверджуючи, що вони становлять загрозу для пацієнтів, що не є етичним [2], адже джерелом інфекції можна вважати лише тих медичних працівників, які проводять інвазивні втручання (в такому випадку доцільно розглянути питання щодо переведення їх на інше місце роботи). В інших випадках достатньо застосувати відповідні заходи безпеки для виключення можливості інфікування пацієнта біологічними рідинами медпрацівника.

З метою вивчення ситуації щодо рівня інформованості медичних сестер Дніпропетровської області про проблеми ВІЛ/СНІДу та їх ставлен-

ня до ВІЛ-інфікованих пацієнтів, було проведено вибіркове анонімне анкетування серед медичних сестер декількох лікувальних закладів (всього було опитано 120 осіб).

Згідно з інформацією наданою, «Дніпропетровським обласним центром профілактики та боротьби зі СНІДом», Дніпропетровська область на сьогодні посідає одне з перших місць в країні за темпами поширення ВІЛ-інфекції.

Розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу в Дніпропетровській області має такі ж закономірності, як і в цілому в Україні. Перші випадки ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області були зареєстровані у 1992 році: 6 – серед громадян України та 2 – серед іноземців. Протягом 1993 р. було зареєстровано ще один випадок ВІЛ-інфекції у громадянина України. Протягом 1994 – 1995 рр. нових випадків ВІЛ-інфекції не зареєстровано.

Ситуація в області різко погіршилася у 1996 р., що було пов'язано зі спалахом інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків, і поширення інфекції набуло епідемічного характеру [3].

На 1.01.2012 року в області виявлено 51672 ВІЛ-позитивних осіб (з початку реєстрації), з яких на сьогодні на обліку стоять 20105 осіб, у тому числі 1390 дітей. 7945 хворим встановлено діагноз СНІД. В середньому в області щоденно реєструють 13 позитивних результатів тестування на антитіла до ВІЛ та 10 нових випадків встановлення діагнозу. При цьому, кожний другий випадок ВІЛ-інфекції серед дорослих – вже в стадії СНІД.

Причин таких темпів поширення інфекції багато – неупорядковане статеве життя молоді, низький рівень доходів населення, зростання числа ін'єкційних наркоманів, недостатня профілактична робота серед підлітків.

Найгірше те, що вірусом може бути уражена будь-яка людина, а не лише та, яка належить до так званої «групи ризику». Як свідчить статистика, частка споживачів ін'єкційних наркотиків у загальній чисельності ВІЛ-позитивних людей поступово зменшується, поступаючись місцем інфікуванню статевим шляхом. [4] Стрімко зростає число ВІЛ-інфікованих серед вагітних, підлітків та інших соціальних груп, що не було настільки актуально ще декілька років тому. Беручи до уваги неможливість виявлення усіх людей, інфікованих збудником ВІЛ-інфекції, медичним працівникам необхідно з усіма пацієнтами поводитися так, ніби вони заражені. А отже, до будь-якого контакту

з біологічними рідинами варто ставитися як до небезпечного і вживати необхідних заходів захисту. В першу чергу – це використання рукавичок, масок, захисних окулярів для захисту очей, коли можливе розбризкування біологічних рідин. Також необхідно вживати заходи, які зменшують ризик пошкодження гострим медичним інструментом, насамперед голками, які є причиною 80 % аварій на робочому місці. Для попередження уколу інфікованою голкою забороняється одягати на неї ковпачок і виконувати будь-які маніпуляції після використання. В тих випадках, коли одягання ковпачка необхідне, рекомендується одягати його на голку «методом ковша». Проте опитування медичних сестер лікувальних закладів області свідчить, що не всі працівники дотримуються навіть таких простих і природних заходів, як використання рукавичок при контакті з кров'ю.

Поширеність аварійних ситуацій на робочому місці складає приблизно 6–8 на 100 процедур. Відомо, що після контакту пошкодженої шкіри з ВІЛ-інфікованою кров'ю імовірність інфікування ВІЛ у середньому становить приблизно 0,3 %. Ризик інфікування після потрапляння інфікованої крові на неушкоджені слизові оболонки становить приблизно 0,09%. Ризик інфікування після контакту неушкодженої шкіри з ВІЛ-інфікованою кров'ю або контакту з іншими біологічними рідинами, що містять вірус, не встановлений. Є фактори, що підвищують ризик інфікування [5], тому будь-яке ушкодження шкіри, слизових оболонок медперсоналу, забруднення їх біоматеріалом пацієнтів під час надання допомоги кваліфікується як можливий контакт з матеріалом, який містить ВІЛ, і вимагає профілактичних заходів, передбачених наказом МОЗ України № 120.

У групу ризику потрапляють хірурги, патологоанатоми, стоматологи, ендоскопісти, лікарі-лаборанти, акушери-гінекологи. Але відомо, що медсестри набагато більше часу, ніж лікарі проводять біля ліжка хворого, здійснюючи більшість медичних маніпуляцій, тому повинні мати відповідну підготовку.

Анкетування медичних сестер Дніпропетровська показало, що хоча більшість з них і знають, яких заходів слід вживати в разі аварії на робочому місці, на жаль, не завжди виконують їх в повному обсязі, а інколи не виконують взагалі. Незначна кількість (10 %) респондентів, які невпевнено відповідали на запитання анкети, в своїй

професійній діяльності майже не контактують з біологічними рідинами пацієнтів і вважають ризик інфікування для себе мінімальним.

Викликає тривогу те, що значна кількість опитуваних (майже 40 %), навіть після проведення зазначених наказами МОЗ України профілактичних заходів відмовляються від реєстрації аварії і подальшого обстеження, побоюючись порушення конфіденційності.

Сьогодні в Україні налічується близько 500 медичних сестер, які безпосередньо працюють з ВІЛ-інфікованими [1], і не можна залишити без уваги такий аспект в їхній роботі, як взаємовідносини з інфікованими пацієнтами. Загальновідомо, що ставлення медичних працівників до ВІЛ-інфікованих пацієнтів та хворих на СНІД скоріше негативне, ніж позитивне. Медичний персонал нерідко стає джерелом психологічної стигматизації ВІЛ-позитивних, що призводить до їх відмови від медичної допомоги і робить практично неможливим прийняття профілактичних заходів. Це

пов'язане передусім із браком професійних знань і відсутністю потреби в отриманні необхідної інформації. Анкетування, проведене автором, показало, що чим вищий рівень знань медичних сестер про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та запобіжні заходи, тим менш негативне ставлення їх до інфікованих пацієнтів.

Висновок. Ефективна профілактика зараження ВІЛ-інфекцією можлива лише за умови постійного навчання та виховання медичних сестер. Це дозволить побороти страх перед контактом з ВІЛ-інфікованим пацієнтом, діяти грамотно та впевнено. Треба розуміти, що професійне інфікування медпрацівників може статися тільки в разі порушення ним правил протиепідемічного режиму, насамперед при невикористанні простих, надійних засобів індивідуального захисту. Однак слід пам'ятати, що жоден з зазначених заходів не гарантує 100 % захисту від професійного зараження, натомість, комплексне застосування всіх підходів забезпечить найвищий рівень безпеки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Носик Д. Н. / Медсестри у боротьбі зі СНІДом / Д. Н. Носик, М. С. Бочкова, Н. Н. Носик // Головна медична сестра. – 2008. – № 11.
2. Грицко О. М. Організація та проблеми керівництва медсестринським персоналом при догляді за пацієнтами, хворими на ВІЛ-інфекцію та СНІД / Грицко О. М. // Головна медична сестра 2007. – № 5.
3. Балакірева О. М. / Стан епідемії ВІЛ/СНІДу в Дніпропетровській області та аналіз заходів протидії /

О. М. Балакірева, Л. В. Бочкова, В. Г. Гінзбург. – Київ: Видавництво Раєвського, 2008. – 15 с.

4. Дайджест-огляд на тему «Медсестри у боротьбі зі СНІДом» // Головна медична сестра. – 2008. – № 12. – 79 с.

5. Костюк О. К. / Захист медичних працівників: профілактика ВІЛ/СНІДу на робочому місці / О. К. Костюк. – К., – 2008. – 11 с.

ПРОФЕСІЙНІ АЛЕРГІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Надія Рега, Еріка Олмаші

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

У статті висвітлено літературні дані щодо причин, поширення та клінічних проявів професійних алергійних захворювань у медичних працівників, зокрема, у медичних сестер різних підрозділів лікувальних закладів.

OCCUPATIONAL ALLERGIC DISEASES IN NURSES (LITERATURE REVIEW)

Nadiya Reha, Erika Olmashi

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

The article highlights the literature data about the causes, prevalence and clinical manifestations of occupational allergic diseases in medical staff, particularly nurses in various departments of medical institutions.

Вступ. Хвороби, які ми тепер називаємо алергійними, були відомі дуже давно. Ще за часів Давнього Єгипту були описані симптоми, які можна розглядати як клінічні прояви алергії. Але, незважаючи на це, людство звернуло увагу на цю недугу лише в XIX столітті, а з'ясувало природу цього явища тільки до кінця XX століття. Сьогодні кожний п'ятий мешканець планети страждає від того чи іншого алергійного захворювання. Статистичні дані, які характеризують поширення алергійних захворювань, свідчать, що на даний час приблизно кожний третій дорослий житель нашої країни та кожна четверта дитина страждають від алергії. З кожним роком зростають економічні втрати, пов'язані із цією патологією [1, 2].

Основна частина. Проблема виникнення побічних реакцій, зокрема, алергічного походження, при застосуванні діагностичних і лікувальних засобів є вельми актуальною [3]. Згідно з зарубіжними літературними даними, випадки алергії на медикаменти зустрічаються у 10–20 % насе-

лення, у 3% випадків є причиною для звернення до лікарів, у 5% випадків – є причиною госпіталізації, у 3 % випадків – приводом до інтенсивної терапії, у 12 % випадків – ведуть до суттєво тривалішого перебування у стаціонарі, у 1% випадків є причиною летальності (за цим показником явища алергії на ліки займають 5 місце після серцево-судинних, онкологічних, легеневих захворювань та травм) [4]. Подібна ситуація, очевидно, має місце і в Україні, де, за даними вітчизняних дослідників (офіційної статистики щодо цього, на жаль, немає), частота медикаментозної алергії серед населення коливається між 1–2 %, що, теоретично, може призводити від 100 до 2000 смертних випадків від медикаментозного анафілактичного шоку щорічно. За даними фармаконагляду, в Україні у 2005 році від побічної ЛЗ з високим ступенем вірогідності вмерло 40 осіб. Серед цих випадків переважала саме медикаментозна алергія.

Слід констатувати, що наказ МОЗ та АМН України від 02.04.02 № 127/18 у частині, що стосується діагностики медикаментозної алергії, зали-

шився невідомим або ж недостатньо виконується частиною медичних закладів і медичних працівників нашої країни.

Все це вказує на актуальність проблеми виникнення медикаментозної алергії для охорони здоров'я, її небезпечність для суспільства, і вимагає радикальної зміни у поглядах медичних працівників України на цю проблему. Необхідно, з одного боку, максимально убезпечити населення від медикаментозної алергії, а, з іншого боку, зважаючи на те, що значна частина випадків медикаментозної алергії є непередбачуваною, захистити медичних працівників від невинуватених звинувачень.

Серед майже 40 тис. існуючих на даний час професій особливу соціальну нішу займають понад 4 млн медичних працівників. Праця медиків належить до числа найбільш складних і відповідальних видів діяльності людини. Вона характеризується значним інтелектуальним навантаженням, а в окремих випадках і великими фізичними навантаженнями і витривалістю. До медичних працівників висувають підвищені вимоги, які включають великий обсяг оперативної і довготривалої пам'яті, уваги, високу працездатність в екстремальних умовах.

Відомо, що прояви медикаментозної алергії з боку медичного персоналу є перепорою у професійній діяльності для 17 % санітарок, 6–30 % лікарів різного фаху, 30–45 % медичних сестер різного фаху (Н. Арсентьева, 1998).

Особлива відповідальність за здоров'я пацієнтів лікувального закладу покладається на медичних працівників із середньою освітою, які, в основному, складають штат вітчизняної медицини. У зв'язку з цим до діяльності середнього медичного персоналу висувають підвищені вимоги, проводять пошук нових підходів до підвищення якості і оптимізації праці. Однак на сьогодні існує ряд чинників, які негативно впливають на діяльність медичних працівників різних відділень:

- по-перше, зменшення чисельності медичних кадрів;
- по-друге, низький рівень матеріального заохочення відповідальної праці середніх медичних працівників;
- по-третє, широкий спектр функціональних обов'язків, що зменшує час на профілактично-оздоровчий напрям роботи;
- по-четверте, недостатнє матеріальне забезпечення діяльності медичних працівників;

- по-п'яте, значний посадовий обсяг навантаження для медичних працівників.

Підвищення ефективності медичного забезпечення у лікувальних закладах потребує не тільки покращення матеріальної і кадрової бази, але і подальшого удосконалення методів роботи, реорганізацію існуючих і використання нових підходів до надання медичної допомоги в умовах лікувального закладу.

Зважаючи на особливості роботи медичних працівників, професія медичної сестри належить до складних і відповідальних видів професійної діяльності людини. Дослідження попередніх років свідчать, що медичні працівники посідають п'яте місце щодо розповсюдженості професійних захворювань, випереджаючи навіть працівників хімічної промисловості [5]. Найбільш загальними несприятливими чинниками виробничого середовища медичного працівника є такі: забруднення повітря робочого приміщення аерозолями лікарських речовин, дезінфекційних засобів, використання миючих засобів, контакт із латексом, який міститься у медичних рукавичках, одноразових шприцах, що можуть бути причинами алергійних захворювань та професійних дерматозів; голкотравматизм і можливий контакт із гематогенними патогенними збудниками [6]. Крім того, для трудового процесу медичного персоналу характерним є високе нервово-емоційне напруження, вимушене положення тіла, перенапруження аналізаторних систем [7]. Встановлено, що серед медичних сестер рівень захворюваності на психічні розлади вищий, ніж у лікарів, причому, як правило, він вищий серед фахівців жіночої статі порівно із чоловіками [8].

Одним із найважчих наслідків довготривалого професійного стресу є синдром «професійного вигорання», який слід розглядати як спустошення, що формується на тлі стресу, викликаного тривалим впливом організаційних, ситуаційних факторів професійного генезу середньої інтенсивності. Професійне вигорання є формою професійної деформації, що руйнує професійну діяльність і спричиняє виникненню психосоматичних захворювань [9].

На сьогодні зустрічаються, на жаль, поодинокі дослідження професійної діяльності медичних працівників [10,11,12], і виникає потреба в проведенні подальших систематичних досліджень у цій галузі.

Відповідно до ст.17 Закону України «Про охорону праці» працюючі, в тому числі і медичні працівники, мають конституційне право на охо-

рону життя та здоров'я в процесі трудової діяльності, на належні умови праці і санітарно-побутове забезпечення. За науковими даними кафедри гігієни праці і професійних хвороб Національного медичного університету імені О. Богомольця більше 70 % медичних працівників загальної практики і дільничних терапевтів та більш ніж 75 % лікарів швидкої медичної допомоги працюють у шкідливих умовах праці, які сприяють формуванню і розвитку професійної патології, зокрема такої, як алергійні захворювання, сироваткові гепатити, туберкульоз, хвороби опорно-рухового апарату та ін. Захворюваність медичних працівників на сьогодні залишається дуже високою проти захворюваності працюючих в інших галузях промисловості та сільського господарства, а також інших сфер виробництва.

Щорічно медичні працівники проходять обов'язкові профілактичні огляди з метою профілактики та раннього виявлення професійних захворювань. Як показує практика, в процесі профілактичних медичних оглядів медпрацівників до 20 % захворювань складають вперше виявлені і не діагностовані раніше хвороби. Санепідслужбою різних областей спільно з Головними управліннями охорони здоров'я облдержадміністрацій щорічно проводяться планові перевірки стану організації та проведення профілактичних медичних оглядів працюючих у шкідливих виробничих умовах, в тому числі і медичних працівників. Як свідчать результати перевірок, на жаль, мають місце суттєві порушення під час медичних оглядів в лікувально-профілактичних закладах. Медичні працівники, які мають контакт з шкідливими виробничими чинниками, довгостроковий стаж роботи в шкідливих умовах та клінічні ознаки професійного захворювання (маніпуляційні медичні сестри, працівники лабораторій, що мають постійний контакт з біологічними середовищами, агресивними речовинами тощо) для подальшого обстеження часто не направляються. Особи з наявними протипоказами для роботи продовжують працювати на своїх робочих місцях. Щодо них не розроблені і не виконуються адекватні організаційні та лікувально-профілактичні заходи. Диспансеризація медичних працівників з групи ризику виникнення професійно-залежної патології з оформленням і веденням відповідних карт здійснюється формально.

Професійні захворювання у 1203 потерпілих, які знаходяться на обліку в Управлінні виконав-

чої дирекції Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві у місті Києві, розподілилися таким чином, що 40 % з них склали сукупність захворювань, спричинених впливом хімічних, біологічних факторів, алергійні захворювання та ті, що пов'язані з фізичним перенавантаженням та перенапруженням окремих органів і систем. Це поодинокі випадки різноманітних захворювань, викликаних абсолютно різними факторами і в різних сферах діяльності, серед яких – бронхіальна астма, варикозна хвороба нижніх кінцівок, туберкульоз, хронічна свинцева інтоксикація, хронічний ринофаринголарингіт та багато-багато інших.

Відомо, що найбільш несприятливим фактором виробничого середовища медпрацівників є забруднення повітря робочих приміщень аерозолями лікарських речовин, дезінфікуючих та наркотичних засобів, які в десятки разів можуть перевищувати санітарні норми гранично допустимої концентрації (ГДК) в приміщеннях аптек, операційних, процедурних кабінетах та інших виробничих приміщеннях медичних установ (Кочеткова М. Г., 1995), що, природно, негативно позначається на здоров'ї персоналу.

У медицині з подразнюючих речовин досить широко і постійно застосовуються сполуки хлору (хлорне вапно, соляна кислота) і сірки (сірководень, сірчана кислота), азотна, оцтова кислоти, формальдегід та ін. Їх використовують у клінічних та біохімічних лабораторіях, патанатомічних відділеннях, при дезінфекції та дезінсекції тощо. Ураження верхніх дихальних шляхів хімічними речовинами подразнюючої дії проявляється у формі неспецифічних катарів слизової оболонки, які можуть бути катаральними, субатрофічними і атрофічними, рідше – гіпертрофічними. Це багато в чому залежить від стажу роботи спеціаліста: при невеликому стажі переважають катаральні зміни, при тривалому – субатрофічні і атрофічні.

Від впливу засобів для наркозу та антибактеріальних препаратів у медичних працівників можуть розвиватися токсичні і токсико-алергічні гепатити. За даними О. А. Вдячної, концентрація фторотану в зоні дихання анестезіолога перевищує гранично допустиму концентрацію у 13 разів, анестезистки – в 9, хірурга та операційної медсестри – в 5, в нейтральній точці операційної – також в 5 разів. Концентрація етилового спирту в ділянці дихання хірурга та операційної медсес-

три досягає 1,3 ГДК. Це може призводити до дифузного ураження печінкової паренхіми та порушення пігментного обміну.

Ураження системи крові у медичних працівників може зустрічатися в умовах професійного контакту з ароматичними вуглеводнями (лабораторні роботи), з деякими лікарськими препаратами (сульфаніламід, похідні піразолону, інші нестероїдні протизапальні засоби, цитостатики (С. А. Бабанов, 2010).

Відомо, що результат діяльності медичних працівників – здоров'я пацієнтів – багато в чому визначається умовами праці та станом здоров'я співробітників. На лікаря (а також середнього і молодшого медичного працівника, провізора і фармацевта) впливає комплекс чинників фізичної, хімічної, біологічної природи. Медики відчують високе нервово-емоційне напруження. Крім того, в процесі професійної діяльності медичний працівник зазнає функціонального перенапруження окремих органів і систем організму (від функціонального перенапруження опорно-рухового апарату до перенапруження органів зору). Аналізу стану здоров'я медичних працівників присвячені праці акад. РАМН Н. Ф. Ізмєрова, В. Г. Артамонової, Н. А. Мухіна, монографія заслуженого діяча науки РФ, професора В. В. Косарева "Професійні хвороби медичних працівників" (1998). Згідно з цими дослідженнями, в результаті вивчення історій хвороби 397 медичних працівників (серед обстежених було 147 лікарів, 196 медичних сестер, 15 фармацевтів, 3 провізори, 18 лаборантів, 4 зубних техніків, 14 осіб молодшого медичного персоналу), дозволили виявити наступну етіологічну структуру професійних захворювань: вплив біологічних факторів – у 63,6 % пацієнтів; алергози (внаслідок впливу антибіотиків, ферментів, вітамінів, формальдегіду, хлораміну, латексу, миючих засобів) – у 22,6 %; захворювання токсико-хімічної етіології – у 10 %; перенапруження окремих органів і систем організму – у 3 %; вплив фізичних факторів (шуму, ультразвуку, рентгенівського випромінювання) – у 0,5 %; новоутвори – у 0,25 %.

Зупинимось на професійних алергозах. Високу поширеність серед медичних працівників мають алергійні реакції на пил натурального латексу. За даними Є. В. Макової (2003), поширення латексної алергії складає 22,61 %. Клінічно латексна алергія у медичних працівників у 32,5 % випадків перебігає за типом гіперчутливості не-

гайного типу і проявляється у вигляді бронхіальної астми, алергійного риніту, кропив'янки, в т. ч. в 6 % випадків – гострими алергічними реакціями (набряк Квінке, анафілактичний шок), які вимагають надання невідкладної медичної допомоги. У 67,5% випадків алергійні реакції при контакті з натуральним латексом протікають по типу гіперчутливості сповільненого типу і проявляються контактним дерматитом.

Алергійна реакція на латекс була вперше описана в 1927р., але довго залишалася фактично непоміченою. Лише через півстоліття ця алергія стала об'єктом пильної уваги вивчення і практичної розробки методів діагностики, профілактики та лікування. Протягом десятиліть описувалися одиничні спостереження латексної алергії. Але до кінця XX століття тільки в США кількість алергійних реакцій на латекс стала зростати в геометричній прогресії. Це можливо порівняти, мабуть, лише з темпами збільшення числа хворих, уражених ВІЛ-інфекцією. За даними літератури підвищеною чутливістю до латексу страждає від 1 до 6 % людей у розвинених країнах. У США зареєстровано більше 250 000 лікарів і медичних сестер, сенсibilізованих до нього. У 15 % медиків виявлено антитіла до антигенів латексу. Є також дані, що близько 17 % медичних працівників сенсibilізовані до латексу, а у 2 % з них саме це стало причиною захворювання на бронхіальну астму [13, 14, 22].

Латекс – це молочний сік молочаєвих, шовкових, складноцвітих та ін. рослин. Але найбільше значення має натуральний латекс із каучукових дерев – гевей (*Hevea Brasiliensis*), що ростуть у тропіках. В натуральному латексі налічується більше 200 різних фракцій білків, що мають алергенну активність. Предмети з латексу в побуті, у медицині, у промисловості, в армії й на флоті використовують настільки ж часто, а, мабуть, навіть і частіше, ніж автомобілі, комп'ютери, стільникові телефони, телевізори. За даними Всесвітньої торгівельної організації, латекс входить до складу більш ніж 40000 побутових предметів. Він – основа медичних і побутових рукавичок, катетерів, сосок, презервативів, повітряних кульок, шин, гумових іграшок, підшов спортивного взуття, непромокального одягу й одягу з лайкри, панчіх, протигазів і футбольних м'ячів. От далеко не повний список тільки медичних виробів з латексу: гумові рукавички, еластичні бандажі, лейкопластир, шприци, джгути, сечові катетери, дренажі,

клізми, кисневі подушки, стетофонендоскопи, гемодіалізне устаткування [14, 15, 16].

Алергійні реакції на латекс зумовлені, головним чином, двома причинами: виробленням великої кількості імуноглобуліну Е і утворенням сенсibilізованих лімфоцитів. Якщо контакт із виробами, що містять латекс, повторюється, то виникають алергійні реакції. Але особливо тяжкі алергійні реакції на латекс виникають у відповідь на вдихання білків латексу. Останні з'єднуються із речовинами пудри, наприклад, у рукавичках. Коли латексні рукавички знімають і надягають, концентрація аероалергенів різко збільшується.

У осіб з алергією до латексу також виявляються алергійні реакції на деякі харчові продукти. Список овочів і фруктів, які можуть давати перехресну реакцію з латексом, величезний. Насамперед, це екзотичні фрукти (банани, ківі, авокадо, папайя, апельсини), а також такі продукти, як картопля, помідори, морква, фундук, соя, груші, абрикоси, перець, вишні, сливи, селера. Перехресна реакція виявляється також до пилу шліфувальних кругів, домашнього фікусу, трави тимотії та інших рослин [17, 18, 19, 21].

Для алергії на латекс найбільш типові різні шкірні симптоми, що виникають після контакту з виробами, що містять латекс. Алергічна реакція на латекс може проявлятися: висипанням на шкірі й на слизових; сверблячкою; кропив'янкою, блюванням; почервонінням очей, утрудненим диханням; запамороченням; слабкістю; діареєю. Коли частки латексу передаються аерогенним шляхом, виникають симптоми респіраторної алергії – чхання, нежить, сльозотеча, сверблячка й почервоніння очей, можливі напади ядухи.

Число людей із сенсibilізацією до латексу зростає рік у рік в усьому світі, а її поширеність серед медичних працівників за деякими закордонними джерелами становить від 12 до 30 %. Варто підкреслити, що алергія на латекс у жінок виникає в 2,5 рази частіше, ніж у чоловіків. Роблять спроби замінити латекс іншими полімерами, але число виробів з латексу й попит на нього не зменшується, як не зменшується попит і на вироби з інших природних речовин, наприклад, бавовни.

Тому фактично єдиним способом попередити можливі алергійні реакції на цю речовину є оцінка своєї індивідуальної чутливості до неї. Особливо це стає необхідне людям, що постійно користуються гумовими виробами. Ризик алергійних реакцій на латекс у фахівців, що працюють у меди-

цині, великий: у медичних сестер загального профілю він перевищує 5,5 %, у хірургів досягає 7,5 %, а в стоматологів і того вище – 12,7 %. Для того, щоб виявити й попередити цю алергію, немає потреби вдаватися до шкірних проб *in vivo*. Вони досить небезпечні, а в дітей і зовсім протипоказані. Зараз розроблені безпечні способи діагностики *in vitro*. Ці методи діагностики алергії на латекс дозволяють досліджувати кров шляхом визначення в крові специфічних антитіл до алергенів латексу [23, 24, 25].

Дана проблема є дуже актуальною, оскільки використання латексних медичних рукавичок за останні десятиліття значно зросло. Це пов'язане, перш за все, з розповсюдженням інфекційних захворювань і забезпеченням захисту медичного персоналу. Відомо, що вперше рукавички з гуми були використані в 1834 році доктором Річардом Куком в Нью Джерсі як засіб захисту від гінекологічного сепсису в акушерстві, а в 1883 р. доктор Джозеф Бладгуд провів дослідження із частоти інфекції і довів, що при використанні медичним персоналом рукавичок під час хірургічних операцій рівень інфікування пацієнтів різко знижується. На даний час найширше використовуються латексні хірургічні стерильні і нестерильні, а також оглядові рукавички, які забезпечують необхідний захист медичному персоналу і пацієнтам. Якість рукавичок визначається коефіцієнтом AQL (Прийнятний Рівень Якості), який за Європейським стандартом EN 455-1 («Одноразові медичні рукавички») не повинен перевищувати 1.5. Для визначення рівня якості використовують як візуальні, так і електронні методи тестування. Однак при використанні якісних латексних рукавичок існує небезпека алергії.

Основні типи алергії на натуральний латекс:

- алергія на протеїни, що містяться в натуральному латексі (протеїнова алергія, тип I);
- алергія на хімікати, що залишилися в рукавичках після закінчення виробничого процесу (алергічний контактний дерматит, тип IV).

Алергія типу I виникає тому, що в натуральному латексі містяться розчинні у воді алергенні протеїни, які при високому рівні можуть викликати алергію як у медичного персоналу, так і у пацієнта. Основні симптоми алергії Типу I: контактна кропив'янка, риніти, респіраторні порушення, навіть анафілактичний шок.

Алергія типу IV виникає тому, що у виробничому процесі, окрім латексу, використовують і різні

хімічні домішки, такі, як вулканізатори, каталізатори, антиоксиданти, які залишаються в рукавичці після виробництва. Згідно з останніми дослідженнями, проведеними у Фінляндії, хімічні домішки впливають на 7,4 % хірургів і 5,6 % медичних сестер, викликаючи алергійний контактний дерматит, симптомами якого є червоні опуклі припухлості, екзема, виразки, тріщини і пухирці на шкірі, відчуття печії і болю. Причому вказані симптоми можуть виявлятися як безпосередньо під рукавичкою, так і вище неї. Цікаво, що алергійна реакція може виявлятися через години і навіть через дні після використання рукавичок [20, 21, 22].

Для того, щоби знизити ризик алергічних реакцій при виробництві рукавичок, застосовують спеціальні інтенсивні технології очищення і багатократного промивання, які забезпечують мінімальний вміст протеїнів і алергенів. Частота алергійних реакцій залежить і від якості використовуваних рукавичок. У багатьох випадках люди, що мали алергічну реакцію на більш алергенні рукавички, можуть абсолютно безболісно користуватися менш алергенними латексними рукавичками. Різке збільшення випадків прояву алергії на натуральний латекс пояснюється і тим, що останнім часом на медичному ринку з'явилися рукавички виробництва нових компаній, які не мають достатнього досвіду у виробництві латексних виробів і не здатні забезпечити необхідний контроль за якістю, проте ці рукавички широко доступні завдяки їх низьким цінам.

В нашій країні широко розповсюджені напудрені латексні рукавички. Традиційно пудра застосовувалася для полегшення надягання рукавичок. На даний час у застосуванні пудри немає необхідності, оскільки для цієї мети використовуються інші речовини, що не дозволяють латексу злипатися. Пудра, із-за своєї абразивності, є однією з основних причин виникнення контактного дерматиту, так само, як часте миття рук, користування милом або порошком. Хоча пудра сама по собі не є алергічним агентом, вона може підсилювати алергічні реакції на протеїновий латекс у зв'язку з тим, що вона може переміщати (повітрям) латексні алергени. Крім того, проведені дослідження показали, що потрапляючи на раневу поверхню під час хірургічних операцій, пудра може служити додатковим агресивним чинником. Тому останнім часом спостерігається тенденція до ширшого використання непудрених рукавичок при проведенні хірургічних процедур.

Альтернативою рукавичкам з латексу є синтетичні рукавички. У випадках очевидної алергії на латексні протеїни синтетичні рукавички є природним вирішенням проблеми. За наявності в хірургічній бригаді хоча би однієї людини, що має алергію на латекс, рекомендується використання синтетичних рукавичок і для всіх інших її членів, оскільки пацієнт з алергічною реакцією на латекс повинен перебувати в повністю безлатексному середовищі. Застосування синтетичних рукавичок рекомендується також і для тих категорій людей, які раніше не проводили діагностику на наявність алергійної реакції на латекс, але які мають статистичний ризик розвитку алергії, як, наприклад, пацієнти, що піддавалися неодноразовим хірургічним втручанням, або що мають спадкову схильність до алергічних реакцій. Перевагою синтетичних рукавичок є те, що не поступаючись натуральному латексу за фізичними параметрами, а саме пружністю, еластичністю і міцністю, синтетичні рукавички не містять протеїнів і хімічних каталізаторів, вживаних при виробництві латексних рукавичок, а значить є абсолютно гіпоалергенними. Крім того, вони забезпечують комфорт і зручність, оскільки знижують втому і пітливість рук.

Але найбільш важким і прогностично несприятливим алергічним захворюванням серед медичних працівників є анафілактичний шок після контакту з виробами, які містять латекс. Особливо часто подібні загрозливі життю стани розвиваються під час хірургічних втручань.

Анафілактичний шок – це алергічна реакція негайного типу. Вона характеризується швидким розвитком переважно загальних проявів: зниження артеріального тиску, температури тіла, розладами з боку центральної нервової системи, підвищенням проникності судин і спазмом гладкої мускулатури. Анафілактичний шок розвивається у відповідь на повторне введення алергену незалежно від шляху надходження та дози алергену (вона може бути мінімальною). Наприклад, відомий випадок анафілактичного шоку, як реакції на сліди пеніциліну на інструменті, що залишилися в ньому після того, як його обробили, промили і прокип'ятили. Алергічна реакція негайного типу характеризується стрімким розвитком, бурхливими проявами, крайньою тяжкістю перебігу і наслідків. Вид алергену не впливає на тяжкість перебігу анафілактичного шоку. Його клінічна картина різноманітна. Чим менше часу пройшло з моменту надходження алергену в

організм, тим важча клінічна картина. Найбільший відсоток летальних результатів анафілактичний шок дає при розвитку його через 3-10 хвилин після потрапляння в організм алергену. При обстеженні не визначається артеріальний тиск, пульс частий, ниткоподібний; тони серця ослаблені, в ряді випадків майже не прослуховуються, може з'явитися акцент II тону над легеневою артерією. У легенях при аускультатії вислуховується жорстке дихання, сухі розсіяні хрипи. Внаслідок ішемії центральної нервової системи та набряку серозних оболонок мозку можна спостерігати тонічні і клонічні судоми, парези.

Бронхіальна астма, зокрема професійна бронхіальна астма, є одним з найбільш поширених алергійних захворювань медичних працівників. Професійна бронхіальна астма визначається як захворювання, зумовлене дією алергенів на респіраторний тракт на робочому місці медичного працівника або провізора. В окремих епідеміологічних дослідженнях було показано, що у 14 % всіх хворих на астму вона є саме професійною. Так, серед обстежених в Самарському обласному центрі професійної патології медичних працівників (Росія) професійна бронхіальна астма склала 62,2 % від всіх виявлених алергійних захворювань (для порівняння: алергія кропив'янка склала 18,9 %, алергійні риніти – 8,9, алергійні дерматити – 10,5 %). Професійна бронхіальна астма переважно діагностується у медичних сестер, особливо процедурних, що пов'язане з тривалим контактом даної категорії медичних працівників з широким спектром речовин, що володіють алергенною дією. Провідними етіологічними чинниками, що викликають професійну бронхіальну астму, є латекс, дезінфекційні речовини (сульфатіазол, хлорамін, формальдегід), антибіотики, рослинна лікарська сировина, хімічні компоненти діагностичних наборів. Одним з надійних способів специфічної діагностики професійної бронхіальної астми є провокаційна інгаляційна проба з мінімальними концентраціями водних розчинів алергенів. Важливим є раннє розпізнавання хвороби (для цього використовується пікфлоуметрія на робочому місці і вдома), припинення подаль-

шого контакту з алергеном і своєчасний початок лікування. Для підтвердження професійного генезу бронхіальної астми необхідно визначати в сироватці медичного працівника рівень загального IgE і алерген-специфічні IgE на професійні алергени (за допомогою шкірних тестів, імуноферментного аналізу, радіоалергосорбентного тесту).

Алергійний риніт виникає тому, що багато професійних чинників, з якими контактують медичні та фармацевтичні працівники, мають сильну подразнюючу дію на слизову оболонку носа і легеневу тканину. Основні симптоми захворювання – свербіж і подразнення порожнини носа, чхання та ринорея, часто супроводжувані закладеністю носа.

Висновок. Відомо, що відповідальність за збереження життя і здоров'я медичних працівників насамперед лежить на плечах роботодавців, що передбачено законодавством і визначено у їхніх посадових обов'язках. Проте у разі виникнення хвороби чи нещасного випадку, самому потерпілому це полегшення не принесе. То ж хочеться звернутися до медичних працівників із закликом у жодному разі не нехтувати власним здоров'ям, свідомо і з повною відповідальністю підходити до виконання робіт, чітко дотримуватися посадових інструкцій, нормативних актів з охорони праці та вчасно і в повному обсязі проходити щорічні медичні огляди. Варто нагадати, що у наказі МОЗ № 246 від 21.05.2007 року визначено, що організацію проведення медичних оглядів, витрати на поглиблене медичне обстеження працівника з підозрою на професійні та виробничо зумовлені захворювання та їх медичну реабілітацію, диспансеризацію працівників груп ризику розвитку професійних захворювань забезпечує роботодавець за рахунок власних коштів. У разі виявлення профзахворювання, медичний працівник повинен бути виведений із шкідливих умов за медичними висновками та раціонально працевлаштований. Тільки за таких умов, можна буде розраховувати на те, що медичні працівники будуть здоровішими, рівень алергійної захворюваності знижуватиметься, а якість медичної допомоги населенню в лікувальних закладах покращуватиметься.

ЛІТЕРАТУРА

1. Драник Г. Н. Клиническая иммунология и аллергия / Г. Н. Драник. – Киев : Полиграфплюс, 2006. – 482 с.

2. Клиническая аллергия / под ред. Р. М. Хаитова. – М. : МЕДпрессинформ, 2002. – 624 с.

3. Новиков Д. К. Лекар аллергия / Д. К. Новиков, Ю. В. Сергеев, П. Д. Новиков. – Москва, 2001. – 313 с.

4. Stevenson D. D., Simon R. A. Sensitivity to aspirin and nonsteroidal antiinflammatory drugs. In: E. Middleton, Jr., C. E. Reed, E. F. Ellis, N. F. Adkinson, Jr., J. W. Yunginger, W. W. Busse (eds.), *Allergy: Principles and Practice* (4th ed.). St. Louis: Mosby, 1993. Pp. 1747-1765.
5. Хворова Е. В. Факторы, влияющие на профессиональную заболеваемость медицинских работников. Правовые аспекты / Е. В. Хворова // Материалы VII Российской онкологической конференции (25 – 27 ноября 2003 г.) / Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина РАМН. – М.: 2003. – С. 95–97.
6. Косарев В. В. Профессиональные заболевания медицинских работников / В. В. Косарев. – Самара, 1998. – 197 с.
7. Tillett R. The patient within – psychopathology in the helping professions / Richard Tillett // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2003. – V. 9. – P. 272–279.
8. Wall, T. D. Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences / T. D. Wall, R. I. Bolden, C. S. Borrill, et al // *British Journal of Psychiatry*. – 1997. – V. 171 – P. 519–523.
9. Калиниченко І. О. Методика оцінки напруженості трудового процесу вчителя загальноосвітніх навчальних закладів : методичні рекомендації для гігієністів, спеціалістів з охорони праці, директорів загальноосвітніх навчальних закладів / І. О. Калиниченко, А. Н. Каракашян, Г. О. Латіна. – К., 2007. – 26 с.
10. Шипова В. М. Нормирование труда среднего и младшего медицинского персонала / В. М. Шипова // *Главная медицинская сестра*. – 2008. – № 8. – С. 37–59.
11. Тахтарова Ю. Н. Совершенствование организации деятельности среднего медицинского персонала (структурно-функциональный аспект): автореф. дисс. ... к. мед. наук : спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» / Ю. Н. Тахтарова. – М., 2007. – 20 с.
12. Ляхно В. А. Гігієнічна характеристика умов праці лікарів-гігієністів санітарно-епідеміологічних станцій (на прикладі лікарів з гігієни дітей та підлітків): автореф. дис. ... к. мед. наук : спец. 14.02.01 «Гігієна» / В. А. Ляхно. – К., 2006. – 20 с.
13. Rendeli C, Nucera E, Ausili E, Tabacco F, Roncallo C, Pollastrini E, Scorzoni M, Schiavino D, Caldarelli M, Pietrini D, Patriarca G. (Jan 2006). Latex sensitisation and allergy in children with myelomeningocele // *Childs Nerv Syst*. № 22 (1): 28–32.
14. Banta JV, Bonanni C, Prebluda J. (Jun 1993). Latex anaphylaxis during spinal surgery in children with myelomeningocele // *Dev Med Child Neuro*. № 235 (6): 543–8.
15. Grzybowski M, Ownby DR, Rivers EP, Ander D, Nowak RM (October 2002). The prevalence of latex-specific IgE in patients presenting to an urban emergency department // *Ann Emerg Med*. № 40 (4): 411–9.
16. Brehler R, Theissen U, Mohr C, Luger T (April 1997). Latex-fruit syndrome, frequency of cross-reacting IgE antibodies // *Allergy*. № 52 (4): 404–10.
17. Diaz-Perales, A; Sanchez-Monge, R; Blanco, C; Lombardero, M; Carillo, T; Salcedo, G (2002). What is the role of the hevein-like domain of fruit class I chitinases in their allergenic capacity? // *Clinical and experimental allergy: journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology*. № 32 (3): 448–54.
18. Mikkola JH, Alenius H, Kalkkinen N, Turjanmaa K, Palosuo T, Reunala T (December 1998). Hevein-like protein domains as a possible cause for allergen cross-reactivity between latex and banana // *J. Allergy Clin. Immunol*. № 102 (6 Pt 1): 1005–12.
19. Wagner, S; Breiteneder, H (2002). The latex-fruit syndrome // *Biochemical Society transactions*. № 30 (Pt 6): 935–40.
20. Chen, Zhiping; Cremer, Reinhold; Posch, Anton; Raulf-Heimsoth, Monika; Rihs, Hans-Peter; Baur, Xaver (1997). On the allergenicity of Hev b 1 among health care workers and patients with spina bifida allergic to natural rubber latex // *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. № 100 (5): 684–93.
21. Barre, Annick; Culerrier, Raphael; Granier, Claude; Selman, Laetitia; Peumans, Willy J.; Van Damme, Els J.M.; Bienvenu, Françoise; Bienvenu, Jacques et al. (2009). Mapping of IgE-binding epitopes on the major latex allergen Hev b 2 and the cross-reacting 1,3- α -glucanase fruit allergens as a molecular basis for the latex-fruit syndrome // *Molecular Immunology*. № 46(8–9): 1595–604.
22. Kolarich, Daniel; Altmann, Friedrich; Sunderasan, Elumalai (2006). Structural analysis of the glycoprotein allergen Hev b 4 from natural rubber latex by mass spectrometry // *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - General Subjects*. № 1760 (4): 715.
23. Beezhold, Donald H.; Hickey, Vicky L.; Slater, Jay E.; Sussman, Gordon L. (1999). Human IgE-binding epitopes of the latex allergen Hev b 5 // *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. № 103 (6): 1166–72.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Т. В. Дацко, Ю. М. Бутницький, С. Ю. Пригара

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

У статті висвітлено літературні дані щодо цінності морфологічного методу діагностики при ендоскопічному обстеженні хворих на гастродуоденальну патологію.

CONTEMPORARY PROBLEMS OF GASTRODUODENAL PATHOLOGY IN CHILDREN (LITERATURE REVIEW)

T. V. Datsko, Yu. M. Butnyskyi, S. Yu. Pryhara

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky
International Nursing School*

The article highlights the literature data about the value of morphological diagnostic method for endoscopic examination of patients with gastroduodenal pathology.

Вступ. Наукові праці, опубліковані з даної теми за останнє десятиріччя, свідчать, що запальні процеси в слизовій оболонці (СО) шлунка та ДПК не завжди проявляються клінічно. Так, диспепсія може бути присутньою і при нормальній ендоскопічній і морфологічній картині слизової шлунка [1], в той же час морфологічно підтверджений гастрит може перебігати і безсимптомно. За спостереженнями В. Т. Івашкіна [2], більше 50 відсотків пацієнтів з гастритом не виявляли диспепсичних скарг. Обстежуючи дорослих, Dwivedi M. та співавтори [3] не спостерігали прямої залежності між наявністю *Нр* інфекції, морфологічним вираженням запалення слизової оболонки та тяжкістю симптомів диспепсії, хоча в дослідженнях інших авторів серед дитячого населення така залежність виявляється [5, 6].

Основна частина. У літературі знаходимо спроби пов'язати наявність деяких симптомів з тією чи іншою локалізацією і активністю запалення СО шлунка. Так, при високій активності гастриту частіше спостерігають дисмоторні пору-

шення, біль на "гоłodний" шлунок є характерним для запалення в антральному відділі. Зниження активності запалення супроводжується стиханням цих симптомів [7, 8].

Щоб знизити рівень суб'єктивного оцінювання ендоскопічної картини, було запропоновано використовувати описові терміни з Мінімальної стандартної термінології [8]. Проте в Україні, як і в цілому в країнах СНД, ця термінологія ще не знайшла широкого застосування серед лікарів-ендоскопістів [9]. Проблема уніфікації ендоскопічного опису існує і в інших країнах. Так, аналіз висновків англійських спеціалістів показав, що більшість з них при описуванні гастриту не використовує запропоновану Мінімальну стандартну термінологію [10].

Методи, які використовуються для підтвердження діагнозу хронічного гастриту, можна умовно поділити на три основні групи: клінічні, функціональні, морфологічні. Останнім часом значну увагу приділяють розробці морфологічних методів діагностики хронічного гастриту [11]. Незважаючи на значні успіхи в удосконаленні цих ме-

тодів, розпізнавання хронічного гастриту в деяких випадках утруднене через малосимптомність або безсимптомність цього захворювання [12].

Разом з тим інструментальні методи мають певний відсоток суб'єктивізму. Так, при діагностиці гастриту часто виникає невідповідність між ендоскопічними та морфологічними знахідками. У дослідженнях Dwivedi M. в 40,8 % пацієнтів з візуально нормальною картиною СО шлунка морфологічно було виявлено гастрит, Нр-інфекція була практично в такій ж кількості "ендоскопічно здорових пацієнтів" [3]. Eriksson N. K. (2005) повідомляє про 27 % нормальних результатів морфологічного дослідження при ендоскопічному діагнозі "гастрит" і 62,5 % гістологічно підтвердженого запалення при нормальній ФЕГДС картині [13]. Дослідження японських вчених виявили, що тільки у 82,6 % хворих ендоскопічний діагноз гастриту був підтверджений морфологічно [14].

Порівняно з морфологічними дослідженнями, ендоскопія в 51,9 % випадків переоцінює вираженість запальних змін, тобто тут має місце гіпердіагностика гастриту. За твердженням Д. В. Печкурова [15], повний збіг результатів обох тестів проявлялось тільки в 35,9 % випадків.

В 17,1 % пацієнтів з нормальною картиною при ФЕГДС морфологічно було діагностовано гастрит, а в 12,7 % – Нр-інфекція. Важливим є те, що найчастіше при ендоскопічно верифікованому гастриті виявляли атрофічний гастрит. В цьому ж дослідженні говориться про високу частоту Нр-інфекції в пацієнтів з морфологічно підтвердженим гастритом і її низьку частоту за відсутності гастриту. В регіонах з низькою частотою виявлення Нр-кореляція між ендоскопічним та гістологічним діагнозом "гастрит" не значна [16].

Деякі автори [17] вважають, що у хворих з гастродуоденальною патологією, асоційованою з Нр, при ендоскопічному обстеженні частіше спостерігається гіперплазія СО шлунка, строкатість, симптом "бруківки", набряк складок, збільшена кількість слизу та наліт, розмитий судинний малюнок, вогнищева гіперемія, ерозії, геморагії. Водночас П. Л. Щербakov (1997) переконаний, що такі ендоскопічні зміни, як "бруківка", "нодулярний гастрит" не можуть бути маркерами інфікування слизової оболонки Нр [19].

В. Л. Пайков акцентує свою увагу на тому, що за відсутності клінічної картини, ендоскопічних ознак запалення, "гіпертрофічний" дуоденіт необхідно розцінювати як фізіологічну вікову ре-

акцію адаптації до змін внутрішньої мікроекології, складу їжі, як морфофункціональне співвідношення в різні періоди постнатального розвитку ДПК [20]. Тому діагноз "хронічний гастрит" в сучасних умовах став поняттям клініко-морфологічним, в верифікації якого вирішальне значення має гістологічний висновок, тим більше, що цим методом можна відразу діагностувати Нр (так званий "золотий стандарт") [21].

Останнім часом вважають, що до біопсії клініцист не може встановлювати діагноз хронічного гастриту і пропонується в таких випадках застосовувати термін "не виразкова диспепсія" [22]. Хоча діагноз "не виразкової диспепсії" з 1995 р. внесено до МКХ-10, проте він відсутній в статистичній звітності МОЗ [23]. Деякі морфологи та клініцисти вважають, що первинними є структурні зміни слизової оболонки шлунка, які дають підставу для встановлення діагнозу "хронічний гастрит", а не "функціональна диспепсія" [14].

Як нам видається, недоцільно в дитячій гастроентерології для підтвердження гастриту брати аж 5 біоптатів СО шлунка, як пропонує Л. І. Аруїн [21]. Для дорослих пацієнтів морфологічне дослідження має більш практичне значення в плані діагностики передракових станів чи окремих видів гастритів.

У дітей всіх вікових груп запальні зміни у фундальному відділі шлунка зустрічаються рідше й ступінь вираження патологічного процесу в ньому значно менший, ніж в антральному. Порівняльна оцінка морфології СО в різні вікові періоди показала наростання частоти більш глибоких патологічних змін від дитячого до підліткового віку. В підлітків утричі частіше спостерігається атрофічний гастрит, з'являються дисплазії та метаблазії, які не спостерігаються у дітей шкільного віку. При дуоденальній виразці, порівняно з хронічним гастродуоденітом, у підлітків виявлена тенденція до посилення апоптозу в епітелії шлунка та дванадцятипалої кишки [22].

У літературі зустрічаємо опис вікових відмінностей запальних процесів СО шлунка та ДПК. Зокрема, у хворих на виразкову хворобу ДПК у молодому віці (17-29 років), на відміну від пацієнтів старших вікових груп, спостерігається більш виражена активність антрального гастриту та дуоденіту, гастрит тіла є неактивним або має мінімальну активність, а активність антрального гастриту більш виражена порівняно з дуоденітом, активність антрального гастриту корелює зі ступенем обсіювання Нр [23].

Під час комплексного морфологічного дослідження СО шлунка при хронічному запаленні проявляється значний поліморфізм змін, які є відображенням тканинних, клітинних та внутрішньоклітинних реакцій даного органа. Основними з них є дегенеративно-дистрофічні зміни покривних та залозистих епітеліальних клітин з порушенням їх секреторної функції та розвитком склерозу строми [24].

Отже, на сьогодні немає єдиної думки щодо ефективності морфологічного методу діагностики в дитячій гастроентерології. Серед вітчизняних лікарів-ендоскопістів немає загальної уніфікованої системи опису ендоскопічних даних, що певною мірою призводить до плутанини в діагнозах. На даний час з'явився новий діагноз – "диспепсія", який повинен підтверджуватись морфологічно, що в практичній медицині не робиться. На сьогодні є різні дані про величину розбіжностей між ендоскопічними та морфологічними висновками. В зв'язку з цим доцільним є вивчення взаємозв'язку між ендоскопічними та клінічними даними у хворих дітей з патологією гастродуоденальної зони та порівняння цих змін між інфікованими та неінфікованими Нр дітьми.

Основною причиною хронічних запальних захворювань верхніх відділів травного тракту в 93,7 % випадків є мікроорганізм Нр [25]. Отримано докази, які вказують на зв'язок Нр з патологією ШКТ, а саме з хронічним гастритом, виразковою хворобою, мальтомою та раком шлунка. На сьогодні обговорюється роль Нр в розвитку захворювань печінки, анемії, хвороби Крона, ідіопатичної хронічної кропивниці, захворювань судин, аутоімунних хвороб, діабету, хвороби Паркінсона, хоча висновки цих досліджень не є однозначними.

Helicobacter pylori викликає одну із найпоширеніших інфекцій у світі, яка вражає понад 50 % жителів планети [26]. В країнах, що розвиваються, цей показник досягає 90 % населення. У більшості випадків в людському організмі цей мікроорганізм живе і розвивається протягом всього життя. Вважають, що зараження цією бактерією відбувається переважно у молодому віці, ймовірно в дитинстві при тісному спілкуванні з батьками (найбільш ймовірно з матір'ю) або іншими дітьми. Фактично, ризикованим періодом для набуття цієї довготривалої інфекції у всіх державах є дитячий вік і низький соціально-економічний статус країни.

Виходячи з того, що більшість вчених вважає Нр причиною хронічних гастродуоденітів, ерозій,

виразок шлунка і ДПК, доцільно розглянути вплив цього мікроорганізму на СО. Крім того, діти є ідеальним об'єктом для вивчення взаємодії між Нр і слизовою оболонкою верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, тому що в педіатричній практиці рідше зустрічаються вторинні гастродуоденіти, які спричинили приймання ліків, куріння, вживання алкоголю [27].

Аналізуючи літературу можна зустріти й інші точки зору щодо проблеми гелікобактеріозу. Концепцію про провідну роль Нр в розвитку уражень СО шлунка та ДПК Блинков І. Л. (1997) вважає одним із стійких медичних міфів, підкреслюючи сапрофітну роль цього мікроорганізму [28]. В своїй статті Л. І. Аруїн з співавтор. (1998) шукають відповіді на питання: чому з віком частота гастриту збільшується, а дуоденальної виразки знижується, чому виразка шлунка на тлі значного обсіювання Нр виникає рідше, ніж виразка ДПК, на епітелії якої Нр взагалі не поселяється [29]. Х. Х. Мансуров (2005) вважає, що Нр не потрібно розглядати як безумовний етіологічний фактор в більшості випадків хронічних гастритів, а тим більше як причину розвитку виразкової хвороби.

Частина вчених вважає, що Нр є умовно-патогенним мікроорганізмом. Тобто, результат взаємодії макроорганізму і збудника багато в чому залежить не тільки від вірулентних властивостей збудника, але і від імунної реактивності макроорганізму.

Основними механізмами, якими Нр індукує запальний процес і пошкодження, є вивільнення токсинів, які стимулюють притягування запальних клітин і пошкодження ними епітелію СО, а також безпосередня дія Нр на епітеліоцити і експресія факторів хемотаксису та імунна відповідь організму.

Встановлено, що інвазія Нр ініціює каскад запальних та імунних реакцій [11] і супроводжується комплексом патоморфологічних змін СО шлунка. Хоча відомі випадки Нр-інфекції на тлі морфологічно не зміненої СО шлунка, в тому числі і в підлітків з диспепсією. Деякі вчені вважають, що це залежить від фази розвитку запального процесу: початкова, максимальні прояви хвороби, зворотний розвиток.

Залежно від вірулентності мікроба (Нр) і генетичних особливостей макроорганізму наслідки Нр-інфекції можуть бути різними [28]. На фоні носійства може розвинути гострий гастрит, який діагностується за нейтрофільною інфільтрацією

без лімфоцитів і плазмочитів в гастробіоптаті. При тривалій персистенції даного мікроба формується хронічний гелікобактерний активний гастрит, який характеризується інфільтрацією власної пластинки та епітелію СО шлунка нейтрофілами (основний показник активності, який корелює зі ступенем обсіювання і "адгезії" Нр), плазматичними клітинами, Т- і В-лімфоцитами [29]. Крім інфільтрації, нейтрофіли можуть заповнювати просвіт залоз, утворюючи таким чином ямкові абсцеси. При прогресуванні хронічного Нр-асоційованого гастриту у 6 % інфікованих можливий розвиток виразкової хвороби.

До непрямих ознак Нр-інфекції в гістологічних препаратах відносяться такі, як інфільтрація СО шлунка нейтрофілами при гострому та підгострому запаленні, гіперплазія мукозоасоційованої лімфоїдної тканини, масивний дифузний лімфоплазмочитарний інфільтрат, нормо- та гіперпластичні реакції залозового та покривного епітелію, порушення мікроциркуляції. Наявний прямий зв'язок між кількістю бактерій та нейтрофільною і лімфочитарною інфільтрацією епітелію та власної пластинки слизової оболонки шлунка. При гострому запаленні можуть формуватися "крипт-абсцеси". Нейтрофільна інфільтрація СО та пошкодження епітелію лізосомальними протеазами відображають рівень активності гастриту і є основою поділу його на 3 стадії залежно від вираженості запального процесу. Хронізація запалення супроводжується збільшенням лімфоплазмочітинної інфільтрації власної пластинки, кількості і активності лімфоїдних нодулів, що свідчить про активацію місцевої імунної системи [31].

У дітей, інфікованих Нр, спостерігалась бідна моноядерна і нейтрофільна інфільтрація СО шлунка. Інфікування цим мікроорганізмом асоціюється з посиленою інтерлейкін-8 відповіддю шлунковими епітеліальними клітинами. Густина колонізації бактерій корелює з інфільтрацією нейтрофілами [31].

Проте можливий і інший шлях розвитку хронічного активного гелікобактерного гастриту. Його вдається прослідкувати в третій частині хворих на рак шлунка: в стадії трансформації ("каскад" Correa) СО шлунка з атрофічного антрального гастриту до атрофічного пангастриту із зниженням кислотопродукуючої функції та з подальшою появою кишкової метаплазії і ділянок дисплазії, яка може трансформуватися в злоякісну пухлину. В зв'язку з цим Міжнародне агентство

із вивчення раку в 1994 році визнало інфекцію Нр як канцероген першого порядку, який має безумовний зв'язок з виникненням раку шлунка [31]. Ризик виникнення цієї патології становить 20-70 % і залежить від вірулентності штаму Нр, генетичної схильності та інтенсивності імунної відповіді пацієнта [32].

При заселенні СО антрального відділу шлунка ця бактерія впливає на ендокринні клітини, які секретують мелатонін, нейротензин і соматостатин. Таким чином, створюється багаторічний дисгормоноз [33]. При цьому спостерігається гіоплазія соматостатинпродукуючих Д-клітин. Соматостатин має універсальні інгібуючі властивості. Він гальмує синтез і вивільнення практично всіх пептидних гормонів, включаючи нейротензин. Тобто, він знижує цитопротективні властивості і регенеративні функції СО шлунка, зумовлені гіоплазією соматостатинпродукуючих клітин, а це створює умови для розвитку і прогресування запального процесу в жовчному міхурі [25].

Згідно з поглядами інших авторів бактерії Нр викликають доволі незначні ушкодження епітелію і не порушують цілісності СО. Вони спричинюють часткове зникнення мікрворсинок в місцях контакту із СО та призводять до зменшення кількості і об'єму секреторних гранул з відповідним зменшенням секреції слизу. Продукти життєдіяльності Нр індукують продукцію та виділення медіаторів запалення, які збільшують проникливість судин і сприяють надходженню до зони запалення нейтрофілів, лімфоцитів, макрофагів [34].

Для дітей характерна висока частота асоційованих з гелікобактеріями гастритів, при цьому найбільш тяжкі структурні зміни локалізуються в антральній ділянці шлунка [35].

Присутність Нр зумовлює глибші запальні процеси СО шлунка у дітей, ніж при гастритах без цієї бактерії. В біоптатах з антрального відділу шлунка спостерігається підвищена інфільтрація лімфоцитами, нейтрофілами, а також поліморфноклітинна і круглоклітинна інфільтрація. В деяких випадках формуються лімфоїдні фолікули з гермінативними центрами, що є характерним для гелікобактеріозу [40]. Лімфоїдні фолікули відрізняються від скупчень лімфоцитів. Вони рідко присутні в нормальній шлунковій слизовій, проте їх часто знаходять при гастритах, і вони пов'язані із Нр інфекцією. Скупчення лімфоцитів, як правило, не пов'язані із Нр і можуть бути компонентом нормальної шлункової тканини.

Збільшення кількості лімфоцитів в слизовій шлунка відбувається на ранніх стадіях запального процесу. Більш пізні, класичні фолікулярні структури з'являються в слизовій шлунка із зародковими центрами, що містять здебільшого CD21+ і CD3+, CD4+ лімфоцити в кортикальних ділянках [41]. Це свідчить про те, що в хворих на хронічний гастрит хронічна Нр інфекція може сприяти розвитку і персистенції лімфоїдних фолікулів, в яких продовжується активація Т-хелперів, а це може призвести до безконтрольного утворення фолікулярних В-клітин. В-лімфоцити групуються у власній пластинці СО навколо ділянок розмноження Нр і вогнищ кишкової метаплазії. Незрілі В-лімфоцити утворюють центри розмноження (вогнища лімфофолікулярної гіперплазії слизової), які описуються при ФЕГДС як нодулярні елементи.

Хронічний Нр-асоційований гастрит у дітей при ендоскопічному дослідженні проявляється пангастритом у всіх випадках і дуоденітом – у 98,2 % пацієнтів. Морфологічна картина відповідає дифузному активному гастриту у 86,0 % дітей [36].

Повну нормалізацію патоморфологічних змін СО шлунка та ДПК у дітей після виразкової хвороби вдається досягти тільки у 18,5 %. У 25–30 % хворих, незважаючи на проведену комплексну терапію, з'являються рецидиви захворювань [36]. Інфільтрація лімфоцитами і плазматичними клітинами власної пластинки СО через 1 місяць при хронічному гастриті знижується приблизно на 40 %, а потім продовжує повільно зменшуватись, не досягаючи норми навіть через 12 місяців [39]. Таким чином, при ерадикації Нр виліковується хронічний неатрофічний гастрит. Чітка регресія атрофії та кишкової метаплазії проявляється через 3 роки після ерадикації Нр. Нр стимулює проліферацію епітеліоцитів, а його ерадикація призводить до зменшення проліферації. За даними ряду авторів, у 26,5 % дітей, незважаючи на успішну ерадикацію, спостерігалась персистенція запального інфільтрату, що призводило до

порушення в системі клітинного відновлення епітелію шлунка та прогресування гастриту.

Т. Д. Задорожна (2005) у 27,46 % дітей в біопсійному матеріалі при хронічному гастриті, асоційованому з Нр, виявляла лімфоїдні фолікули (в більшості випадків із світлим гермінативним центром), мікроерозії у 19,7 %, повну кишкову метаплазію (ентеролізацію) – у 16,9 % інфікованих пацієнтів, фовеолярну гіперплазію поверхнево-ямкового епітелію – у 34,5 % Нр-позитивних дітей [28]. Важливим фактором було виявлення у 14,1 % дітей, інфікованих Нр, ознак дисплазії епітелію слизової оболонки шлунка.

При інфікуванні цієї бактерією секреторна функція мукоцитів в одних випадках проявляється інтенсивно, а в інших – продукція мукоїду епітелієм знижена. При цьому активна секреція епітелію шлунка часто супроводжується високим ступенем колонізації СО Нр [40]. У дітей із захворюваннями верхніх відділів травної системи, не асоційованими з Нр, частіше відмічалось збільшення секреторного вмісту в стравоході, в групі Нр-позитивних – збільшення кількості слизу відмічалось в шлунку [41].

Незалежно від ступеня колонізації бактеріями атрофія шлункових залоз частіше зустрічається при хронічному гастриті, ніж при хронічній виразці шлунка або ДПК. При колонізації СО Нр епітелій шлунка зазнає стереотипних патологічних змін, основними з яких є дифузна дистрофія, порушення клітинної диференціації, часткова атрофія залозистих компонентів. Цитопатичний вплив Нр компенсується переважно за рахунок проліферативної реакції епітелію, який підтримує загальну кількість клітинної популяції [42].

Висновок. Таким чином, аналіз літературних джерел вказує на те, що присутність *Helicobacter pylori* в слизовій впливає на її морфологічну структуру. Проте відсутні дані про особливості змін морфометричної будови слизової оболонки при хронічній гастродуоденальній патології у дітей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пиманов И. С. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь / И. С. Пиманов. – Н. Новгород, 2000. – 377 с.
2. Ивашкин В. Т. Болезни пищевода и желудка / В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 144 с.
3. Dwivedi M. Nodular gastritis in adults: clinical features, endoscopic appearance, histopathological features, and

response to therapy / M. Dwivedi, S. P. Misra, V. Misra // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2008. – Vol. 23, № 6. – P. 943–947.

4. Sykora J. Symptomatology and specific characteristics of chronic gastritis caused by *Helicobacter pylori* infection in children in the Czech population: epidemiologic, clinical, endoscopic and histomorphologic

study / J. Sykora, J. Varvarovska, J. Kuntscherova // *Cas. Lek. Cesk.* – 2002. – Vol. 141, № 19. – P. 615–621.

5. Анфиногенова О. Б. Дифференциально-диагностические критерии хронического гастродуоденита у детей, ассоциированного с *Helicobacter pylori* / О. Б. Анфиногенова, Б. И. Давыдов, И. Г. Трошкова // *Российский педиатрический журнал.* – 2006. – № 1. – С. 46–47.

6. Participation of capsaicin-sensitive afferent nerves in the gastric mucosa of patients with *Helicobacter pylori*-positive or-negative chronic gastritis / A. Domotor, L. Kereskay, G. Szekeres [et al.] // *Dig. Dis. Sci.* – 2007. – Vol. 52, № 2. – P. 411–417.

7. Дельво М. Эндоскопия пищеварительной системы. Минимальная стандартная терминология / М. Дельво, Л. Корман, Е. Д. Федоров – М. : Бизнес-школа Интел-Синтез, 2001. – 80 с.

8. Лях О. М. Минимальная стандартная терминология в эндоскопии верхнего отдела пищеварительного тракта / О. М. Лях // *Здравоохранение.* – 2001. – № 3. – С. 42–46.

9. Spencer H. L. Variations in the reporting of endoscopies by different endoscopists / H. L. Spencer, A. J. Lobo, S. A. Riley // *Clin. Med.* – 2007. – Vol. 7, № 1. – P. 23–27.

10. Кильдиярова Р. Р. Клиническое значение обменных нарушений соединительной ткани при эрозиях желудка и двенадцатиперстной кишки у детей / Р. Р. Кильдиярова // *Российский педиатрический журнал.* – 2007. – № 6. – С. 10–15.

11. Дмитрієва С. М. Функціональні моторні взаємозв'язки органів травлення при гастродуоденальних захворюваннях у дітей та підлітків : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.10 "Педіатрія" / С. М. Дмитрієва. – К., 2000. – 33 с.

12. Патоморфоз хронического гастродуоденита у детей в индустриальном городе / Г. В. Римарчук, Н. И. Урсова, Л. А. Щеплягина, Е. И. Краснова // *Российский педиатрический журнал.* – 2003. – № 1. – С. 56–57.

13. The clinical value of taking routine biopsies from the incisura angularis during gastroscopy / N. K. Eriksson, M. A. Farkkila, M. E. Voutilainen [et al.] // *Endoscopy.* – 2005. – Vol. 37, № 6. – P. 532–536.

14. Endoscopic characteristics and *Helicobacter pylori* infection in NSAID-associated gastric ulcer / T. Kamada, J. Hata, H. Kusunoki [et al.] // *J Gastroenterol Hepatol.* – 2006. – Vol. 21, № 1. – P. 98–102.

15. Диагностика хронического гастрита у детей : какой метод ближе к "золотому стандарту" / Д. В. Печкуров, П. Л. Щербаков, Т. И. Каганова [и др.] // *Педиатрия.* – 2004. – № 6. – С. 4–8.

16. Kaur G. A study of the concordance between endoscopic gastritis and histological gastritis in an area with a low background prevalence of *Helicobacter pylori* infection / G. Kaur, S. M. Raj // *Singapore Med. J.* – 2002. – Vol. 43, № 2. – P. 090–092.

17. Chronic gastritis in children / S. Boukthir, F. Aouididi, S. Mazighi Mrad [et al.] // *Tunis Med.* – 2007. – Vol. 85, № 9. – P. 756–760.

18. Діагностика та лікування гелікобактерасоційованої гастродуоденальної патології : методичні рекомендації / В. Ф. Саєнко, І. В. Гомоляко, О. М. Бурій [та ін.]. – Київ, 2002. – 28 с.

19. Щербаков П. Л. Актуальные проблемы пилорического геликобактериоза на современном этапе / П. Л. Щербаков, В. А. Филин, А. В. Мазурин // *Педиатрия.* – 1997. – № 1. – С. 7–12.

20. Дуоденит : возрастная гетерогенность и прогноз (лекция) / В. Л. Пайков, М. П. Королев, В. А. Александрова [и др.] // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* – 1994. – Т. 39, № 5. – С. 25–27.

21. Аруин Л. И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л. И. Аруин, Л. Л. Капуллер, В. А. Исаков. – М. : Триада-Х, 1998. – 483 с.

22. Белоусов Ю. В. От функциональной диспепсии к пептической язве / Ю. В. Белоусов // *Современная педиатрия.* – 2006. – № 1. – С. 79–80.

23. Ситникова Е. П. К вопросу о функциональных нарушениях желудка у детей / Е. П. Ситникова // *Российский педиатрический журнал.* – 2005. – № 5. – С. 7–11.

24. Пахарес-Гарсия Х. Геликобактерный гастрит с диспепсией или без диспепсии : морфологическая или клиническая единица / Х. Пахарес-Гарсия // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* – 2002. – № 6. – С. 76–81.

25. Аруин Л. И. Новая международная классификация гастрита (модификация Сиднейской системы) / Л. И. Аруин // *Архив патологии.* – 1997. – № 3. – С. 3–7.

26. Страшок Л. А. Иммуногистохимические параллели при гастродуоденальной патологии у подростков / Л. А. Страшок, И. В. Сорокина, Г. Б. Павлова // *Сучасна гастроентерологія.* – 2006. – № 2. – С. 7–10.

27. Особливості морфологічних змін слизової оболонки шлунка при хронічному гастриті з ерозіями / А. С. Свінцицький, Н. А. Колесова, Г. А. Соловйова [та ін.] // *Сучасна гастроентерологія.* – 2007. – № 4. – С. 8–13.

28. Клініко-морфологічна характеристика хронічних захворювань верхнього відділу травного каналу на етапах реабілітації у дітей / Т. Д. Задорожна, О. Г. Шадрін,

Л. В. Ігнатко [та ін.] // Український медичний часопис. — 2007. — № 3. — С. 107–111.

29. Хронический гастрит / [Л. И. Аруин, П. Я. Григорьев, В. А. Исаков, Э. П. Яковенко]. — Амстердам, 1993. — 362 с.

30. Цветкова Л. Н. Эрадикационная терапия инфекции *Helicobacter pylori* у детей / Л. Н. Цветкова // Лечащий врач. — 2001. — № 10. — С. 32–34.

31. Bamford J. T. *Helicobacter pylori* infection in skin diseases / J. T. Bamford // Am. J. Clin. Dermatol. — 2002. — Vol. 3, № 8. — P. 579

32. Ситникова Е. П. К вопросу о функциональных нарушениях желудка у детей / Е. П. Ситникова // Российский педиатрический журнал. — 2005. — № 5. — С. 7–11.

33. Пахарес-Гарсия Х. Геликобактерный гастрит с диспепсией или без диспепсии : морфологическая или клиническая единица / Х. Пахарес-Гарсия // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2002. — № 6. — С. 76–81.

34. Страшок Л. А. Иммуногистохимические параллели при гастродуоденальной патологии у подростков / Л. А. Страшок, И. В. Сорокина, Г. Б. Павлова // Сучасна гастроентерологія. — 2006. — № 2. — С. 7–10.

35. Особливості морфологічних змін слизової оболонки шлунка при хронічному гастриті з ерозіями / А. С. Свінціцький, Н. А. Колесова, Г. А. Соловйова [та ін.] // Сучасна гастроентерологія. — 2007. — № 4. — С. 8–13.

36. Клініко-морфологічна характеристика хронічних захворювань верхнього відділу травного каналу на етапах реабілітації у дітей / Т. Д. Задорожна, О. Г. Шадрін, Л. В. Ігнатко [та ін.] // Український медичний часопис. — 2007. — № 3. — С. 107–111.

37. Хронический гастрит / [Л. И. Аруин, П. Я. Григорьев, В. А. Исаков, Э. П. Яковенко]. — Амстердам, 1993. — 362 с.

38. Цветкова Л. Н. Эрадикационная терапия инфекции *Helicobacter pylori* у детей / Л. Н. Цветкова // Лечащий врач. — 2001. — № 10. — С. 32–34.

39. Bamford J. T. *Helicobacter pylori* infection in skin diseases / J. T. Bamford // Am. J. Clin. Dermatol. — 2002. — Vol. 3, № 8. — P. 579.

40. Richy F. *Helicobacter pylori* infection as a cause of extra-digestive diseases : myth or reality / F. Richy, F. Megraud // Gastroenterol. Clin. Biol. — 2003. — Vol. 27, № 3. — P. 459–466.

41. Tan H. J. Changing epidemiology of *Helicobacter pylori* in Asia / H. J. Tan, K. L. Goh // J. Dig. Dis. — 2008. — Vol. 9, № 4. — P. 186–189.

42. Bruce M. G. Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection / M. G. Bruce, H. I. Maaroos // *Helicobacter*. — 2008. — № 13. — P. 1–6.

43. Smith V. C. Role of *Helicobacter pylori* gastritis in gastric atrophy, intestinal metaplasia, and gastric neoplasia / V. C. Smith, R. M. Genta // Microsc. Res. Tech. — 2000. — Vol. 48, № 6. — P. 313–320.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

О. В. Бугрименко

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

У статті висвітлено головні завдання реабілітації: відновлення функції органів або систем (повністю або частково); пристосування хворого до повсякденного життя і праці; залучення його до трудового процесу; здійснення диспансерного нагляду за реабілітованими.

BASIC PRINCIPLES OF REHABILITATION OF CHILDREN WITH GASTRO- INTESTINAL TRACT DISEASES

O. V. Buhrymenko

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

The article highlights the aim and the main tasks of rehabilitation: to restore organ or system (fully or partially) functions; to adapt the patient to everyday life and activity; to attract him to the labour process; to provide dispensary supervision after the rehabilitated patients.

Вступ. Основна мета реабілітації – адаптувати дитину до навколишнього середовища. У педіатрії мета реабілітації не зводиться тільки до повернення дитини до такого стану, який у неї був перед захворюванням та до дитячого колективу. Потрібно розвинути в дитини фізичні та психічні здібності відповідно до віку.

Лікування і реабілітація при захворюваннях шлунково-кишкового тракту має комплексний характер: рухові режими, медикаменти, дієтотерапія, фізіотерапія, ЛФК і масаж.

Лікувальну фізкультуру призначають з урахуванням моторно-секреторної функції травного каналу. Фізичні вправи впливають на рухові функції шлунка залежно від їх вихідного рівня за рівня високого – знижують їх, за низького – підвищують. Найбільший вплив мають вправи для м'язів черевного преса, оскільки вони масажують органи черевної порожнини. Вправи на розслаблення значно сприяють зниженню тонуусу шлунка.

Черевне дихання позитивно впливає на секреторну, всмоктувальну і видільну функції шлунка, кишківника, а також функцію печінки, жовчного міхура, що нормалізують виділення жовчі. Цей вплив пов'язаний з утворенням під час м'язової роботи гістаміно-подібних речовин — потужних стимуляторів секреції травних ферментів. Інтенсивні фізичні вправи знижують секрецію травних залоз, зменшують виділення хлористоводневої кислоти і жовчі, сповільнюють процес травлення внаслідок недостатнього кровопостачання органів черевної порожнини та гальмівного впливу великого фізичного навантаження на блукаючий нерв, активність якого через 1,5—2 год після їжі послаблюється. Тому фізичними вправами слід займатися не раніше, ніж через 1,5—2 год після їди.

Основна частина. Лікувальну гімнастику при гастритах з нормальною і підвищеною секреторною функцією проводять після вживання мінеральної води, але до вживання їжі. До реабілітаційної програми включають відповідний до стану пацієнта руховий режим, дієту, ліки. Із фізіотера-

певтичних методів застосовують електрофорез новокаїну, цинку на тлі озокеритових, грязьових аплікацій чи хвойно-морських ванн, мікрохвильову терапію. Проводячи лікувальну фізкультуру, в першій половині курсу лікування (з 1-ї по 15-ту добу) застосовують полегшені гімнастичні вправи в поєднанні зі статичними і динамічними дихальними вправами, ігри. Навантаження на м'язи передньої черевної стінки має бути мінімальним. Вихідне положення залежить від стану пацієнта. У другій половині курсу лікування навантаження можна збільшити і ускладнити, додаючи вправи на координацію, різні види циклічних навантажень.

Заняття ЛФК поєднують з електрофорезом спазмолітиків та знеболювальних засобів, водними та тепловими процедурами (озокерит, солюкс на ділянку епігастрію), фракційне опромінення УФО епігастрію через локалізатор. Виконують гімнастичні вправи для м'язів передньої черевної стінки, діафрагми та м'язів промежини з вихідного положення сидячи, стоячи, лежачи; роблять вправи з предметами, знаряддями, ускладнюють види ходьби. Тривалість процедури 30—40 хв.

Лікувальний масаж виконують хворим з усіма видами гастритів на сегментарно-рефлекторних зонах — на нижньогрудному і середньогрудному відділах хребта.

При гастриті зі зниженою секреторною функцією і ахілії ЛФК, що має стимулювати секреторну і моторну функції шлунка, проводиться до вживання мінеральної води. Завдання ЛФК: за допомогою помірних фізичних навантажень стимулювати секреторну і моторну функції шлунка. Застосовують гімнастичні вправи для м'язів передньої черевної стінки, діафрагми та м'язів промежини. Вихідні положення — лежачи на спині, сидячи, стоячи. Широко користуються знаряддями, предметами, ускладнюють види ходьби. Тривалість заняття становить 30—40 хв.

На санаторному етапі реабілітації засоби ЛФК значно урізноманітнюються, збільшуються навантаження та їх інтенсивність. Крім ЛГ, застосовують циклічні навантаження, рухливі ігри. За всіх видів гастритів позитивну дію справляє масаж нижньо- та середньогрудних відділів хребта.

Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки — хронічне захворювання з періодами загострення та ремісії. Основним клінічним симптомом його є біль, пов'язаний з ритмом вживання їжі,

досить часто спостерігаються печія, відрижка, блювання. Завдання фізичної реабілітації: нормалізувати нервово-гуморальну регуляцію процесу травлення; відновити секреторну, моторну, всмоктувальну функції шлунка і дванадцятипалої кишки.

До реабілітаційної програми включають руховий режим, дієту, ліки, засоби фізичної реабілітації (ЛФК, фізпроцедури, масаж). ЛФК не призначають у період різкого загострення. Заняття розпочинають на 5—10-ту добу після госпіталізації, коли пацієнт перебуває на ліжковому і палатному режимах. Вихідне положення — лежачи, сидячи. Призначають найпростіші гімнастичні вправи для кінцівок, статичні й динамічні дихальні вправи з акцентом на нижньогрудне і діафрагмальне дихання для профілактики застою в органах черевної порожнини і малого таза. Тривалість занять становить 30—40 хв.

У другій половині курсу ЛФК додатково вводять складні гімнастичні вправи на координацію, різні види циклічних навантажень (дозована ходьба в темпі 100 кроків за 1 хв, плавання та ін.). Заняття розпочинають через 1—1,5 год після сніданку; триває воно 30—40 хв, потім — автотренінг, електросон. Широко застосовується масаж нижньогрудного відділу хребта, передньої черевної стінки. ЛФК і масаж проводять у поєднанні з фізпроцедурами (озокерит, ванни хвойно-морські, душі, електрофорез ліків, мікрохвилі). Проводячи ЛФК, слід пам'ятати, що фізичні вправи впливають на моторно-секреторну функцію травного каналу: високу моторну функцію пригнічують, а низьку стимулюють. Цей вплив найбільше виражений при виконанні вправ для черевного преса, оскільки вони "масажують" органи черевної порожнини та діафрагму.

Висновок. Реабілітація посідає важливе місце в діяльності медичних працівників стаціонарної та амбулаторної служби лікувально-профілактичних установ. Правильно організовані відновне лікування та медична реабілітація дають змогу вилікувати більшість дітей і значно знизити кількість випадків інвалідності. Реалізація цього важливого завдання можлива лише у разі поєднання відновного лікування із соціальною, побутовою, професійною реабілітацією, які спрямовані на відновлення здоров'я, працездатності дітей та дорослих, повернення їх до повноцінного життя в суспільстві.

ЛІТЕРАТУРА

1. Порада А. М. Основи фізичної реабілітації / А. М. Порада, О. В. Солодовник, Н. Є. Прокопчук. – К. : Медицина, 2006.
2. Вигоднер Е. Б. Физические факторы в гастро-ентерологии / Е. Б. Вигоднер. – М. : Медицина, 2008.
3. Панасюк Є. М. Фізіотерапія / Є. М. Панасюк. – К.: Здоров'я, 1995.
4. Мурза В. М. /Фізичні вправи / В. М. Мурза. – К. : Здоров'я, 2010.
5. Мухін В. М. /Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2000.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

О. Г. Свистун

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

Проведено аналіз літературних даних, які стосуються застосування сучасних хірургічних технологій у лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок.

MODERN METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF VARICOSE ILLNESS OF LOWER EXTREMITIE

O. H. Svystun

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

The analysis of literary data which touch application of modern surgical technologies in treatment of varicose illness of lower extremities is conducted.

Вступ. Активний процес пошуків нових способів хірургічного лікування варикозної хвороби (ВХ) триває уже понад століття. Способи оперативних втручань пропонувалися надзвичайно різні, при цьому результати та їх ефективність і вражала, і з часом розчаровувала. Це було пов'язано із відсутністю стандартизованих підходів до лікування, механістичним, рутинним принципом вибору хірургічного втручання, а здебільшого пацієнти ставали «заручниками» захоплення хірургів тією чи іншою теорією етіопатогенезу хронічної венозної недостатності (ХВН) та ВХ зокрема, і на яких власне базувались тактичні лікувальні підходи [2].

При обговоренні питань щодо лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок (ВХНК) слід відмітити, що на сьогодні її хірургічне лікування залишається безальтернативним [6]. Традиційні оперативні втручання (операція Бебкокка, Нара-та, Кокетта, Клінтона, Фельдера та інші) є домінуючими у загально хірургічних відділеннях і, незважаючи на свою радикальність, супроводжуються частими ускладненнями та грубими кос-

метичними дефектами [1,4]. Саме косметичні дефекти та високий відсоток післяопераційних рецидивів варикозної хвороби (від 5-80 % за даними різних авторів) стає причиною відмови хворих від оперативного лікування [5,7,8]. Тому великі за об'ємом флебектомії серед ангіохірургів вже рахуються не доцільними, а у ряді випадків навіть помилковими [3].

Основна частина. Широке застосування новітньої ультразвукової діагностичної технології дозволило чітко виявляти особливості патофізіологічних порушень у глибокій та поверхневій венозних системах і за допомогою сучасних, малоінвазивних методів оперативного втручання усувати основні патологічні ланки ВХНК. Поєднання високоінформативної ультразвукової діагностики із малоінвазивними операціями створили умови для прицільної корекції порушення венозного кровотоку, і таким чином визначився пріоритетний напрямок у хірургічному лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок. Це високотехнологічні, малоінвазивні оперативні втручання, здатні задовільними основні вимоги, що ставляться перед сучасною оперативною флебологією – покращення функціональних та косметичних результатів.

У цьому плані компресійна склеротерапія є ефективним і технологічним методом лікування ВХНК, що не вимагає госпіталізації хворого, має малу травматичність і високий косметичний результат. Перший термін підкреслює обов'язкову та важливу складову цього методу – еластичну компресію, а другий – показує характер лікувального процесу. Склеротерапія полягає у введенні спеціального розчину – багатоатомного спирту полідоканолу ("Етоксисклерол" або "Склеровейн"- Швейцарія) або тетрадецил сульфату натрію ("Сотрадекол" – США; "Тробо-джект" – Канада; "Тромбовар" – Франція; "Фибро-Вейн" – Англія) – у просвіт судини. Після введення склерозанта необхідно створити компресію на судини, що склерозується, за допомогою еластичних бинтів або спеціального компресійного трикотажу.

Як самостійний метод флебосклерозуюче лікування можна застосовувати лише за відсутності патологічного рефлюксу венозної крові (тобто при відсутності вертикального та горизонтального рефлюксу), зокрема у випадках телеангіектазій, ретикулярного варикозу, локального розширення колатеральних підшкірних вен. У всіх інших випадках це лікування є допоміжним.

Револьюційна модернізація склеротерапії – ультразвукова-контролююча пінна склеротерапія, або склеротерапія "Foam-Form", достатньо широко використовується у багатьох країнах світу для лікування ВХНК. Основне призначення фом терапії – склерозування великої та малої підшкірної вени та їх великих притоків. Піна отримується безпосередньо (із 1-3 % склеровейна) перед проведенням операції. Об'єм піни у декілька разів перевищує вихідний об'єм препарату. При введенні препарату у просвіт вени він заповнює весь її об'єм, витискуючи кров, але не змішуючись із нею. Комбінація кросектомії із склеротерапією "Foam-Form" дозволяє отримати гарні лікувальні та косметичні результати і є альтернативою короткого або довгого стрипінгу.

Серед сучасних методів лікування хворих на ВХНК особливе місце займають малоінвазивні апаратні методи, що базуються на високочастотному впливу на стінку венозної судини. Одним із таких методів є ендоваскулярна лазерна коагуляція (ЕВЛК). В основі технології лежить ефект вибіркового поглинання різними компонентами тканин лазерної енергії певної довжини, зокрема, довжиною хвилі 1470, 1500 та 1560 нм. До-

слідження показали, що цей спектр випромінювання переважно поглинається водою, яка міститься у крові і в усіх тканинах вени. Це дає можливість до більш рівномірного, чим на «гемоглобін поглинаючий» довжині (1320-1340 нм) розподіленню лазерної енергії і для ефективної термокоагуляції необхідна менша міцність випромінювання.

У багатьох наукових публікаціях подається аналітичний матеріал щодо результатів застосування ЕВЛК для лікування варикозної хвороби, в якому основний наголос робиться на її ефективності, малотравматичності та косметичному ефекті. Так, результати ЕВЛК можна зіставити із такими операціями, що базуються на повному або частковому видаленні магістральних вен.

Одним із перспективних напрямків інтервенційної радіології є ендовенозна радіочастотна абляція (RFA) варикозно трансформованих вен. Цей високотехнологічний метод лікування є наступним етапом у сучасному лікуванні ВХНК. Суть цієї методики заключається у використанні радіочастотної енергії, що створює тепловий вплив на венозну стінку, у результаті чого вона "зморщується" і патологічний кровотік по ній припиняється. Оточуючі тканини при цьому не пошкоджуються. Операція проводиться під контролем УЗД скануванням у режимі реального часу. Однак застосування цього методу на етапі аналізу його результатів.

Слід відмітити, що с позицій доказової медицини ендоваскулярні оперативні втручання, згідно даних Американського венозного форуму, мають ступінь доказовості I A.

Особливе місце у лікуванні ВХНК та її ускладненої форми (трофічні виразки) займає субфасціальна дисекція перфорантних вен (SEPS - Subfascial Endoscopic Perforant Surgery). Цей вид оперативного втручання є доволі ефективним для ліквідації на гомілці горизонтального патологічного рефлюксу на стадіях С4-С6 ВХНК, при яких є набряк, ліподерматосклероз, атрофія шкіри, а також трофічні виразки із різними періульцерозними змінами. Виконання традиційних оперативних втручань, направлених на над- або підфасціальну перев'язку перфорантних вен (операція Коккета, Лінтона, Фельдера), на тлі змінених тканин, часто приводить до розвитку гнійно-септичних ускладнень, лімфатичних набряків, некрозу шкіри. В той же час, операція SEPS у комплексному застосуванні із іншими

методами оперативного втручання дозволяє провести ліквідацію горизонтального рефлюксу на гомілці на тлі санованої трофічної виразки, а її ефективність та мінімальні ускладнення підтверджені багатьма авторами.

На даний час SEPS залишається пріоритетною операцією для усунення горизонтального рефлюксу венозної крові на гомілці. Однак в науковій літературі з'являються публікації щодо лазерної абляції перфорантних вен, а також їх склерозування без відповідного аналізу результатів виконання цих методик. На нашу думку, багаторічна історія застосування операції SEPS дала можливість науковцям проаналізувати переваги та недоліки цього оперативного втручання і чітко

відпрацювати показання та методику його виконання.

Вдосконалення інструментарію та техніки може зробити цю операцію ще більш ефективною, особливо у пацієнтів із трофічними виразками.

Висновок. Згідно з даними літератури сучасні малоінвазивні хірургічні втручання з приводу ВХНК більш ефективні та більш косметично привабливі, ніж традиційні хірургічні методи. Однак результати оперативних втручань, здійснених за їх допомогою, вимагають глибокого, системного аналізу. Це дасть можливість за рахунок зменшення кількості післяопераційних ускладнень, рецидиву варикозної хвороби значно покращити їх функціональний та косметичний ефект.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гавриленко А. В. Ошибки в обследовании и лечении больных с варикозной болезнью нижних конечностей и их роль в возникновении рецидива болезни / А. В. Гавриленко, П. Е. Вахратян // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2008. – Т. 14, № 1. – С. 61–64.
2. Исторические вехи хирургии хронической венозной недостаточности / под ред. Ю. Л. Шевченко. – М., 2005. – 22 с.
3. Кириенко А. И. Минимально-инвазивная хирургия варикозной болезни / А. И. Кириенко // Флебологическая. – 1998. – № 9. – С. 13–20.
4. Крылов А. Ю. Современные тенденции и прогнозирование результатов лечения больных с неосложненными формами варикозной болезни нижних конечностей / А. Ю. Крылов, А. М. Шулуто, С. Е. Хмырова // Флебология. – 2008. – № 2. – С. 28–37.
5. Стойко Ю. М. Рецидив варикозной болезни: патофизиология, особенности диагностики, стратегия и тактика современного лечения / Ю. М. Стойко, В. Г. Гудимович // Флебология. – 2007. – № 1. – С. 37–41.
6. Kistner R. L. Surgery in acute and chronic venous disease / R. L. Kistner, M. Sparkuhl // Surgery. – 1979. – Vol. 85, № 1. – P. 31–43.
7. Manfrini S. Endovenous management of saphenous vein reflux / S. Manfrini, V. Gasbarro, G. Danielsson // J. Vasc. Surg. – 2000. – Vol. 32, № 2. – P. 330–342.
8. Perrin M. R. Presentation of the patient with recurrent varices after surgery (REVAS) / M. R. Perrin, N. Labropoulos, L. R. Jr. Leon // Journal of Vascular Surgery. – 2006. – Vol. 43, № 2. – P. 327–334.

ПРОФІЛАКТИКА КАРІЄСУ У ДІТЕЙ

Т. П. Попфалуші

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

Стоматологічна освіта батьків відіграє важливу роль у збереженні стоматологічного здоров'я дітей. Необхідність догляду за тимчасовими зубами повинна бути зрозуміла батькам. Стан тимчасових зубів багато в чому зумовлює стан постійних зубів і всього організму в цілому: травного тракту, обмінних процесів в організмі.

CARIES PREVENTION IN CHILDREN

T. P. Popfalushi

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

The dental education of parents plays an important role in maintaining the dental health of children. The need for temporary care of the teeth should be understandable to parents. The condition of milk teeth in many respects determines the state of permanent teeth, and the whole organism as well: digestive tract, metabolism.

Якщо з дитинства вчити дітей правильності дотримання гігієни порожнини рота, то з віком ці навички увійдуть до звички.

Першими в дітей прорізаються різці на 6–8 місяці життя, до 20–30 місяців в дитини вже сформований тимчасовий прикус. Зуби вимагають повноцінного догляду. У 6 років прорізується перший постійний зуб – моляр. Тому гігієна тимчасових зубів тісно пов'язана з гігієною постійних зубів, а під тимчасовими вже є зачатки постійних зубів.

Які продукти найнебезпечніші з точки зору розвитку карієсу?

Цукор не руйнує зуби, але він є живильним середовищем для бактерій і ускладнює перебіг каріозного процесу. Якщо ви пригощали дитину цукеркою, тістечком – потрібно потім почистити зуби або хоча б прополоскати рот. До речі, кажучи, що багато цукру міститься у газованих напоях, тому їх вживання варто обмежити. Сік – набагато корисніше для малюка.

Що стосується дитячих молочних сумішей, то в них часто вміст цукру становить 30 % і вище, а для відчуття солодкого смаку достатньо 4–5 %.

Не дозволяйте дитині засинати з пляшкою, в якій є молоко, живильні суміші, фруктові соки і т.п. або заспокійливі засоби, розведені з цукром або медом. Використовуйте для цього просту воду, а лікарські препарати, рекомендовані педіатром, давайте в чистому вигляді.

Які продукти допоможуть зміцнити зуби?

Для підтримки зубів у хорошому стані необхідно приділити увагу якості їжі. Багаті на кальцій і фтор продукти харчування сприяють зміцненню твердих тканин зубів. Наприклад, сир, молоко, твердий сир багаті на кальцій. Фторовані продукти: молоко, вода, сіль. Надходження цих речовин в організм має бути унормована, щоб не допустити некаріозних уражень твердих тканин зубів (флюороз і т. д.).

Жувальна гумка

Багато батьків ставлять таке питання: чи можна давати дитині жувальну гумку? Жувальна гумка з медичної точки зору підходить далеко не кож-



ному. Вона рекомендована дітям старше 3-х років, які не мають захворювань травної системи, в якості додаткового засобу профілактики. Важливо пам'ятати, що використовувати її варто тільки після їди, і не просто так для розваги, як рекламують. Потрібно пам'ятати, що всім відомий кислотно-лужний баланс встановлюється зовсім не за рахунок дії компонентів гумки, а в результаті механічного самоочищення порожнини рота при жуванні.

Коли людина жує, виробляється велика кількість слини, яка змиває залишки їжі з зубів. Отже, жувальна гумка корисна лише протягом 5–10 хвилин після їжі. Далі вона перетворюється на «погану звичку», а іноді завдає шкоду. Чому? Діти часто дістають її з рота «подивитися», приклеюють до столу або до тарілки, потім знову беруть до рота або, що ще гірше, – дають один одному пожувати. У результаті величезна кількість мікробів потрапляє в ротову порожнину і, як правило, розвивається стоматит.

Чищення зубів

Зубні щітки

Натуральна щетина	Штучне волокно
Має серединний канал	Канал відсутній
Щетина з заусенцями, поверхня ребриста	Гладка поверхня
Кінець щетини при обробці розширюється	Кінець волоска заокруглений

На даний час існує безлічі моделей зубних щіток. Для тимчасових зубів краще всього використовувати м'які зубні щітки зі штучною щетиною, для цього порівняємо зубні щітки зі штучного волокна і натуральної щетини.

Серединний канал слугує місцем скупчення мікроорганізмів і може сприяти розвитку карієсу.

Важливе значення в конструкції щітки має частота кущепосадки. Оптимальною між кущами вважають відстань 2,2–2,5, паралельна форма кущепосадки – найбільш проста і ефективна. Головна функціональна частина зубної щітки – голівка. Тому необхідно враховувати розмір голівки. Для дітей довжина робочої частини щітки – 18–25 мм, ширина – 7–9 мм.

З часу прорізування першого зуба слід використовувати гумову зубну щіточку, яку батьки надягають на палець і чистять дитині вже наявні в порожнині рота зуби. З 3-х років дитину можна самостійно вчитися чистити зуби м'якою зубною щіткою, але це необхідно робити під контролем, щоб дитина не пошкодила тверді тканини.

Зубна щітка легко забруднюється, тому її потрібно тримати в абсолютній чистоті. Після чищення зубів щітку промити ретельно в проточній воді з миготом. Поставити в склянку щетиною вгору.

Як правильно чистити зуби?

Чищення зубів обох щелеп треба проводити за певною схемою: візуально кожна щелепа ділитися на шість сегментів: по 2 фронтальні (різці, ікла), моляри, праворуч і ліворуч. Чищення зубів можна почати з вестибулярного боку молярів праворуч або ліворуч на верхній щелепі і продовжувати до протилежної сторони, потім очистити жувальну поверхню зубів і завершити чищення на піднебінній поверхні зубів. У тій же послідовності чистять зуби нижньої щелепи. Всі поверхні зубів кожного сегмента щелепи необхідно чистити не менш ніж 10-ма парними рухами щітки. Час чищення зубів має становити не менше 3-4 хвилин.



Розташуйте голівку зубної щітки під кутом 45 ° С до лінії ясна. Робіть короткі кругові рухи, майже не пересуваючи кінці щетинок. При цьому довгі зовнішні щетинки будуть видаляти наліт з-під ясенної лінії і між зубами.



Для чищення внутрішніх поверхонь передніх зубів поверніть зубну щітку, як показано на малюнку, виробляючи аналогічні кругові рухи.



Знову роблячи кругові рухи, видаліть наліт зі всіх зовнішніх поверхонь зубів. При цьому довгі щетинки очищатимуть міжзубні проміжки.



Рухами вперед-назад очистіть жувальні поверхні - верхніх і нижніх молярів (найдальших зубів).



Для видалення нальоту з задніх поверхонь дальніх зубів використовуйте зубну щітку, як показано на малюнку.

Висновок. Щітку необхідно змінювати раз на місяць, оскільки сама щітка зношується, що зменшує очищуючий ефект і призводить до накопичення мікроорганізмів – розсадник інфекцій.

Контролем правильного чищення має бути відсутність видимого нальоту на зубах дитини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кузьміна Е. М. Профілактика стоматологічних захворювань: навчальний посібник / Е. М. Кузьміна. – Видавництво: «Полі Медіа Прес», 2001. – С. 216

2. Терапевтична стоматологія / за ред. А. К. Ніколішина. – Вінниця: Нова книга, 2012. – 679 с.