

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

МЕДСЕСТРИНСТВО

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

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

NURSING

UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

4/2012

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.

Галіаш 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 № 5 від 28.11.2012 р.)

© Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського

© Науково-практичний журнал «Медсестринство»

Редагування

Коректор

Технічний редактор

Комп'ютерне верстання

Оформлення обкладинки

Мельник Л. В.

Пньова Ю. М.

Демчишин С. Т.

Пухальська О. І.

Кушик П. С.

Підп. до друку 29.11.2012. Формат 60 x84/8.

Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. №1

Ум. друк. арк. 4,19. Обл.-вид. арк. 3,58

Тираж 600. Зам. № 17

Видавець і виготівник

Тернопільський державний медичний

університет імені І. Я. Горбачевського

46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

ЗМІСТ

С. О. Ястремська, О. О. Куца
Особливості діяльності волонтерів соціальної служби в українському суспільстві **4**

Л. С. Бабінець, Н. М. Панасюк, А. І. Бабінець
Клініко-патогенетичні аспекти використання аплікації за методом Ляпко при нейроциркуляторній дистонії у медсестринській практиці **9**

Н. М. Волкова, Т. І. Толокова, с. Д.–Г. Т. Терешкевич
Роль викладання персоналістичної моделі біоетики для формування особистості медичного фахівця **13**

Л. П. Мазур, І. В. Голик
Особливості функціонування «Школи діабетика» на базі ендокринологічного відділення КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня» **15**

О. Ю. Бідованець, О. Й. Зарічна, І. Б. Привроцька
Психологічні аспекти формування особистості медичного фахівця **19**

Т. Ю. Рибалка
Медична таємниця **21**

Т. Я. Скарлош, І. В. Павлік
Гострий інфаркт міокарда. Обов'язки медичної сестри при лікуванні інфаркту міокарда **24**

О. С. Федорці, Т. О. Третяк
Моніторинг як складова частина «Програми формування у студентської молоді толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ» **27**

Я. Л. Януш
Участь медичної сестри в програмі реабілітації після ендопротезування кульшового суглоба в хворих похилого та старечого віку **29**

С. І. Пранничук
Порушення ковтання у хворих із мозковим інсультом, особливості догляду та харчування **33**

CONTENTS

S. O. Yastremska, O. O. Kutsa
Peculiarities of volunteers' social services in Ukrainian society **4**

L. S. Babinets, N. M. Panasiuk, A. I. Babinets
Clinicopathogenetical aspects of using the application by Lyapko method at neurocirculatory dystonia in nursing practice **9**

N. M. Volkova, T. I. Tolokova, s. D.–H. T. Tereshkevych
The role of teaching of the personalistic model of bioethics for the medical professional's personality formation **13**

L. P. Mazur, I. V. Holyk
Peculiarities of functioning of the "Diabetic's school" at the Endocrinological Department of ME of TRC "Ternopil University Hospital" **15**

O. Yu. Bidovanets, O. Y. Zarichna, I. B. Pryvrotska
Psychological aspects of the medical professional's personality formation **19**

T. Yu. Rybalka
Medical confidentiality **21**

T. Ya. Skarlosh, I. V. Pavlik
Acute myocardial infarction. Duties of a nurse in case of myocardial infarction treatment **24**

O. S. Fedortsi, T. O. Tretiak
Monitoring as a part of "Program of forming the tolerant attitude of students towards the HIV infected people" **27**

Ya. L. Yanush
Participation of a nurse in the rehabilitation program after endoprosthesis of the hip in patients of an old and senile age **29**

S. I. Prannychuk
Swallowing disorders in patients with ischemic stroke, peculiarities of care and nutrition **33**

ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ВОЛОНТЕРІВ СОЦІАЛЬНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ

С. О. Ястремська, О. О. Куца

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України»
ННІ медсестринства*

Стаття присвячена дослідженню волонтерського руху, зокрема, вивченню особливостей залучення волонтерів соціальними службами для здійснення догляду вдома за людьми похилого віку. Вивчення різних аспектів діяльності волонтерів-доглядальників дозволить розробити ефективні шляхи залучення добровольців до соціальної роботи, примножити гуманістичну складову життя нашого суспільства.

PECULIARITIES OF VOLUNTEERS' SOCIAL SERVICES IN UKRAINIAN SOCIETY

S. O. Yastremska, O. O. Kutsa

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»
Educational-Scientific Institute of Nursing*

This article is about the volunteers' movement and peculiarities of volunteers' involvement by social services for adult care. The exploring of different aspects of volunteer nurses activity will develop the effective ways of involving volunteers in social work, multiply the humanistic component of our society.

Вступ. Волонтерство є досить поширеним явищем в сучасному світі. За даними європейських моніторингових, більш ніж половина дорослого працездатного населення задіяна до волонтерського руху [1], а це означає в ціннісному аспекті, що допомагати іншим, бути соціально активним та займатися суспільно корисною справою є престижним. Подібна соціально активна гуманістична позиція заохочується сучасним раціональним цивілізованим світом. Цього потребує сьогодні і наше суспільство, що спонукає до пошуку заходів заохочення людей до волонтерської діяльності.

Проте недостатня інформованість українського суспільства про значення добровільної праці не сприяє його популярності серед різноманітних категорій населення. Більшість людей не готова до особистої систематичної участі в неоплачуваних роботах, хоча й сприймають добровільну працю як позитивне явище. Сучасні добровольці – в основному люди похилого або, навпаки, молодого віку, як правило, жінки [2].

Виходячи з цього, метою роботи є здійснення аналізу деяких аспектів та особливостей волонтерської роботи як доглядальника вдома в сучасному українському суспільстві з розробкою програми ефективних тренінгових занять добровольців соціальної служби.

Основна частина. Для реалізації мети необхідно, насамперед, з'ясувати, який зміст вкладено в поняття «волонтерство», «волонтер». Поняття «волонтер», англійського походження, дослівно перекладається як доброволець. У розвинутих країнах сучасного світу майже кожна громадська або соціальна організація співпрацює з волонтерами-добровольцями. Йдеться про людей, які присвячують свій вільний час, сили, енергію на подолання соціальних, психологічних та інших проблем представників різних груп населення. Ця діяльність здійснюється на добровільній основі. В правовому аспекті даний вид діяльності спирається на Всесвітню декларацію волонтерства, де зазначено, що всі люди мають право вільно присвячувати час, талант, енергію іншим людям за допомогою індиві-

дуальних і колективних акцій, не очікуючи винагороди [3]. Зазначений правовий документ в ціннісно-орієнтованому сенсі звучить як заклик до дій для свідомих, соціально-зрілих людей [4].

Вивчення складу волонтерських груп при центрах соціальних служб для молоді Українським Інститутом соціальних досліджень у 1998 р. дозволило вченим поділити волонтерів на чотири групи за віковою категорією, основним місцем навчання або роботи, рівнем освіти: підлітки та юнаки, учні старших класів шкіл та середніх спеціальних закладів; студенти вищих навчальних закладів; батьки проблемних дітей; фахівці-волонтери [5].

Волонтери можуть залучатися соціальними службами до надання таких соціальних послуг:

- придбання і доставка медикаментів, продовольчих, промислових та господарських товарів, книг, газет, журналів, гарячих обідів;
- приготування їжі, годування;
- допомога у проведенні заходів особистої гігієни;
- прибирання приміщення, прання білизни;
- обробіток присадибних ділянок;
- виконання ремонтних робіт;
- відвідування хворих у стаціонарних медичних закладах;
- читання художньої літератури, преси, написання листів;
- організація дозвілля тощо.

У зв'язку з «постарінням населення» актуальним є залучення соціальними службами волонтерів як доглядальників вдома, які б забезпечували елементи медичного догляду людям похилого віку [6].

Надання медичного догляду у власному домі – надзвичайно важлива послуга як для самої людини, за якою доглядають, так і для її родини, друзів і сусідів. Це дозволяє людині залишатись вдома так довго, наскільки це можливо і в той же час отримувати підтримку в критичні моменти життя.

Волонтерство як діяльність потребує від добровольців не лише бажання та наявності вільного часу, а й певних знань з психології, соціальної педагогіки, соціальної роботи, соціології, медицини, юриспруденції тощо; волонтери повинні володіти навичками спілкування з різними прошарками населення, знайомитись з кращим як вітчизняним, так і зарубіжним досвідом роботи. З цієї точки зору важливим є навчання волонтерів професійного здійснення певних навичок.

Перш ніж розпочати виконання своїх обов'язків, волонтер повинен відповісти собі на ряд запитань:

Як би ви себе почували на місці літньої людини, якій вперше надається догляд на дому?

Були б ви вдячні і спокійні або ж ви б турбувалися і обурювалися?

Ці та багато інших думок і почуттів, а також різні страхи, виникають у людей, що одержують догляд.

З одного боку, людина рада, що може залишатися вдома, а не жити в лікарні або в будинку пристарілих, і вдячна за те, що хтось буде приходити до неї додому, допомагати доглядати за собою і виконувати найнеобхіднішу роботу, яку людина уже не в змозі робити сама. Багато хто перш ніж звернутися за допомогою, дуже довго і посилено намагаються справлятися самі, відчуваючи страх перед майбутнім. Але поява волонтера-доглядальника зменшує страх і старання бути самостійним.

З іншого боку, людині може бути тривожно від думки про те, що вона пускає в свій будинок чужого, у якого буде доступ до особистих речей господаря. Її може обурювати присутність волонтера, особливо перший час, вона може сумувати про те, що втратила незалежність, і злитися, що більше не може робити все сама. Таке зустрічається всюди, будучи, тим не менше, природною реакцією людини.

Як доглядальник волонтер зобов'язаний виносити на перший план потреби людини, за якою він доглядає.

Літні люди зазвичай воліють, щоб до них приходили одна або дві постійних доглядальниці, щоб вони могли ближче познайомитися з ними, звикнути до них і встановити відносини з ними. На швидко мінливих доглядальниць зазвичай і спрямована та критика, яка іноді виникає в людей, за якими здійснюється опіка.

Після проведення нами соціологічного опитування на тему «Які якості люди літнього віку хочуть бачити в своїх волонтерах?», ми отримали перелік якостей, які цінуються у волонтерів:

- доброту, дбайливість, веселість і м'якість без домішки фамільярності або поблажливості;
- надійність, пунктуальність;
- прямоту і чесність;
- готовність допомогти;
- ввічливість і повагу;
- навченість і впевненість у своїх діях;
- відданість роботі і зацікавленість у ній;
- розуміння потреб людини.

Важливими є враження від першої зустрічі, а особливо, коли людина збирається впустити во-

лонтера в свій дім і довірити йому своє здоров'я. Перший контакт потребує чуйності, такту і обережності.

Волонтер повинен:

- дізнатись якомога більше про людину, якою опікується;

- дізнатись про членів команди, в якій працює;

- з'ясувати політику щодо ключів від дому літньої людини, за якою буде здійснювати нагляд (наприклад, отримати письмову згоду про те, що волонтер користуватиметься ключем від дому людини, за якою доглядатиме. При цьому він повинен тримати ключ в надійному місці, не підписувати ключі прізвиськом господаря і тим більше не вказувати адреси).

Дуже важливо для волонтера налагодити спілкування з людиною, про яку він дбатиме, і його сім'єю з самого початку спілкування. Догляд за людиною, на якому б рівні він не здійснювався, є глибоко особистою діяльністю. Хтось пускає волонтера, абсолютно чужу людину, в свій будинок і своє життя.

Волонтери повинні бути завжди чуйними і розуміючими. Їм потрібно навчитися тому, в яких ситуаціях бути м'якими, а в яких – непохитними. Бути непохитними для волонтера означає, наприклад, заохочувати людину літнього віку залишатися незалежною так довго, наскільки це можливо.

Ідеальним початком для волонтера буде почати відносини з людиною, за якою він доглядатиме, і її родиною, спочатку представивши себе, вказавши на те, як він хоче, щоб його називали, і запитавши, як вони хотіли б, щоб він називав їх. Ніколи не потрібно робити припущень на цей рахунок і не називати людей по імені без їх дозволу.

Хорошим тоном при веденні розмови вважається наступне:

- розмова «обличчя до обличчя»;

- зоровий контакт;

- чітка мова: слова потрібно вимовляти чітко і не говорити занадто швидко;

- можна торкатись до співбесідника, щоб повернути його увагу, але без лишньої фамільярності;

- якщо людина незряча або недобачає, потрібно назвати своє ім'я після прибуття, пояснювати те, що робите, повідомляти людину про те, що ви залишаєте або входите в кімнату;

- намагатись уникати пестливих імен (дорогенька/кий, сонечко), перш ніж волонтер буде знати, що вони не заперечують.

У своєму спілкуванні волонтер повинен уникати наступного:

- розмовляти занадто голосно або кричати, щоб люди могли його почути і зрозуміти;

- розмовляти занадто повільно;

- поблажливо розмовляти з людьми, як ніби вони діти;

- вживати поверхневі висловлювання (наприклад: «Так, так, хороша, все в нас вийде») або напускати на себе уявну веселість;

- постійно виправляти людину або зайве суперечити;

- виявляти нетерпіння, коли потрібно просто вислухати.

У спілкуванні з людиною літнього віку волонтер може звернутись до таких тем:

- обговорення політичних подій, новин;

- обговорення прочитаної книги;

- спонукання до спогадів про роботу, про молодість – це викликає хороші емоції.

Важливим є також планування волонтерами часу свого відвідування для того, щоб узгодити і спланувати свої візити з іншими професіоналами (медсестрами, працівниками соціальної служби, представниками благодійних організацій тощо). Наприклад, нераціонально приходити в дім до літньої людини тоді ж, коли і дільнична медсестра, для того, щоб помити людину, переодягнути і подати їжу. Крім того, все це буде відбуватись одночасно і не дасть змоги продовжити час перебування з людиною і не залишати її на самоті.

Волонтер, що здійснює догляд за людьми похилого віку, обов'язково повинен знати особливості стану здоров'я людей похилого віку.

Бути людиною літнього віку не означає бути хворим або інвалідом. Хоча процес старіння може стати причиною хвороб, це не означає, що лікування неможливе. Волонтери повинні заохочувати старших людей до того, щоб вони шукали медичної допомоги при проблемах зі здоров'ям, а не списували все на свій вік.

Нижчеописані зміни пов'язані частково з віковими змінами в організмі, а частково – з перенесеними хворобами. З віком:

- шкіра стає сухішою і більш зморшкуватою, а на зовнішній стороні долонь можуть з'являтися коричневі плями. Нігті на руках і ногах стають більш грубими і ламкими. Волосся сивіє і випадає; ранне посивіння і випадання волосся пов'язане зі спадковістю в родині. Люди стають нижчими через те,

що диски хребта стають тоншими, а в кістках відбуваються зміни.

- Кістки стають більш тонкими і ламкими, оскільки втрачають кальцій, тому вони легше ламаються. Розм'якшений хребет може розчавлюватись під вагою, яку йому доводиться витримувати. Цей болісний процес призводить до вигину хребта, що, в свою чергу, призводить до того, що у людини з'являється горб. Зміни в структурі кісток у жінок проходять швидше, ніж у чоловіків, але процес може бути сповільнений за допомогою гормональної терапії.

- М'язи стають менш міцними, а зв'язки менш еластичними. Ці зміни проявляються не так яскраво у людей, які ведуть активний спосіб життя і регулярно займаються спортом. Малоактивні люди швидше втрачають рухливість.

- Погіршується координація і баланс. Це призводить до того, що люди похилого віку можуть впасти, особливо якщо у них проблеми зі здоров'ям або їх будинок ненадійний. Літні люди погано реагують на перепади температури, тому що функція контролю температури тіла ослаблена.

- Погіршення слуху проявляються при групових розмовах, в галасливих місцях, або коли мова спотворена (наприклад, оголошення станцій в метрополітені, на вокзалах). Лікування або використання слухових пристроїв можуть допомогти.

- З віком очам стає важче фокусуватися, тому люди змушені одягати окуляри при читанні. Тим не менше, двоє з п'яти людей старші 75 років мають проблеми із зором, які впливають на їх незалежність і радість, одержувану від життя. Це ненормально і має бути переглянute. Основними причинами таких станів бувають катаракта, дистрофія жовтої плями, глаукома, діабет. Лікування може запобігти появі подібних проблем або призупинити прогресування втрати зору; крім того, людині може бути надана допомога в тому, щоб по максимуму використовувати силу зору, що залишилась.

- Смакові і нюхові відчуття стають менш гострими. Це призводить до втрати задоволення від споживання їжі.

- Випадають зуби або внаслідок захворювань ясен, або зношеності зубних протезів, або всихання ясен. Якісний догляд за зубами і регулярні відвідування стоматолога можуть призвести до того, що зуби залишаться здоровими протягом всього життя. Люди із зубними протезами повинні проходити огляд раз на рік.

- Нетримання сечі та/або калу розвивається не тільки через похилий вік, тому часто може вилікуватися.

- Літні люди можуть часто страждати від закрепів. Дієта, що містить велику кількість волокнистих продуктів, споживання великої кількості рідини і достатня активність допомагають уникнути подібної проблеми.

- Легені і дихальні шляхи працюють не на повну силу. Хвороби серця і кровоносних судин стають досить поширеними, а тиск часто піднімається. Похилі люди набагато частіше страждають від серцевих ударів, запалень органів грудної клітки, артритів, діабету і раку, ніж молоді.

Волонтерам необхідно пам'ятати, що люди похилого віку не обов'язково страждають від деяких з цих хвороб. Літній вік не робить автоматично людину хворою або інвалідом.

Завжди потрібно поводитись з людьми виходячи з їхнього стану, а не віку.

Таким чином, ми можемо підвести деякі підсумки щодо процесу старіння, які волонтери-доглядальники повинні завжди враховувати:

- люди старіють по-різному. Деякі люди в сімдесят можуть почувати себе на п'ятдесят, і навпаки.

- Ніколи не думати, що літні люди не можуть поправити своє психічне і фізичне здоров'я.

- Здоровий спосіб життя може запобігти або відтермінувати появу деяких хвороб, до яких схильні люди похилого віку. Основне: утримуватися від куріння, ніколи не пізно отримати користь з того, що кинув курити.

- Регулярне виконання фізичних вправ дозволяє людям похилого віку залишатися активними. Споживання різноманітної їжі, що містить велику кількість волокнистих продуктів, фруктів і овочів, а також рідини вельми допомагає. Можливий зв'язок між споживанням тваринних жирів і серцевою недостатністю стає менш значущим.

- Не прирівнювати автоматично літній вік до хвороб та інвалідності. Якщо поводитися з літніми людьми так, як ніби вони хворі, вони можуть відповісти тим, що волонтерів доведеться робити за них всю роботу, і таким чином втратити можливість виконувати посильну для себе роботу. Більшість людей, яким за 70, дуже активні і знаходяться в хорошій формі. Такі люди не будуть отримувати догляд вдома.

- Люди, які потребують допомоги волонтерів, слабші, ніж середньостатистична людина похилого віку.

• Не потрібно надмірно опікуватися літньою людиною і не розмовляти зверхньо з хворими людьми та інвалідами. Уникати фрази, типу «Як ви проживаєте сьогодні?», з яким би гарним наміром вона не виголошувалася.

• Зберігати суворо конфіденційність питань, пов'язаних зі здоров'ям людини чи що б то не було ще. Єдиним винятком з правила може бути випадок, коли від волонтерів вимагається звіт для лікаря загальної практики, медсестри або будь-якого іншого працівника охорони здоров'я, включаючи лінійного керівника, з будь-якого питання здоров'я людини.

Слід пам'ятати, що ніколи не можна описувати людину як набір хвороб. Люди не є «діабетика-

ми», «епілептиками» або «шизофреніками». Вони, перш за все, люди, які страждають від діабету, епілепсії або шизофренії. Акцент має ставитися на людину, а не на хворобу. Основною метою догляду є збереження здоров'я людини і надання їй можливості радіти життю незважаючи на хворобу або інвалідність.

Висновок. Більшість людей, яким за 70, залишаються активними і в хорошій фізичній формі. Волонтери, які залучаються соціальними службами до догляду за людьми похилого віку повинні пройти спеціальну програму підготовки для професійного виконання своїх обов'язків навіть на добровільних засадах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Досвід волонтерської роботи та напрями її вдосконалення / І. Грига, О. Брижовата, Л. Дувія, О. Лисенко // Соціальна робота в Україні: перші кроки ; за ред. В. Полтавця. – К. : «КМ Academia», 2000. – С. 145–173.

2. Волонтерство. Порадник для організатора волонтерського руху / укл. Т. Л. Лях, авт. кол. : О. В. Безпалько, Н. В. Заверіко, І. Д. Зверева, Н. В. Зімоновець та ін. – К. : ВГЦ «Волонтер», 2001. – 552 с.

3. Загальна декларація волонтерів / XI Конгрес Міжнародної асоціації Волонтерів (Париж, 1990 р.) / Р. Х. Вайнола, А. Й. Капська, Н. М. Комарова та ін. //

Волонтерський рух в Україні: тенденції розвитку. – К. : Академпрес, 1999. – 112 с.

4. Волонтери в соціальній роботі / упорядн. : О. Главник, Н. Романова, Т. Дружченко. – К. : Главник, 2006. – 128 с.

5. YMCA: world organization of volunteers / Youth Service America, Washington, DC Suite 2004. – 85 р.

6. Белл Лесли Полноценный уход. Пособие для опекунов на дому / Лесли Белл. – К. : Факт, 2003. – 303 с.

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ АПЛІКАЦІЇ ЗА МЕТОДОМ ЛЯПКО ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНІЙ ДИСТОНІЇ У МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Л. С. Бабінець, Н. М. Панасюк, А. І. Бабінець

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України»
ННІ медсестринства*

У статті проведено дослідження впливу багатоголчастої різнометалевої аплікації за методом Ляпко у хворих на нейроциркуляторну дистонію.

CLINICOPATHOGENETICAL ASPECTS OF USING THE APPLICATION BY LYAPKO METHOD AT NEUROCIRCULATORY DYSTONIA IN NURSING PRACTICE

L. S. Babinets, N. M. Panasiuk, A. I. Babinets

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»
Educational-Scientific Institute of Nursing*

This article describes the investigation about the influence of multineedle-shaped metal application by Lyapko method in patients with neurocirculatory dystonia.

Вступ. Нейроциркуляторна дистонія (НЦД) – одне з найпоширеніших захворювань у терапевтичній практиці. Серед хворих терапевтичного й кардіологічного профілів, за даними різних авторів, цю патологію виявляють у 32–50 % випадків. На сьогодні видужання або ж стійка ремісія при НЦД настає тільки у 30–35 % хворих, які отримують традиційне загальноприйняте лікування, тому перспективним є розробка ефективних способів боротьби з НЦД.

Дискусійним залишається доцільність і ефективність застосування рефлексотерапевтичних методик, впливу різних методик масажу на нервово-рефлекторний механізм, метаболізм і нормалізацію обміну речовин у хворих на НЦД. Актуальною проблемою є наукове обґрунтування застосування впливу рефлексотерапевтичних методик при НЦД на різних етапах лікування, особливо у практиці лікаря і медсестри загальної практики-сімейної медицини. Мета дослідження – проаналізувати теоретичні і наукові аспекти можливо-го застосування багатоголчастої різнометалевої аплікації (аплікаторів Ляпко) на основні суб'єктивні

та об'єктивні прояви НЦД для визначення доцільності проведення дослідження щодо ефективності вищезазначеного методу у комплексній терапії хворих на НЦД.

Основна частина. НЦД – поліетіологічне захворювання, основними ознаками якого є лабільність пульсу та артеріального тиску (АТ), кардіалгії, дихальний дискомфорт, вегетативні та психоемоційні розлади, порушення судинного та м'язового тону, низька толерантність до стресових ситуацій, доброякісність перебігу та добрий життєвий прогноз [1].

Клінічні прояви найчастіше складаються з симптомів неврозоподібного стану (слабкість, стомлюваність, розлади сну, дратівливість) і функціональних циркуляторних розладів, за характером яких виділяють три типи НЦД: кардіальний, гіпотензивний і гіпертензивний.

Загострення перебігу виникає внаслідок гострих і хронічних нервово-емоційних стресів, інфекцій, дисгормональних розладів, фізичного навантаження, негативного впливу факторів зовнішнього середовища. Більшість дослідників розглядають НЦД як окремих прояв вегето-судинної дистонії,

при якій відбуваються дизрегуляторні зміни переважно в серцево-судинній системі внаслідок первинних або вторинних відхилень у надсегментарних і сегментарних вегетативних центрах [3]. Ці відхилення викликають зрив регуляторних механізмів, відповідальних за стан загальної гемодинаміки й іннервацію серця. При цьому нейрогенні чинники можуть виступати первинно при розвитку ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби, виразки шлунка або дванадцятипалої кишки, але не виключається їх вторинне залучення до процесу вже на тлі розвинутої соматичної патології [2, 4]. При проведенні досліджень виявлено, що больовий синдром у хворих на НЦД має свої диференційні особливості: відчутний зв'язок болю з функцією ураженого органа (глибоке дихання, ковтання, кашель, рухомість в суглобах); відчувається позитивний ефект анальгетиків і рефлексотерапевтичних методик і неефективність застосування нітрогліцерину, валідолу та препаратів, що їх містять; біль недовго залишається ізольованим симптомом, швидко постає клінічна картина основної хвороби. Біль, зумовлений рефлекторними реакціями в тканинах при НЦД, найчастіше проявляє себе на шкірі місцями підвищеної чутливості (зони Захар'їна–Геда). У цих зонах змінюється температура шкіри, її електропровідність, потовиділення, шкірні судини пульсують, розширені або звужені.

Об'єктом нашого дослідження стали 15 пацієнтів з НЦД, які лікувалися у денному стаціонарі поліклінічного відділення Тернопільської клінічної лікарні № 2. Середній вік хворих склав $(45,8 \pm 7,1)$ року; жінок – 9, чоловіків – 6. До дослідження увійшли пацієнти з НЦД за гіпертонічним типом (6 пацієнтів), за кардіальним типом (7 пацієнтів) і змішаним типом (2 пацієнти). Діагноз встановлювали за загальноприйнятими в Україні критеріями [1]. САТ і ДАТ вимірювали перед процедурою в один і той самий час. Вимірювання АТ проводили сфігмоманометром за методом Короткова. Вимір АТ завжди проводили на двох руках по два рази з інтервалом у дві хвилини, якщо величини АТ не різнилися більше 5 мм рт.ст. При наявності більшої різниці між отриманими величинами проводили третє вимірювання та обчислювали середнє значення із двох або трьох послідовних вимірювань. Частоту серцевих скорочень визначали після другого вимірювання. Всі хворі до початку лікування отримували стандартне комплексне лікування протягом не менше 2 тижнів, частіше у вигляді монотерапії або не більше двох базисних препаратів у загальноприйнятих дозах, а також

виконували рекомендації щодо профілактики факторів ризику. Однак цільового рівня АТ, пульсу і нормалізації загального стану досягти не вдалося.

Усім хворим були проведені стандартні клінічні обстеження: загальний аналіз крові та сечі, розгорнутий біохімічний аналіз крові (в тому числі – холестерин, креатинін). Ми використовували аплікатори Ляпко у другій половині дня або безпосередньо перед сном. У пацієнтів з НЦД починали сеанс із здорової сторони, обкатували стопи і литкові м'язи валиком протягом 2–5 хвилин, після цього опрацьовували зони спини вздовж хребта, шийний відділ, паравертебральні зони верхньогрудних і нижньошийних сегментів (Т1–Т6, С3–С7), задньої та бічної шийних ділянок, лопаткових, підключичних, дельтоподібних та плечових ділянок протягом 20–30 хв аплікатором, оскільки ці зони відповідають сегментарній іннервації уражених органів відповідно до нозологій пацієнтів. Протягом перших 5 хв «спілкування» з аплікатором у хворих виникали дискомфортні колючі відчуття, які згодом переходили у комфортні відчуття потужного тепла, приємної «вібрації» та поколювання. Завершали сеанс 3–5-хвилинною аплікацією стоп.

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

Кардіалгічний синдром визначали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) за 10-бальною системою.

Суть дії АЛ полягає в тому, що це – еластичні пластини, на які прикріплені спеціальні голки з різних металів і металевого покриття (міді, цинку, заліза, нікелю, срібла), розташованих у певному порядку на гумовій основі з обмежувачами для захисту шкіри від надмірного тиску, ушкодження і некомфортних відчуттів. Метали стикаються в чистому вигляді з поверхнею шкіри, не ушкоджуючи її, частково з міжклітинною та внутрішньоклітинною рідиною, не

мають контакту з кров'ю. Відбувається розумне всмоктування шкірою (вибірковий електрофорез) тільки тієї кількості мікроелементів з різних металів голок, які є необхідними організму в даний момент. У ділянках комірцевої зони спостерігалось поліпшення припливу крові до даної зони (почервоніння шкіри), зменшення спастичного стану трапецієподібного та дельтоподібного м'язів (зменшення болю), що сприяло підвищенню терапевтичного і оздоровчого ефекту у пацієнтів.

Висока терапевтична ефективність досягається за рахунок виникнення в шкірі, на вістрях і між голками гальванічного струму – в результаті цього відбувається мікроелектрофорез металів у тканини організму. Механічне подразнення, деформуючи капсулу механорецепторів, призводить до зміни проникності її для іонів натрію, що, в свою чергу, сприяє зниженню мембранного потенціалу спокою і виникненню рецепторного потенціалу, який передається на аферентне нервово волокно (рис. 1). У результаті процесів сумації рецепторних потенціалів на нервовому волокні виникає потенціал дії, який у вигляді доцентрових імпульсів передається по чутливих шляхах в ЦНС, де аналізується, синтезується в загальну складну реакцію, яка і викликає різні функціональні зміни в організмі. Нервово-рефлекторний механізм впливу АЛ є основним на організм, має прямий механічний вплив на м'язові капіляри, трофіку шкіри, серцево-судинну систему, газообмін [5].

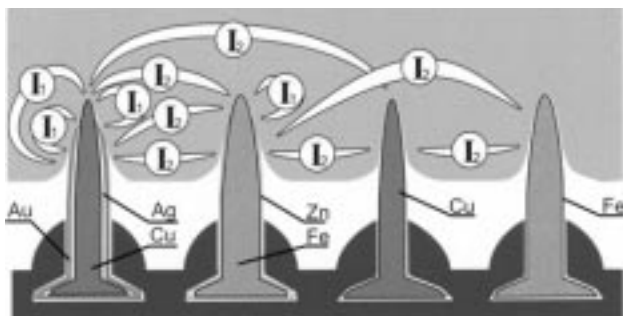


Рис. 1. Схематичне зображення електричних іонних потоків, що виникають на кінчиках голок і між голками з різних металів, і супроводжуються електрофорезом (дифузцією) цих металів у внутрішнє середовище організму.

Інтенсивність гальвано-електричного впливу регулюється самим організмом залежно від ступеня насичення електролітом тканин (шарів шкіри, підшкірної клітковини, нижчерозташованих структур). Хвороблива, запалена ділянка шкіри набрякла, в ній багато рідини, і реакція при зіткненні з аплікатором відбувається інтенсивно, з виділенням ве-

ликої кількості енергії, іноді супроводжується шкірним випотом. При контакті зі шкірою на поверхні голок аплікатора відбувається безліч фізико-хімічних змін, які виникають під дією постійного струму. В результаті на голках утворюються окисні плівки і виникає ефект гальванізації. При цьому на кінчиках голок виникають точкові гальванічні струми максимальної величини (так як виникає різниця потенціалів між основним металом голки і периферичним металом покриття, які коротко замкнуті між собою (I_1)). Крім того, між голками з різних металів в шкірі виникають міжголкові гальванічні струми (I_2), величина яких залежить від провідності шкіри, насиченості її електролітами.

Гальванізація сприяє поліпшенню обміну речовин, підсилює репаративні (відновні) процеси, тому відбувається розсмоктуюча дія, допомагає виробленню біологічно активних речовин (ацетилхоліну, гістаміну, гепарину та ін.), покращує проведення нервових імпульсів, а отже, знижує больову чутливість.

Масаж в основному діє шляхом механічного подразнення тканин поряд з рефлекторною дією. Рефлекторний вплив голок при поверхневому множинному голковколюванні припадає на активні точки каналів (рецепторів) і викликає місцеву реакцію, що виражається у зміні кровонаповнення ділянки шкіри, температури, чутливості, величини електричного потенціалу та опору. Місцева реакція є джерелом тривалої імпульсації на нервові центри; ці відображені реакції організму впливають на стан периферичних рецепторів і тканин у зоні впливу.

Участь у процесі вегетативної нервової системи забезпечує можливість мобілізації ресурсів організму для негайної дії: швидко посилюється діяльність серцево-судинної системи, перерозподіляється кровопостачання і кров направляється в найбільш важливі в даний момент органи і тканини; в кров надходять речовини, здатні виділяти більше енергії, доставляти більше кисню, посилювати стійкість організму до патологічних факторів. Через кілька хвилин, коли в результаті механічної дії на шкіру розширюються судини, з'являється приємне тепло, що зберігається і після закінчення сеансу. Одночасно покращуються обмінні процеси як в шкірі, підшкірній клітковині, так і в нижчерозташованих органах (суглобах, печінці, нирках). Поліпшення обміну речовин відбувається як під час власне лікувального сеансу, так і зберігається після нього до тих пір, поки відбувається лікувальна гіперемія (почервоніння) шкіри.

У результаті проведеного лікування отримали наступні результати (табл. 1).

Таблиця 1. Динаміка клінічного стану пацієнтів з НЦД під впливом лікувального комплексу з використанням АЛ

Показник	Контроль (n=20)	Досліджувана група хворих на НЦД (n=15)	
		до лікування	після лікування
Кардіалгічний синдром за ВАШ, бали	0	6,57±0,38*	3,99±0,22* p<0,001
Пульс, хв	72,0±12,3	88,4±6,1*	80,5±2,2 p<0,05
САТ, мм рт. ст.	112,5±15,1	146,1±11,2*	127,1±4,3* p<0,05
ДАТ, мм рт. ст.	72,0±11,1	89,3±11,3*	81,9±9,3* p<0,05
Шкала ВООЗ, бали	0	2,03±0,11*	1,33±0,10* p<0,001
Шкала Карновскі, бали	100,00	61,63±1,33*	81,82±0,99* p<0,001

Примітки:

- 1) * – достовірна відмінність стосовно групи контролю (p<0,05);
- 2) p – достовірність різниць показників своєї групи до і після лікування.

Проведений аналіз показав наявність достовірно позитивної динаміки за впливом курсу лікування із включенням поверхневої багатоголчастої різнометалевої аплікації Ляпко. У пацієнтів під час проведення сеансів із застосуванням рефлексотерапевтичних методик було виявлено: нормалізацію діяльності ЦНС, зняття відчуття втоми і дратівливості, усунення головного болю, болю в шиї, запаморочення, зменшення судинного тонуусу й артеріального тиску, покращення функції серцево-судинної системи та загального стану. Під впливом масажу за допомогою АЛ нормалізувався психоемоційний стан: хворі заспокоювалися, розслаблялися, а нерідко – засинали під час процедури. Застосування рефлексотерапевтичних методик сприяло нормалізації тонуусу м'язів, поліпшенню скоротливої функції, в результаті чого

покращувалося самопочуття, підвищувалася фізична і розумова працездатність.

Висновок. Встановлено, що використання аплікаторів Ляпко за запропонованою методикою у комплексному лікуванні хворих на НЦД в амбулаторній практиці є перспективним і доцільним для корекції клінічних і гемодинамічних параметрів. Рекомендовано використання у комплексному лікуванні НЦД курсу поверхневої багатоголчастої різнометалевої аплікації за допомогою аплікаторів Ляпко з 10 сеансів щоденно за гальмівним методом (20–30 хв) у другій половині дня або безпосередньо перед сном за загальноприйнятими рекомендаціями (починати із здорової сторони, обкатування стоп і литкових м'язів валиком, після цього опрацювання зони спини вздовж хребта 20–30 хв аплікатором).

ЛІТЕРАТУРА

1. Мостовий Ю. М. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / Ю. М. Мостовий. – 2012. – Вінниця. – (14-е вид., доп. і перероб.). – С. 218–226.
2. Вейн А. М. Заболевания вегетативной нервной системы: рук-во для врачей / А. М. Вейн. – М. : Медицина, 1991. – С. 18–84.
3. Вейн А. М. Синдром вегето-сосудистой дистонии / А. М. Вейн // Журнал невропатологии и психиатрии

им. Корсакова. – 1989. – Т. 89, Вып. 10. – С. 13–19.

4. Вакуленко Л. О. Лікувальний масаж / Л. О. Вакуленко, Д. В. Вакуленко. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2005. – 448 с.

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

РОЛЬ ВИКЛАДАННЯ ПЕРСОНАЛІСТИЧНОЇ МОДЕЛІ БІОЕТИКИ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ МЕДИЧНОГО ФАХІВЦЯ

Н. М. Волкова, Т. І. Толокова, с. Д.–Г. Т. Терешкевич

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Сучасне коло соціальних і медичних проблем вимагає від медичного працівника володіти не лише вузькопрофесійними знаннями і технологіями, а й бути обізнаним у тонкощах людського спілкування, мати розвинені комунікативні навички, бути духовно багатогою особистістю зі сформованими морально-етичними цінностями. Сучасний стрімкий розвиток біологічної науки відкрив принципово нові методи лікування хворих, відтворення організмів, нові можливості в розвитку біотехнологій. Тому медичні освітні заклади повинні готувати фахівців, які зможуть надавати цілісний духовний супровід хворим і шанувати життя і гідність людини.

THE ROLE OF TEACHING OF THE PERSONALISTIC MODEL OF BIOETHICS FOR THE MEDICAL PROFESSIONAL'S PERSONALITY FORMATION

N. M. Volkova, T. I. Tolokova, s. D.–H. T. Tereshkevych

SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»

The medical worker should be qualified not only in his specific field and to be familiar with technologies, but also he should be a communicative, spiritual and moral person, according to the current range of health and social problems. The contemporary rapid development of biological science discovered the fundamentally new methods of treatment, reproduction of organisms, new opportunities in the biotechnology development. Therefore, the medical educational institutions should train the specialists who can provide holistic spiritual support to patients and respect the life and dignity.

Вступ. Біоетика стала логічною відповіддю на численні етичні запитання і проблеми, що з'явилися останніми десятиліттями в процесі клінічної роботи, а також під час біомедичних досліджень і експериментів. Вона покликана не тільки ідентифікувати й аналізувати конфліктні ситуації, що виникають на стику медицини, біології, філософії та юриспруденції, а й визначати конкретні шляхи їхнього розв'язання.

Метою дослідження було оцінити важливість викладання біоетики у курсі професійної підготовки медичного фахівця.

Основна частина. Схильність учнів до агресивної поведінки діагностували за опитувальником «Діагностика схильності до агресивної поведінки А. Ассингера». Анкетували учнів старших класів серед-

ньої школи і студентів першокурсників м. Тернополя. Проводилась також діагностика агресивності за А. Ассингером у студентів ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського 4 курсу та студентів Вищої духовної семінарії 6 курсу. В опитуванні взяла участь 61 людина, з них 44 студенти 4 курсу ТДМУ, та 17 студентів ТВДС ім. Й. Сліпого.

Було опитано щодо індивідуального ставлення до питань біоетики молодих людей, які навчаються на першому і четвертому курсах лікувального факультету ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського (49 і 57 чоловік відповідно), першокурсників біологічного факультету педагогічного університету (48 чоловік), одинадцятикласників ЗОШ № 5 (60 чоловік) і студентів 6 курсу ТВДС ім. Й. Сліпого (17 чоловік).

Серед студентів, які вивчали у курсі вищої освіти дисципліни біоетичного спрямування, виявлене

зниження відсотку осіб з високим рівнем агресивності. Студенти 4 курсу медуніверситету мали низький рівень агресивності у 39 %, середній – 59 % і високий – 2 % осіб. Серед студентів 6 курсу ТВДС ім. Й. Сліпого низький рівень агресивності виявлено у 29 % респондентів, середній – 71 % і жодного обстеженого з високою агресивністю.

Було виявлено, що 20 % старшокласників вважає, що починати формувати біоетичний світогляд молоді, яка навчається, доцільно вже у молодшому шкільному віці, 70 % – у старшому шкільному, а 10 % – тільки у вищому навчальному закладі.

Кожна людина неодноразово постає перед вибором: яку дорогу обрати, яких засад дотримуватись у своєму житті і т. ін. Та найбільша дилема постає для того, хто у час складних випробувань стає подібним до маятника, який не має власної визначеної позиції. Така людина обирає шлях найменшого опору, аргументуючи це тим, що різні обставини диктують свої правила життя, створюють умови для виживання. Як наслідок, людина мириться з навколишньою несправедливістю і сама починає примножувати її. Людності й обов'язку перед усім живим на планеті навчає біоетика. Ця порівняно молода наука покликана вирішувати проблеми ставлення до людського життя у всіх його проявах, аналізуючи моральність дій людини, тобто відповідність вчинків моральним нормам та цінностям у біолого-медичній галузі і в системі охорони здоров'я.

Головним завданням курсу медсестринської етики і деонтології є формування вміння студентів системно аналізувати основні етапи розвитку уявлень про медсестринську етику і деонтологію, досліджувати зміни поглядів на світ живого, працювати із науковою літературою з питань біоетики та комплексом філософських джерел для виявлення філософських засад цієї науки. Програма курсу орієнтована на аналіз зміни розуміння проблем медсестринської етики і деонтології у контексті світової наукової та філософської думки.

Вивчення медсестринської етики дозволяє студентам розширити теоретичні знання щодо біоетичного регулювання професійної діяльності, сформувати цілісне уявлення про єдність природ-

ного і соціального життя, моральні цінності в роботі середнього медперсоналу, прищепити принципами ноетики, навчити заходів профілактики соматичної та психосоматичної патології, запобіганню допущення деонтологічних, професійних та загальнолюдських помилок.

Серед якостей особистості медичної сестри важливе значення надається високому професіоналізму, гуманності та милосердю, глибокому розумінню громадського значення своєї роботи, готовності цілком віддати себе обраній професії, навіть у найтяжчих умовах [3]. Особистість медичної сестри вбачається як органічний сплав високих моральних якостей, загальної освіченості, професійної ерудиції та майстерності. Медична сестра покликана оберігати людське життя, починаючи з зачаття, і не повинна використовувати медичні знання в збиток нормам гуманності. Етичною основою професії медичної сестри є гуманізм та милосердя, повага до невід'ємних прав людини і громадянина. Відновлення і покращення здоров'я пацієнта є для медичної сестри найвищою винагородою за її працю.

Традиційна духовно-релігійна орієнтація українського народу є сприятливим підґрунтям для поширення біоетичних знань у суспільстві. Духовне джерело – церква, може сприяти поширенню персоналістичної концепції біоетики, яка проголошує високу цінність особистості людини, людського життя, підносить розуміння гідності людини.

Система медико-біологічних знань і досліджень, об'єктом яких є людина, що, здавалося б, само по собі забезпечує їх гуманістичну орієнтацію, як це не парадоксально, не є винятком. Навпаки – в цій галузі випробовується особливо гостра потреба в гуманістичному осмисленні процесів, що відбуваються, і тому тут аналіз взаємодії природного і гуманістичного знання набуває першорядного значення.

Висновок. Таким чином, потребою сьогодення є запровадження викладання у вищих навчальних закладах, зокрема медичного профілю, персоналістичної біоетики як світоглядної дисципліни, котра повинна бути наріжним каменем формування зрілої особистості фахівця.

ЛІТЕРАТУРА

1. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології: навч. посібн. / В. І. Розов. – К. : Кондор, 2005 – № 4. – 276 с.

2. Міняйлова А. В. Реалізація педагогічної технології гуманістичного виховання студентів у навчально-вихов-

ному процесі технічних університетів / А. В. Міняйлова // Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. – 2010. – № 7 (194), Ч. II. – С. 26–33.

3. Барна О. М. Серцева недостатність у ракурсі гендерних відмінностей / О. М. Барна // Серцева недостатність. – 2009. – № 2. – С. 59–67.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ «ШКОЛИ ДІАБЕТИКА» НА БАЗІ ЕНДОКРИНОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ КЗ ТОР «ТЕРНОПІЛЬСЬКА УНІВЕРСИТЕТСЬКА ЛІКАРНЯ»

Л. П. Мазур¹, І. В. Голик²

¹*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

²*КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»*

У статті наведено основні принципи функціонування «Школи діабетика» на базі ендокринологічного відділення КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня» та описано основні питання, які висвітлюють на лекціях для пацієнтів із цукровим діабетом.

PECULIARITIES OF FUNCTIONING OF THE “DIABETIC’S SCHOOL” AT THE ENDOCRINOLOGICAL DEPARTMENT OF ME OF TRC “TERNOPIL UNIVERSITY HOSPITAL”

L. P. Mazur¹, I. V. Holyk²

¹*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»*

²*ME of TRC «Ternopil University Hospital»*

The article adduces the basic principles of functioning of the “Diabetic’s school” at the Endocrinology Department of ME of TRC “Ternopil University Hospital” and describes the main issues covered in lectures for patients with diabetes mellitus.

Вступ. Цукровий діабет у світі розглядають як хворобу індустріально розвинених країн. Зі зростанням якості життя людей у розвинених країнах, поліпшенням забезпечення медичної допомоги збільшується і тривалість життя населення. У людей старшого та похилого віку зростає кількість різних захворювань, зокрема – цукрового діабету.

За даними Міжнародної федерації діабету, у 2011 році кількість хворих на цукровий діабет у світі досягла 366 млн, а в 2030 році становитиме 552 мільйони. Поширення цукрового діабету в популяції, у середньому, становить 1–8,6 %, а серед дітей та підлітків – близько 0,1–0,3 %. З урахуванням недіагностованих випадків у деяких країнах поширення може сягати 6 %. У 2011 році діабет став причиною 4,6 млн смертей.

Станом на 1.01.2011 р. в Україні число зареєстрованих хворих на цукровий діабет досягло 1 221 300 осіб, що становить 2667,6 на 100 тис. на-

селення. У структурі захворювань ендокринної системи цукровий діабет становить 31,88 %. Спостерігають збільшення показника поширення цукрового діабету в Україні (на 26 % з 2005 року до 2010).

Основна частина. У ендокринологічному відділенні КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня» як у центральному спеціалізованому відділенні Тернопільської області щороку стаціонарно проходять лікування більше 1700 пацієнтів із різною патологією ендокринної системи. Більшість пацієнтів (більше 90 %) становлять хворі з цукровим діабетом 1 та 2 типу.

За останні десятиліття в усьому світі цукровий діабет розглядають не як захворювання, а як «стиль життя». І, справді, хвороба є невиліковною та супроводжує пацієнта протягом усього його життя. Нерідко у ендокринологічному відділенні ми надаємо допомогу пацієнтам, у яких хвороба перебігає 30–40 років.

Пацієнти із цукровим діабетом повинні модифікувати свій спосіб життя, щоденно отримувати цукрознижувальні препарати і частково регулювати їх дозування (кількість одиниць інсуліну короткої та ультракороткої дії залежно від об'єму їжі чи дози інсуліну при вірусних інфекціях) та контролювати рівень глюкози крові. Надзвичайно важливо, щоб такі знання і навички отримали пацієнти із вперше діагностованим діабетом, це дозволяє досягти у них доброї компенсації захворювання, відтермінувати розвиток хронічних ускладнень та попередити виникнення ком. Звичайно, цю інформацію пацієнт може отримати у розмові із лікарем чи медичною сестрою, а також в умовах сучасного рівня інформатизації – почерпнути із мережі Інтернет, телебачення, періодичних видань та книг. Проте такі дані можуть бути несистематизованими, не описувати багатьох важливих і необхідних питань, та й зрештою – бути некваліфікованими.

Ці особливості стали передумовами створення у медичних закладах мережі «Шкіл діабетика», де проводять навчання пацієнтів із цукровим діабетом основним поняттям хвороби, особливостям розвитку та лікування гострих та хронічних ускладнень захворювання, висвітлюють принципи модифікації способу життя, дієтотерапії та медикаментозної корекції глікемії, а також – основні засади контролю та самоконтролю перебігу патології.

Вже протягом багатьох років така «Школа діабетика» функціонує на базі ендокринологічного відділення КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня». Зважаючи на те, що середня тривалість перебування пацієнтів у відділення становить 11-12 днів, увесь цикл лекцій поділено на сім занять. Завдяки цьому кожен пацієнт має можливість під час стаціонарного лікування прослухати лекції у повному об'ємі, довідатися про новітні методи діагностики та лікування. Лекції проводять спільними зусиллями лікарів відділення, медичних сестер відділення та працівників кафедр Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського.

Перше заняття – «Що таке цукровий діабет?»

У рамках цього заняття висвітлюють основні типи цукрового діабету – 1 та 2, а також пояснюють особливості гестаційного діабету та діабету, зумовленого панкреатектомією, захворюваннями підшлункової залози та іншими станами. Важливим є пояснити пацієнтам різницю у етіології та патогенезі цукрового діабету 1 та 2 типу, відмінність між абсолютною та відносною неста-

чею інсуліну та фактори ризику розвитку захворювання. Висвітлюють основні клінічні прояви хвороби та механізми їх розвитку.

Друге заняття – «Спосіб життя. Дієтотерапія»

Лікування пацієнтів із цукровим діабетом можливе без зміни режиму праці і відпочинку, харчування, застосування дозованого фізичного навантаження.

Дієтотерапія є основою лікування у хворих із діабетом 1, і 2 типів. Невірна думка, що при застосуванні інсуліну такі хворі можуть не дотримуватися дієти. У хворих із легкою формою ЦД 2 типу дієтотерапія є основним методом лікування.

Основні принципи дієти при цукровому діабеті: фізіологічність, достатня енергетична цінність, достатній вміст вітамінів, мікроелементів, харчових волокон, обмеження вживання вуглеводів (особливо легкозасвоюваних) і тваринних жирів. Хворі потребують стабільного режиму харчування: постійно однакова кількість їжі та її прийомів.

У хворих із 1 типом цукрового діабету (молодих) діабет проявляється схудненням, тому метою дієтотерапії є нормалізація маси тіла з подальшим підтриманням її на постійному рівні. Добова енергетична цінність їжі у хворих із 1 типом цукрового діабету незмінна.

Оскільки більшість хворих із 2 типом цукрового діабету мають підвищену масу тіла, у них дієта має бути гіпокалорійною, з обмеженням тваринних жирів – для зниження маси тіла. Дозволяють деякі коливання добової енергетичної цінності їжі.

Одним з методів лікування при ЦД є також фітотерапія – застосування відварів цукрознижувальних трав. Знижують рівень цукру крові козлятник, квасоля, чорниця, заманиха, гречка. Часто призначають чаї – суміші цукрознижувальних трав, які можна придбати у аптеках (Арфазетин).

Режим фізичної активності сприятливо впливає на хворих із цукровим діабетом. Помірне фізичне навантаження сприяє зниженню рівня цукру крові. Таким хворим дозволяють такі види фізичного навантаження: ранкова гігієнічна гімнастика, дозована хода, повільні їзда на велосипеді і плавання, хода на лижах, спортивні ігри (бадмінтон, волейбол, тенніс). Потрібно уникати значних фізичних навантажень, участі в спортивних змаганнях.

Третя лекція – «Інсулінотерапія. Таблетовані цукрознижувальні препарати»

Пацієнтам пояснюють класифікація інсулінів за тривалістю дії та особливості їх введення – інсулінів короткої та ультракороткої дії перед їжею залеж-

но від її кількості, а інсулінів пролонгованої дії – з певним фіксованим інтервалом.

Застосовують дві основні схеми інсулінотерапії – інтенсивна та традиційна. Слід розуміти, що інтенсивна схема є найоптимальнішою для контролю гіперглікемії та необхідно застосовувати в усіх пацієнтів із цукровим діабетом 1 типу та у частини – із 2 типом. Традиційна схема лікування є простішою для використання, проте її використання обмежене через неможливість достатньо контролювати глікемію за її використання.

У рамках цього заняття проводять практичну частину – пацієнтів вчать користуватися інсуліновими шприцами, набирати у них інсулін та змішувати інсуліни різної тривалості дії, вибирати місця введення препарату та коректно його вводити. Також пацієнти отримують навички введення інсулінів із застосуванням шприц-ручок. Їм надають інформацію про новітні методи інсулінотерапії – інсулінові помпи, інгаляційні інсуліни.

У сучасній ендокринології застосовують таблетовані препарати із цукрознижувальною активністю різних груп. Препаратом вибору в умовах інсулінової резистентності за цукрового діабету 2 типу є метформін. За недостатньої ефективності монотерапії метформіном призначають препарати різних груп – похідні сульфонілсечовини, глітазони, постпрандіальні регулятори секреції інсуліну, а також препарати нових груп – інгібітори дипептидилпептидази-4, аналоги людського глюкагоноподібного пептиду-1.

Четверте заняття – «Що таке контроль діабету?»

Заняття є практично-теоретичним. Для оптимального контролю цукрового діабету та попередження розвитку гострих і хронічних його ускладнень використовуємо такі методи діагностики, як визначення глікемії крові – натще та постпрандіальної, через 2 години після основних прийомів їжі.

Тривалу компенсацію захворювання можна оцінити лише за таким показником, як гліколізований гемоглобін, який показує середній рівень глюкози крові за попередні 3 місяці. Кожен пацієнт із цукровим діабетом повинен контролювати цей параметр щоквартально.

На практичній частині заняття пацієнтів навчають працювати із глюкометрами – портативними апаратами для вимірювання рівнів глюкози крові, які по суті є «домашньою лабораторією» та повинні бути у кожного такого хворого.

П'ята лекція – «Гіпоглікемічні стани»

Гіпоглікемії є найчастішими із гострих ускладнень діабету. Вони розвиваються швидко, в разі введення надлишкової дози інсуліну, недостатньої кількості їжі чи більшого від звичного фізичного навантаження. Про можливість розвитку гіпоглікемії, її клінічні прояви та невідкладну допомогу повинні знати не лише пацієнти, але й їх родичі та близькі люди – які можуть бути поруч та надати допомогу в разі виникнення такого стану.

На початковій стадії гіпоглікемії, коли пацієнт при свідомості, йому потрібно вжити легкозасвоєвані вуглеводи – солодкий чай, сік, торт чи тістечко, відразу після цього – поїсти. При втраті свідомості необхідно ввести підшкірно глюкагон, що є більш фізіологічно, або – 40 % розчин глюкози внутрішньовенно струминно.

При часто виникаючих повторних гіпоглікеміях необхідно звернутися до лікаря для визначення причини цих станів, корекції схеми лікування чи виду терапії.

Шосте заняття – «Кетоз. Кетоацидоз»

Кетоз і кетоацидоз – часте ускладнення цукрового діабету. Розвивається дане ускладнення поступово, протягом днів і тижнів і проявляється наростанням клінічних проявів діабету – спраги, поліурії, полідипсії, схуднення. З'являється ацетон у сечі.

Розвивається цей стан при інфекціях, травмах, стресах чи введенні недостатньої дози інсуліну і фактично є декомпенсацією захворювання.

При виникненні декомпенсації цукрового діабету пацієнту необхідно звернутися до лікаря та корекції стану, що виник.

Сьома лекція – «Хронічні ускладнення цукрового діабету»

Усі ускладнення цукрового діабету поділяють на ангіопатії (включають мікро- і макроангіопатії) та полінейропатії.

Основною проблемою у діабетології є те, що клінічні прояви хронічних ускладнень є мінімальними, тому багато пацієнтів не звертають уваги на симптоми. Проте ангіо- та полінейропатії зумовлюють розвиток таких фатальних станів, як сліпота, хронічна ниркова недостатність, інфаркт, інсульт, гангрена ніг та інші.

Мікроангіопатії є більш характерними для хворих із діабетом 1 типу та включають ураження судин сітківки, нирок та нижніх кінцівок.

Макроангіопатії розвиваються при цукровому діабеті 2 типу та по суті являють собою атеросклеротичне ураження судин крупного і середнього калібру.

Полінейропатії поділяють на центральну (ураження головного і спинного мозку), периферичні (порушення іннервації кінцівок) та автономну (розлади іннервації усіх внутрішніх органів).

Поєднання мікро-, макроангіопатії та полінейропатії при ураженні нижніх кінцівок зумовлює виникнення такого грізного ускладнення діабету, як діабетична стопа. Для попередження її прогресування пацієнтам, особливо із цукровим діабетом 2 типу, необхідно дотримуватися правил догляду за ногами.

Цим хворим необхідно ретельно мити ноги, використовувати нейтральне (дитяче) мило, не тримати ноги у воді більше 5 хвилин, слід звертати увагу на стан шкіри між пальцями ніг, ретельно витирати ноги м'яким рушником, постійно коротко підрізати (а не підпилювати) нігті. Щоденно пацієнтам із цукровим діабетом потрібно оглядати ноги, особливо шкіру між пальцями та підшви: чи

є тріщини, порізи, подряпини, пухирі, виразки, зміни кольору чи температури шкіри. Для уникнення цих ускладнень хворим не можна ходити босоніж, потрібно використовувати шкарпетки лише із натуральних матеріалів і змінювати їх щодня, носити зручне взуття і щодня перевіряти, чи немає у ньому нерівностей чи сторонніх предметів, не можна застосовувати грілки.

Висновки. Таким чином, застосована схема організації «Школи діабетика» на базі стаціонарного ендокринологічного відділення із використанням спільної роботи лікарів та медичних сестер відділення, а також працівників кафедр університету, із структуруванням усього матеріалу на сім занять, дозволяє максимально повно ознайомити усіх пацієнтів відділення із питаннями діагностики, лікування, самоконтролю та попередження розвитку гострих і хронічних ускладнень цукрового діабету.

ЛІТЕРАТУРА

1. Довідник лікаря-ендокринолога / за ред. проф. М. Д. Тронька. – К. : ТОВ «Доктор-Медіа», 2010. – 460 с.
2. Ендокринологія / за ред. проф. П. М. Боднара. – К. : «Здоров'я», 2010. – 512 с.

3. Клінічна ендокринологія в схемах і таблицях / М. І. Швед та ін. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2006. – 344 с.
4. <http://www.diabetes.org> (сайт Американської Діабетологічної Асоціації).

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ МЕДИЧНОГО ФАХІВЦЯ

О. Ю. Бідованець, О. Й. Зарічна, І. Б. Привроцька

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України»*

Соціальні кризові процеси, які відбуваються в сучасному суспільстві, негативно впливають на психологію людей, спричиняючи тривожність і напруженість, озлобленість, жорстокість і насильство. Якість професійної освіти є важливим питанням сьогодення.

У статті висвітлено результати оцінки рівня агресивності у молоді на етапі здійснення професійного вибору.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE MEDICAL PROFESSIONAL'S PERSONALITY FORMATION

O. Yu. Bidovanets, O. Y. Zarichna, I. B. Pryvrotska

SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»

The social crisis processes that take place in the modern society, negatively affect on the psychology of people, causing anxiety and tension, anger, cruelty and violence. The quality of professional education is an important current issue.

This article adduces the results of the aggressiveness evaluation among youth at the phase of professional choice implementation.

Вступ. Схильність до агресивної поведінки у студентів діагностували за опитувальником «Діагностика схильності до агресивної поведінки А. Ассингера». Анкетували учнів старших класів середньої школи і студентів першокурсників м. Тернополя. У дослідженні взяли участь 60 учнів 11 класів; 92 студенти, серед яких 46 студентів I курсу Тернопільського національного педагогічного університету ім. В. Гнатюка, що навчаються за спеціальністю «Біологія» та 46 студентів I курсу Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського.

Опитування проводили щодо індивідуального ставлення до питань біоетики молодих людей, які навчаються на першому і четвертому курсах лікувального факультету ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського (49 і 57 чоловік відповідно), першокурсників біологічного факультету педагогічного універси-

тету (48 чоловік), одинадцятикласників ЗОШ № 5 (60 чоловік) і студентів 6 курсу ТВДС ім. Й. Сліпого (17 чоловік). Для дослідження ми використовували спеціально розроблені анкети, які складаються із двох частин. Перша частина містить 13 питань, які спрямовані для виявлення. Друга частина опитувальника ідентифікує за статтю, професією, ставленням і належністю до певної релігії.

Основна частина. Відомо, що агресивні риси поведінки індивіда важливі для відстоювання автономії, усунення джерела загрози або страждання, видалення перешкод на шляху до задоволення потреб, розв'язання внутрішнього конфлікту, підвищення самооцінки. При цьому агресія може частково або повністю не усвідомлюватися її господарем.

За результатами дослідження методикою А. Ассингера встановлено, що 35,0 % школярів є надмірно миролюбними, що, очевидно, зумовлено недостатньою впевненістю у власних силах і

можливостях. Помірно агресивними є 60,0 % школярів, що, очевидно, вказує на їх достатнє честолюбство та самовпевненість.

Лише 5,0 % з опитаних школярів є надмірно агресивними. Для таких осіб характерні невірноваженість та бажання досягти мети будь-якими методами, незважаючи на думку інших. Особи з високим рівнем агресивності нерідко бувають невірноваженими і жорстокими до інших. Вони сподіваються дістатись до управлінських верхів, розраховуючи на власні методи, досягнути успіху, жертвуючи інтересами тих людей, що їх оточують [1]. Серед студентів I курсу медичного університету 6,5 % є надмірно агресивні. Серед першокурсників-біологів надмірно агресивних осіб не було.

Помірна агресивність виявлена у 78,3 % студентів I курсу медичного університету і 32,6 % студентів педагогічного. Даний рівень агресивності характерний для людей, які цілком успішно йдуть по житті, оскільки у них достатньо здорового честолюбства і самовпевненості.

Неагресивні 15,2 % обстежених першокурсників медичного університету і 32,6 % респондентів біологічного факультету. Надмірно миролюбні особи, за даними літератури, недостатньо упевнені у власних силах і можливостях [1].

На питання про те, чи медичний професіоналізм включає моральні якості лікаря і передбачає вивчення етичних знань, ствердно відповіло 68,4 %, заперечило 5 %, важко було відповісти 26,6 %.

Вибір професії стає центром психологічного розвитку старшокласників [2]. У зв'язку з виникненням життєвих планів у них формується вміння

підпорядковувати свою поведінку конкретним цілям майбутнього самостійного життя, перебувати мотиви діяльності. На перше місце виступають відповідальність перед собою, почуття суспільного обов'язку, ідейні переконання, моральні принципи, якими старшокласники починають керуватися в повсякденному житті. Незважаючи на те, що термін «агресія» зазвичай вживається для позначення руйнівних намірів, його поширюють і на більш позитивні прояви, наприклад активність, що породжується честолюбством. Подібні дії позначають як самоствердження, щоб підкреслити, що вони спричинені неворожою мотивацією та проявляються у формі конкуренції, прагнення до досягнень і т.д.

Пошук свого місця в житті – професійного, особистісного, духовного – є провідною діяльністю особистості в старшому шкільному віці. Відмова від зовнішньої моралі, ствердження відносності моральних та духовних цінностей спричиняють тимчасове підвищення рівня агресивності, що необхідно враховувати з метою корекції.

Висновок. Отже, запровадження викладання біоетики у медичному університеті сприятиме формуванню особистості майбутнього медичного фахівця на засадах людяності, альтруїзму та обов'язку у ставленні до хворого. Поширення персоналістичної моделі біоетики сприяє розвитку духовно багаті особистості, яка діє на основі принципів милосердя, чесності, працьовитості.

Дана система поглядів має екуменічний характер, включає порівняльний аналіз поглядів і понять, які належать як до загальнолюдської, так і до християнської етики.

ЛІТЕРАТУРА

1. Колесник Ю. М. Якість освіти – показник відповідальності перед суспільством / Ю. М. Колесник, Ю. М. Нерянов, В. М. Компанієць. – Медична освіта. – 2012. – № 2. – С. 61–63.

2. Дячук Д. Д. Аналіз та визначення пріоритетів розвитку безперервної професійної освіти молодших спеціалістів із медичною освітою / Д. Д. Дячук, Т. С. Ласиця, О. Є. Рубан. – Медсестринство. – 2012. – № 2. – С. 4–6.

МЕДИЧНА ТАЄМНИЦЯ

Т. Ю. Рибалка

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України»
ННІ медсестринства*

У статті описано основні аспекти, пов'язані з дотриманням медичної таємниці медичними працівниками, умови, за яких розголошення медичної таємниці дозволено законом, а також подано приклади нормативно-правових документів, що охороняють медичну таємницю від розголошення в Україні, і порушення яких несе за собою кримінальну чи цивільно-процесуальну відповідальність.

MEDICAL CONFIDENTIALITY

T. Yu. Rybalka

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»
Educational-Scientific Institute of Nursing*

This article adduces the main aspects related to medical ethics by medical staff, the conditions under which disclosure of medical ethics are permitted by law. Also, examples of legal documents that protect medical secrets from disclosure, violation of which involves a criminal or civil procedural responsibility in Ukraine are provided.

Вступ. Медична таємниця є основним поняттям медичної етики та деонтології. Медицина та право взаємодіють між собою, тому практично завжди постає питання медичної таємниці, що підкреслює його актуальність, теоретичну та прикладну значущість.

Основна частина. Медична таємниця – це сукупність певної медичної та немедичної інформації, яка не підлягає розголошенню.

У таємниці зберігаються відомості щодо факту звернення особи до лікувального закладу за медичною допомогою, стану здоров'я, діагнозу її захворювання, результатів обстеження і лікування та інші відомості, включаючи інформацію про сімейне, інтимне життя людини, а також про стан здоров'я родичів, близьких осіб пацієнта [1].

Медична таємниця належить до професійних таємниць, оскільки відповідає критеріям:

– стає відома особі лише внаслідок виконання своїх професійних обов'язків або ж навчання (студенти-практиканти, інтерни тощо);

– заборона на розповсюдження дорученої інформації може заподіяти шкоду правам довірителя, що встановлені законом;

– інформація не належить до відомостей, що складають державну, комерційну чи іншу таємницю, що охороняються законом [2].

Залежно від осіб, яким відомості не повинні розголошуватися, відомості поділяються на:

1. Відомості, які не підлягають розголошенню стороннім особам.

2. Відомості, які не слід повідомляти самому хворому [2].

Дотримання медичної таємниці крізь історичну призму...

Починаючи з часів Гіппократа і до сьогодні майбутні медики дають урочисту обіцянку берегти таємницю, довірені їм хворими:

«... щоб при лікуванні, і також без лікування, я не побачив або не почув відносно життя людей з того, що не потрібно розголошувати, я промовчу про те, вважаючи подібні речі за таємницю...» [3].

Прикладами щодо дотримання медичної таємниці також є слова перського вченого-енциклопедиста,

філософа, лікаря та хіміка Авіценни та «Женевської декларації» ВМА (1948, 1968, 1983, 1994 рр.).

Авіценна давав такі настанови послідовникам своєї справи: «Оберігай таємницю від усіх, які розпитують, полонянка твоя – твоя таємниця, якщо ти зберіг її, і ти бранець її, якщо вона розкрита».

«Женевська декларація» ВМА (1948, 1968, 1983, 1994 рр.) говорить: «... урочисто клянуся... берегти довірені мені таємниці, навіть після смерті пацієнта» [4].

Умови, при яких розголошення медичної таємниці допускається.

За згодою громадянина або його законного представника допускається передача відомостей, що становлять лікарську таємницю, іншим громадянам за таких умов.

Перш за все, посадовим особам в інтересах обстеження і лікування, для проведення наукових досліджень, використання цих відомостей у навчальному процесі. Без дозволу пацієнта (або його представника) передача відомостей про нього незаконна і вважається розголошенням медичної таємниці [4].

Людина, яка досягла віку 15 років, має право вирішувати самостійно кому і в яких цілях можуть бути довірені відомості, що становлять медичну таємницю. За неповнолітніх до 15 років рішення з цього питання приймають батьки або інші законні представники [4].

Зрідка, передбачених законом випадках, допускається передача відомостей, що становлять медичну таємницю, без згоди громадянина або його законного представника:

1. З метою обстеження та лікування громадянина, не здатного через свій стан висловити свою волю (тобто знаходиться у несвідомому, небезпечному для життя і здоров'я стані в ситуації, коли його законний представник недоступний).

2. При загрозі поширення інфекційних захворювань, масових отруєнь та уражень.

3. На запит органів дізнання і слідства, прокурора і суду в зв'язку з проведенням розслідування або судовим розглядом (ситуації, коли пацієнт є учасником кримінального чи цивільного процесу); в подібних випадках інформація, що містить медичну таємницю, надається лише за наявності належним чином оформленого офіційного запиту (постанови суду, слідчого, прокурора, дізнавача) і лише щодо осіб, офіційно залучених як обвинуваченого, підозрюваного, свідка чи потерпілого; важливо, що лікарі не зобов'язані за законом і за

професійним правилом повідомляти про своїх пацієнтів що-небудь, окрім інформації про стан здоров'я, що міститься в історії хвороби.

4. У разі надання допомоги дитині до 15 років для інформування його батьків або законних представників.

5. За наявності підстав вважати, що шкода здоров'ю громадянина заподіяна у результаті протиправних дій (наприклад, пацієнт є жертвою злочину), інформація передається медичним закладом у міліцію [4].

Медична таємниця та її юридичне сьогодення в Україні.

В Україні медична таємниця охороняється законом. Основними нормативно-правовими документами, що «забезпечують» дотримання медичної таємниці є:

Кримінальний кодекс України ст. 145 «Незаконне розголошення медичної таємниці».

I. Стаття 145. Незаконне розголошення медичної таємниці передбачає :

За умисне розголошення медичної таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки, карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або виправними роботами на строк до двох років [5].

II. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»:

Стаття 39-1. Право на таємницю про стан здоров'я.

Пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні. Забороняється вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта. (Закон доповнено статтею 39-1 згідно із Законом № 997-V (997-16) від 27.04.2007) [6].

III. Цивільно-процесуальний кодекс України:

Стаття 301. Право на особисте життя та його таємницю.

1. Фізична особа має право на особисте життя.

2. Фізична особа сама визначає своє особисте життя і можливість ознайомлення з ним інших осіб.

3. Фізична особа має право на збереження у таємниці обставин свого особистого життя.

4. Обставини особистого життя фізичної особи можуть бути розголошені іншими особами лише за умови, що вони містять ознаки правопорушення, що підтверджено рішенням суду, а також за її згодою [7].

У разі розголошення відомостей, що становлять лікарську таємницю (якщо це доказово), потрібно зробити наступне:

- подати скаргу керівнику установи, співробітник якого розголосив відомості, що становлять медичну таємницю, з вимогою застосування до такого співробітнику заходи дисциплінарного стягнення;

- або в порядку цивільного судочинства подати позов про відшкодування моральної шкоди до установи, співробітник якого розголосив відомості, що становлять медичну таємницю;

- або подати у відділення міліції чи прокурору заяву з вимогою порушити кримінальну справу за фактом розголошення відомостей, що становлять медичну таємницю [8].

ЛІТЕРАТУРА

1. Коробцова Н. В. Деякі проблеми правової охорони медичної таємниці / Н. В. Коробцова, О. П. Печений, И. С. Сук. – К. : Здоров'я, 1981. – 39 с.

2. <http://nikopol.net.ua/news/4419.html>

3. http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/990_001

Висновок. Поняття «медична таємниця» включає:

- по-перше, підтвердження принципу поваги до пацієнта, поваги його людської гідності, його законних прав, його особливого права на конфіденційність;

- по-друге, поширення принципу неспричинення шкоди на всі сторони життєдіяльності, способу життя пацієнта, його добробуту, якому може завдати шкоди розголошення медичним працівником конфіденційної фахової інформації.

На жаль, розголошення фахових таємниць часто відбувається через балакучість медиків. Тому вже зі студентських років майбутні медичні працівники повинні привчити себе до особливої моральної дисципліни в поводженні з фаховою інформацією. Це така ж важлива фахова риса, як і наукова підготовка і мануальна техніка. Висловлюючись старомодно про медичного працівника, який допустив розголошення фахової таємниці, варто говорити як про клятвопорушника.

4. <http://ukrkniga.org.ua/ukrkniga-text/699/145/>

5. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

6. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1618-15>

7. <http://www.civicua.org/news/view.html?q=1820566>

ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА. ОБОВ'ЯЗКИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПРИ ЛІКУВАННІ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Т. Я. Скарлош, І. В. Павлік

Тернопільська університетська лікарня

Значення діяльності медсестри кардіологічного відділення досить велике. Вона відповідає за надання допомоги кардіологічним хворим, чітке виконання призначень лікаря, швидке і професійне надання долікарської допомоги, проведення реанімаційних заходів в екстрених випадках. Все це вимагає високого рівня знань і практичних навичок медичної сестри, вміння поводитися в колективі, при спілкуванні з хворими та їх родичами.

ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION. DUTIES OF A NURSE IN CASE OF MYOCARDIAL INFARCTION TREATMENT

T. Ya. Skarlosh, I. V. Pavlik

Ternopil University Hospital

The work of nurses of Cardiology Department is very important. They are responsible for providing care in Cardiology, accurate execution of doctor's appointments, fast and professional providing of the first aid, and conducting resuscitation in an emergency. All of this demands the great knowledge and practical skills in nursing to its moral aspect, the correct behavior in a team, when communicating with patients and their relatives.

Вступ. Спеціалізовану кардіологічну допомогу III рівня складності надають у кардіологічному відділенні для інфарктних хворих КЗ TOP «Тернопільська університетська лікарня» потужністю 75 ліжок з палатою інтенсивної терапії (ПІТ), де обстежують та лікують пацієнтів з районів області, а також хворих III категорії складності з лікувальних закладів м. Тернополя, і є лікувальною базою для кафедр внутрішньої медицини № 1 та № 3 Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського.

Палата інтенсивної терапії працює в режимі щоденного та цілодобового прийому хворих із гострим інфарктом міокарда та іншими невідкладними станами, забезпечує надання своєчасної кваліфікованої медичної допомоги та здійснює діагностичний пошук у потрібному обсязі.

Сьогодні тут під керівництвом старшої медичної сестри І. В. Павлік працює 13 молодших медичних спеціалістів та молодших медичних сестер. Робо-

та медиків у цьому підрозділі надзвичайно напружена, вимагає не лише певних вмінь, а й особливих зусиль, самовіддачі. Робота медсестринського персоналу організована так, щоб усі працювали однією командою. Цілодобово бригада швидкої допомоги доправляє сюди хворих з тяжкою кардіологічною патологією, «інфарктників», яким потрібно вчасно надати невідкладну допомогу, і від того, як спрацює команда – і лікарів, і медсестер, залежить життя людини. Навіть праця молодшої медсестри у цьому відділенні тяжча – потрібно вчасно прибрати, доглянути тяжкохворого – нагодувати, судно піднести, постільну білизну змінити, переодягнути пацієнта, який сам усе це зробити не може.

В середньому у відділенні щорічно проходять лікування більше 650 пацієнтів, з них приблизно 240 хворих з гострим інфарктом міокарда.

Все це вимагає знань і практичних навичок. Матеріал, поданий нижче, буде корисним для підвищення професійного рівня медичних сестер.

Основна частина. Гострий інфаркт міокарда – крайній ступінь ішемічної хвороби серця, який характеризується розвитком ішемічного некрозу ділянки міокарда, що виник внаслідок абсолютної або відносної недостатності кровопостачання у цій ділянці [1, 2].

Вперше клініку ІМ в 1909 році описали відомі українські терапевти В. П. Образцов і М. Д. Стражеско, вони ж і вперше прижиттєво встановили діагноз [4, 5].

Це одне з найпоширеніших захворювань. При гострому інфаркті міокарда помирає приблизно 35 % хворих, причому трохи більше половини до того, як потрапляють в стаціонар. Ще 15–20 % хворих, які перенесли гостру стадію інфаркту міокарда, вмирають протягом першого року.

У 80–85 % всіх випадків хвороба починається з гострого ангінозного нападу за грудниною й триває більше 30 хвилин [2, 3].

Найчастіше хворі скаржаться на біль. У деякого біль буває настільки сильним, що пацієнт описує його як один з найсильніших, який йому доводилося відчувати. Тяжкий, стискаючий, розриваючий біль звичайно виникає глибоко в грудній клітці і за характером нагадує звичайні напади стенокардії, однак вона більш виражена і тривала. У типових випадках біль наявний в центральній частині грудної клітини або в ділянці епігастрію. Приблизно у 30 % хворих він іррадіює у верхні кінцівки, рідше в ділянку живота, спини, захоплюючи нижню щелепу і шию.

Часто біль супроводжується слабкістю, пітливістю, нудотою, блюванням, запамороченням, збудженням. Неприємні відчуття хворі відчувають у стані спокою, частіше вранці. Якщо біль починається під час фізичного навантаження, то на відміну від нападу стенокардії, він, як правило, не зникає після її припинення.

Проте біль наявний не завжди. Приблизно у 15–20 % хворих на гострий інфаркт міокарда перебігає безболісно, такі хворі можуть взагалі не звертатися за медичною допомогою. Найчастіше безбольовий інфаркт міокарда реєструють у хворих на цукровий діабет, а також у осіб похилого віку. У літніх хворих інфаркт міокарда проявляється раптовою задишкою, яка може перейти в набряк легень. В інших випадках інфаркт міокарда як больовий, так і безбольовий характеризується раптовою втратою свідомості, відчуттям різкої слабкості, виникненням аритмії або просто нез'ясованим різким зниженням тиску.

Часто спостерігають блідість, пітливість і похолодіння кінцівок. Загруднинний біль, що триває більше 30 хвилин. Тому пацієнти з даним захворюванням потребують особливого нагляду та інтенсивного лікування, яке їм надають висококваліфіковані лікарі, середній та молодший медичний персонал у палаті інтенсивної терапії. Тут створені оптимальні умови для перебування хворого, які полегшують його страждання і прискорюють процес одужання. Важлива роль в їх забезпеченні і вдосконаленні належить середньому медичному персоналу. При госпіталізації хворого з важким діагнозом гострий інфаркт міокарда медична сестра повинна підготувати хворого до лікувально-діагностичного процесу та лабораторних обстежень:

1. Катетеризація периферійної вени.
2. Забір аналізів (біохімічний аналіз крові, коагулограма, RW, тропоніновий тест, МНВ, d – дімер, АЧТЧ, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі).
3. Запис електрокардіограми.
4. Підключення хворого до кардіомонітора.
5. Цілодобове спостереження медичною сестрою за артеріальним тиском, частотою серцевих скорочень, пульсом.
6. Виконання лікарських призначень (внутрішньовенне введення лікарських засобів, таблетовані препарати, внутрішньом'язове та підшкірні ін'єкції).

Також в обов'язки медичної сестри входить асистувати лікарю при пункції перикарда, встановленні тимчасового електрокардіостимулятора вкрай тяжкохворим та інтубувати їх.

Середній медичний персонал повинен не тільки кваліфіковано та акуратно виконувати призначення лікаря, але й забезпечити необхідні комфортні умови, затишок для хворих, проявляти турботу про їх психіку протягом усього періоду лікування. Медична сестра, яка доглядає хворого, повинна бути спокійною, стриманою, терплячою і в той же час вимогливою до виконання всіх призначень лікаря. Вона оберігає хворого від частих, тривалих і стомлюючих відвідин родичів, знайомих і товаришів по роботі. Відвідувачі нерідко своєю поведінкою порушують встановлений для хворого лікувальний режим.

Висновок. Медичні сестри ПІТу кардіологічного відділення Тернопільської університетської лікарні з великою відповідальністю виконують свої обов'язки, на них лежить особиста відповідальність за

здійснення сестринського процесу на практиці і постійне удосконалення кваліфікації.

Тому в житті і діяльності медичної сестри органічно поєднуються високий професіоналізм, гу-

манність та милосердя, комплексний всебічний догляд за пацієнтами і полегшення їх страждань, готовність цілком віддати себе обраній професії, навіть у найтяжчих умовах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алперт Дж. Лечение инфаркта миокарда / Дж. Алперт, Г. Френсис ; пер. с англ. – М. : Практика, 1994. – 255 с.

2. Руда М. Я. Инфаркт миокарда / М. Я. Руда, А. П. Зиско. – М. : Медицина, 1984. – 248 с.

3. Сиркін А. Л. Инфаркт миокарда / А. Л. Сиркін. – М. : Медицина, 1991. – 303 с.

4. Єпішин А. В. Внутрішні хвороби / А. В. Єпішин. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2005. – С. 100–175.

5. Рудик Б. І. Вибрані лекції з кардіології / Б. І. Рудик. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – С. 149–175.

МОНІТОРИНГ ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА «ПРОГРАМИ ФОРМУВАННЯ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ТОЛЕРАНТНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ»

О. С. Федорці, Т. О. Третяк

Обласний комунальний заклад «Дніпропетровське медичне училище»

Викладений матеріал базується на результатах аналізу опитування студентів. Наведено рівень інформованості та уяви респондентів про медичні і соціальні параметри ВІЛ-інфікованості і СНІДу.

MONITORING AS A PART OF "PROGRAM OF FORMING THE TOLERANT ATTITUDE OF STUDENTS TOWARDS THE HIV INFECTED PEOPLE"

O. S. Fedortsy, T. O. Tretiak

Regional Municipal Institution "Dnipropetrovsk Medical School"

The performed materials are based on the analysis of students' survey. It is described the level of awareness of the respondents about the medical and social characteristics of HIV infection and AIDS.

Вступ. Молоде покоління в Україні перебуває в досить складній соціально-психологічній ситуації. Значною мірою порушені традиційні стереотипи поведінки, нормативні та ціннісні орієнтації. Молоді люди втрачають сенс того, що відбувається, і не мають життєвих навиків, які б дозволили зберегти свою індивідуальність і сформувати здоровий ефективний стиль життя. Молоді люди, і особливо студенти, знаходячись в умовах стресів, інтенсивність яких постійно зростає, не готові до їх подолання і страждають від їх наслідків. У ситуації, що склалася, гостро стоять проблеми профілактики СНІДу [1].

Основна частина. Збереження та зміцнення здоров'я людини, попередження випадків передчасної смерті, збільшення середньої тривалості життя і покращення її якості на сьогодні є найактуальнішим питанням не лише системи охорони здоров'я, а й суспільства в цілому. В останні роки проблема профілактики несприятливого впливу факторів навколишнього середовища на здоров'я людини посідає одне з перших місць серед інших загальноосвітніх проблем. Навчальні заклади, які мають в своєму розпорядженні сучасні інформаційні ресурси, здатні внести значний

внесок у роботу щодо пропаганди здорового способу життя та профілактики СНІДу. Спираючись на актуальність зазначеної проблеми, ми розробили і апробували «Програму формування у студентської молоді толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ».

З цією метою вивчали:

- рівень інформованості та уявлення студентів про медичні і соціальні параметри ВІЛ-інфікованості та СНІДу;
- установки і стереотипи в свідомості молоді відносно людей, які живуть з ВІЛ;
- ступінь соціального дистанціювання або толерантності, стійкості негативних стереотипів у ставленні до ВІЛ-інфікованих.

Дослідження проводили шляхом анкетування.

Структура анкети містила такі змістовні блоки питань:

1. Актуальність проблеми ВІЛ/СНІД для суспільства і для себе особисто.
2. Інформованість про шляхи передачі ВІЛ-інфекції, профілактику захворювання та джерела інформації про ВІЛ/СНІД.
3. Ставлення до людей, які живуть з ВІЛ.
4. Соціально-демографічний статус респондентів.

Респондентами виступили студенти Дніпропетровського педагогічного коледжу Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара та студенти обласного комунального закладу «Дніпропетровське медичне училище».

На початковому етапі для виявлення ступеня інформованості щодо ВІЛ-інфекції респондентам було поставлено запитання: «Як ви вважаєте, яка кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в Україні?» і пропонували обрати одну з відповідей: 1) до 100 тис.; 2) від 100 до 200 тис.; 3) від 200 до 500 тис.; 4) більше 500 тис. Структура відповідей виглядає так: 17 % вважають, що кількість ВІЛ-інфікованих перевищує 500 тис., 40 % зізналися, що не можуть вказати навіть приблизну цифру, 34 % припустили, що кількість зареєстрованих випадків менше 100 тис. і 9 % дали відповідь – від 100 до 200 тис. Згідно з статистичними даними на 1 січня 2012 року в Україні зареєстровано 204 тис. 803 інфікованих [2]. Виходячи з результатів анкетування, можна зробити висновок, що більшість респондентів не уявляють рівень розповсюдженості захворювання на території країни, хоча більша частина з них вперше почула про цю хворобу в початковій школі і 94 відсотки вважають проблему СНІДу дуже важливою для України.

На наступному етапі дослідження запропоновано питання стосовно шляхів передачі інфекції та можливості пройти у місті Дніпропетровськ обстеження на ВІЛ. Анкетування показало, що хоча абсолютна більшість знає, що СНІД не передається при кашлі, розмові, користуванні загальним санвузлом, 26 % респондентів вважає, що при татуюванні та проколюванні вух інфекція також не передається, і, на жаль, лише менше 40 % опитуваних має інформацію про те, де в місті можна пройти анонімне обстеження на ВІЛ.

За результатами аналізу даного блока дослідження можна зробити висновок, що більшість респондентів має доступ до інформації про ВІЛ/СНІД, але незважаючи на це, вони не вважають, що хвороба загрожує їм особисто (64 %).

Наступним етапом дослідження стало виявлення ставлення майбутніх медпрацівників та педагогів

до людей, які живуть з ВІЛ. Так 45 % студентів медичного училища і 56 % майбутніх педагогів вважають, що хворий на СНІД повинен повідомити про це на роботі або в навчальному закладі. Відповідно 52 і 64 % вважають, що ВІЛ-інфікована дитина не може відвідувати дитячий садочок чи загальноосвітню школу і майже половина опитуваних пропонує обслуговувати ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД пацієнтів в спеціальному закритому лікувальному закладі. І абсолютна більшість респондентів вважає, що пацієнти, які захворіли внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків і безладних статевих відносин отримали те, що заслуговують.

На заключному етапі дослідження студентам медичного училища було запропоновано дати відповіді на запитання, спрямовані на виявлення інформованості про правила поведінки при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам та про профілактичні заходи при контакті з біоматеріалом. Незважаючи на те, що опрацювання відповідних наказів МОЗ України є обов'язковим при вивченні більшості клінічних дисциплін, майже третина респондентів не готова до практичної діяльності в умовах розповсюдження ВІЛ-інфекції.

У програмі подолання у студентській молоді негативного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, важливо передбачити методи подолання стереотипів мислення, а саме – змінити підсвідому установку про ВІЛ-інфіковану особу як про людину, яка помирає; нівелювати відчуття загрози, яке викликає комплекс тривоги і негативне ставлення до ВІЛ-інфікованого в разі його присутності в близькому оточенні; сформувати установку про неприпустимість соціальної дискримінації ВІЛ-позитивних, незалежно від джерела інфікування.

Висновок. Отримані результати продемонстрували недостатній рівень знань у студентів, неоднозначність ставлення до проблеми ВІЛ/СНІД і до людей, які живуть з ВІЛ, а постійний моніторинг дозволяє виділити питання, яким слід приділити більше уваги, сформувати пріоритетні напрямки і обрати форми профілактичної роботи в навчальному закладі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шереги Ф. Е. Проблеми формування толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих в освіті. – Москва : Видавництво «Центр соціального прогнозування». – 2005. – 11 с.

2. http://news.zn.ua/HEALTH/ukraina_lidiruet_v_evrope_po_urovnyu_rasprostraneniya_spida-112890.html

УЧАСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПРОГРАМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА В ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Я. Л. Януш

Клінічна лікарня Львівської залізниці

У статті подано основні комплекси дій медичної сестри-магістра в лікувальному процесі починаючи з раннього післяопераційного періоду до повного видужання пацієнта. Значення формування професійно значущих якостей майбутніх медичних працівників у сфері реабілітації.

PARTICIPATION OF A NURSE IN THE REHABILITATION PROGRAM AFTER ENDOPROSTHESIS OF THE HIP IN PATIENTS OF AN OLD AND SENILE AGE

Ya. L. Yanush

Clinical Hospital of Lviv Railway

The article adduces the basic set of actions of the nurse-master in the medical process from early postoperative period to full recovery of the patient, value of the formation of professionally significant qualities of future health professionals in rehabilitation.

Вступ. Актуальною проблемою сьогодення є формування у медичних працівників здібностей індивідуального підходу до пацієнтів реабілітаційного профілю, емоційного та фізичного станів, пов'язаних із даним захворюванням.

Основна частина. Переломи кісток у людей похилого та старечого віку є частою і складною трагедією. Тому є не тільки медичною, а і соціальною проблемою, оскільки наявні супутні захворювання життєво важливих органів і систем та остеопороз ускладнюють тактику ведення хворих і їх реабілітацію.

Найтяжчим і потенційно складними в лікуванні і реабілітації є переломи вертлюгової ділянки, які характерні для людей старшого віку. Велика кількість ускладнень і високий рівень смертності після остеопоротичних переломів у жінок і чоловіків потребує обґрунтованого застосування методик сучасної реабілітології адекватних віку хворих, травми і методу хірургічного лікування. Стандартом лікування черезвертлюгових та

міжвертлюгових переломів стегнової кістки є металоостеосинтез фіксатором DHS та кутовими пластинами.

Оскільки у більшості пацієнтів старших вікових груп діагностується артроз кульшового суглоба, а остеопороз не завжди дозволяє досягти стабільної фіксації відламків, особливо при багатовідламкових переломах, навантаження оперованої кінцівки можливе лише після зрощення перелому.

Небезпека розвитку тромбоемболічних ускладнень, застійних явищ з боку легень і нирок, вираженість супутніх захворювань і профілактика розвитку вікових неврологічних і психічних захворювань, вимагають застосування реабілітаційних заходів відразу ж після травми чи після госпіталізації в стаціонар. У медичній реабілітації, згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ, розрізняють два періоди: лікарняний та післялікарняний, у кожного з яких є визначені етапи. Перший період включає I етап реабілітації – лікарняний (стаціонарний), а післялікарняний період – II етап – поліклінічний або реабілітаційний, санаторний і III етап – диспансерний.

I період (вступний) – щадний – характеризується вираженими анатомічними і функціональними порушеннями опорно-рухової системи і організму взагалі, симптомами, притаманними даній травмі, вимушеним зниженням рухової активності, зокрема іммобілізацією. Завдання цього періоду: поліпшення нервово-психічного стану хворого, попередження ускладнень, стимуляція трофічних та компенсаторних процесів, навчання навичок самообслуговування.

Більшість дослідників вказує, що одна з причин, яка призводить до смертності, це нездатність пересуватись відразу ж після операції та на момент виписки з лікарні. Відновлення функції ходьби впливає не тільки на функціональний прогноз, але і на тривалість життя. Найбільш функціональне відужання відбувається у період перших 4 – до 6 місяців після перелому та залишається стабільним після цього, наголошуючи на потребі відновлення ходьби та функціонального статусу на ранній стадії. Необхідна система реабілітації, щоб пацієнти з переломами стегна могли отримувати постійну, інтенсивну реабілітацію і після ранньої виписки з клініки.

Проаналізувавши результати лікування пацієнтів з між- і черезвертельними переломами стегнової кістки, яким було виконано металоцементний остеосинтез перелому вертлюгової ділянки з ендопротезуванням кульшового суглоба тотальним протезом з цементною фіксацією компонентів. Вік хворих коливався від 72 до 90 років і становив в середньому 78 років. До травми хворі вели активний спосіб життя. Переломи виникали внаслідок низькоенергетичної травми в побуті. На рентгенограмах кульшового суглоба в усіх пацієнтів відмічали зміни, характерні для деформуючого артрозу різного ступеня.

При госпіталізації в стаціонар насамперед була призначена адекватна знеболювальна терапія (кеталонг, трамадол, дексалгін, промедол, омнопон, морфін), оцінювали вираженість супутніх захворювань, при потребі призначали консультації відповідних спеціалістів. З метою профілактики розвитку тромбоемболічних ускладнень призначали фраксипарин або клексан в профілактичних дозах. Проводили профілактику застійних явищ з боку легень і нирок – заняття з інструктором ЛФК, дихальна гімнастика і вправи для верхніх і здорової кінцівки, забороняли хворим вживати незвичну їжу, екзотичні овочі і фрукти (гранати, банани та інші). Профілактика розвитку вікових неврологічних і

психічних захворювань вимагала застосування індивідуального догляду родичів, для чого оформляли через ЛКК дозвіл. На ніч перед операцією хворим призначали заспокійливі, при потребі – снодійні. До операції на здорову ногу накладали еластичний бинт. Операцію проводили під регіонарним знеболенням, швидко, з мінімальним травмуванням тканин і ретельним гемостазом.

Післяопераційну реабілітацію розділяли на два періоди: 1 – період відносного спокою в перші 2–3 доби після операції та 2 – період відновлення основних навичок і функцій. В першому періоді переважали спокій – кінцівку укладали в деротаційну лонгету, проводили пасивні вправи кінцівками і повороти в ліжку – після відновлення чутливості хворих повертали на здоровий бік з подушкою між колінними суглобами і назад на спину кожні 40 хвилин – 1,5 години залежно від стану і бажання пацієнта, просили виконувати дихальні вправи.

ЛФК застосовуємо у формі лікувальної і ранкової гігієнічної гімнастики, самостійних занять. Комплекси складаються приблизно з 75 % загальнорозвиваючих вправ та дихальних у співвідношенні 1:1 і до 25 % спеціальних вправ. Виконують їх переважно з вихідного положення лежачи. Інтенсивність вправ невисока, а наприкінці періоду – помірна. Тривалість лікувальної гімнастики 5–12 хв. Заняття включають дихальні вправи (8–10 глибоких вдихів наприкінці кожної години), статичні і динамічні вправи для пальців кінцівок, ізометричне напруження м'язів передпліччя, стегна і гомілки. Велике значення для відновлення сили кінцівки має ізометричне напруження м'язів. Спочатку навчаємо напружувати м'язи на здоровій кінцівці, а потім на двох одночасно. Вправа проводиться так: 1) напруження м'язів на 3–4 секунди; 2) розслаблення м'язів на 8–10 секунд.

Приблизний комплекс фізичних вправ, які застосовували в першому періоді.

Тильне і підшовне згинання стоп.

Висхідне положення – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Підняти руки вгору – вдих, повернутись у висхідне положення – видих.

Повороти голови вправо та вліво.

Ізометричне напруження м'язів стегна (3–4 с).

Діафрагмальне дихання.

Згинання та розгинання рук в ліктьових суглобах.

Діафрагмальне дихання.

Висхідне положення – лежачи на спині, руки перед грудьми. Поворот голови вправо з одночасним випрямленням рук вперед. Те ж в інший бік.

Висхідне положення – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Згинання та розгинання пальців рук.

Висхідне положення – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Розвести руки в сторони – вдих, вернутись до висхідного положення – видих.

Вправи виконують в спокійному темпі, повторюючи кожну вправу 8–12 разів (дихання не затримувати). Заняття проводять 3–4 рази впродовж дня.

У другому періоді переважали вправи, спрямовані на розвиток усіх м'язових груп. Заняття з інструктором ЛФК та медсестрою після операції 2–3 рази на день по 15–20 хвилин направлені на навчання хворих виконувати вправи для відновлення сили і функції м'язів. Рухомість в кульшовому суглобі залежить від: великого сідничного м'яза – розгинання, середнього сідничного м'яза – опірної функція, чотириголового м'яза стегна і здухвинно-поперекового м'яза – згинання. Для відновлення функції м'язів кінцівки призначали рухи пальцями стопи і в гомілково-стопному суглобі, кругові рухи стопою і захоплення пальцями стопи, рухи в колінних суглобах, згинання і розгинання, приведення і відведення в кульшових суглобах, ізометричне напруження м'язів стегна і гомілки по 4–6 с зі збільшенням кількості повторів і занять.

Приблизний комплекс фізичних вправ в другому періоді. Висхідне положення – лежачи на спині, руки вздовж тулуба.

Підняти руки вгору – вдих, вернутись у висхідне положення – видих.

Тильне і підошовне згинання стоп.

Почергове та одночасне згинання ніг у колінних суглобах (стопи рухаються по поверхні ліжка).

Нахили тулуба вправо та вліво, руки по тулубу.

Повороти голови вправо та вліво.

Ізометричне напруження м'язів стегна (4–6 с)

Діафрагмальне дихання.

Згинання та розгинання рук в ліктьових суглобах.

Висхідне положення – лежачи на спині, руками триматись за балканську раму. Підтягування тулуба.

Висхідне положення – те ж. Припіднімання таза.

Діафрагмальне дихання.

Висхідне положення – лежачи на спині, руки перед грудьми. Поворот голови вправо з одночасним випрямленням рук вперед. Те ж в інший бік.

Висхідне положення – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Згинання та розгинання пальців рук і ніг.

Висхідне положення – лежачи на спині, руки зігнуті в ліктьових суглобах. Прогнутись в грудно-м'язовому відділенні спинного мозку.

Висхідне положення – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Розвести руки в сторони – вдих, вернутись до висхідного положення – видих.

Інструктор ЛФК і медсестра-магістр навчають пацієнтів, як правильно опустити прооперовану ногу і декілька перших разів допомагає самостійно сідати, вставати з ліжка і лягати – піднімали на мильці в перші дні 2–3 рази по кілька хвилин, зі збільшенням навантаження до 20–40 хв на 10–12-й день. З ліжка пацієнту рекомендують вставати на прооперовану ногу. Хворий має відвести стегно, допомагаючи собі ліктями. При русі в бік, тіло тримати на одній лінії з прооперованою ногою. Ногою вивертати не слід. Круговим рухом перенести на прооперовану ногу та сісти на краю ліжка, утримуючи прооперовану ногу прямою. Для підтримки спертись на ходунок та встати. При підніманні тіла вперед не нахилитись.

Коли пацієнт починає вставати, ходунки допомагають йому підтримувати рівновагу. На перших порах при ходьбі слід старатись якомога менше навантажувати прооперовану ногу вагою свого тіла, інструктор ЛФК та лікуючий лікар враховують вік, вагу та особливості операції. На третій-четвертий день інструктор навчає ходити довкола ліжка, повертатися довкола себе. На четвертий-п'ятий день рекомендуємо ходити по палаті з частковим навантаженням на оперовану кінцівку в межах 15–25 % ваги, самостійно себе обслуговувати.

Ходьба: поставити ходунок в декількох сантиметрах від себе та обома руками міцно взятись за перила. Прямо утримуючи стегно, поставити на прооперовану ногу в центр ходунка. Щоб захистити кульшовий суглоб, стегно та стопу не крутити. Опершись на ходунок, перенести на нього основну вагу тіла. Прооперованою ногою зробити крок вперед в середину ходунка. Слідкувати за тим, щоб нога не зачепилась за ніжку ходунків. Перенести ходунки вперед (якщо у них немає коліс). Перед наступним кроком впевнитись, що ходунки надійно впираються на всі чотири ніжки. Мильці: коли м'язи достатньо зміцніють, ми рекомендуємо пацієнтам перейти з ходунків на мильці та даємо вказівки стосовно дальності та часу ходьби. Повороти слід виконувати не розворотом всього тіла, а маленькими кроками, слід уникати ситуації, коли стопи непорушно впираються в

підлогу, а тіло в площині таза повертається з поворотом протеза кульшового суглоба досередини. Замість цього вчимо повертати тіло разом зі стопами. Міцно тримаючись за милиці, основну вагу утримувати руками, а не під пахвами. Дивитись треба перед собою та трохи вище. Спочатку робити крок прооперованою ногою разом з милицями, потім не прооперованою. В міру одужання та відновлення стану та після 1,5 місяця можна починати збільшувати навантаження на прооперовану ногу. До півтора місяця забороняємо лягати на оперований бік, повертати і приводити ногу до середини, перехрещувати ноги, сидати нижче висоти власного коліна і нагинатися.

У більшості пацієнтів для забезпечення комфорту і проведення активної реабілітації проводили адекватне знеболення – дексалгін, кеталонг, моваліс. В похилому віці після оперативного втручання часто виникають закрепи. Це пов'язано з низькою рухомістю та прийомом знеболювальних препаратів. Якщо немає протипоказів, то до раціонального слід додати свіжі фрукти і овочі, а також щодня вживати достатню кількість (до 2-х літрів) рідини.

Результати первинного ендопротезування при через- та міжвертельних переломах стегнової кістки простежені у всіх хворих в терміни від 3-х місяців до 2-х років. В усіх хворих наявні рентгенологічні ознаки консолідації перелому і стабільності ендопротеза, відновлена опірність кінцівки. Двох хворих турбує незначний біль під час і після навантаження, у чотирьох хворих є незначне обмежен-

ня рухів в кульшовому суглобі, яке, проте, не обмежує самообслуговування.

Висновок. Запропонована програма реабілітації дозволяє відновити опірність кінцівки, активізувати хворих в ранньому післяопераційному періоді, створити умови для самообслуговування, поліпшити результати лікування через- та міжвертельних переломів стегнової кістки. У своїй професійній діяльності медичні сестри повинні дотримуватись також низки деонтологічних правил, основними з яких є: необхідність постійного уважного догляду за хворим, дотримання принципу «не нашкодь», здатність швидко приймати рішення у складних ситуаціях, добросовісність щодо виконання професійних обов'язків.

Ефективність взаємодії медичного працівника із пацієнтом залежить від його вміння встановлювати контакт із хворою людиною, у процесі якого хворий переконується у можливості використання власних внутрішніх резервів для успішної боротьби з хворобою, від здатності створювати довірливий клімат, проявляючи щирість, встановлюючи атмосферу взаємної довіри, враховуючи очікування пацієнта від процесу діагностики, лікування, профілактики й реабілітації. У вирішенні щоденних завдань взаємодії важливого значення набуває морально-етична спрямованість медпрацівника, ерудованість, висока професійна майстерність. Серед професійних якостей особливо значущими є толерантність, емпатійність, високий рівень самоконтролю, емоційна стабільність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белоглазова Т. І. Медична реабілітація хворих після тотального ендопротезування кульшового суглоба / Т. І. Белоглазова, В. Г. Масленнікова, О. В. Кузьменко // Медицина в Кузбасі. – 2003. – № 2 (спецвипуск). – С. 108–110.
2. Беневоленського Л. І. Епідеміологія ревматичних хвороб / Л. І. Беневоленського, М. М. Бржезовській. – М. : Медицина, 1988. – 237 с.
3. Неверов В. А. Ендопротезування кульшових суглобів: що це таке і реабілітація хворих / В. А. Неверов, Г. С. Селезньов. – СПб., Асоціація травматологів ортопедів Санкт-Петербурга, 1997. – 43 с.

4. Керівництво по кінезіотерапії / під ред. Л. Бонєв, П. Слинчева, С. Банкова. – Софія : Медицина та фізкультура, 1978. – 358 с.
5. Назар П. С. Основи медичної етики / П. С. Назар, Ю. Г. Віленський, О. А. Грандо. – К. : Здоров'я, 2002. – 344 с.
6. Якість підготовки медичних сестер – нагальна вимога часу / М. В. Банчук, О. П. Волосовець, І. І. Фещенко та ін. // Буковинський медичний вісник. – 2007. – Спец. вип. – С. 1–10.

ПОРУШЕННЯ КОВТАННЯ У ХВОРИХ ІЗ МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ, ОСОБЛИВОСТІ ДОГЛЯДУ ТА ХАРЧУВАННЯ

С. І. Пранничук

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України»
ННІ медсестринства*

При догляді за хворими з мозковим інсультом медсестра інсультного відділення повинна вміти провести скринінг на предмет виявлення дисфагії, оцінити нутритивний статус та рівень гідратації. Необхідно здійснювати щоденний моніторинг цих показників, проводити і контролювати ефективність ентерального харчування.

SWALLOWING DISORDERS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE, PECULIARITIES OF CARE AND NUTRITION

S. I. Prannychuk

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»
Educational-Scientific Institute of Nursing*

In the care of patients with cerebral stroke, a nurse of the Stroke Department should be able to conduct screening swallowing difficulties, nutritional status and level of hydration. The nurse must perform daily monitoring of these indicators, conduct and monitor the effectiveness of enteral nutrition.

Вступ. У гострому періоді мозкового інсульту розлади ковтання (дисфагія) негативно впливають на стан пацієнта. Дисфагія зустрічається у 64–90 % пацієнтів з інсультом середнього ступеня тяжкості й тяжкого з локалізацією вогнища у стовбурі мозку, півкулях головного мозку (двопівкульна, правопівкульна, лівопівкульна) і мозочка. Найбільш виражена дисфагія відмічена при ураженні стовбура головного мозку або двобічного півкульного пошкодження. Дисфагія може проявлятися розладами однієї чи кількох фаз ковтання: ротової, ротової підготовчої, глоткової чи стравохідної. Найчастіше у пацієнтів з інсультом порушується рото-глоткова фаза [2]. Найвища частота дисфагії в гострому періоді інсульту і в подальшому знижується до 15 % протягом трьох місяців. Дисфагія небезпечна через ускладнення. Насамперед, це стосується аспірації, яка виникає у 22–42 % пацієнтів згідно з відео-флюороскопічним дослідженням. Необхідно пам'ятати, що у 1/3-1/2 пацієнтів після інсульту з тих, що можуть мати аспі-

раційний синдром, є прихована аспірація. Тобто, у них не відмічаються такі ознаки аспірації, як кашель, поява «вологого голосу» тощо після ковтання). Наявність аспірації підвищує ризик виникнення аспіраційної пневмонії. Дисфагія також може призвести до зневоднення, зниження енергетичного обміну, патологічного схуднення та активації катаболічних процесів [7]. Недоїдання виявляється у 7–15 % пацієнтів з інсультом при госпіталізації у лікарню та у 22–35 % пацієнтів на 2-му тижні госпіталізації. Серед хворих, які потребують тривалої реабілітації, відсоток осіб з недостатнім харчуванням може сягати 50 %. Усі ускладнення дисфагії погіршують перебіг основного захворювання та поглиблюють ступінь інвалідизації пацієнта.

Чим довше утримується дисфагія, тим більше зростає ризик виникнення вищезазначених ускладнень і погіршується прогноз для хворого. Тому важливе значення мають раннє виявлення та адекватна корекція порушень ковтання у пацієнтів в гострому періоді інсульту [6].

Основна частина. Для запобігання виникненню вторинних ускладнень дисфагії важливо обстежувати кожного пацієнта з гострим інсультом на наявність порушень ковтання, а за умови їх виявлення – провести подальшу детальну оцінку. Скринінг дисфагії у хворого необхідно здійснити якнайшвидше з моменту госпіталізації у стаціонар, як тільки це дозволить його стан, але не пізніше 24 год з моменту госпіталізації. Скринінгові тести на наявність дисфагії були розроблені для використання не лише вузькими спеціалістами. Їх може провести медсестра інсультної команди, яка повинна обов'язково пройти навчання з використання цих тестів. Щодо вибору скринінгових методів оцінки дисфагії, декілька системних оглядів вважають, що найкращими для інсультних хворих є тести з раннім приліжковим оцінюванням дисфагії. Найбільшу чутливість та специфічність з усіх запропонованих тестів показали наступні: Gugging Swallowing Screen (GSS) (2007) [10] та Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST®) [4] (2009).

Скринінг дисфагії за допомогою цих тестів проводиться біля ліжка пацієнта. Він полягає в оцінці рівня свідомості пацієнта і його здатності взяти участь в обстеженні, оцінці ступеня постурального контролю (чи пацієнт здатний сидіти у вертикальному положенні – при підтримці або самостійно). Порушення свідомості і постурального контролю унеможливають подальший скринінг. У даному випадку пацієнта потрібно годувати не пероральним, а ентеральним шляхом до наступного скринінгу. Якщо хворий здатний активно брати участь в обстеженні і може з підтримкою перебувати у вертикальному положенні сидячи, слід провести спостереження за гігієною ротової порожнини та за контролем ротової секреції. Одночасно спостерігаємо, чи немає розладів ротоглоткової фази ковтання, таких, як кашель, задуха, «вологий» голос тощо. Обов'язково оцінюємо голос пацієнта (охриплість, «носовий» відтінок, порушення артикуляції); функцію м'язів ротової порожнини; чутливість ротової порожнини та початкових відділів глотки (наявність глоткового рефлексу) і здатність кашляти.

Для виключення аспіраційного ризику проводимо проби з водою для перевірки функції ковтання. Наприклад, можна використати ті проби, що включені у тести TOR-BSST, GSS чи тест з 3-ма чайними ложками води. Останній полягає в тому, що пацієнту пропонують випити по черзі 3 чайні ложки води і після кожної випитої ложки спостерігають

за появою ознак аспірації (кашель, зміна звучання голосу тощо). Якщо ознаки аспірації не з'явилися – пропонують випити воду зі склянки, далі – спробувати проковтнути їжу різної текстури. Чутливість цього тесту >70 % і специфічність 22–66 % у виявленні аспірації. Комбінація приліжкових скринінгових тестів з контролем сатурації кисню підвищує чутливість зазначених ковтальних тестів (87–100 %) [8]. Цілком можливо, що пацієнти з «німою/прихованою» аспірацією «успішно» виконують тест з водою й аспірація у них триватиме. Проте всім хворим, включно тих, які успішно пройшли скринінг дисфагії, необхідно щоденно проводити моніторинг порушень ковтання впродовж усього періоду госпіталізації [9].

За умови виявлення порушень ковтання під час скринінгу, подальшу повну оцінку ковтання з уточненням характеру (яка саме фаза ковтання порушена і чому) та тяжкості порушень здійснює фахівець – логопед. Повна клінічна оцінка ковтання (наприклад, запропонована ASHA чи Logemann (1999) [3]) містить детальний контроль фаз ковтання, руховий та чутливий статус органів ротової порожнини, аналіз даних анамнезу тощо. За необхідності після клінічної оцінки інколи проводять додаткове інструментальне обстеження – відеофлюорооскопічну оцінку ковтання, яку на сьогодні вважають «золотим стандартом» для виявлення дисфагії, та одночасно з нею або як альтернативу – фіброоптичне ендоскопічне дослідження ковтання. На підставі цього пропонують індивідуальну терапевтичну стратегію та компенсаторні прийоми для запобігання аспірації.

Якщо повна оцінка ковтання виявила високий ризик розвитку аспірації та якщо неможливо задовольнити потреби хворого у харчуванні per os, пацієнту показане ентеральне годування. Хворим з порушенням ковтання рекомендована рання постановка назогастрального зонда (впродовж перших 48 годин з моменту виникнення інсульту, оптимально вже з першої доби). Встановлено, що раннє ентеральне харчування супроводжується тенденцією до покращення результатів лікування [4, 5]. Відсутність перистальтичних шумів не є протипоказанням до його проведення. На цільові показники введення нутрієнтів необхідно вийти за 2–3 доби з моменту початку харчування. Об'єм ентерального харчування та дози його компонентів повинні бути ретельно розраховані, а під час проведення харчування необхідно визначати толерантність до нього і, при необхідності вчасно вноси-

ти корекцію. Простим і ефективним способом контролю є зважування хворого під час надходження до стаціонару і в процесі лікування. Рівень гідратації оцінюють за гематокритом, сухістю чи вологістю шкірних покривів, величиною діурезу, наповненістю периферичних вен. Крім того, важливим є регулярне дослідження електролітного складу крові, а при можливості, визначення осмолярності крові.

Введення в зонд великих об'ємів висококонцентрованих і високоосмолярних поживних сумішей може супроводжуватися розвитком низки ускладнень. Найбільш частими серед них є: виражені диспептичні розлади і діарея, порушення евакуації їжі зі шлунка й аспірація шлункового вмісту, розвиток гіперглікемії. При проведенні ентерального харчування слід уникати продуктів, які сприяють метеоризму. Хворим, які страждають на закрепи, необхідно давати послаблюючі і періодично призначати гіпертонічні клізми.

Для попередження аспірації шлункового вмісту при повному введенні розрахункових потреб в ЕХ головний кінець ліжка слід припідняти на 30° (до 45°). Введення їжі краще проводити шляхом постійної інфузії, а не болусно, а також на тлі використання прокінетиків. При виникненні діареї слід виявити її етіологічний чинник. Таким пацієнтам призначають суміші, які містять розчинні волокна або невеликі пептиди.

Якщо дисфагія виражена і продовжується більше 6 тижнів, може бути показана гастростома чи єюностома, проте ці заходи не рекомендовані в перші 2 тижні після виникнення інсульту.

Пацієнти з дисфагією повинні проходити щоденний моніторинг впродовж перших двох тижнів після виникнення інсульту для визначення покращення чи повного відновлення ковтання. У подальшому оцінку порушень ковтання необхідно проводити кожні 2–3 місяці впродовж першого року, потім – кожні 6 місяців. Якщо хворий продовжує втрачати вагу або має рецидивуючу інфекцію органів грудної клітки, його слід негайно повторно обстежити на наявність дисфагії.

Для попередження ускладнень та відновлення нормального ковтання використовується ряд заходів. Усі вони поділяються на прямі та непрямі. До прямих методів належать: модифікація консистенції їжі та напоїв, стратегія безпечного ковтання, оптимізація положення пацієнта з інсультom під час прийому їжі. До непрямих методів слід віднести вправи для м'язів (на покращення координації та сили), що беруть участь у ковтанні, стимуляцію

структур ротової порожнини та глотки – електро-стимуляція (крізьшкірна та внутрішньоглоткова) та термальна тактильна стимуляція; транскраніальна магнітна стимуляція ділянок моторної проекційної зони органів ротової порожнини та глотки. Ці заходи мають проводитись і пацієнтам з ентеральним вигодовуванням. Пацієнтам з розладами ковтання потрібно призначати спеціальну «дисфагічну» дієту згідно з класифікацією L. L. Mann та співавт. [1]. Вона передбачає застосування 8 типів дієти з їжею різної консистенції: нектароподібні рідини; медоподібні рідини; рідини/їжа консистенції пудингу; проста гомогенна їжа; тип їжі, що потребує щільного пережовування; розсипчаста їжа; продукти змішаної консистенції. Пацієнту з тяжкою дисфагією рекомендований переважно 3-й тип дієти – медоподібні рідини: в'язкий йогурт, апельсиновий сік із м'якоттю тощо. Об'єм їжі та кратність годування визначаємо згідно з індивідуальними потребами пацієнта. Після зменшення дисфагічних проявів до помірного рівня пацієнту розширюємо спектр доступних дієт, включаючи різні типи консистенції: 3-й тип; 4-й – рідини/їжа консистенції пудингу, бананове пюре, змочені пластівці; 5-й – проста гомогенна їжа, варене біле м'ясо, банани). Пацієнтам із незначними проявами дисфагічних порушень до харчового раціону, крім вищеперерахованих 3, 4 і 5-го типів, можна додавати ще й 2-й тип дієти (нектароподібні рідини, томатний сік, сметанний суп), а також 6-й (їжа, що потребує щільного пережовування, сир, піцца) [1]. Пацієнт сам обирає ту чи іншу консистенцію та кількість їжі, яка буде оптимальною для нього. Після повного відновлення функції ковтання хворий повертається до звичного харчового режиму. Для поновлення функції ковтання пацієнту слід запропонувати виконувати індивідуально розроблені комплекси реабілітаційних вправ, спрямовані на зменшення парезу глоткових м'язів.

Щодо специфічних методів лікування, то з позицій доказової медицини немає достатньо даних, що рекомендують їх для корекції порушень ковтання. Особлива увага приділяється гігієні ротової порожнини у всіх пацієнтів без винятку.

Висновки. 1. Усі хворі з мозковим інсультom впродовж першої доби після госпіталізації у стаціонар повинні пройти скринінг дисфагії перед тим, як почнуть їсти, пити чи приймати ліки per os. Тестування проводить спеціально навчена медсестра, використовуючи перевірений тест.

2. Скринінг харчового статусу пацієнта необхідно проводити впродовж 48 год з моменту госпіталізації. Особливої уваги вимагає оцінка та контроль гідратації.

3. Усім хворим з вираженими порушеннями ковтання впродовж першої доби повинен бути встановлений назогастральний зонд для проведення

адекватного ентерального харчування. Іншим хворим призначається спеціальна «дисфагічна» дієта, що враховує індивідуальні потреби пацієнта.

4. Медсестра інсультної команди повинна здійснювати щоденний моніторинг дисфагії, харчового статусу хворого, проводити і контролювати ефективність ентерального харчування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Віничук С. М. Корекція рото-глоткової дисфагії в гострий період мозкового інсульту / С. М. Віничук, А. О. Волосовець // Міжнародний неврологічний журнал. – № 2 (32). – 2010.

2. Predictors of survival after severe dysphagic stroke / G. W. Ickenstein, J. Stein, D. Ambrosi, R. Golstein // J. Neurol. – 2005. – Vol. 252. – P. 1510–1516.

3. Logemann J. A. A screening procedure for oropharyngeal dysphagia / J. A. Logemann, S. Veis, L. Colangelo // Dysphagia. – 1999. – Vol. 14 (1). – P. 44–51.

4. The Toronto bedside swallowing screening test (TOR-BSST): Development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke / R. Martino, F. Silver, R. Teasell [et al.] // Stroke. – 2009. – Vol. 40. – P. 555–561.

5. The Massey Bedside Swallowing Screen / R. Massey, D. Jedlicka // J. Neurosci. Nurs. – 2002. – Vol. 34 (5). – P. 252–253, 257–260.

6. Paik N. J. Critical review on the management for adult oropharyngeal dysphagia / N. J. Paik, T. R. Han //

Crit. Rev. Phys. Rehabil. Med. – 2002. – Vol. 14. – P. 247–272.

7. Perry L. Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses / L. Perry // Journal of Clinical Nursing. – 2001. – Vol. 10. – P. 463–473.

8. The combination of bedside swallowing assessment and oxygen saturation monitoring of swallowing in acute stroke: a safe and humane screening tool / H. A. Smith, S. H. Lee, P. A. O'Neill [et al.] // Age Ageing. – 2000. – Vol. 29. – P. 495–499.

9. Teasell R. Evidence-Based review of stroke rehabilitation / R. Teasell // Executive Summary (12th Edition). Canada. 2009.

10. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen / M. Trapl, P. Enderle, M. Nowotny [et al.] // Stroke. – 2007. – Vol. 38 (11). – P. 2948–2952.