

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

1/2013

МЕДСЕСТРИНСТВО

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор

Чернишенко Т. І.

Заступник головного редактора

Ковальчук Л. Я.

Заступник головного редактора

Ястремська С. О.

Білик Л. С.

Брянцев О. М.

Галіяш Н. Б. – відповідальний редактор

Господарський І. Я.

Губенко І. Я.

Мазур П. Є.

Марценюк В. П.

Мисула І. Р.

Панченко М. С.

Ревчук Н. Б. – відповідальний секретар

Швидкий О. В.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Жиліна Г. Є. (Київ)

Івашко Г. М. (Київ)

Красножон Л. М. (Київ)

Мамикіна Л. С. (АР Крим)

Пірогова В. І. (Львів)

Сабадишин Р. О. (Рівне)

Угарьова З. С. (Донецьк)

Шатило В. Й. (Житомир)

Шегедин М. Б. (Львів)

Свідоцтво про державну реєстрацію

КВ № 11751-622Р від 15.09.06 р.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Журнал «Медсестринство»

ТДМУ імені І. Я. Горбачевського

Майдан Волі, 1

м. Тернопіль, 46001

УКРАЇНА

Тел.: (0352) 43-49-56

Факс: (0352) 52-80-09

<http://www.tdmu.edu.te.ua>

Затверджено вченою радою

Тернопільського державного медичного
університету імені І. Я. Горбачевського
(протокол № 10 від 12.02.2013 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 13.02.2013. Формат 60x84/8.

Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. №1

Ум. друк. арк. 6,51. Обл.-вид.арк. 5,69

Тираж 600. Зам. № 107

Видавець і виготівник

Тернопільський державний медичний

університет імені І. Я. Горбачевського

46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

ЗМІСТ

- І. М. Білоконь*
Від емпіричних роздумів до доказової сестринської практики
- Я. П. Костик, Т. Я. Скарлош*
Спостереження та догляд за хворими з алергічними захворюваннями
- П. І. Бучко, А. Л. Орленко, П. Б. Фундитус*
Медицино-духовні проблеми у помираючих хворих. Особливості сестринського догляду
- О. Є. Рубан, О. Н. Литвинова, С. О. Ястремська*
Оформлення ділової документації, як одна із важливих функцій у діяльності головної (старшої) медичної сестри лікувально-профілактичного закладу
- Г. Г. Кміта, Р. В. Кучер, І. Й. Біскупська*
Сестринський догляд за хворими з астеною при патології системи крові
- О. О. Склярєва, О. Б. Сусла, Г. Б. Симко*
Двадцять років на сторожі здоров'я
- І. Е. Шарун, Н. О. Чорна, Ю. В. Турук, М. П. Турук*
Типи конфліктів та їх динаміка серед учасників педагогічного процесу
- А. Л. Орленко, П. Б. Фундитус, П. І. Бучко*
Особливості догляду за хворими хірургічного та травматологічного профілю
- О. Г. Свистун*
Післяопераційні ускладнення ендовенозної лазерної коагуляції варикозних вен нижніх кінцівок
- І. В. Смачило, В. В. Куліш, Г. В. Лихацька*
Розлади випорожнень в осіб похилого віку
- Т. Г. Бакалюк, Я. Л. Януш*
Ефективність методів фізичної реабілітації у хворих похилого віку з остеоартрозом

CONTENTS

- 5** *I. N. Bilokon*
From the empirical thoughts to the evidence-based practice nursing
- 9** *Ya. P. Kostyk, T. Ya. Skarlosh*
Observation and care of patients with allergic diseases
- 11** *P. I. Buchko, A. L. Orlenko, P. B. Fundytus*
Medical and spiritual problems of dying patients. The specific features of nursing care
- 14** *O. Ye. Ruban, O. N. Lytovynova, S. O. Yastremska*
issuance of business documents, as one of the important functions in the work of a (senior) nurse chief in medical-prophylactic
- 23** *H. H. Kmita, R. V. Kucher, I. Y. Biskupska*
Nursing care for patients with asthenia at the pathology of blood system
- 27** *O. O. Sklyarova, O. B. Susla, H. B. Symko*
Twenty years on the guard of health
- 32** *I. E. Sharun, N. O. Chorna, Y. V. Turuk, M. P. Turuk*
Conflicts types and their dynamics among the participants of educational process
- 35** *A. L. Orlenko, P. B. Fundytus, P. I. Buchko*
Specific features of surgical and traumathological patients' care
- 37** *O. H. Svystun*
Postoperative complications of endovenous laser coagulation of lower extremities varicose veins
- 41** *I. V. Smachylo, V. V. Kulish, H. V. Lykhatska*
Defecation disorders in old age
- 43** *T. H. Bakalyuk, Ya. L. Yanush*
The effectiveness of physical rehabilitation methods in elderly patients with osteoarthritis

- П. Б. Фундйтус, П. І. Бучко, А. Л. Орленко* **47** *P. B. Fundytus, P. I. Buchko, A. L. Orlenko*
Соціально-психологічні проблеми ВІЛ –
інфікованих
Social and psychological problems of HIV-
infected people
- З. В. Кузик, Н. І. Прунчак, Т. І. Бойчук* **50** *Z. V. Kuzik, N. I. Prunchak, T. I. Boichuk*
Застосування інтерактивних методів
навчання при вивченні дисципліни
«медсестринство в сімейній медицині»
Application of interactive methods of
education in the study of discipline “nursing
in family medicine”
- І. Ю. Іващенко* **53** *I. YU. Ivashchenko*
Нетрадиційні методи лікування ожиріння в
дітей
Alternative methods of treatment of obesity in
children

ВІД ЕМПІРИЧНИХ РОЗДУМІВ ДО ДОКАЗОВОЇ СЕСТРИНСЬКОЇ ПРАКТИКИ

І. М. Білоконь

Сумський медичний коледж

У статті містяться приклади використання світових досліджень доказової медицини в сестринській практичній діяльності; значення наукових досліджень, роботи з інформаційними технологіями, вивчення основ статистики та теорії вірогідності в плануванні ефективного догляду за пацієнтом.

FROM THE EMPIRICAL THOUGHTS TO THE EVIDENCE-BASED NURSING PRACTICE

I. M. Bilokon

Sumy Medical College

This paper contains examples of international research of the evidence-based medicine in practical nursing, the value of research, work with information technologies, learning the bases of statistics and theory of probability in planning of the effective care for the patient.

Вступ. Медсестринство пройшло шлях від неорганізованого піклування про хворих до науково обґрунтованого догляду. Це був рух від містичних вірувань у первісні часи до сучасної ери високіх технологій. Протягом останніх 20 років медсестринство, як і інші сфери охорони здоров'я України, стало насправді інформаційно-інтенсивним сектором.

Сьогодні ми маємо можливість спостерігати зародження і становлення медицини, яка ґрунтується на доказовій медицині, що зробить лікувальний процес і догляд за хворими більш ефективним і водночас дешевшим. Рухаючись до суспільства, у центрі якого повинна знаходитися людина, а не держава, участь пацієнта і врахування його думки та отримання його згоди у лікувальному процесі є обов'язковими. Це гуманізує систему охорони здоров'я, і, у свою чергу, спонукає до створення правової бази захисту, як пацієнта, так і медпрацівника. Отже, будувати юридичні відносини в охороні здоров'я без доказової медицини неможливо.

Основна частина. Незважаючи на те, що потреба у доказовій медицині була усвідомлена більш ніж 150 років тому, справжній розвиток цей напрям набув лише недавно. Тільки з появою мережі «Internet» медичні працівники отримали можливість швидко вивчати медичну літературу, яка містить результати більш мільйона клінічних досліджень.

Розвиток і становлення доказової медицини забезпечить подальший прогрес медицини, зокрема сестринства, шляхом її звільнення від застарілих, малоефективних методів догляду, котрі не відповідають сучасним потребам.

Змінився стиль досліджень. З'явилися так звані мета-аналізи. Це огляди подібних між собою досліджень, результати яких вивчаються разом за допомогою спеціальних статистичних методів, що підвищує практичну значимість цих висновків. Доказова медицина дозволила скласти ієрархію доказовості різних типів досліджень:

- рівень доказовості А: рандомізовані контрольовані випробування (РКВ);
- рівень доказовості В: когортні дослідження або дослідження типу випадок–контроль;
- рівень доказовості С: серії випадків або недостатньо якісні випробування;

• рівень доказовості D: власний досвід дослідників;

• рівень доказовості E: інформація незадовільної якості.

Доказова сестринська практика – це практика, у ході якої при прийнятті рішень, реалізації певних заходів і взаємодії з пацієнтами та їх родинами, застосовуються дані наукових досліджень. Доказова практика інтегрує найкращі доступні наукові дані з клінічним досвідом сестринського персоналу, а також перевагами і цінностями пацієнтів.

Для компаративного аналізу ефективності застосування доказової медицини в практичній діяльності медичної сестри пропонуються ряд досліджень, проведених в умовах клінічного спостереження.

Із метою ретроспективного дослідження товщини підшкірно-сідничної ділянки в стандартному місці для внутрішньом'язових ін'єкцій було відібрано 100 дорослих пацієнтів, яким проводили комп'ютерну томографію тазових органів з різних причин [1].

Виявилось, що у 12 пацієнтів товщина підшкірно-жирового шару в вентросідничній ділянці склала більш ніж 35 мм – це повна довжина зеленої голки (стандартна голка шприца об'ємом 5мл), у 26 пацієнтів – більше 25 мм (довжина блакитної голки шприца об'ємом 2 мл). У 43 пацієнтів товщина клітковини в доросідничній ділянці виявилася більш 35 мм, і у 72 пацієнтів більш ніж 25 мм. У жінок товщина підшкірно-жирового шару в ділянці ін'єкцій була більшою, ніж у чоловіків.

Дане дослідження показало, що стандартні голки довжиною 3,5 і 2,5 см не досягають сідничного м'яза при проведенні ін'єкцій у значної кількості пацієнтів. Тому при виборі довжини ін'єкційної голки для внутрішньом'язових ін'єкцій слід враховувати масу тіла пацієнта:

від 31,5 кг до 40 кг – довжина голки 2,5 см;

від 40,5 кг до 90 кг – довжина голки 5–7,5 см;

більш ніж 90 кг – довжина голки 10–15 см.

Довжина ін'єкційних голок, які виробляють в Україні, у шприці об'ємом 5 мл становить 3,5–3,8 см; у шприці об'ємом 10 і 20 мл – 4 см. У той же час, у ін'єкційних голок іноземного виробництва для внутрішньом'язових ін'єкцій передбачена довжина голки 5–6–7 см.

Цікаві результати мало рандомізоване дослідження оптимальної техніки проведення внутрішньом'язових ін'єкцій дітям 2–18 міс. [2].

Метою даного дослідження було порівняння частоти несприятливих реакцій і частоти схвалення

батьками трьох різних технік ін'єкції в передньолатеральну поверхню стегна при вакцинації дітей у віці 2, 4, 6 і 18 міс. Учасниками дослідження стали 375 дітей, вакцинованих в одному з міст у Новому Південному Уельсі. Діти були рандомізовані для внутрішньом'язової ін'єкції протикашлюкової і протигемофільної (*Haemophilus influenzae type b*) вакцини шляхом однієї з трьох рекомендованих до застосування технік. «Австралійська» техніка проведення ін'єкцій передбачає, що голка встановлюється на межі верхньої та середньої третини *m. vastus lateralis* і вводиться через шкіру під кутом 45–60 градусів у напрямку коліна. Техніка ВООЗ рекомендує встановлювати голку на передньолатеральну поверхню стегна під кутом 90 градусів до довгої осі стегна, при цьому шкіра збирається в складку між великим і вказівним пальцем. Техніка, що використовують у США, радить вводити голку у верхньолатеральний квадрант стегна під кутом 45 градусів до довгої осі стегна, по напрямку до сідниць, під кутом 45 градусів до поверхні столу (дитина лежить на спині). М'язи стегна збираються в складку в місці ін'єкції з метою збільшення товщини м'язового валика і запобігання пошкодження кістки.

Ін'єкції за австралійською та американською методиками виконували голками завдовжки 25 мм, за технікою ВООЗ – довжиною 16 мм. Менша довжина голки при використанні техніки ВООЗ необхідна, як показали раніше проведені дослідження, для уникнення пошкодження кістки. Критеріями оцінки слугували можливі місцеві (синєць, почервоніння, припухлість) і системні (роздратування, лихоманка, постійний плач або крик, млявість, блювота, відмова від їжі) реакції, а також батьківське схвалення, які оцінювали стан дитини протягом 24 год після ін'єкції.

Виявили, що негативна реакція у вигляді подразнення при використанні техніки ВООЗ спостерігалась рідше, ніж при використанні двох інших технік. Також при використанні різних технік спостерігали значну різницю в частоті виникнення місцевої несприятливої реакції – синців. Найнижча частота виникнення негативної реакції відзначається при використанні техніки, рекомендованої ВООЗ, порівняно з технікою, прийнятою в США.

Ще одним прикладом проведення дослідження в рамках доказової медицини було виявлення когнітивної поведінкової терапії (КПТ) первинного хронічного безсоння у людей літнього віку порівняно з застосуванням лікарських снодійних засобів [3].

У подвійному сліпому рандомізованому плацебо-контрольованому випробуванні взяли участь 46 літніх людей (середній вік 60,8 року, серед учасників 22 жінки), які страждають на первинне хронічне безсоння. Дане дослідження проводилося з січня 2004 р. по грудень 2005 р. в клініці для амбулаторних хворих зрілого та похилого віку, що є базою Норвезького університету.

У ході дослідження застосовували втручання КПТ (гігієна сну, обмеження сну, регуляція поведінки, когнітивна терапія, релаксація), прийом снодійних, прийом плацебо. Тривалість терапевтичних втручань у кожній з 3 груп складала 6 тижнів, пацієнти отримували по 2 курси лікування протягом 6 міс.

Для визначення загального часу сну і неспання, оцінки ефективності сну і тривалості повільнохвильової фази сну (тільки за допомогою полісомнографії) у всіх трьох групах використовували дані амбулаторної клінічної полісомнографії і щоденники сну.

Порівняно з фармакологічним лікуванням КПТ продемонструвала більш ефективні найближчі й віддалені результати по 3 з 4-х оцінюваних параметрів. В учасників, які отримували КПТ, ефективність сну підвищилася з 81,4 % (до лікування) до 90,1 % (через 6 місяців терапії), у групі використання снодійних засобів спостерігали зниження даного показника з 82,3 до 81,9 %. Порівняно з пацієнтами інших груп, учасники, які проходили курс КПТ, проводили більше часу в повільнохвильовій фазі сну (стадії 3 і 4) і рідше прокидалися ночами. Загальний час сну виявився однаковим у всіх 3 групах. Через 6 міс. дані полісомнографії показали, що сон пацієнтів, які отримували КПТ (група 1), більш ефективний порівняно з групою 2.

Певної уваги заслуговують дослідження питання ефективності заходів зі зміни способу життя при гастроезофагорефлюксії хворобі (ГЕРХ) [4].

Застосували підхід із позицій доказової медицини для визначення ефективності цього втручання. Хоча існують фізіологічні обґрунтування зниження тиску в нижньому стравохідному сфінктері під впливом тютюнокуріння, алкоголю, шоколаду і жирної їжі, не знайдено опублікованих доказів ефективності дієтичних заходів. Відмова від куріння або вживання алкоголю не асоціювалась із поліпшенням динаміки рН у стравоході і не чинила сприятливого впливу на симптоми ГЕРХ (рівень доказовості В). Підйом головного кінця ліжка і сон на лівому боці покращували профіль кислотності

стравоходу, зменшуючи загальний час зниження рН до 4,0 і менше (рівень доказовості В).

Проспективне когортне дослідження з вкладеним компонентом типу випадок-контроль проводили в клініках центральної частини штату Північна Кароліна [5].

Метою цього дослідження було оцінити, чи пов'язані навантаження на роботі (стояння на ногах, підйом вантажів, нічна робота, довгий робочий день) протягом III триместру вагітності з підвищенням ризику передчасних пологів (ПП) або народження дитини з низькою масою тіла. У дослідження включено 1908 пацієток із одноплідною вагітністю, що перебували під допологовим спостереженням. Шляхом телефонного або очного опитування збиралася інформація про об'єм фізичних навантажень, пов'язаних із роботою. Оцінювали два найбільш тривалих періоди роботи під час вагітності.

Виявилось, що у жінок, які під час роботи піднімали важкі речі або стояли на ногах протягом не менше 30 робочих годин на тиждень, ризик ПП не змінювався протягом вагітності. Підвищення на 50 % ризику ПП зазначено у жінок, які працювали вночі (із 19⁰⁰ до 7⁰⁰). У вагітних, які працювали не менш 46 годин на тиждень, спостерігали зменшення ризику ПП на 40 % незалежно від того, як довго пацієнтка піддавалася таким навантаженням.

Дані дослідження показали, що робота, пов'язана з фізичними навантаженнями, не пов'язана з несприятливими наслідками вагітності, у той час як робота в нічні години підвищує ризик ПП. Дослідження, які вивчають вплив позмінної роботи на активність матки, можуть прояснити можливі причини ПП.

Доказовий підхід у медичній науці, практиці та організації охорони здоров'я став альтернативою інтуїтивному та авторитарному завдяки провідним принципам evidence based medicine – критичному аналізу інформації та пріоритетному впровадженню технологій, ефективність яких доведена в порівняльних клінічних дослідженнях. Сьогодні практикувати доказову медицину означає досягати максимальної тривалості та якості життя кожного пацієнта шляхом використання найбільш ефективних, безпечних, психологічно та економічно прийнятних втручань. Власне доказову медицину («таку, що базується на фактах») визнають сьогодні новою мета-науковою концепцією. Як «зовнішній» фактор наукового знання, вона виступає рушійною силою реформ в охороні здоров'я в цілому світі. Науково-доказова медицина

розвінчала масу міфів: те, що значилося очевидним і непорушним, і кочувало з підручника в підручник у вигляді класичних прикладів, виявлялося неочевидним, непридатним і навіть шкідливим.

Висновок. Даний напрямок встановлює критерії, які регламентують діяльність медичних працівників, зокрема медичної сестри:

- догляд за хворими має ґрунтуватися на обдуманому і точному використанні найкращих сучасних досягнень медичної науки;

- медсестринські втручання повинні бути максимально ефективними, безпечними, економічно виправданими;

- діяльність медичної сестри повинна базуватись на процесі безперервного самокерованого навчання, яке дозволяє поєднати доказову медицину з індивідуальним досвідом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Nisbet A. C. Intramuscular gluteal injections in the increasingly obese population: retrospective study / A. C. Nisbet // *BMJ*. – 2006. – Vol. 332. – P. 637–638 (18 March), doi:10.1136/bmj.38706.742731.47

2. Cook I. F. Optimal technique for intramuscular injection of infants and toddlers: a randomised trial / I. F. Cook, J. Murtagh // *MJA*. – 2005. – Vol. 183 (2). – P. 60–63.

3. Siversten B. Cognitive Behavioral Therapy vs Zopiclone for Threatment in Older Adults / B. Siversten, S. Omvik, S. Pallesen // *JAMA*. – 2006. – Vol. 295 – P. 2851–2858.

Але розвитку доказової сестринської практики заважає те, що медичним сестрам не вистачає знань і умінь, щоб активно користуватись інформацією з медичних джерел, доступних у мережі «Інтернет». Тому необхідні організація спеціальних семінарів для практикуючих медсестер і внесення змін у навчальні програми медичних училищ, коледжів, а саме: збільшення часу на підготовку з питань організації наукових досліджень, роботи з інформаційними технологіями, вивчення основ статистики та теорії вірогідності. Необхідно вирішувати проблеми, пов'язані з доступом медичних сестер до електронних джерел інформації. Одним із шляхів може бути створення ресурс-центрів із доказової сестринської практики в різних регіонах держави, де б постійно з'являлися публікації результатів сестринських досліджень.

Реєстраційний номер дослідження: [Clinicaltrials.gov Identifier NCT00295386](http://Clinicaltrials.gov/Identifier/NCT00295386).

4. Kaltenbach T. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach / T. Kaltenbach, S. Crockett, L. B. Gerson // *Arch. Int. Med.* – 2006. – Vol. 166 (9). – P. 965–971.

5. Pompeii L. A. Physical Exertion at Work and the Risk of Preterm Delivery and Small-for-Gestational-Age Birth / L. A. Pompeii, D. A. Savitz, K. R. Evenson [et al.] // *Obstet Gynecol.* – 2005. – Vol. 106. – P. 1279–1288.

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З АЛЕРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Я. П. Костик, Т. Я. Скарлош

Тернопільська університетська лікарня

Серед захворювань, що мають тенденцію до збільшення, значне місце посідають алергічні недуги. Медичні сестри повинні мати знання щодо механізмів виникнення алергій, розпізнавати ознаки алергій та вміти здійснювати догляд за хворими з алергічними захворюваннями.

OBSERVATION AND CARE OF PATIENTS WITH ALLERGIC DISEASES

Ya. P. Kostyk, T. Ya. Skarlosh

Ternopil University Hospital

The allergic diseases are among the diseases that are tend to increase in amount. It is very important for nurses to recognize the mechanisms of appearing the allergies, the signs of the allergies and to be able to promote adequate care for patients with allergic diseases.

Вступ. Алергічні недуги посідають значне місце серед захворювань, що мають тенденцію до збільшення. Медичні сестри повинні знати механізми виникнення алергій, розпізнавати ознаки алергій та вміти здійснити догляд за хворими з алергічними захворюваннями.

Алергія (грец. *αλλοζ* – інший і *εργον* – дія) – змінена чутливість організму тварин і людини до чужорідних речовин (здебільшого білкової природи), що вводяться повторно. Речовини, які викликають алергію (т. з. алергени), здебільшого мають білкову природу (тваринні та рослинні білки, білкові речовини мікроорганізмів) [1].

Алергени можуть потрапляти в організм через шкіру і слизові оболонки або надходити в кров із вогнищ запалення. Прояви алергії виникають лише тоді, коли перше і повторне надходження алергену розділені певним проміжком часу (не менше 5–7 днів). До проявів алергії належать протилежні за своїми ознаками, але спільні за первинним механізмом явища зміненої реактивності

організму – анафілаксія (підвищення чутливості до шкідливої дії алергену) та імунітет (зниження чутливості внаслідок посилення опірності організму).

Алергени поділяються на два типи: екзоалергени та ендоалергени [1–2].

Основна частина. Механізм виникнення алергії полягає у тому, що алерген потрапляє до організму і на його знешкодження виділяються певна кількість антитіл. Проте якщо в організмі є якісь порушення, то алергени виділяються в надлишку, що призведе до виділення надлишку високомолекулярних сполук, які і спричиняють розвиток алергії.

У відділеннях, де перебувають такі хворі, не рекомендується тримати багато рослин (особливо тих, які цвітуть), м'які меблі (дивани, крісла), акваріуми, а також килимові доріжки, важкі портьєри, в яких скупчується пил. У палаті мають бути ватні або поролоні подушки (не пухові) [2].

Середній медичний персонал алергологічного відділення повинен мати спеціальну підготовку. Медична сестра допомагає лікареві збирати алергологічний анамнез (якщо є спеціальні бланки історії

хвороби), знайомить пацієнтів із правилами поведінки у стаціонарі.

Велике значення має раціональне харчування цих хворих. Непереносимість тих чи інших продуктів харчування дуже індивідуальна, але є продукти, які часто можуть спричиняти алергічні захворювання. Це яйця, шоколад, цитрусові, риба, краби, горіхи, перець, гірчиця тощо. Тому хворим, схильним до алергії, не рекомендується споживати ці продукти.

Їжа має містити в своєму складі фізіологічно необхідну кількість білків, жирів, солей, вуглеводів, вітамінів. Хворому рекомендують не переїдати, їсти часто, невеликими порціями. Останній раз треба їсти не менш як за 2 год до сну.

У зв'язку з частою алергією на гірчицю, її слід вилучити з буфета роздавальні та з приміщень для миття посуду.

У загальній неспецифічній гіпоалергенній дієті для хворих з алергічними недугами обмежують вуглеводи, кухонну сіль та рідину з урахуванням індивідуальної непереносимості того чи іншого харчового продукту.

У разі захворювання на полінози найголовнішим у їх лікуванні є припинення контакту з алергенами, тобто ізоляція потерпілих під час цвітіння рослин. Палату, де перебувають хворі на сінну пропасницю, захищають від проникнення пилку рослин.

У сезон цвітіння в стаціонарі рекомендується заклеювати рами папером, завішувати вікна і двері вологими простирадлами. Хворим доцільно в цей час носити захисні окуляри. Поза стаціонаром у сонячні дні їм забороняється виходити у двір, де у повітрі є велика концентрація пилку.

Медичний персонал алергологічного відділення перед початком роботи повинен знімати верхній одяг і приймати душ. У палатах 2–3 рази на день здійснюють вологе прибирання. Провітрюють приміщення тільки за умови, що в повітрі відсутній пилок рослин.

Висновок. Медичні сестри алергологічного відділення повинні мати знання щодо механізмів виникнення алергій, розпізнавати ознаки алергій та вміти здійснювати догляд за хворими з алергічними захворюваннями.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пропедевтика внутрішніх хвороб з доглядом за терапевтичними хворими / за заг. редакцією А. В. Єпішина. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2001.

2. Медичні маніпуляції / за редакцією Л. С. Білика. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2005.

МЕДИЧНО-ДУХОВНІ ПРОБЛЕМИ У ПОМИРАЮЧИХ ХВОРИХ. ОСОБЛИВОСТІ СЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ

П. І. Бучко, А. Л. Орленко, П. Б. Фундитус

Чортківський державний медичний коледж

У статті наведено основні медичні проблеми та морально-емоційні переживання в помираючих хворих, з якими можуть стикатися медичні працівники в процесі практичної діяльності, а також висвітлено особливості сестринського догляду за даними пацієнтами.

MEDICAL AND SPIRITUAL PROBLEMS OF DYING PATIENTS. THE SPECIFIC FEATURES OF NURSING CARE

P. I. Buchko, A. L. Orlenko, P. B. Fundytus

Chortkiv State College of Medicine

This article adduces the basic medical problems, moral and emotional feelings of dying patients, which can be found by medical staff during practice activities and highlights the specific features of nursing care of these patients.

Вступ. Доглядаючи за хворою людиною, ми, як правило, сподіваємося, що він видужає або, принаймні, стан його здоров'я в результаті лікування та догляду покращиться. Однак не завжди, доглядаючи за хворим, можна сподіватися, що він видужає і повернеться до звичайного способу життя. Не завжди за хворобою настає одужання або поліпшення здоров'я. Хвороба може закінчитися смертю. До захворювань, при яких радикальне лікування неможливе, належить: злоякісні новоутворення в термінальній стадії, ВІЛ-інфекція на стадії СНІДу, пізні стадії серцевої, ниркової, дихальної і печінкової недостатності, тяжкі нервово-м'язові захворювання. Чи втрачає сенс догляд за хворим, який є невиліковний? Звичайно, ні! Більш того, вмираючий хворий потребує особливо ретельного, особливо уважного та чуйного догляду. Він потребує нашої допомоги не менше, а більше, ніж інші хворі – наша допомога має дуже велике значення для гідного завершення життя людини. Догляд за вмираючою людиною вимагає дуже багато фізичних і душевних сил, багато часу. Треба розуміти, що догляд за вмираючим, його

супровід на всіх етапах умирання – важке випробування для всіх, хто бере участь у такому догляді. До догляду за хворим і спілкуванню з ним в цей період мають бути залучені родичі, друзі, лікарі, медичні сестри, соціальні працівники, священник. Для того, щоб ефективно допомогти хворому, необхідно розуміти, які серйозні і специфічні проблеми виникають у вмираючої людини [1–4].

Основна частина. На жаль, до недавня тема смерті в медицині була закрита. Існувала заборона на повідомлення хворому смертельного діагнозу. Смерть сприймалася як неприродна і лякаюча подія. Люди, здавалося, вважали, що можуть запобігти смерті, якщо не будуть про неї говорити. Не знаючи свого діагнозу і не уявляючи, що чекає попереду, хворий опинявся в глухій психологічній ізоляції і не мав можливості брати активну участь у процесі лікування і приймати рішення в таких важливих для себе питаннях, як лікуватися чи ні, оперуватися чи ні, помирати вдома або в лікарні і т. под. Ні медичні працівники, ні родичі смертельно хворих людей не вміли розмовляти з такими хворими і не знали, про що з ними говорити. У спілкуванні панували обман і нещирість. У результаті цього вмираюча людина відчувала не-

зручність при обговоренні з медичними працівниками своїх почуттів про смерть і її наближення. Повідомляючи хворому діагноз, необхідно пам'ятати про наступне:

- Починаючи розмову про діагноз, необхідно мати в запасі достатньо тривалий час (може бути кілька годин) на спілкування з хворим.

- Діагноз, як правило, повідомляє лікар, але це може бути й інша довірена особа.

- Хворий повинен бути налаштований, щоб почути правду про діагноз.

- Діагноз повідомляється після досить тривалої підготовчої розмови про проведені дослідження і наявні зміни в організмі.

- Треба намагатися уникати медичних термінів, які можуть бути незрозумілі або неправильно зрозумілі хворим.

- Повідомлення діагнозу не повинно виглядати як винесення вироку. Хворий не повинен почути в словах інтонацію: «Ви обов'язково скоро помрете», або: «Діагноз настільки серйозний, що, можливо, ви скоро помрете».

- Треба бути готовим до прояву різних, іноді дуже сильних емоцій хворого: гніву, відчаю та ін.

- Треба бути готовим розділити з хворим його сильні переживання.

Для людей, що стоять на порозі неминучої смерті, духовне життя має особливо велике значення. Навіть невіруючі люди перед смертю шукають сенс прожитого ними життя. Навколишні, в тому числі і лікар, повинні розуміти, в якому сум'ятті перебуває хворий, і бути готовим простягнути йому руку допомоги. Величезну допомогу тут надає священник. Коли помирає віруюча людина, його віра дає йому силу і розраду в цей важкий час. У віруючої людини виникає гостра потреба в спілкуванні зі священником, потреба в підготовці своєї душі до зустрічі з Богом. Його турбує не стільки питання про те, як він буде вмирати, скільки питання про те, що можна встигнути зробити в цьому житті, щоб підготуватися до іншого життя.

Дізнаючись про діагноз і прогноз, хворий часто відчуває страх перед можливим болем, обтяжливими фізичними та душевними переживаннями, самотністю в момент смерті. Особливо лякає невідомість тих станів і переживань, які будуть супроводжувати саме вмирання. Людині не хочеться йти від того, що він любить і з чим пов'язаний найміцнішими узами (його турбує думка, хто буде виховувати дітей, доглядати за старим і безпорадним чоловіком, хто буде піклуватися про дачу, собаку і т.д.).

Доктор Кублер–Росс, що займалася доглядом за вмираючими хворими, виділяє п'ять емоційних стадій, через які проходить вмираюча людина: заперечення, гнів, ведення переговорів, депресія і примирення з думкою про неминучу смерть. Стадії можуть видозмінюватися або частково бути відсутніми, перебігати з різною швидкістю, проте схема в цілому дозволяє зрозуміти, що переживає вмираючий, і правильно спланувати спілкування.

Заперечення. Дізнавшись про свій діагноз, людина, як правило, не може змиритися з тим, що з ним відбувається щось жахливе. Він не може прийняти той факт, що його хвороба смертельна. Період заперечення продовжується до тих пір, поки шок від отриманої інформації не змусить приречену людину відкласти це питання, щоб повернутися до нього пізніше, коли вона буде емоційно до цього готовою. Деякі люди метаються між запереченням і реальністю.

Гнів. Часто приречена людина, дізнавшись про те, що їй належить, відчуває сильний гнів. Цей гнів може бути вираженням страху та небажанням змиритися з діагнозом. Іноді здається, що гнів хворого спрямований на близьких, тих, хто поруч, але це не так. Деякі люди в цій стадії нарікають на Бога. Для цієї стадії характерні такі запитання: «Чому я?» або: «Що я таке зробив і чим я це заслужив? За що мені така кара?»

Ведення переговорів. Людина просить у Бога час для завершення важливих справ. Людина хоче дожити до істотних для нього подій, даючи Богу обіцянку, що якщо він доживе або взагалі не помре на цей раз, то тоді він зробить те і те. Наприклад, він може думати або говорити: «Якщо я тільки доживу до весілля дочки, я буду готовий покинути цей світ. Я більше нічого не попрошу». Прохання може бути настільки гарячим, а бажання настільки сильним, що відомо безліч випадків, коли людина просила і отримувала, до очікуваного доживала і встигала закінчити розпочаті й незавершені справи.

Депресія. Під час депресії людина відчуває страх, пригніченість, безпорадність, смуток. Переживає, що наближається час розлуки з близькими, з усім, що було дороге в цьому світі. Підводить підсумки життя. У цей час надзвичайно важливо вислухати хворого і прийняти його переживання. Під час депресії важливо зрозуміти, що відчуває людина, не намагатися переконати її в неспроможності її почуттів, а розділити їх з нею. Іноді на цьому етапі хворий відходить від реальності, відчувається від усього, не проявляє інтересу до на-

вколишнього. Ця стадія може стати важкою у тих, хто з тих чи інших причин не може або не хоче виразити свої почуття оточуючим.

Примирення з думкою про неминучість. Часто після важкої боротьби настає примирення з фактами. Це примирення може принести спокій. Відбувається примирення з думкою про неминучість переходу від життя до смерті.

На сприйняття діагнозу і прогнозу впливають багато факторів: релігійність, вік, тривалість захворювання, культурні традиції, виховання, оточення та ін.

Вік. Чим старша вмираюча людина, тим природніше сприймається її смерть. Коли вмирає стара людина, що прожила довге життя, її смерть, частіше за все, очікувана, прийнятна і зрозуміла. Літніми людьми смерть, як правило, сприймається як частина життєвого циклу. Чим молодша людина, тим драматичніше і неприродно здається їй смертельне захворювання. Особливо важкими переживаннями супроводжується смерть дітей, сприймається як несправедлива трагедія.

Тривалість і тяжкість захворювання. Чим довше і важче хворіє людина, тим легше сприймається повідомлення про наближення смерті. Якщо повідомлення про діагноз застає людину раптово то реакція завжди буває дуже бурхливою.

Культурні традиції. Звістка про швидку смерть завжди звертає людину до вічних основоположних питань буття. Важливо знати, як виховувалася людина, яке відношення до життя і смерті було закладено в дитинстві.

Завершеність. Переживання вмираючого залежать і від того, як він прожив своє життя: чи у повну силу, чи не відчуває він жалів? Чи здійснив свої надії і мрії? Чи було його життя цілеспрямованим?

Родина та близькі. Останній період життя буде залежати і від того, чи знаходяться поруч із хворим його близькі і які з ними склалися стосунки.

Найбільш часто в догляді за вмираючими доводиться стикатися з такими проблемами, як пригнічений настрій, тривожність, біль, анорексія, нудота чи блювання, закрепи.

У таких випадках медичні сестри повинні чітко виконувати всі призначення лікаря, пояснювати

хворому, чим викликані його скарги, регулярно оглядати хворого, своєчасно вводити знеболювальні препарати, слідкувати за дотриманням рекомендованої дієти, на етапі догляду за хворими використовувати масаж і фізіотерапію. Також не повинні забувати про спілкування з помираючим хворим, якому в цей період воно є необхідним. В процесі розмови медична сестра повинна проявляти терпіння, дати можливість важкохворому виговоритись, промовити кілька утішаючих слів, пояснюючи хворому, що пережиті ним почуття цілком нормальні. Спокійно ставитись до гніву помираючого, уникати недоречного оптимізму, завжди бути готовим надати допомогу.

Висновок. Вмираючий хворий хоче відчувати себе захищеним. Він хоче, щоб його заспокоїли, сказали йому, що він не буде страждати в момент вмирання. Треба допомогти хворому подолати страх. Необхідно говорити з ним про його страхи. Не можна обходити цю тему мовчанням на тій підставі, що Ви не можете запропонувати хворому стати здоровим. Запитувати, слухати і намагатися зрозуміти, що відчуває хворий. Допомогти йому доробити земні справи. Обіцяти виконати його останню волю, якщо він сам не встиг щось зробити. Хворому важливо відчувати, що для нього роблять все можливе. Хворий не повинен відчувати себе в ізоляції, відчувати, що від нього щось приховують. Не можна використовувати помилкові обіцянки одужання як спосіб не говорити з хворим на складні теми. Найгірше для хворого – це відмова йому в медичній допомозі. Основна допомога хворому полягає в постійному спілкуванні з ним, у спільному проживанні останнього періоду його земного життя. З хворим слід встановити довірчі відносини. Хворий повинен знати, що в момент смерті він не залишиться один, а хтось буде допомагати йому прожити цей період. Сама по собі наша присутність біля ліжка важкохворого і вмираючого може мати заспокійливу дію. Хворий повинен бути впевнений у тому, що йому допоможуть зняти біль та інші тяжкі відчуття в момент смерті.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кюблер-Росс Елизабет О смерти и умирании / Элизабет Кюблер-Росс; пер. с англ. – К. : «София», 2001. – 320 с.
2. Арьес Ф. Людина передлицем смерті / Ф. Арьес. – Москва : «Прогрес», 1992.

3. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь / А. В. Гнездилов. – СПб. : Издательство «Речь», 2002. – 162 с.

4. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка / Н. М. Касевич. – Видавництво «Медицина», 2008. – 421 с.

ОФОРМЛЕННЯ ДІЛОВОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ ЯК ОДНА ІЗ ВАЖЛИВИХ ФУНКЦІЙ У ДІЯЛЬНОСТІ ГОЛОВНОЇ (СТАРШОЇ) МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАКЛАДУ

О. Є. Рубан, О. Н. Литвинова, С. О. Ястремська

*«Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Стаття містить основні вимоги до оформлення ділових документів у межах повноважень головних (старших) медичних сестер. Подано посилання на нормативні документи, що регламентують даний вид діяльності.

ISSUANCE OF BUSINESS DOCUMENTS AS ONE OF THE IMPORTANT FUNCTIONS IN THE WORK OF A CHIEF (SENIOR) NURSE IN MEDICAL-PROPHYLACTIC ESTABLISHMENT

O. Ye. Ruban, O. N. Lytvynova, S. O. Yastremaska

*“Scientific and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine” of State Affairs
Administration, Kyiv
SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»*

The article contains the basic requirements to business documents issuance within the powers of a chief (senior) nurse. References for normative documents, regulating this work are presented.

Вступ. Формування у головних (старших) медичних сестер культури раціонального функціонування діловодства, що охоплює питання документування та організації роботи з документами у процесі виконання управлінських дій, забезпечить лікувально-профілактичному закладу оптимальну діяльність, а пацієнтам комфортні умови обслуговування, що є актуальною проблемою сьогодення [1].

Основна частина. Однією із вагомих функцій головної (старшої) медичної сестри є питання діловодства у медичному закладі. Найрізноманітнішу регламентуючу документацію, що надходить до головної або старшої медичної сестри, вона повинна вміти проаналізувати, систематизувати, порівняти із наявними наказами та постановами.

Лише після цього буде можливість вибрати оптимальний напрямок для її застосування, наприклад для вдосконалення сестринської служби через видання локальних положень, інструкцій чи інших документів [2].

Організатор сестринської справи (головна (старша) медична сестра) повинна володіти певними знаннями у сфері діловодства, зокрема:

- основні принципи діловодства;
- вимоги до оформлення ділової документації, таблиць, графіків;
- правила заповнення основних видів (форм) документації, що використовують у лікувально-профілактичному закладі.

Не менш важливе значення має володіння певними навичками, вона повинна вміти:

- складати локальні регламентуючі документи (накази, положення, акти);

- оформляти відповідно до правил документації, яку використовують у будь-якому підрозділі лікувально-профілактичного закладу;

- контролювати правильність і своєчасність заповнення документації старшими медичними сестрами підрозділів лікувально-профілактичного закладу [4].

Основним документом, що регламентує діяльність з діловодства у лікувально-профілактичному закладі (ЛПЗ), є «Інструкція з діловодства».

Вона повинна бути розроблена на основі Типової інструкції з діловодства, затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 30.11.2011 р., № 1242 та на підставі Інструкції з діловодства МОЗ України (затверджена Наказом МОЗ України від 03.03.2012 р., № 152) [3].

Установам під час підготовки власних інструкцій з діловодства надають можливість вибору різних підходів щодо організації роботи з документами в межах, визначених Інструкцією. Наприклад, Інструкція передбачає можливість вибору установою форм організації діловодства (централізована, змішана), форм реєстрації документів (журнальна, карткова, автоматизована), а також запровадження реєстраційних індексів, класифікаційних довідників, бланків, виготовлених друкарським способом або за допомогою комп'ютерної техніки тощо.

Інструкцією з діловодства установи має бути встановлено: порядок обліку бланків; перелік документів, які підлягають скріпленню гербовою печаткою; перелік документів, які підлягають затвердженню; порядок проходження документів.

Наявність затвердженої інструкції з діловодства та її дотримання є одним з положень стандартів акредитації лікувально-профілактичних закладів (Наказ МОЗ України від 14.03.2011 р., № 142).

Головна (старша) медична сестра повинна знати та перевіряти порядок ведення і зберігання основних видів (форм) облікової та звітної документації, що використовується у лікувально-профілактичному закладі. Вона вивчає і систематизує нормативні документи і локальні накази та розпорядження з питань організації роботи сестринської служби, аналізує економіко-статистичні дані з роботи сестринської служби, готує документи звітно-управлінського характеру для представлення керівникові закладу іншим контролюючим організаціям. Також вона вивчає і систематизує звіти старших медичних сестер, протоколи засідань Ради медичних сестер, атестаційні роботи середніх медичних працівників, акти перевірок і результати адмініст-

ративного контролю, розробляє документи, які регламентують діяльність середніх медичних працівників даного закладу (накази, інструкції, внутрішні стандарти тощо) [5].

Існує багато нормативних актів, що регламентують порядок заповнення та роботу з первинною медичною документацією у ЛПЗ. Серед останніх надходжень Наказ МОЗ від 14.02.2012 р., № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування». Цим документом затверджено ряд форм первинної облікової документації та інструкції щодо їх заповнення: журнал обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації (форма № 001/о); медична карта стаціонарного хворого (форма № 003/о); передопераційний огляд анестезіологом та протокол загального знеболення (форма № 003-3/о); листок реєстрації переливання трансфузійних рідин (форма № 005/о); журнал запису оперативних втручань у стаціонарі (форма № 008/о) та реєстрації переливання трансфузійних рідин (форма № 009/о); протокол патолого-анатомічного дослідження (форма № 013/о); карта хворого, який вибув із стаціонару (форма № 066/о) та амбулаторного хворого (форма № 025/о); талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (форма № 025-2/о); контрольна карта диспансерного нагляду (форма № 030/о); інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення (форма № 003-6/о) та добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних тощо.

Певне скорочення облікових медичних форм, які використовують на рівні первинної медичної допомоги передбачене Наказом МОЗ від 28.03.2012 р., № 214 «Про скорочення форм первинної облікової документації у закладах охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги». Зокрема втратили чинність такі облікові форми як Карта хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома (форма № 003-2/о); Талон амбулаторного пацієнта в закладі загальної практики-сімейної медицини (форма Г25-6-1/о); Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі (форми № 071/о, № 071-1/0, № 071-3/0).

Особливою складовою управлінської діяльності головної медичної сестри є вміння грамотно

оформити будь-який документ: посадову інструкцію, протокол, службову записку тощо. Основні вимоги, які висувають до всіх документів – стислість і ясність викладу, ретельне редагування тексту, відсутність орфографічних та стилістичних помилок.

Організаційно-розпорядчі документи оформляються на бланках, що виготовляються згідно з вимогами Інструкції з діловодства у МОЗ України з дотриманням ДСТУ 4163-2003.

Для виготовлення бланків використовують аркуші паперу формату А4 (210 x 297 міліметрів) та А5 (210 x 148 міліметрів). Дозволено використовувати бланки формату А3 (297 x 420 міліметрів) – для оформлення документів у вигляді таблиць.

Бланки документів повинні мати такі поля (міліметрів): 30 – ліве; 10 – праве; 20 – верхнє та нижнє.

Бланки кожного виду виготовляють на основі поздовжнього розміщення реквізитів. Реквізити заголовка розміщують центрованим (початок і кінець кожного рядка реквізиту однаково віддалені від меж зони розташування реквізитів). Бланки документів повинні виготовлятися за допомогою комп'ютерної техніки на білому папері високої якості з використанням фарби чорного кольору.

Деякі внутрішні документи (заяви працівників, доповідні записки, довідки тощо) оформлюють не на бланках.

Текст документів на папері формату А4 (210 x 297 міліметрів) рекомендовано друкувати через 1–1,5 міжрядкового інтервалу, а формату А5 (148 x 210 міліметрів) – через 1 міжрядковий інтервал.

До оформлення документів, які виготовляють за допомогою друкувальних засобів, пред'являються певні вимоги.

- Для друкування текстів службових документів використовують гарнітуру Times New Roman, шрифт розміром 12–14 друкарських пунктів. Можна використовувати шрифт розміром 8–12 друкарських пунктів для друкування реквізиту «Прізвище виконавця і номер його телефону», виносок, пояснювальних написів до окремих елементів тексту документа або його реквізитів тощо.

- Під час друкування заголовків можна використовувати напівжирний шрифт (прямий або курсив) формату А4 (210 x 297 міліметрів) з використанням гарнітури Times New Roman та шрифту розміром 14 друкарських пунктів, через 1,5 міжрядкового інтервалу.

- Реквізити документа (крім тексту), які складаються з кількох рядків, друкуються через 1 міжрядковий інтервал. Складові частини реквізитів «Адресат», «Гриф затвердження», «Гриф погодження» відокремлюються один від одного через 1,5 міжрядкового інтервалу.

- Реквізити документа відокремлюються один від одного через 1,5–3 міжрядкових інтервали.

- Назва виду документа друкується великими літерами.

- Розшифрування підпису в реквізиті «Підпис» друкується на рівні останнього рядка назви посади.

- Максимальна довжина рядка багаторядкових реквізитів (крім реквізиту тексту) – 73 міліметри (28 друкованих знаків).

- Якщо заголовок до тексту перевищує 150 знаків (5 рядків), його дозволяється продовжувати до межі правого поля. Крапку в кінці заголовка не ставлять.

- Під час оформлення документів слід дотримуватися таких відступів від межі лівого поля документа:

- 12,5 міліметра – для абзаців у тексті;

- 92 міліметри – для реквізиту «Адресат»;

- 104 міліметри – для реквізитів «Гриф затвердження» та «Гриф обмеження доступу до документа»;

- 125 міліметрів – для розшифрування підпису в реквізиті «Підпис».

- Не робиться відступ від межі лівого поля для реквізитів «Дата документа», «Заголовок до тексту документа», «Текст» (без абзаців), «Відмітка про наявність додатків», «Прізвище виконавця і номер його телефону», «Відмітка про виконання документа і надсилання його до справи», найменування посади у реквізитах «Підпис» та «Гриф погодження», засвідчуального напису «Згідно з оригіналом», а також слів «СЛУХАЛИ», «ВИСТУПИЛИ», «ВИРІШИЛИ», «УХВАЛИЛИ», «НАКАЗУЮ», «ЗОБОВ'ЯЗУЮ».

- За наявності кількох грифів затвердження і погодження вони розміщуються на одному рівні вертикальними рядками. Перший гриф – від межі лівого поля; другий – через 104 міліметри від межі лівого поля.

- Якщо в тексті документа міститься посилання на додатки або на документ, що став підставою для його видання, слова «Додаток» і «Підстава» друкують від межі лівого поля, а текст до них – через один міжрядковий інтервал.

- Під час оформлення документів на двох і більше сторінках друга та наступні сторінки повинні бути пронумеровані.

- Номери сторінок ставлять посередині верхнього поля аркуша арабськими цифрами без зазначення слова «сторінка» та розділових знаків. Перша сторінка не нумерується.

- Тексти документів постійного зберігання друкують на одному боці аркуша. Документи із строком зберігання до 5 років можна друкувати на лицьовому і зворотному боці аркуша.

Організаційно-розпорядчі документи мають строго встановлений певний комплекс реквізитів і стабільний порядок їх розміщення.

Код форми документа розміщується згідно з Державним класифікатором управлінської документації (далі – ДКУД) вище назви виду документа. Рішення щодо необхідності фіксування коду форми документа приймається керівником окремо щодо кожного виду документа.

Найменування установи повинне відповідати найменуванню, зазначеному в Положенні про нього. Довідкові дані про установу: поштова адреса, номери телефонів, телефаксів, адреса електронної пошти тощо, адресу веб-сайту. Довідкові дані розміщують нижче найменування установи або структурного підрозділу.

Реквізити поштової адреси зазначають в такій послідовності – назва вулиці, номер будинку, назва населеного пункту, району, області, поштовий індекс.

Назва виду документа (наказ, доповідна записка, довідка тощо) зумовлює особливості викладення змісту і структури тексту. Назва виду документа зазначається на загальному бланку великими літерами друкованим чи машинописним способом і повинна відповідати назвам, передбачених ДКУД. У листах назву виду документа не зазначають.

Датою документа є відповідно дата його підписання, затвердження, прийняття, реєстрації або видання. Дата зазначається арабськими цифрами в один рядок у такій послідовності: число, місяць, рік. Дата оформляється цифровим або словесно-цифровим способом. У разі оформлення дати цифровим способом число і місяць проставляються двома парами цифр, розділеними крапкою; рік – чотирма цифрами, крапка наприкінці не ставиться. Наприклад: 08.02.2012

У текстах нормативно-правових актів та посиланнях на них і документах, що містять відомості фінансового характеру, застосовують словесно-

цифровий спосіб зазначення дат з проставлянням нуля в позначенні дня місяця, якщо він містить одну цифру, наприклад: 09 січня 2012 року. Дозволяється вживати слово «рік» у скороченому варіанті «р.», наприклад: 03 лютого 2012 р.

Якщо документ складено не на бланку, дата зазначається нижче підпису ліворуч. Дата документа проставляється посадовою особою, яка його підписує або затверджує.

Обов'язковому датуванню і підписанню підлягають усі службові відмітки на документах, пов'язані з їх проходженням та виконанням (резольюції, погодження, візи, відмітки про виконання документа і направлення його до справи).

Індексація документів полягає у присвоєнні їм умовних позначень – індексів, які надаються документам під час їх реєстрації. Реєстраційний індекс складається з порядкового номера документа у межах групи документів, що реєструються, який доповнюється індексами за номенклатурою справ.

Складові частини реєстраційного індексу відокремлюються одна від одної правобічною похилою рискою. Послідовність написання складових частин реєстраційного індексу може змінюватися залежно від того, який документ реєструється.

Для вхідних документів реєстраційний індекс складається з порядкового номера та індексу за номенклатурою справ, наприклад: 845/01–10, де 845 – порядковий номер, 01–10 – індекс справи за номенклатурою.

У вихідного документа реєстраційний індекс може розміщуватися у зворотній послідовності – індекс за номенклатурою справ та порядковий номер, наприклад: 02–15/258, де 02–15 – індекс справи за номенклатурою, 258 – порядковий номер.

З метою розрізнення груп документів до реєстраційного індексу може додаватися відмітка, яка складається з літер, наприклад: 120/02–15 ДСК, де ДСК застосовується для позначення документів з грифом «Для службового користування».

Для вихідних документів посилання на реєстраційний індекс і дату документа включає в себе реєстраційний індекс і дату того документа, на який дається відповідь. Цей реквізит є обов'язковим і розташовується нижче або на рівні реєстраційного індексу в спеціально відведеному місці на бланку. Наявність цього реквізиту виключає необхідність згадування номера і дати документа, на якій дають відповідь, у тексті листа-відповіді.

Відомості про місце складення або видання зазначають на всіх документах, крім листів. Зазначені відомості оформляють відповідно до адміністративно-територіального поділу України. Якщо відомості про географічне місцезнаходження входять до найменування установи, цей реквізит не зазначається.

Гриф обмеження доступу до документа («Для службового користування», «Таємно», «Цілком таємно», «Особливої важливості») оформляють згідно з відповідними нормативними актами і розташовується у правій частині верхнього поля документа вище реквізиту «Адресат» або «Гриф затвердження».

Документи адресуються установі, її структурним підрозділам або конкретній посадовій особі. У разі адресування документа установі або її структурним підрозділам без зазначення посадової особи їх найменування наводять у називному відмінку, наприклад: Головне управління охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації.

Якщо документ надсилається посадовій особі, найменування установи та її структурного підрозділу наводяться у називному відмінку, а посада і прізвище адресата – у давальному, наприклад:

Міністерство фінансів

Відділ внутрішнього фінансового контролю та аудиту

Головному спеціалісту
прізвище, ініціали (ініціал імені)

У разі, коли документ адресується керівникові установи або його заступникові, найменування установи входить до складу найменування посади адресата, яке наводять у давальному відмінку, наприклад:

Голові Державної інспекції
з контролю якості лікарських засобів
прізвище, ініціали (ініціал імені)

Якщо документ адресують кільком однорідним за характером діяльності установам, зазначається узагальнене найменування адресатів, наприклад:

Начальникам управлінь охорони здоров'я
обласних, Київської та Севастопольської держ-
адміністрацій

Документ не повинен мати більше чотирьох адресатів. Слово «копія» перед найменуванням другого, третього, четвертого адресатів не ставиться. У разі надсилання документа більш ніж чотирьом адресатам складається список на розсилку із зазначенням на кожному документі тільки одного адресата.

Реквізит «Адресат» може включати адресу. Порядок і форма запису відомостей про адресу установи повинні відповідати Правилам надання послуг поштового зв'язку, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 5 березня 2009 р. № 270 (Офіційний вісник України, 2009 р., № 23, ст. 750). Повну адресу зазначають у разі надсилання документа разовим кореспондентам, наприклад:

Науково-практичний медичний центр
дитячої кардіології та кардіохірургії
вул. Амосова, 6, м. Київ, 03680

У разі надсилання документа фізичній особі спочатку зазначають у називному відмінку прізвище, ім'я та по батькові (ініціали чи ініціал імені), потім поштову адресу.

У разі надсилання документа органам законодавчої і виконавчої влади, постійним кореспондентам їх поштова адреса на документах не зазначається.

Кожна складова частина реквізиту «Адресат» друкується з нового рядка.

Затвердження певних видів документів здійснюється з проставлянням грифа затвердження.

Примірний перелік документів, що затверджуються з проставлянням грифа затвердження:

1. Акти (готовності об'єкта до експлуатації; списання; інвентаризації; експертизи; вилучення справ для знищення; передачі справ; ліквідації установ тощо).

2. Завдання (на проектування об'єктів, технічних споруд, капітальне будівництво; на проведення науково-дослідних, проектно-конструкторських і технологічних робіт; технічні тощо).

3. Звіти (про основну діяльність; відрядження; науково-дослідні роботи тощо).

4. Кошториси витрат (на утримання апарату управління, будинків, приміщень, споруд; на підготовку та освоєння виробництва нових виробів; на капітальне будівництво тощо).

5. Номенклатури справ.

6. Нормативи (витрачання сировини, матеріалів, електроенергії; технологічного проектування; чисельності працівників тощо).

7. Описи справ.

8. Переліки (посад працівників з ненормованим робочим днем; типових, відомчих (галузових) документів із строками зберігання тощо).

9. Плани (виробничих; будівельно-монтажних, проектно-розвідувальних, науково-дослідних робіт; впровадження нової техніки; коопера-

них поставок продукції; розподілу продукції за встановленою номенклатурою; отримання прибутків житлово-комунальним господарством від капітального ремонту; роботи колегії, науково-технічної ради, наукової ради тощо).

10. Положення про структурні підрозділи.
11. Посадові інструкції.
12. Програми (фінансово-економічні; проведення робіт і заходів; відряджень тощо).
13. Протоколи засідань колегійальних органів (за потреби).
14. Розцінки на виконання робіт.
15. Статути (положення) установ.
16. Структура установи.
17. Форми уніфікованих документів.
18. Штатні розписи.

Якщо документ затверджує конкретна посадова особа, гриф затвердження складається із слова «ЗАТВЕРДЖУЮ», найменування посади, підпису, ініціалів (ініціалу імені) і прізвища особи, яка затвердила документ, дати затвердження. Наприклад:

ЗАТВЕРДЖУЮ
Головний лікар
Найменування закладу
підпис, ініціали (ініціал імені), прізвище
Дата

У разі, коли документ затверджується наказом, гриф затвердження складається із слова «ЗАТВЕРДЖЕНО», назви виду документа, яким затверджується створений документ, у називному відмінку із зазначенням його дати і номера. Наприклад:

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я
12 березня 2012 № 298

Гриф затвердження розміщується у правому верхньому кутку першого аркуша документа.

У разі затвердження документа кількома посадовими особами грифи затвердження розташовуються на одному рівні.

Резолюція – це зроблений посадовою особою напис на документі, який містить стислий зміст прийнятого нею рішення щодо виконання документа.

Резолюція складається з таких елементів: прізвище, ініціали виконавця у давальному відмінку, зміст доручення, строк виконання, особистий підпис керівника, дата.

Якщо доручення надано кільком посадовим особам, головним виконавцем документа є зазначена першою особою, якій надається право скли-

кати інших виконавців та координувати їх роботу. Першою, як правило, зазначається особа, яка займає вищу або рівну посаду.

На документах із строками виконання, які не потребують додаткових вказівок, у резолюції зазначаються виконавець, підпис автора резолюції, дата.

Резолюція проставляється безпосередньо на документі нижче реквізиту «Адресат» паралельно до основного тексту. Якщо місця для резолюції недостатньо, її можна проставляти на вільному від тексту місці у верхній частині першого аркуша документа з лицьового боку, але не на полі документа, призначеному для підшивання.

Заголовок до тексту документа повинен містити короткий виклад змісту документа і бути максимально стислим. Заголовок формулюється працівником, який створює документ. Заголовок, обсяг якого перевищує 150 знаків (5 рядків), дозволяється продовжувати до межі правого поля. Крапка в кінці заголовка не ставиться.

Заголовок відповідає на питання «про що?», «кого?», «чого?». Наприклад, наказ (про що?) про надання відпустки; лист (про що?) про організацію наради; протокол (чого?) засідання атестаційної комісії; посадова інструкція (кого?) головного спеціаліста.

Без заголовка дозволяється складати короткі документи на бланках формату А5 (210 x 148 міліметрів), зокрема супровідні листи, телеграми, телефонограми.

Відмітка про контроль означає, що документ узято на контроль для забезпечення його виконання в установленний строк. Відмітку про контроль роблять шляхом проставлення слова «Контроль» (з використанням штампа) на лівому полі першої сторінки документа на рівні заголовка до тексту.

Текст документа містить інформацію, для фіксування якої його було створено. Інформацію в тексті документа викладають стисло, грамотно, зрозуміло та об'єктивно. Документ не повинен містити повторів, а також слів і зворотів, які не мають змістового навантаження. Під час складання документів вживають діловий стиль, для якого характерний нейтральний тон викладення, позбавлений образності, емоційності та індивідуальних авторських рис. Текст документа повинен стосуватися того питання, яке сформульоване в заголовку до тексту. Текст документа оформляється у вигляді суцільного зв'язного тексту або анкети чи таблиці, або шляхом поєднання цих форм.

Суцільний зв'язний текст документа містить граматично і логічно узгоджену інформацію про управлінські дії. Таку форму викладення тексту документа використовують під час складання положень, порядків, правил, розпорядчих документів і листів.

Суцільний зв'язний текст, як правило, складається з двох частин. У першій (вступній) частині зазначають підставу, обґрунтування або мету складення документа, у другій (заклучній) частині – висновки, пропозиції, рішення, прохання. В окремих випадках документ може після вступної частини містити мотивувальну частину, в якій обґрунтовується позиція установи.

У тексті документа, підготовленого відповідно до документів інших установ або раніше виданих документів, зазначають їх реквізити у такій послідовності: назва виду документа, найменування установи, ініціали автора документа, дата, реєстраційний номер, заголовок до тексту.

Тексти складних і великих за обсягом документів (положення, правила, інструкції, огляди, звіти тощо) поділяють на розділи, підрозділи, пункти, підпункти. Пункти у тексті нумерують арабськими цифрами з крапкою, а підпункти – арабськими цифрами з дужкою. В окремих випадках розділи можуть поділятися на глави, а також нумеруватися римськими цифрами.

Табличну форму документа використовують у разі викладення в цифровому або словесному вигляді інформації про кілька об'єктів за рядом ознак. Заголовки граф таблиці пишуть з великої літери, підзаголовки – з малої літери, якщо вони становлять одне ціле із заголовком, і з великої – якщо підзаголовок має самостійне значення. Крапки в кінці заголовків і підзаголовків граф не ставляться. Заголовки і підзаголовки граф та рядків таблиці повинні бути викладені іменником у називному відмінку однини. У заголовках і підзаголовках рядків і граф таблиці вживаються лише загальноприйняті умовні позначення і скорочення. Графи таблиці, які розміщують на кількох сторінках, нумеруються. На другій та наступних сторінках таблиці зазначають номери граф, а також у верхньому правому кутку – слова «Продовження додатка».

Додатки до документів, крім додатків до супровідних листів, складаються з метою доповнення, пояснення окремих питань документа або документа в цілому. Додатки до документів можуть бути таких видів: додатки, що затверджуються

розпорядчими документами (положення, інструкції, правила, порядки тощо); додатки, що доповнюють та/або пояснюють зміст основного документа; додатки, що надсилаються із супровідним листом.

На додатках, що затверджуються розпорядчими документами (положення, інструкції, правила, порядки тощо), проставляється гриф затвердження. У відповідних пунктах розпорядчої частини документа робиться посилання: «що додається» або «(додається)».

На додатках до документів, що затверджуються розпорядчими документами, робиться відмітка у верхньому правому кутку першого аркуша додатка, наприклад:

Додаток 5
до Інструкції

Додатки довідкового або аналітичного характеру (графіки, схеми, таблиці, списки тощо) до основного документа повинні мати відмітку з посиланням на цей документ, його дату і номер, наприклад:

Додаток
до наказу Міністерства
охорони здоров'я
20.04.2009 № 295

У тексті основного документа робиться відмітка про наявність додатків: «що додається», «згідно з додатком», «(додаток 1)»; «відповідно до додатка 2» «або» «(див. додаток 3)».

Додатки оформляються, як правило, на стандартних аркушах паперу. На другому і наступних аркушах додатка робиться відмітка: «Продовження додатка», «Продовження додатка 1». У разі наявності кількох додатків на них зазначають порядкові номери, наприклад: Додаток 1, Додаток 2 тощо. Знак «№» перед цифровим позначенням не ставиться.

Підпис складається з найменування посади особи, яка підписує документ (повного – якщо документ надрукований не на бланку, скороченого – на документі, надрукованому на бланку), особистого підпису, ініціалів (ініціалу імені) і прізвища, наприклад:

Головний лікар підпис ініціали (ініціал імені), прізвище

Документи підписують, як правило, однією посадовою особою, а у разі, коли за зміст документа несуть відповідальність кілька осіб (акти, фінансові документи тощо), – двома або більше посадовими особами. При цьому підписи посадових осіб

розміщують один під одним відповідно до підпорядкованості осіб. Наприклад:

Головний лікар підпис ініціали (ініціал імені), прізвище

Головний бухгалтер підпис ініціали (ініціал імені), прізвище

Документи колегіальних органів підписують голова колегіального органу і секретар, наприклад:

Голова комісії підпис ініціали (ініціал імені), прізвище

Секретар комісії підпис ініціали (ініціал імені), прізвище

У разі відсутності посадової особи, найменування посади, прізвище, ініціали (ініціал імені) якої зазначено на проекті документа, його підписує особа, що виконує її обов'язки, або її заступник. У такому разі обов'язково зазначають фактичну посаду, ініціали (ініціал імені), прізвище особи, яка підписала документ (виправлення вносять рукописним або машинописним способом, якщо документ неможливо передрукувати). Не допускається під час підписання документа ставити прийменник «За» чи правобічну похилу риску перед найменуванням посади. Додавання до найменування посадової особи слів «Виконуючий обов'язки» або «В. о.» здійснюється у разі заміщення посадової особи за наказом.

Факсимільне відтворення підпису посадової особи на організаційно-розпорядчих, фінансових, бухгалтерських документах за допомогою механічного або іншого копіювання не допускається.

Внутрішнє погодження документа оформляється шляхом проставлення візи. Віза включає: особистий підпис, ініціали (ініціал імені) і прізвище особи, яка візує документ, дату візування із зазначенням у разі потреби найменування посади цієї особи.

Віза проставляється як на лицьовому, так і на зворотному боці останнього аркуша проекту документа, якщо місця для візування на лицьовому боці останнього аркуша документа недостатньо.

Перелік посадових осіб, які повинні завізувати документ, визначає керівник структурного підрозділу, який створює документ, виходячи з його змісту.

Зовнішнє погодження проектів документів оформляють шляхом проставлення на них грифа погодження, який включає в себе слово «ПОГОДЖЕНО», найменування посади особи та установи, з якою погоджується проект документа, осо-

бистий підпис, ініціали (ініціал імені), прізвище і дату або назву документа, що підтверджує погодження, його дату і номер (індекс), наприклад:

ПОГОДЖЕНО

Протокол засідання Вченої медичної ради

Міністерства охорони здоров'я

Дата №

Гриф погодження ставиться нижче підпису на лицьовому боці останнього аркуша проекту документа. Зовнішнє погодження у разі потреби, визначеної законодавством, здійснюється в такій послідовності: з установами однакового рівня та іншими установами; з громадськими організаціями; з органами, які здійснюють державний контроль в певній сфері; з установами вищого рівня.

На документах, що засвідчують права громадян і юридичних осіб, на яких фіксується факт витрати коштів і проведення операцій з матеріальними цінностями, підпис посадової (відповідальної) особи скріплюється гербовою печаткою МОЗ України.

Після завершення роботи з документом проставляється відмітка про його виконання. Відмітка про виконання документа свідчить, що роботу над документом завершено і його необхідно додати до справи. Відмітка може містити слова «До справи», номер справи, посилання на дату і реєстраційний індекс документа, який засвідчує його виконання, найменування посади, підпис і дату.

Якщо документ не потребує письмової відповіді, зазначаються короткі відомості про виконання. Підпис і дату відмітки проставляє працівник, який створив документ, або керівник структурного підрозділу.

Вся робота з медичною документацією закінчується її знищенням після визначеного нормативними актами терміну зберігання.

Вилучення документів для знищення без проведення попередньої експертизи їх цінності забороняється.

Для організації та проведення експертизи цінності документів в МОЗ України утворюють експертну комісію. Під час проведення експертизи цінності документів здійснюється відбір документів постійного та тривалого (понад 10 років) зберігання для передачі до архіву, вилучення для знищення документів і справ за минулі роки, строки зберігання яких закінчилися.

За результатами експертизи цінності документів складаються описи справ постійного, тривалого (понад 10 років) зберігання, з кадрових питань

(особового складу) та акт про вилучення для знищення документів.

Закінчені у діловодстві справи постійного, тривалого строку зберігання та з особового складу підлягають переданню в архів закладу охорони здоров'я. А документи тимчасового строку зберігання зберігаються за місцем їх формування у справах структурних підрозділів цього закладу і

після закінчення строку зберігання підлягають знищенню у встановленому порядку.

Висновки. За допомогою документів здійснюється більшість процесу управління. В цьому полягає значна практична цінність набутих знань та вмінь у царині діловодства. Тому оволодіння цими навиками є необхідними для головної (старшої) медсестри.

ЛІТЕРАТУРА

1. http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/u_nurse/classes_stud
2. Вороненко Ю. В. Менеджмент та лідерство в медсестринстві / Ю. В. Вороненко, О. Н. Литвинова. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2001. – С. 197–243.
3. Інструкція з діловодства у Міністерстві охорони здоров'я України // Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.03.2012. – № 152.
4. Загорецька О. Організація діловодства і архівної справи в медичному закладі / О. Загорецька // Практика управління медичним закладом. – 2011. – № 2. – С. 45–53.
5. Загорецька О. Початок діловодного року в закладі охорони здоров'я / О. Загорецька // Медична практика. – 2012. – № 1. – С. 73–79.

СЕСТРИНСЬКИЙ ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З АСТЕНІЄЮ ПРИ ПАТОЛОГІЇ СИСТЕМИ КРОВІ

Г. Г. Кміта, Р. В. Кучер, І. Й. Біскупська

Тернопільська університетська лікарня

У статті розглянуто основні причини розвитку, особливості патофізіології, діагностика, лікування синдрому слабості та сестринський догляд за хворими з астеною при захворюваннях крові.

NURSING CARE FOR PATIENTS WITH ASTENIA AT THE PATHOLOGY OF BLOOD SYSTEM

H. H. Kmita, R. V. Kucher, I. Y. Biskupska

Ternopil University Hospital

The article adduces the main causes of development pathophysiology peculiarities, diagnosis, treatment of the weakness syndrome and nursing care for patients with asthenia at diseases of the blood system.

Вступ. Астенія (від грец. *astheneia*) – хворобливий стан, що проявляється підвищеною втомою і виснаженням з вкрай нестійким настроєм, ослабленням здатності володіти собою, нетерплячістю, розладом сну, втратою здатності до тривалої розумової та фізичної напруги, непереносимістю гучних звуків, яскравого світла, різких запахів.

У більшості людей, які страждають на онкогематологічні захворювання, слабкість – найпоширеніший синдром. Стан слабості може виявлятися на будь-якій стадії захворювання: від початкової, майже безсимптомної, до клінічної. Пацієнти можуть описувати стан слабості по-різному: втома, ослаблення, виснаження, знемога, нестача енергії [2].

Вибір терміну в цьому випадку визначається особливостями суб'єктивних відчуттів кожного пацієнта зокрема. Лікарі для позначення слабості застосовують різні терміни: астеною, анергія, зниження толерантності до фізичних навантажень і т. д.

Слабкість можна визначити як суб'єктивне відчуття хворого, що відображає нестачу енергії для виконання звичних повсякденних справ, які раніше людина виконувала без особливих проблем.

Слабкість може проявлятися у нестачі звичної кількості сну і відпочинку для відновлення сил після навантаження. У цьому і полягає відмінність патологічної слабості від фізіологічної, викликані фізичним або психоемоційним навантаженням. Фізіологічна слабкість зазвичай проходить після невеликого відпочинку, а хвороблива слабкість потребує більше часу для відновлення сил.

Етіологія. Слабкість у хворих може бути спричинена як однією, так і кількома причинами, і бути як первинною – викликану власне хворобою, так і вторинною – розвиватись в процесі лікування.

Основними причинами слабості можуть бути:

- лікування хвороби – хіміотерапія, променева терапія;
- побічні ефекти від лікування;
- інфекція;
- анемія;
- зниження рухливості та тривале перебування в ліжку;
- нервові напруження;
- неповноцінне харчування;
- зневоднення;
- безсоння;
- стрес;
- неконтрольований біль;

- депресії;
- ендокринні захворювання (зокрема гіпофункція щитоподібної залози може викликати втому і слабкість).

Анемія може розвиватися як через пригнічення основних паростків кровотворення пухлинним процесом, так і вторинно – при використанні в лікуванні сильнодіючих цитостатиків, променевої терапії. Крім втоми, проявляється блідістю шкірних покривів, задишкою, тахікардією. В загальному аналізі крові виявляють зниження гемоглобіну, еритроцитів.

Інфекційні процеси також можуть мати різне походження. Через знижений вміст лейкоцитів у крові, диспротеїнемію, імунна система виявляється недієздатною, що залишає організм практично беззахисним перед різними інфекціями: заострюються хронічні інфекційні процеси (сепсис, пієлонефрит, тонзиліт, герпес), виникають гострі вірусні та бактерійні інфекції.

Психоемоційний стрес чи не найголовніший безповоротний пусковий механізм, що спричиняє слабкість. Адже на тлі виявленого захворювання людина, природно, відчуває сильні переживання, що не може не позначитися на його здоров'ї.

Порушення обміну речовин виникає через неправильну роботу внутрішніх органів, уражених пухлинним процесом або через викид продуктів розпаду пухлини в організм.

Серед гормональних змін слід виділити розлад функції щитоподібної залози або надниркових залоз, пов'язані з променевою, а особливо з хіміотерапією.

Медичні препарати – знеболюючі, антиеметики й антигістамінні засоби можуть бути причиною сонливості і втоми.

Протипухлинне лікування спричиняє слабкість, яка є наслідком побічних токсичних ефектів хіміопрепаратів і посилюється при розвитку нудоти, блювання, проносів та ін. Зазвичай поступово проходить після завершення хіміотерапії, але у літніх пацієнтів у термінальній стадії захворювання, а також на тлі застосування комбінованих видів лікування (наприклад, променевої і хіміотерапії) слабкість може зберігатися протягом тривалого часу після завершення курсу лікування.

Променева терапія також спричиняє розвиток слабкості. Як правило, після завершення променевої терапії слабкість поступово зникає.

Біологічна терапія (застосування інтерферонів, моноклональних антитіл, вакцин) часто викликає

слабкість. При даному методі лікування слабкість є частиною грипоподібного синдрому. Цей синдром включає озноб, лихоманку, м'язовий і головний біль, загальне нездужання. Рівень слабкості залежить від виду біотерапії. На тлі інтерферонотерапії описані випадки депресивного настрою із суїцидальним нахилом [3].

Патофізіологія. Астенія розвивається внаслідок дисфункції лімбіко-ретикулярних структур головного мозку на тлі стресу і тому є психовегетативним розладом організму. Основний патогенетичний механізм астенії полягає в перевантаженні ретикулярної активуючої системи, яка синхронізує всі поведінкові реакції людини і керує його енергетичними ресурсами. Дана система більш відома як ретикулярна формація, яка є «енергетичним центром» головного мозку та відповідає за активну діяльність організму. Ретикулярна активуюча система (РАС) контролює координацію довільних рухів, автономну та ендокринну регуляцію, сенсорне сприйняття, запам'ятовування, активацію кори головного мозку.

Зміна активності РАС впливає на функціонування гіпоталамо-гіпофізарної системи, що є ключовою нейроендокринної системи в реалізації стресу. Виснаження і перевантаження при астенії є ознаками декомпенсації вказаного регуляторного механізму. Вважається, що астенія являє собою приклад «аварійного гальмування», який перешкоджає повній втраті працездатності. В цьому контексті астенія розглядається як універсальна реакція організму на будь-який стан, який загрожує виснаженням енергетичних процесів, чи це астенія, викликана органічними причинами, чи функціональними. Це особливий сигнал тривоги, що інформує людину про необхідність короточасної перерви розумової чи фізичної праці, модифікації способу життя і медикаментозної корекції патологічного стану [4, 5].

Симптоми слабкості змінюються залежно від її причини і можуть проявлятися у вигляді:

- втоми;
- міалгій;
- складності зміни положення від сидячого до стоячого;
- запаморочення і дисбалансу;
- затрудненого дихання;
- лихоманки і/або ознобу (ознаки інфекції);
- депресії.

Лікування симптомів слабкості – це комбінована терапія, яку призначає тільки лікар. Насампе-

ред слід звернути увагу на режим сну і харчування, наявність помірних фізичних навантажень у розпорядку дня хворого. Харчування має бути збалансованим, містити в собі достатню кількість калорій, вітамінів і мінеральних елементів; харчуватися краще маленькими порціями, але з відносно невеликими перервами між їжею, дотримуватися водного навантаження. Режим дня повинен бути стабільним, заздалегідь розпланованим. У ньому має бути час і для невеликих фізичних навантажень (прогулянки на свіжому повітрі, прості фізичні вправи) і для пасивного відпочинку (1–1,5-годинний денний сон). Емоційний фон повинен бути спокійним, без бурхливих переживань і спалахів. Позитивні емоції допоможуть пацієнтам впоратися зі слабкістю, а нервово-психічне виснаження, навпаки, посилять її. Лікар може призначити терапію, якщо вважатиме за потрібне, яка включатиме антидепресанти, антиеметики, психостимулятори та еритропоетин [1].

Сестринський догляд за ослабленим пацієнтом необхідно спрямувати на те, щоб допомогти пацієнту бути максимально активним протягом дня, що дасть йому відчуття незалежності. Медсестра повинна контролювати і оцінювати ефективність призначеного лікування, доповідати лікарю про зміни в стані пацієнта, навчати пацієнта вести правильний спосіб життя; надавати йому підтримку, вселяти впевненість в своїх силах.

Медсестра повинна допомагати пацієнту в дотриманні правил особистої гігієни, спостерігати за станом шкіри і ротової порожнини, щоб виключити можливі ускладнення.

Слід переконувати пацієнта в необхідності приймати їжу і пиття (їжа повинна бути по можливості висококалорійною), а також допомагати йому при прийомі їжі, якщо пацієнт занадто ослаблений. Не можна залишати ослабленого пацієнта без спостереження при прийомі гарячої їжі або пиття. Необхідно також надавати йому допомогу при відвідуванні туалету, забезпечуючи при цьому достатнє усамітнення. Медсестра повинна надавати пацієнту психологічну підтримку, проявляти дружню участь, щоб підвищити його самоповагу і сприяти появі інтересу до життя. Слід надихати пацієнта, але не примушувати його. Відчуття слабості, нездатність здійснювати звичні дії можуть викликати у пацієнта стресовий стан. У цьому випадку допомагає спокійне обговорення ситуації, що створилася. Наприклад, медсестра може сказати хворому: «Так, ви зараз не в змозі робити багато чого

з того, що могли робити раніше. Але якщо ми спробуємо зробити це разом або відкладемо до того моменту, коли ви будете почувати себе трохи краще, то у нас все вийде» [6, 7].

Медична сестра повинна навчати родичів пацієнта догляду за ним і тоді хвора людина не буде насамоті зі своєю хворобою, що зробить її сильнішою у боротьбі із недугою.

Оскільки слабкість – найчастіший симптом у гематологічних та онкологічних хворих, дані рекомендації можуть бути корисні кожному пацієнту.

Режим дня

Режим дня (час пробудження і відходу до сну, прийому їжі, фізичних вправ і т.д.) повинен бути заздалегідь спланований.

При плануванні режиму дня необхідно продумати оптимальне для Вас на даному етапі співвідношення часу відпочинку і повсякденної фізичної активності.

Необхідно пам'ятати, що неправильно спланований режим дня може призвести до посилення слабості.

При наявності слабості не слід братися за роботу, яка посилює слабкість або допускати фізичні навантаження, які погіршують Ваше самопочуття.

Намагайтеся використовувати найбільш сприятливий для Вас час протягом дня для вирішення найбільш важливих справ.

Сон

Сон повинен бути тривалим і повноцінним.

Пробудження і засипання повинні відбуватися по можливості в один і той же час.

У разі посилення слабості вдень, короткий денний сон (або відпочинок) можуть поліпшити самопочуття.

Харчування

Їжа повинна бути висококалорійною з достатньою кількістю білків, вітамінів і мікроелементів.

Слід приймати їжу невеликими порціями, але часто (переварювання невеликої кількості їжі вимагає менших енергетичних витрат).

Під час кожного прийому їжі необхідно отримувати достатню кількість калорій.

Бажано в рамках рекомендованої дієти прагнути до того, щоб смакові якості їжі відповідали Вашим звичкам і приносили Вам задоволення.

Слід вживати достатню кількість рідини, якщо немає протипоказів (це питання потрібно обговорити з лікарем).

Відпочинок

Під час відпочинку потрібно намагатися по можливості займатися приємними для Вас справами

(читанням, переглядом фільмів, прослуховування музики і т.д.).

Позитивну роль відіграють прості загальнозміцнювальні заняття: прогулянки, відпочинок на свіжому повітрі, спостереження за природою.

Корисно знайти заняття, які допомагають Вам відновлювати сили.

Фізичні вправи

Прості фізичні вправи (ранкові, денні або вечірні), що виконуються щодня, сприяють зниженню рівня слабості.

У ряді випадків може допомогти дихальна гімнастика.

Психологічний і емоційний стан

Позитивний психологічний та емоційний стан допомагає боротися із слабкістю.

По можливості бажано уникати ситуацій, пов'язаних з нервово-психічним напруженням і виснаженням.

Висновок. Завжди обговорюйте всі симптоми, які Вас турбують, з лікарем.

Пам'ятайте, що вираженість багатьох симптомів може бути зменшена, а в ряді випадків симптоми можуть бути усунені повністю.

Просіть лікаря пояснити Вам причини симптому і можливості його лікування. Розуміючи процеси, що відбуваються з Вами, і знаючи програму необхідних дій, Ви позбудетеся непотрібних страхів, підозр і тривоги.

Не забувайте, що слабкість може бути пов'язана з лікуванням основного захворювання, і в цьому випадку після завершення курсу лікування з часом ознаки слабості будуть зменшуватися.

Пам'ятайте, що лікування слабості може бути ефективним, якщо вдасться встановити причини її розвитку. Виявлення причин слабості можливо тільки після проведення ретельного обстеження.

Придільяйте увагу не тільки фізіологічним проблемам, але і знаходьте способи покращення свого психологічного та емоційного стану!

ЛІТЕРАТУРА

1. Аведисова А. С. Терапия астенических состояний / А. С. Аведисова // Фармацевтический вестник. – 2003. – № 33 (312). – С. 15–16.

2. Куликовский В. В. Клинико-патогенетические аспекты астенического синдрома психогенного и соматогенного генеза / В. В. Куликовский: дисс. докт. мед. наук. – М., 1994. – 482 с.

3. Чернущь Н. П. Синдром функциональной астении в общетерапевтической практике. Трудности диагностики и терапии / Н. П. Чернущь, А. И. Шатихин // Трудный пациент. – 2009. – № 6–7. – С. 50–52.

4. Kroenke K. Chronic fatigue in primary care: prevalence, patient characteristics, and outcome / K. Kroenke,

D. R. Wood, A. D. Mangelsdruff [et al.] // Journal of the American Medical Association. – Vol. 260(7). – 1988. – p. 929–934.

5. Skapinakis P. Unexplained fatigue syndromes in a multinational primary care sample: specificity of definition and prevalence and distinctiveness from depression and generalized anxiety / P. Skapinakis, G. Lewis, V. Mavreas // Am. J. Psychiat. – 2003. – Vol. 160(4). – P. 785–787.

6. minzdrav.gov.by/dadvfiles/000524_366950_1_79_01_0101_VnutrBol.doc

7. <http://www.help-patient.ru>

ДВАДЦЯТЬ РОКІВ НА СТОРОЖІ ЗДОРОВ'Я

О. О. Склярова, О. Б. Сусла, Г. Б. Симко

Тернопільська університетська лікарня

Новітні наукові досягнення в галузі медицини не обминули нефрологію, зокрема лікування гострого захворювання нирок. У минулому цьому захворюванню не приділяли належної уваги. У стінах нашої Тернопільської університетської лікарні в 1982 році з'явився перший апарат «Штучна нирка» АИП-140, трохи згодом розпочало роботу відділення гострого гемодіалізу.

TWENTY YEARS ON THE GUARD OF HEALTH

O. O. Sklyarova, O. B. Susla, H. B. Symko

Ternopil University Hospital

Recent medical scientific achievements were admitted in Nephrology, especially about an acute kidney disease. It wasn't paid necessary attention to this disorder in past. The first device "Artificial kidney" AIP-140 appeared in Ternopil University Hospital in 1982. Some time later, Acute Hemodialysis Department started to function.

Вступ. У 1827 році англійський лікар Р. Брайт описав клінічну картину захворювання нирок, яке супроводжувалося анемією, тобто термінальну ниркову недостатність (ТНН). У 1854 році шотландський професор хімії Т. Грехем спроектував перший діалізатор у вигляді кола. Перший гемодіаліз хворому з уремією в 1924 році виконав німецький лікар Д. Хаас. У 1960 році в клініці Осло було модернізовано перший діалізатор і почалася ера хронічного (програмного) гемодіалізу.

В Україні перший домашній гемодіаліз було зроблено в Харкові в 1977 році за допомогою апарата «СГД 1».

В перші роки розвиток діалізу в нашій країні характеризувався тим, що проведення сеансу гемодіалізу перетворювали в елемент «героїчної» медицини як для персоналу відділення, так і для пацієнтів. На цьому етапі розвитку гемодіалізу ні про яку стратегію лікування пацієнтів з ТНН не могло йти мови.

Наступним етапом розвитку гемодіалізу в нашій країні була розробка і початок виробництва багатомісного вітчизняного апарата СГД-8. У 1983

році, з початком випуску перших вітчизняних діалізаторів ДІП-02, вирішуються технічні питання проведення сеансів гемодіалізу.

У наш час ниркова замісна терапія (НЗТ) включає програмний гемодіаліз у стаціонарному та домашньому варіантах, гемофільтрацію, гемодіафільтрацію, перитонеальний діаліз, постійний амбулаторний перитонеальний діаліз та трансплантацію нирки.

На сьогодні кількість хворих, що отримують лікування різними методами діалізу та за допомогою ниркового алотрансплантату, у світі становить понад 2 млн осіб. Це лікування пожиттєве і належить до одного з високоартісних видів спеціалізованої медичної допомоги.

Частка хворих з ТНН, порівняно з хворими з серцево-судинними чи онкологічними захворюваннями, у Тернопільському регіоні є не надто високою, проте займає велике медико-соціальне значення. 115 хворих з усієї Тернопільщини з втраченою функцією нирок потребують регулярного підключення до апарата «Штучна нирка», тобто потребують хронічного гемодіалізу. Виконати це можна лише в Університетській лікарні, яка забезпечена необхідною апаратурою та розхідними

матеріалами, де працюють підготовлені фахівці. Тож тричі на тиждень хворі з усіх куточків нашого регіону з'їжджаються до Тернополя, щоб здійснити цю життєво необхідну процедуру. І, що важливо – цілком безкоштовно.

Основна частина. Двадцять років для відділення – неабиякий проміжок часу. На даному етапі є нагода й можливість озирнутися на мить у минуле – згадати всі сходинки будівництва та розвитку відділення, тих, хто стояв біля його витоків і продовжує цю справу сьогодні, відтак – з новими ідеями впевнено поглянути в майбутнє.

Однією з яскравих сторінок історії розвитку медицини на Тернопільщині є започаткування і розвиток методу екстракорпоральної детоксикації, зокрема, гемодіалізу. У далекому 1982 році в обласній лікарні м. Тернополя розпочалася підготовка до функціонування першого апарата «Штучна нирка» на базі реанімаційного відділення. Зусиллями невтомного ентузіаста, лікаря-анестезіолога О. П. Каплуна, а також практичних лікарів-однорумців, хірургів та анестезіологів, об'єднаних бажанням підвищити ефективність лікування хворих з різноманітними екзо- і ендотоксикозами, зокрема з нирковою недостатністю, було проведено перший сеанс гемодіалізу.



Фото 1. О. П. Каплун при підготовці системи для гемодіалізу.

Відпрацьовуючи нову медичну технологію, яка була доступна на той час не всім обласним клінікам, лікарі з нечуваною енергією збиралися всім відділенням для проведення перших сеансів гемодіалізу.

Запровадження в практику інтенсивної терапії та реанімації гемодіалізу покращило результати лікування хворих з гострою нирковою недостатністю різного генезу (краш-синдром, шок, сепсис, інфекційні захворювання, екзогенні отруєння). Хворі, у яких консервативна терапія ставала безперспективною, отримували шанс на одужання. Крім того, з'явилась можливість продовжити життя хворим з хронічною нирковою недостатністю при її загостренні, застосовуючи гемодіалізу терапію як паліативний засіб при гіперазотемії та гідратації.

На межі кінця 80-х і початку 90-х років відділення на той період вже мало два апарати для екстракорпорального гемодіалізу типу «АИП-140» та систему іонно-обмінних смол для демінералізації води. Крім цього, для роботи «штучної нирки» у відділенні реанімації були затверджені ставки співробітникам, які забезпечували лабораторний моніторинг та інженерне обслуговування апарата під час та після сеансів гемодіалізу. Тривалий період для діалітичної терапії використовували багаторазовий гемодіалізатор. Як напівпроникливу мембрану використовували целофан. Підготовка апаратури та самої операції гемодіалізу була досить тривалою і трудомісткою.



Фото 2. Перші сеанси гемодіалізу (80-і роки).

У цей період впроваджувались у практику нові технології. В нашій області вперше були застосовані гемосорбція у хворих з токсичними нефропатіями, лікувальний плазмаферез у хворих із системними захворюваннями, формування артеріо-венозної фістули та катетеризації центральних вен у пацієнтів з гострою нирковою недостатністю. На цей період припадає початок використання одноразових компактних пластинчастих гемодіалізаторів вітчизняного («ДИП-02-02») та капіляродіалі-

заторів зарубіжного виробництва (США, Японія). Тривалість діалітичної сесії, як правило, складала 4–6 годин двома ємностями діалізуючої рідини; при застосуванні сучасних діалізаторів та доповненні операції гемодіалізу сеансом гемосорбції тривалість операції скорочувалась до 2–3 годин. Ефективність процедури значно підвищилася. Щорічно 20–30 хворим на гостру ниркову недостатність у комплексному лікуванні застосовували гемодіаліз. Нерідко з метою детоксикації сеанси гемодіалізу також проводили хворим на хронічну ниркову недостатність. Проте більшість хворих, яким необхідна була постійна діалітична терапія, різко зростала. В цей період у нашій лікарні були частково вирішені проблеми технічного забезпечення тривалого лікування гемодіалізом. Тому у 1992 році для надання висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги хворим з термінальною нирковою недостатністю (ТНН) методами НЗТ (гемодіаліз, гемофільтрація, гемодіафільтрація) в умовах стаціонару та в амбулаторному режимі було відкрито відділення хронічного гемодіалізу на чолі із завідувачем А. А. Климом.

У штат відділення входили два лікарі, два середні медичні працівники, сестра-господиня, молодша медична сестра, інженер.



Фото 3. Завідувач відділення А. А. Клима.

З відкриттям відділення гемодіалізу розвиток еферентної терапії на Тернопільщині отримав новий імпульс. Оскільки сучасна діалітична терапія є високовартісною медичною технологією, перспективи подальшої роботи напрямку були пов'язані з проблемою недофінансування. Крім цього, оновлення потребувала базова апаратура, яка працювала з тривалим терміном експлуатації. Для повноцінної та безперебійної роботи відділення необхідно було придбати нові сучасні апарати

«Штучна нирка». Важливе значення приділяли лабораторному та технічному забезпеченню проведення гемодіалізу, що вимагало адекватного моніторингу, відповідно до сучасних потреб.

Радикальні зміни відбулися у відділенні в середині 90-х років, коли за ініціативи головного лікаря М. Я. Гірняка придбали апарати «Штучна нирка» АК-10 фірми Gambro.

З цього часу значне полегшення відчули хворі, які потребували лікування гемодіалітичними методами, відкривались перспективи розширення відділення.



Фото 4. Діалітичний апарат АК-10 Gambro (Швеція).

Час вимагав подальшого удосконалення діалітичного лікування, тому у 2001 році після реорганізаційних робіт було закуплено стаціонарну хімічно-доочистку на 12 місць. У відділенні в 3-х діалітичних залах було розгорнуто 6 діалітичних місць, робота велась у дві зміни. Відділення було оснащене сучасним діалітичним обладнанням, яке дозволяло проводити лікування сеансами гемодіалізу, гемодіафільтрації, застосовувати профілювання швидкості ультрафільтрації. Введення в дію нової сучасної апаратури та технології очищення води дозволило швидко та якісно готувати гемодіалітичний розчин, на що раніше годі було й сподіватись. Сама процедура стала переноситися хворими без ускладнень і давала очікуваний результат.

Проїшов невеликий відлік часу, коли вперше в нашій лікарні був підключений хворий до апарату «Штучна нирка». Тоді це була подія, яка набрала

публічного розголосу. На сьогодні це звичне явище. Потужність відділення у наданні медичної допомоги неухильно зростає: 80-ті роки – 36 сеансів/рік, 2007 – 8400 сеансів/рік (надана допомога 70-ти хворим), 2011 рік – більш ніж 14500 діалізів/рік – і це не межа. Кількість хворих з даною патологією невинно зростає, а тому перед керівництвом області та лікарні виникають нові завдання. Власне, гостро стояло питання про відкриття сателітного гемодіалізного відділення.

Філію гемодіалізного відділення Тернопільської університетської лікарні, яка обладнана сучасним устаткуванням, відкривають у Копичинцях на базі номерної районної лікарні. Чому саме тут? Насамперед, це дало змогу охопити хворих з південних районів області. Копичинці розташовані на міжнародній трасі. Сюди значно зручніше й ближче, отже й дешевше, добиратися на гемодіаліз хворим не лише з Гусятинського, айз Чортківського, Борщівського, Заліщицького районів, ніж до Тернополя. Взагалі, згідно з світовими стандартами, надання допомоги таким пацієнтам має здійснюватися у межах не більше ніж 60 кілометрів.

У відділенні працює 13 медиків – 2 лікаря та 5 медичних сестер, фельдшер-лаборант, сестра-господиня, 2 молодші медичні сестри, інженер, технік, які також відібрані за територіальним принципом наближення до лікувального закладу.

Зараз Копичинецьке відділення гемодіалізу розраховане на 6 ліжко-місць, діє 6 сучасних апаратів «Штучна нирка», функціонує система очистки води, є палата інтенсивної терапії, де є необхідне сучасне обладнання. Відкриттю філії у Копичинцях сприяло і порозуміння влади. Крім коштів, залучених з області, майже два мільйони гривень на створення відділення вишукали, хоч як не було важко, з районного бюджету. Зате тепер мають власну артезіанську свердловину, адже для «штучної нирки» головне – водоочищення. Також відділення забезпечене системою безперебійного електрозабезпечення. Це дуже прогресивна система – якщо раптом припиняється подача електроенергії, то автоматично, в межах 20–25 секунд, вмикається спеціальний електрогенератор, який забезпечує електропостачання цього відділення.

На даний час відділення гемодіалізу Тернопільської університетської лікарні оснащено системою водопідготовки на 16 діалізних місць виробництва фірми «Гамбро» (Швеція) та укомплектоване 16 системами для гемодіалізу цієї ж фірми, філія відділення гемодіалізу у Копичинцях, яка відпові-

дно оснащена системою підготовки води на 6 діалізних місць виробництва фірми «Гамбро» (Швеція) та укомплектована 6-ма системами для гемодіалізу «INNOVA».



Фото 5. Технологія попередньої очистки води для гемодіалізу.

У середині 2007 року на базі відділення гемодіалізу Тернопільської університетської лікарні було розпочато лікування хворих з ТНН методом постійного амбулаторного перитонеального діалізу. На даний час лікування цим методом проводять 10 пацієнтам.

Головне завдання нашого відділення – надання висококваліфікованої допомоги хворим із хронічною нирковою недостатністю методами НЗТ (гемодіаліз та перитонеальний діаліз) в умовах стаціонару й амбулаторного режиму та підготовка пацієнтів до можливої трансплантації нирки.



Фото 6. Лікарський персонал відділення гемодіалізу (2010 рік).

За двадцять років існування відділення тут склався фаховий колектив однодумців, що нараховує більше 30 співробітників та може виконати будь-яке медичне завдання. У складі колективу відділення 9 лікарів, які мають вищу та першу кваліфікацій-



Фото 7. Сестринський персонал відділення гемодіалізу (2010 рік).

ну категорію. За 20 років виросла плеяда середнього медичного персоналу, які прийшли до лікарні зовсім молодими сестрами і тут стали спеціалістами своєї справи. У відділенні працює 1 магістр медсестринства, 11 сестер медичних з них: 2 з вищою кваліфікаційною категорією, 1 з першою категорією, 1 сестра медична має другу кваліфікаційну категорію. Ми пишаємося лікарями, сестрами медичними, молодшим персона-

лом, завдяки яким наше відділення функціонує, росте і розвивається.

Колектив відділення гемодіалізу відповідальний, постійно підвищує свою кваліфікацію, медичні знання, тож показники діяльності гемодіалізного відділення відповідають світовим стандартам.

Медичний персонал, який працює у відділенні, цілодобово готовий у будь-який момент надати медичну допомогу. Адже ще з перших років існування ми взяли курс на високі стандарти надання якісної медичної допомоги населенню, окрім цього зуміли зберегти притаманне українській медичній школі шанобливе ставлення до пацієнтів.

Висновок. Як і в роки існування радянської медицини, так і медицини незалежної України, держава має пишатися так званим людським фактором, оскільки ентузіазм і альтруїзм медиків цієї галузі медицини вселяє надію на подальший її розвиток і вдосконалення.

Треба поважати себе і берегти власне здоров'я. Нам потрібно навчитись цінувати прожите і зі світлими думками дивитися в майбутнє.

ТИПИ КОНФЛІКТІВ ТА ЇХ ДИНАМІКА СЕРЕД УЧАСНИКІВ ПЕДАГОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ

І. Е. Шарун, Н. О. Чорна, Ю. В. Турук, М. П. Турук

Обласний комунальний заклад «Дніпропетровське медичне училище»

У статті наводиться аналіз та динаміка проблеми педагогічних конфліктів, передусім в системі «викладач–студент», «викладач–викладач».

CONFLICTS TYPES AND THEIR DYNAMICS AMONG THE PARTICIPANTS OF EDUCATIONAL PROCESS

I. E. Sharun, N. O. Chorna, Yu. V. Turuk, M. P. Turuk

Regional Municipal Institution «Dnipropetrovsk Medical School»

The article presents an analysis and dynamics of the problem of pedagogical conflicts in the “teacher–student”, “teacher–teacher” systems.

Вступ. Конфлікт – це наявність протиріччя, яке виникає в процесі соціальної взаємодії, що заключається в протидії суб'єктів конфлікту та супроводжується негативними емоціями. У конфліктів висока психологічна ціна – розмаїття негативних емоцій, стресів, переживань, втрат, провини. За умов конфлікту змінюється система відносин і цінностей, по-іншому сприймається реальність. Щоб управляти конфліктною ситуацією, особливо в навчальному закладі, необхідно добре розуміти психологічні механізми ескалації та перебігу конфліктів, знати динаміку їх проявів, передбачити можливі дії опонентів. Серед причин міжособових конфліктів найчастіше виділяють низький рівень духовної культури педагога, його недостатню професійну майстерність, суперечливість інтересів, мотивів, духовних цінностей педагогів таких, як його індивідуально-психологічні особливості, характер, тип нервової системи тощо. Особливо важливим є запобігання конфліктам у вищих медичних навчальних закладах, оскільки медик – це представник найгуманнішої у світі професії.

Основна частина. Конфлікти можуть відбуватися усередині нас і між нами. По цьому критерію

виділяють внутрішньоособові, міжособові, між особою і групою, міжгрупові конфлікти.

Внутрішньоособові конфлікти становлять дуже важливу проблему в житті кожного викладача медичного закладу. Найчастіше вони виникають, коли вимоги до нього не збігаються з його особистими потребами і цінностями. Класичний опис внутрішньоособових конфліктів напечить німецько-американському психологу К. Левіну. Він характеризує конфлікт як ситуацію, в якій на людину одночасно діють протипежно спрямовані сили рівної величини. Можливі три типи таких ситуацій:

- викладач повинен обрати одну з двох привабливих можливостей, або, за К. Левіном, випадок знаходиться між двома позитивними валентностями (валентність – це здатність об'єкта притягати або відштовхувати); сам по собі об'єкт не є ні привабливим, ні відштовхуючим. Позитивне або негативне значення додає йому випадок. Отже, перший тип внутрішньоособового конфлікту – це ситуація «Буріданова віслюка», вмираючого з голоду між двома стогами сіна. Такі конфлікти розв'язуються найменш болючо. Вибір між двома приємними альтернативами легший, ніж між неприємними, якщо не йдеться про питання, що мають глибоке життєве значення. К. Левін вважав, що,

коли рішення на користь однієї з альтернатив вже ухвалене, привабливість іншої знижується, слабшає її валентність.

- Другий фундаментальний тип конфліктної ситуації – це коли людина опиняється між двома приблизно однаковими за значущістю неприємними можливостями (негативними валентностями). Показовою є ситуація «покарання» за погано виконане завдання, так знайома викладачам і студентам. Студент повинен обрати з двох небажаних варіантів – відмовитися від запланованого відпочинку і розваг або отримати «непрестижну трійку». Це ситуація вибору найкращого з поганого.

- Людина стикається з об'єктом, що має як негативну, так і позитивну валентність. Основою конфлікту може бути, наприклад, те, що приваблива мета містить і негативні сторони: високооплачувана, але шкідлива для здоров'я робота; більше навчальних годин, але відсутність вільного часу. Конфлікти «притягання-відштовхування» викликають найсильніші переживання. Деякі дослідники вважають, що це і є психологічний конфлікт в повному розумінні слова.

Нерозв'язані внутрішньоособові конфлікти викликають фрустрацію і відчуття тривоги, перешкоджають особовому зростанню, роблять людину більш уразливою.

Діадний, або міжособовий конфлікт. Це найпоширеніший тип конфлікту, де в ролі учасників постають дві особи, кожна з яких є суб'єктом – носієм певних цінностей, інтересів та думок. Саме діадний конфлікт відрізняється емоційною запальністю та напруженістю і перебігає у відкритій формі. В навчальних закладах він може виникати між учасниками педагогічного процесу одного або різних статусів: викладач – студент, викладач – викладач і т. д. Багато хто вважає, що основними причинами цих конфліктів є необґрунтовані домагання або невірноважений характер учасників ситуації.

Конфлікт між особою і групою. Як відомо, неформальні групи встановлюють свої норми поведінки, спілкування. Кожний член такої групи повинен їх дотримуватись. Відступ від прийнятих норм група розцінює як негативне явище, виникає конфлікт між особою і групою. Наприклад, хтось хоче одержати відмінну оцінку і виконує самостійну роботу, а група розглядає надмірну старанність як «вистрибнути» вище групи. Ще один поширений конфлікт цього типу – конфлікт між студентською групою і викладачем. Найбільш

важко такі конфлікти перебігають при авторитарному стилі педагогічного спілкування.

Міжгруповий конфлікт. Навчальний заклад, як і будь-яка інша організація, складається з безлічі формальних і неформальних груп, між якими можуть виникати конфлікти. Наприклад, між керівництвом і виконавцями, між співробітниками різних підрозділів, кафедр, між неформальними групами усередині підрозділів, між адміністрацією і профспілкою. Часто можна спостерігати, як співробітники забувають про свої міжособистісні проблеми і об'єднуються у справді монолітну групу, що відстоює свої інтереси. Така ситуація є надзвичайно небезпечною для керівника: або він змушений відстоювати інтереси колективу перед вищим керівництвом і тим самим увійти з ним у конфлікт, або він відмовляється репрезентувати інтереси колективу й тоді потрапляє в ситуацію групового неприйняття.

Перехід від нормального спілкування до конфліктного відбувається здебільше непомітно. Для самих учасників конфлікту розуміння того, що вони є його учасниками, приходить набагато пізніше порівняно з його народженням.

А. М. Ішмуратов виокремлює чотири фази перебігу конфлікту:

I. Латентна фаза – це можливість конфлікту і передбачає виникнення реального протиріччя в інтересах, потребах, цілях сторін. Латентність – це прихованість, небажання оголювати суперечність спілкування, продовжувати робити вигляд, що стосунки нормальні, звичайні. Спочатку з'являється відчуття, що від вас щось приховують, з вами якось дивно розмовляють, дивляться підозріло. Це ще не конфлікт, але перехід від нормального спілкування до конфліктного вже розпочатий. Залежно від характерів учасників таке спілкування може тривати довго.

II. Демонстративна фаза. Реальність вже сприймається як конфліктна, люди прагнуть переконати один одного, контактують, спілкуються і це майже нормальний тип спілкування. Акцентується увага на тому, чим вони відрізняються один від одного. Ця стадія характеризується проявами роздратування, агресивності, незваженості. Дискусії з метою переконати один одного перетворюються на емоційні суперечки, потім – на взаємні звинувачення один одного, і, насамкінець, на розрив спілкування. Поступово опонент перетворюється у ворога. Конфлікт переходить в агресивну фазу. Починаються підозри в агресив-

них намірах. Характерним для цієї фази є переконання у можливості відновити відносини шляхом доведення своєї правоти.

III. Агресивна фаза – це інцидент. Образ ворога – головне надбання цієї стадії розвитку конфлікту. Вся увага поглинута бажанням зробити якомога гірше іншому, блокування можливості досягнення цілей іншої сторони. Це – намагання знищити противника, агресія, яка не обов'язково виражена демонстративно. Підлості, наклепи робляться потайки. Добре, якщо образ буде зруйновано. Ця удача може означати повернення до попередньої стадії.

IV. Батальна фаза. Перехід до батальної фази характеризується «оголошенням війни», тобто заявою «Я тебе ненавиджу і зроблю все, щоб тобі погано жилося на білому світі». Противник повинен бути знищений в психологічному розумінні – це руйнування його я-концепції, повна дискредитація інтересів, цінностей і самооцінки я. На цій стадії позитивним досягненням слід вважати перемир'я. Після перемир'я противники залишаються ворогами, але як розумні люди, розуміючи, що агресивні дії порушують їх стан, приходять до взаємної згоди не чинити їх. Але якщо конфлікт розвивається до такої фази, у більшості випадків це лише відступ в агресивну фазу з почуттям помсти.

Фінал конфлікту. Конфлікт не обов'язково має проходити через усі чотири фази. Як тільки припиняється спілкування, вже є наслідок конфлікту.

Позитивний фінал конфлікту – це відновлення нормального спілкування.

Постконфліктна стадія – це час міркування, переживань та корекції самооцінки, відносин, домагань. За даними американського психолога Л. Уолтера, саме під час постконфліктної стадії, коли учасники конфлікту готові до позитивних змін, можна проводити щирий, об'єктивний та конструктивний розбір ситуації конфлікту за визначенням перспектив подальшого розвитку відносин.

Висновок. Кожна професія, яка пов'язана з постійним спілкуванням з різними людьми, потребує правильної поведінки в конфліктній ситуації. Як і інші проблеми, конфлікт значно легше попередити, ніж подолати, тому кожному педагогічному працівнику необхідно порадити проаналізувати відповідні типові конфліктні ситуації і продумати засоби їх первинної профілактики.

Для вирішення конфлікту важливо мати у своєму розпорядженні різні підходи, вміти гнучко користуватися ними, виходити за межі звичних схем і реагувати на можливість діяти і мислити по-новому. Водночас можна використати конфлікт як джерело життєвого досвіду, самовиховання і самонавчання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Амінов Н. А. Психофізіологічні та психологічні передумови педагогічних здібностей / Н. А. Амінов // Питання психології. – 1988. – № 5. – С. 32–40.

2. Антонова Л. Г. Педагогический дневник и личность учителя: пособие для учителя / Л. Г. Антонова. – М. : Флинта Наука, 1998. – 88 с.

3. Бойко В. В. Синдром «емоційного вигорання» в професійному спілкуванні / В. В. Бойко. – СПб. : Пітер. – 1999. – С. 99–105.

ОСОБЛИВОСТІ ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ ХІРУРГІЧНОГО ТА ТРАВМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

А. Л. Орленко, П. Б. Фундитус, П. І. Бучко

Чортківський державний медичний коледж

У статті наведено основні питання щодо особливостей догляду за хворими хірургічного та травматологічного профілю, розкрито важливі завдання, які стоять перед медсестрою для створення найкращих умов для одужання, попередження ускладнень, що можуть бути пов'язані і з самим захворюванням, особливостями методів лікування.

SPECIFIC FEATURES OF SURGICAL AND TRAUMATOLOGICAL PATIENTS' CARE

A. L. Orlenko, P. B. Fundytus, P. I. Buchk

Chortkiv State College of Medicine

The article presents main questions about the peculiarities of patients' care in surgical and traumathological departments. It reveals the important tasks that nurse has to do for creation the best conditions for patients' recovery, to prevent any complications that can be connected with the disease conditions and peculiarities of treatment.

*«Любов і турбота — ось кращі ліки», — писав
Парацельс.*

Вступ. Особливості догляду за хворими хірургічного та травматологічного профілю пов'язані з тим, що функції органів і систем зазнають зміни не тільки через вогнище захворювання або травми, але через результати загального знеболювання (наркозу), операції, наявності рани [1–3]. Перед медсестрою стоїть важливе завдання — створення найкращих умов для одужання, попередження ускладнень, які можуть бути пов'язані і з захворюванням, і з особливостями методів лікування.

Основна частина. Поведінці медсестри, її одягу, зовнішньому вигляду в хірургічному відділенні приділяється особлива увага, оскільки це має не менше значення, ніж обсяг професійних знань та досвіду. Якщо ви медсестра хірургічного профілю, то забудьте про довгі фарбовані нігті, браслети, кільця. Якою б гарною не була ваша зачіска, доведеться надіти шапочку, повністю накриваючи волосся. Медичний халат повинен радувати око

білизою. Припустимим є носіння годинника з секундною стрілкою для вимірювання пульсу, частоти дихання. Взуття на високих підборах залиште вдома: по-перше, ви просто втомитеся за довгий робочий день і до вечора ваші молоді ноги набрякнуть, а до 30 років ви заробите варикозне розширення вен нижніх кінцівок, а по-друге, щадіть вуха хворих [3, 4].

При виконанні тієї чи іншої процедури не слід вести між собою розмови на абстрактні теми. Це хворий може розцінювати як прояв неуваги до нього, адже кожен хворий (і він правий) вважає, що його хвороба особлива, індивідуальна. Та й як биви реагували на місці пацієнта, якби медсестра, роблячи не дуже приємну, а часом і досить болючу процедуру, захлинаючись розповідала іншій медсестрі черговий серіал і несла іншу, що не стоється справи, нісенітницю [3, 5]?!

Особлива обережність необхідна при спробах хворих отримати роз'яснення про діагноз, що виникли ускладненнях і т. д. Не беріть на себе

функції лікаря, намагайтеся, незважаючи на ваш досвід, тактовно переадресувати питання лікуючому лікареві. Перш ніж давати поради родичам із догляду за хворим, його харчування, режим, обов'язково порадьтеся з лікарем: ви уникнете помилок і розбіжностей з лікарем і проявіть субординацію.

Одним з важливих показників якості догляду за хворими є швидка реакція медперсоналу на поклики хворого і негайне виконання його обгрунтованого прохання. Однак пам'ятайте, що не всі побажання хворих можуть бути виконані через наявність протипоказань. Наприклад, після операції на шлунку хворий може просити пити, тоді як приймання рідини через рот йому категорично протипоказане. Не потурайте бажанням пацієнта, випробовуючи псевдожальість, ви тим завдаєте шкоди здоров'ю і віддаляєте терміни одужання, деколи це може призвести до серйозних ускладнень.

Інформацію про стан і поведінку хворого лікар повинен отримувати від медсестри не тільки під час ранкового обходу, але і протягом доби. Іноді

навіть малопомітні зміни стану можуть свідчити про необхідність екстреної операції.

Значна частина травматологічних хворих тривалий час перебуває на постільному режимі. Необхідність дотримуватися постільного режиму гнітюче діє на психіку хворого і може призвести до тяжких психологічних станів. Завдання медичної сестри – встановити повноцінний контакт з хворим і зуміти нейтралізувати ці стани, підтримуючи в ньому почуття оптимізму, допомогти хворому звикнути до свого становища, усвідомити його необхідність і мобілізувати сили на боротьбу з недугою.

Висновки. Будьте сумлінні і чесні, адже помилка медсестри при виконанні процедур або введенні ліків може призвести до ускладнень і навіть смерті хворого. Медсестра повинна негайно довести до відома лікаря, що трапилось. Не беріть на себе відповідальність за встановлення діагнозу і лікування хворого без призначення лікаря. Від того, як медсестра робить ту або іншу процедуру, у багатьох випадках залежить успіх лікування хворого.

ЛІТЕРАТУРА

1. Щуліпенко І. М. Загальний та спеціальний догляд за хворими з основами валеології / І. М. Щуліпенко. – К., 1998. – 384 с.
2. Мурашко В. В. Общій уход за больными / В. В. Мурашко. – М. : Медицина, 1988. – 252 с.
3. Загальний догляд за хворими в терапевтичному та хірургічному стаціонарах : [навчальний посібник для

студентів медичних вузів] / за ред. А. Д. Візір. – Запоріжжя, 1996.

4. Гребенев А. Л. Основы общего ухода за больными / А. Л. Гребенев, А. А. Шептулин, А. М. Хохлов. – М. : Медицина, 1999.

5. www.dsmu.dp.ua/dovidnuk.doc

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ ЕНДОВЕНОЗНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ВАРИКОЗНИХ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

О. Г. Свистун

Тернопільська комунальна міська лікарня № 2

У статті міститься аналіз ускладнень ендовенозної лазерної коагуляції варикозних вен з метою удосконалення техніки операційного втручання та профілактики їх виникнення. Обстежено 189 пацієнтів, яким виконано операційні втручання з приводу варикозної хвороби нижніх кінцівок за допомогою ендовенозної лазерної коагуляції. Проаналізовано специфічні ускладнення, що притаманні цій операції та причини їх виникнення. Також виявлено клінічні ознаки, причиною яких є феномен вапоризації.

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF ENDOVENOUS LASER COAGULATION OF LOWER EXTREMITIES VARICOSE VEINS

O. H. Svystun

Ternopil Municipal City Hospital № 2

The article adduces an analysis of endovenous laser coagulation of varicose veins complications to prevent their occurrence and to improve the techniques of surgical interventions. There were examined 189 patients who underwent under surgical treatment of lower extremities varicose veins disorder by using endovenous laser coagulation. Specific complications, common for these state and the causes of their appearance were analyzed. Clinical signs, developed due to vaporization phenomenon were recognized.

Вступ. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок належить до одного з найпоширеніших захворювань периферичних судин, відомих суспільству здавна. За оригінальним висловом Д. ван дер Стріча, варикозна хвороба стала «платою людства за прямоходіння і вертикальний спосіб життя».

У нашій країні з цією проблемою тією чи іншою мірою стикається кожна третя жінка і кожен п'ятий чоловік. За епідеміологічними даними, на різні форми цього захворювання хворіють 10–20 % чоловіків і 30–40 % жінок працездатного віку. Особливо схильні до цього захворювання люди, що працюють на «стоячих» роботах або ті, що ведуть малорухливий спосіб життя.

За останні роки у лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок спостерігають значний прогрес завдяки розробці та впровадженню малоінвазив-

них хірургічних технологій. Вони не поступаються за функціональними результатами класичній сафенектомії, а в деяких аспектах (малотравматичність, косметичний ефект, скорочення терміну відновлення працездатності) мають переваги. Це стосується й ендовенозної лазерної коагуляції (ЕВЛК). В останні роки ЕВЛК стала альтернативою класичної сафенектомії й деякою мірою ідеалізується як бездоганний метод лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок (ВХНК). Однак аналіз літературних даних свідчить, що ЕВЛК притаманний ряд специфічних ускладнень, в оцінці яких є певні різнобіжності. Так, флебіти після ЕВЛК, згідно з даними різних авторів, спостерігаються від 1,6 до 22,0 % [1–4], індурація шкіри за ходом коагульованої вени складає 55 – 100 % [5–8], больовий синдром різної інтенсивності спостерігають у 6 – 100 % випадків [9], екхимози або гіперпігментація шкіри у ранньому післяопераційному

періоді – від 23 до 100 % [4], гематоми за ходом коагульованої великої або малої підшкірної вени у 4,8–100 % [10, 1] пацієнтів. Залишається поза увагою питання впливу феномену вапоризації (утворення бульбашок пари з температурою близько 100 °С, що є фізичною основою ЕВЛК) на перебіг післяопераційного періоду.

Основна частина. Мета дослідження – провести аналіз ускладнення ендовенозної лазерної коагуляції варикозних вен з метою удосконалення техніки та методики її виконання.

Обстежено 189 пацієнтів, яким виконано оперативні втручання з приводу варикозної хвороби нижніх кінцівок за допомогою ендовенозної лазерної коагуляції. Проаналізовано специфічні ускладнення, що притаманні цій операції та причини їх виникнення. Також виявлено клінічні ознаки, причиною яких є феномен вапоризації.

У Тернопільському міському флебологічному центрі за період 2009 – 2011 роки з приводу варикозної хвороби було прооперовано 189 пацієнтів за малоінвазивною методикою ЕВЛК. Із них чоловіків – 64, жінок – 125, віком від 26 до 54 років. Хворих на ВХНК за класифікацією CEAP із C_{II} було прооперовано 59 пацієнтів, із C_{III} та C_{IV}, відповідно, 103 та 27 хворих. Таким чином, більшість хворих (162 – 85,7 %) було прооперовано у C_{II}-C_{III} стадіях. Неохідно відмітити, що оперативне втручання з приводу ВХНК були направлені на усунення вертикального та горизонтального рефлюксу. Зокрема, ЕВЛК поєднувалася із ендоскопічною субфасціальною дисекцією вен. Оперативні втручання були доповнені у 63 (33,3 %) випадках катетерним склерозуванням колатеральних вен та мініфлебектомією. 30 пацієнтам ЕВЛК була проведена без кросектомії, при цьому торець світловода знаходився на 1,0 – 1,5 см від сафено-феморального співустя. У всіх хворих ЕВЛК проводилась під УЗД контролем.

Хворим перед оперативним втручанням та у післяопераційному періоді – 7 днів, через 1 місяць, через 3 місяці, 6 місяців, 1 та 2 роки після операції проводилось визначення функціонального стану глибокої та поверхневої венозної системи нижніх кінцівок за допомогою ультразвукового кольорового дуплексного сканування вен. Для цього був використаний апарат Vivid 3 (“Дженерал Електрик”, США) з датчиком частотою 5–10 МГц та відповідним стандартним пакетом програмного забезпечення вказаної фірми для обстеження венозної системи. Пацієнтів обстежували у другій

половині дня у вертикальному та горизонтальному положенні. Під час ультразвукового дослідження оцінювали наявність кровотоку у венах, діаметри та форми просвіту вен, їх деформацію та мішкоподібну трансформацію, товщину стінок, однорідність, еластичність клапанів, їх функцію під час навантажувальних гідростатичних проб, наявність рефлюксу крові, тривалість ретроградного потоку по венозних магістралях, а також його поширення на анатомічні сегменти, стан сафено-феморального та сафено-поплітеального співустів. У всіх пацієнтів виявили неспроможність клапана сафено-феморального співустя з різною протяжністю рефлюксу по стовбурі великої підшкірної вени.

ЕВЛК здійснювалася вітчизняним портативним високоінтенсивним напівпровідниковим (діодним) лазерним апаратом «Ліка-хірург», виробництва Черкаського МПП «Фотоніка Плюс» із довжиною хвилі 910 нм, потужністю 17,5 – 20 Вт.

Критеріями відбору пацієнтів для проведення ендовенозної лазерної коагуляції були пацієнти, діаметр великої підшкірної вени (ВПВ) котрих не перевищував 10 мм, з них 18 пацієнтів мали діаметр великої підшкірної вени 7,5 – 10 мм, у 12 – ти пацієнтів діаметр ВПВ був $\leq 7,5$ мм.

Проаналізовано наявність специфічних для ЕВЛК ускладнень, за якими можна оцінити безпеку її виконання (рецидив варикозної хвороби в дослідження не включався). Серед цих ускладнень виділено ускладнення, причиною яких була безпосередня техніка виконання лазерної коагуляції та специфічні ускладнення, притаманні цій методиці. Такі технічні ускладнення, як позиція лазерного світловода у підколінній або стегновій венах, завдяки інтраопераційному ультразвуковому контролю, вдалося уникнути.

Із специфічних ускладнень ЕВЛК ми виділили наступні: екхимози або гіперпігментація шкіри у ранньому післяопераційному періоді; індурація шкіри за ходом коагульованої великої або малої підшкірної вени, флебіти, гематоми за ходом коагульованої великої або малої підшкірної вени, больовий синдром, парестезії гомілки.

Проаналізовано частоту вищеперерахованих ускладнень (табл. 1).

Після аналізу причин виникнення ускладнень встановлено, що їх більшість була наслідком погрішностей виконання ЕВЛК. Зокрема, виникнення гематом при пошкодженні великої підшкірної вени або її колатералей під час виконання парава-

Таблиця 1. Частота ускладнень у % після виконання ЕВЛК

№ за/п	Ускладнення ЕВЛК	Частота у %
1	Індурація шкіри за ходом коагульованої великої або малої підшкірної вени	15
2	Флебіти в проєкції великої або малої підшкірної вени	4,2
3	Екхимози або гіперпигментація шкіри у ранньому післяопераційному періоді	14
4	Гематоми за ходом коагульованої великої або малої підшкірної вени	4,9
5	Больовий синдром	8,4
6	Парастезії	1,5

зальної тумесцентної інфільтраційної анестезії розчином Клейна. Також при недостатній інфільтрації цим розчином підшкірної клітковини утворювалися опіки, індурація та гіперпигментація шкіри. Інші ускладнення (больовий синдром, гематоми, флебіти) були пов'язані із особливістю ендовенозної дії лазерного випромінювання, зокрема з його потужністю та часу експозиції.

Слід відмітити, що індурація шкіри за ходом коагульованої великої або малої підшкірної вени, екхимози або гіперпигментація шкіри у ранньому післяопераційному періоді, гематоми за ходом коагульованої великої або малої підшкірної вени, больовий синдром та парастезії зникали протягом 2 – 3 тижнів після операції і не вимагали додаткового лікування.

У всіх 30 хворих, у яких кросектомія не виконували, на екрані УЗД апарата було зафіксовано потрапляння бульбашок газу в глибоку венозну систему через сафено-феморальне співустя (рис. 1) і поширення їх у проксимальному напрямку (в напрямку малого таза).

У післяопераційному періоді проведено спостереження за цією категорією хворих. Порівняно з групою хворих, у яких проводили кросектомію виявлено, що 25 (83 %) пацієнтів, у яких бульбашки газу були зафіксовані в глибокій системі спостерігали: головний біль, головокружіння, нудоту, «важкість» при диханні, загальна слабкість, нездужання. Дані симптоми утримувалися близько 7 днів, після чого вони зникали. Таким чином, можна стверджувати, що проявом феномену вапоризації є специфічні для нього клінічні ознаки.

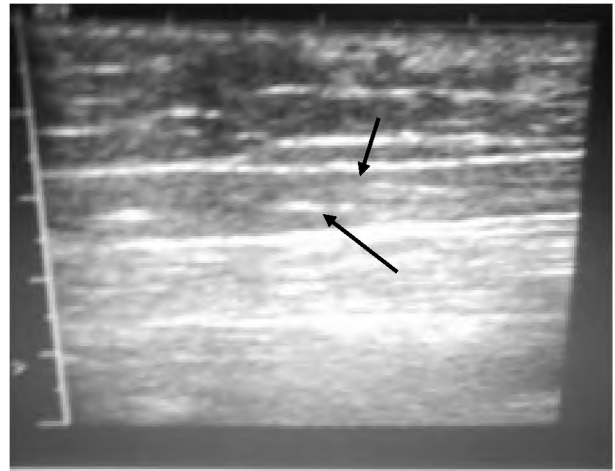


Рис. 1. УЗД великої підшкірної вени. Бульбашки газу в її просвіті.

Висновки. 1. Дослідження, наведені в статті, підтверджують дані інших авторів про наявність ряду специфічних ускладнень ЕВЛК. Це повинно стати предметом удосконалення методики виконання та стандартизації ЕВЛК, що, без сумніву, підвищить її безпеку та ефективність і надасть їй значні переваги над традиційним хірургічним лікуванням ВХНК.

2. Потрапляння бульбашок газу, котрі утворюються під час ЕВЛК, в глибоку систему через сафено-феморальне співустя спричиняє виникнення післяопераційних ускладнень, що деякою мірою погіршує перебіг післяопераційного періоду. Це, в свою чергу, вимагає перегляду питання про обов'язковість виконання кросектомії при ЕВЛК.

ЛІТЕРАТУРА

1. Chang C.J. Endovenous laser photocoagulation (EVLP) varicose veins / C.J. Chang, J. J. Chua // Lasers Surg. Med. – 2002. – Vol. 31. – P. 257–262.

2. Kabnic L. S. Outcome of different endovenous laser wavelengths for great saphenous vein ablation / L. S. Kabnic // J. Vasc. Surg. – 2006. – Vol.43(1). – P. 88–93.

3. Min R. J. Endovenous laser Treatment of saphenous vein reflux: long-term results / R. J. Min, N. Khilnani, S. E. Zimmer // *J. Vasc. Interv. Radiol.* – 2003. – Vol. 14. – P. 991–996.
4. Oh C. K. Endovenous laser surgery of the incompetent greater saphenous vein with 980 nm diode laser / C. K. Oh, D. S. Jung, H. S. Jung // *Dermatol. Surg.* – 2003. – Vol. 29. – P. 1135–1140.
5. Mundy I. Systematic review of endovenous laser treatment for varicose vein / I. Mundy, T. L. Merlin, R. A. Fitridge // *Br. J. Surg.* – 2005. – Vol. 92. – P. 1189–1194.
6. Proebstle T. M. Endovenous treatment of greater saphenous vein with 980 nm diode laser; thrombotic occlusion after endoluminal thermal damage laser-generated steam bubbles / T. M. Proebstle, H. A. Lehr, A. Kargl // *J. Vasc. Surg.* – 2002. – Vol. 35. – P. 729–736.
7. Reijnen M. M. Varicose vein surgery and endovenous laser therapy / M. M. Reijnen, B. C. Disselhoff, C. J. Zeebregts // *Surg. Technol. Int.* – 2007. – Vol. 16. – P. 167–174.
8. Theivacumar N.S. Initial Experience in Endovenous laser Ablation (EVLA) of Varicose Veins Due to Small of Saphenous Vein Reflux / N.S. Theivacumar, R.J. Beale, A.L. Mavor // *Eur. J. Vasc. Endoasc. Surg.* – 2007. Vol. 15. – P. 239–243.
9. Ширяев Е. А. Эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК) и комбинированное хирургическое лечение варикозной болезни / Е. А. Ширяев, А. В. Брюнин, В. Ю. Богачев // *Материалы VI конференции ассоциации флебологов России.* – Москва, 2006. – С.132.
10. Покровский А. В. Эндовазальная лазерная коагуляция в лечении варикозной болезни / А. В. Покровский, С. В. Сапелкин, Е. А. Летуновский // *Материалы VI конференции ассоциации флебологов России.* – Москва, 2006. – С.146.

РОЗЛАДИ ВИПОРОЖНЕНЬ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

I. В. Смачило, В. В. Куліш, Г. В. Лихацька

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

У статті детально висвітлено етіологічні та патофізіологічні чинники у виникненні розладів випорожнень – закрепів у людей похилого віку. Описано основні заходи профілактики закрепів у людей похилого віку.

DEFECATION DISORDERS IN OLD AGE

I. V. Smachylo, V. V. Kulish, H. V. Lykhatska

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

The article adduces the etiologic and pathophysiologic factors in the origin of defecation disorders – constipations in people of an old age. The prophylaxis measures of constipations in old age people were described.

Вступ. Закреп – одна з найпоширеніших скарг у літніх людей. Істотне збільшення частоти закрепів спостерігається після 60 років. Зокрема, від 30 до 60 % пацієнтів у літньому віці страждають від цієї недуги [1]. Постійно або періодично закрепи спостерігають у кожної 3–4-ї дорослої людини. Відмічено, що жінки утричі частіше страждають на закрепи порівняно з чоловіками [2].

Основна частина. Закреп – це хронічне затримання випорожнення кишечника або систематичне недостатнє випорожнення кишечника. У здорової людини випорожнення кишечника відбувається регулярно, зазвичай в один і той же час. Нормальним вважається частота випорожнення від трьох разів на добу до одного разу на 3 доби. Закрепи в осіб літнього віку («старечий закреп») спричиняє складний патогенетичний механізм, пов'язаний з безліччю органічних і функціональних чинників [3].

Основні причини закрепів в осіб літнього віку:

1. Соціально-побутові: адинамія (вимушена при інсульті, інфаркті, переломі шийки стегнової кістки, після оперативних втручань); малий об'єм їжі; недостатній добовий об'єм рідини (менше 1,5 л, включ-

но перші страви); нестача харчових волокон у раціоні; зловживання послаблювальними засобами.

2. Гормональні: менопауза; гіпотиреоз.

3. Прогресування вже наявних захворювань: дивертикулярна хвороба; цукровий діабет; гіпотиреоз.

4. Захворювання, типові для літнього віку: атеросклероз; хронічна ішемія органів черевної порожнини; паркінсонізм; депресія; спінальні розлади.

5. Вживання медикаментозних середників: холінолітики; наркотики; антидепресанти; нейролептики і транквілізатори; антигіпертензивні (блокатори кальцієвих каналів) препарати; сечогінні препарати; послаблювальні препарати; алюмінієві і кальцієві препарати (противиразкові препарати і препарати для лікування остеопорозу); препарати заліза.

6. Природні вікові: гіпоксія; зниження швидкості відновлення тканин; ураження нервових вузлів, що відповідають за рухову функцію кишечника.

В осіб літнього віку механізми формування закрепів і причини його розвитку мають свої особливості. Серед основних механізмів закрепів у літніх людей переважають зниження кровотоку в органах в малому тазі через гіподинамію і природні вікові причини, прогресуюча слабкість м'язів та-

зового дна унаслідок гіпоксії і порушення відновлення тканин, атрофічні зміни нервової регуляції анального сфінктера, зниження чутливості анального сфінктера, що призводять до відсутності позиву на дефекацію, вікові зміни товстої кишки. Затримка випорожнення нерідко супроводжується такими неприємними суб'єктивними відчуттями, як млявість, дратівливість, головний біль, безсоння, пригнічений настрій, зниження апетиту, нудота, неприємний смак у роті; дискомфорт, відчуття тяжкості або переповнення в черевній порожнині, здуття, біль в животі спастичного характеру [4].

Для попередження закрепи слід випивати не менше двох літрів рідини на день, вживати чорнослив, продукти з великим вмістом клітковини (висівки, житній хліб, овочі (буряк, редька, ріпа, капуста, гречана каша), фрукти), кефір, біле вино, які мають стимульовальний вплив на перистальтику кишечника.

Запобігти запору можна тренуванням кишкових та черевних м'язів за допомогою гімнастики, намаганням виробити умовний рефлекс на випорожнення кишечника (привчивши пряму кишку працювати у чіткому режимі: вранці, в один і той же час), відмовою від куріння та алкогольних напоїв.

Слід зауважити, що ослаблюють перистальтику і сприяють запорам гарячі напої (чай, кава, вода); в'язучі речовини, що містять танін, какао, червоне вино; обволікувальні рисові та ячмінні відвари, киселі, свіжий білий хліб, страви з борошна, особливо в гарячому вигляді; жилуваті сорти м'яса.

Багато людей страждають від закрепів через власну зайнятість, коли їм ніколи відповісти на природний, фізіологічний покликання. Не ігноруйте імпульсів до дефекації; якщо ви не зважаєте на них, то імпульс послаблюється, фекальні маси твердішають, стають сухими.

Засоби народної медицини при закрепах:

- Суміш кураги (300 г), інжиру (300 г), чорносливу без кісточок (300 г), меду (150 г), трави сени (50 г). Вживати по одній столовій ложці двічі на день.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ender, age, society, culture, and the patient's perspective in the functional gastrointestinal disorders / L Chang, B Toner, S Fukudo S[at al] // Gastroenterology. – 2006. – Vol. 130 (5). – P. 1435–1446.

2. Bharucha, A. Constipation // Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. – 2007. – Vol. 21 (4). – P. 709–731.

- 100 г вівса залити 1 л води, кип'ятити на малому вогні 40 хвилин, процідити. Вживати по півсклянки тричі на день перед їдою.

- Послаблювальну дію справляють соки. Це морквяний, морквяний з буряком (1–2 столові ложки), шпинатний, селеровий, з порічок, з цибулі (1 чайна ложка тричі на день).

- Рекомендовано узвар із сушених вишень і яблук, з слив (10–15 штук чорносливу можна з'їсти на ніч).

- Суміш з подрібненого листя алое (50 г) та меду (150 г). Мед трішки підігріти, перемішати з алое, настоювати протягом однієї доби, вживати по одній чайній ложці за годину до сніданку.

- 1 столову ложку ягід агрусу залити склянкою води, кип'ятити 10 хвилин, вживати по 1/4 склянки на день з цукром.

- 1 столову ложку насіння кропу подрібнити, залити 1,5 склянки окропу, випити протягом дня.

- Сік алое по 1 чайній ложці двічі-тричі на день за 20–30 хвилин до їди протягом 15–30 днів.

- 2 столові ложки сухих ягід бузини чорної залити склянкою перевареної води кімнатної температури, настояти 10–12 годин, процідити, пити по 1/3–1/4 склянки на ніч.

- 2 чайні ложки подрібненого кореня кульбаби лікарської залити склянкою холодної кип'яченої води, настояти 8 годин, пити по 1/4 склянки 4 рази на день перед їдою.

- 1–2 столові ложки подрібненого насіння подорожника великого залити склянкою окропу, кип'ятити 10 хвилин, процідити теплим, приймати по 1 ст. ложці 1 раз на день натщесерце.

- 2 столові ложки подрібненого кореня щавлю кінського залити 1/2 л окропу і варити на водяній бані півгодини, пити по 1 склянці на ніч.

Висновок. Здебільшого закрепи не є ознакою якихось захворювань проте, слід пам'ятати, що вони можуть бути загрозливим симптомом серйозної недуги (ішемічного коліту, дивертикулярної хвороби, поліпозу і раку товстої кишки тощо). Тому особи літнього віку зі скаргами на закрепи підлягають ретельному огляду.

3. Chatoor D. Constipation and evacuation disorders / D. Chatoor, A. Emmnauel // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 23 (4). – P. 517–530.

4. Махов В. М. Системные факторы при хроническом запоре / В. М. Махов, Л. А. Береснева // Лечащий врач. — 2005. — № 2. — С. 40–44.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ОСТЕОАРТРОЗОМ

Т. Г. Бакалюк, Я. Л. Януш

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

У статті доведена ефективність сучасних методів фізичної реабілітації в комплексному лікуванні хворих на остеоартроз в похилому віці на санаторно-курортному етапі реабілітації. Адекватні фізіологічному стану опорно-рухового апарату фізичні навантаження тренують рівновагу, зменшують ризик падінь, покращують стан суглобів, приводять до підвищення якості життя людей літнього віку.

THE EFFECTIVENESS OF PHYSICAL REHABILITATION METHODS IN ELDERLY PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS

T. H. Bakalyuk, Ya. L. Yanush

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

The article proved the efficiency of modern physical rehabilitation methods in treatment of elderly patients with osteoarthritis at sanatorium stage of rehabilitation. Physical activity, adequate to physiological state of musculoskeletal system train balance, reduce the risk of falls, improve condition of joints, leading for enhance life quality for elderly people.

Вступ. Проблема остеоартрозу (ОА) в останню чверть століття набула величезного загально-медичного та соціального значення, характеризується значним поширенням хвороби, швидким розвитком функціональних порушень при ураженні «несучих» суглобів нижніх кінцівок – колінних та кульшових. Стало також очевидно, що ОА – хвороба осіб похилого віку, поширення якої після 60 років збільшується порівняно з частотою його розвитку в людей середнього віку вдвічі. У цьому зв'язку не можна не погодитися, що зростання чисельності літнього населення асоціюється зі збільшенням поширення ОА. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, ОА в найближчі 10–15 років стане четвертою головною причиною інвалідності в жінок і восьмою – у чоловіків. Поширення ОА в Україні становить 3426,6

на 100 000 населення [3]. Зниження кісткової маси являє природний віковий процес. Остеопороз (ОП) виникає тоді, коли цей процес розвивається активніше, ніж належить. Таке надмірне зменшення кісткової маси тривалий час перебігає без будь-яких проявів. Найбільш загрозливою є втрата кісткової маси при різних ревматичних захворюваннях, зокрема при остеоартрозі [6]. Найбільше навантаження на суспільство спостерігається у випадках поєднання остеоартрозу та остеопорозу, які суттєво погіршують якість життя людей.

У структурі захворюваності осіб похилого та старечого віку остеоартроз (ОА) і остеопороз (ОП) займають одне з перших місць. Зниження маси кортикальної кістки починається в 35–40 років, трабекулярної – значно раніше. Щорічна втрата кісткової маси складає 0,3–0,5%. Протягом решти життя втрата маси кістки у жінок досягає 45 % в хребті та 55 % в проксимальному відділі

стегна. Остеопороз наявний в кожній другій жінки у віці 80–89 років. У чоловіків відповідних вікових груп втрата кісткової маси в 2 рази менша [2, 4]. Остеопороз широко розповсюджений на території України і так само, як в інших країнах набуває характеру епідемії. Тенденція до постаріння населення свідчить про те, що значні соціально-економічні наслідки остеопорозу в нашій країні будуть тільки зростати. Передбачається, що до 2050 р. особи старші 50 років становитимуть близько 50 % населення України. На даний час українці старше 50 років складають 34 % населення нашої країни, вік 18 % українців перевищує 60 років, 2,7 % популяції – понад 80 років. Обидва захворювання відіграють істотну роль у порушенні здоров'я населення, призводячи до ранньої інвалідизації, зниження тривалості життя [2, 6].

Старіння є суперечливим процесом, оскільки на тлі регресивних процесів перебудови – атрофії, деградації та ін. – розвиваються прогресивні тенденції формування нових компенсаторно-приспосувальних механізмів, спрямованих на підтримання гомеостазу старіючого організму, що, однак повністю не компенсує наростаючих явищ деградації. Адаптаційні можливості старіючого організму знижені, ймовірність розвитку різних захворювань збільшується. У зв'язку з цим, особливо важлива в разі розвитку захворювань у літніх пацієнтів роль саногенетичних механізмів, їх стимуляція і підтримка [2]. Велике значення в активації компенсаторно-приспосувальних механізмів мають заходи фізичної реабілітації, які орієнтовані на процеси, що перебігають паралельно з пошкодженнями і мають захисно-компенсаторний характер. Морфофункціональною основою впливу на організм заходів фізичної реабілітації є саногенез. Фізичні впливи здійснюються лише за активної позиції пацієнта, який повинен сам брати участь у процесі вироблення компенсацій для того, щоб направити їх у потрібне русло, інакше компенсаторні процеси можуть мати патологічний характер [5]. Оскільки медикаментозна терапія ОА обмежена вузьким спектром потенційного впливу лікарських засобів на багатофакторний патогенетичний процес, а також великою кількістю небажаних реакцій на сьогодні існує підвищений інтерес до методів і засобів фізичної реабілітації саме хворих ОА літнього віку.

Тривалий персистуючий хронічний больовий синдром і функціональна неспроможність окремих суглобових ділянок у хворих ОА призводять до

гіподинамії, яка сприяє зменшенню об'єму м'язів, розташованих навколо суглоба, обмеження амплітуди рухів, що спричиняє його дестабілізацію.

Фізичні тренування при ОА теоретично повинні бути спрямовані на стабілізацію та розвантаження суглобів за рахунок зміцнення м'язових груп і зв'язкового апарату. Дозування фізичних вправ визначається за допомогою частоти, інтенсивності, часу та визначення типу вправ. З усіх цих критеріїв у реабілітації хворого з ОА літнього віку найважливішим є вибір виду вправ, які впливали б на щільність кісткової тканини та суглобовий апарат. Адже деякі види таких вправ, як плавання та їзда на велосипеді, навіть за умов високої інтенсивності не впливають на структурно-функціональний стан кісткової тканини, тоді як силові види вправ (з використанням навантажувачів або з протидією), заняття на тренажерах, тренування в ходьбі за умов тривалих та систематичних занять здатні впливати на мінеральну щільність кісткової тканини [1, 7, 8].

На сьогодні використовують великий арсенал класичних методів фізичної реабілітації при ОА, але не враховується щільність кісткової тканини при цій патології, тому актуальним є вивчення альтернативних методів фізичного впливу. Лікувальна нордична ходьба (ЛНХ) – новий стиль лікувальної ходьби, який дозволяє зменшити статичне та динамічне навантаження на суглоби ніг та покращити балансування тіла. Крім того, модифіковані лижні палиці з гумовими наконечниками для кращої опори забезпечують додаткову підтримку, а зміна та вдосконалення техніки рухів, при якій відштовхування палицями від поверхні замінено тільки опором рук на палки, дозволяє знизити навантаження на суглоби ніг на 10–15 % порівняно зі звичайною ходьбою і максимально задіяти м'язи корпусу. ЛНХ підходить для людей, що страждають від суглобового болю при звичайній ходьбі. Ходьба з палицями не здається важчою за звичайну ходьбу, хоча з палицями витрачається в середньому на 20 % калорій більше, ніж при звичайній ходьбі. Ходьба з палицями підвищує пульсацію серця на 10–15 уд./хв, ніж при звичайній ходьбі, усі основні групи м'язів активно працюють одночасно [7].

Основна частина. Мета дослідження – вивчити ефективність застосування на санаторно-курортному етапі реабілітації у пацієнтів похилого віку з ОА лікувального комплексу із включенням лікувальної нордичної ходьби.

Об'єктом дослідження обрано 44 пацієнти літнього віку: 36 жінок, 8 чоловіків (середній вік $(68,2 \pm 4,3)$ року) з остеоартрозом колінних суглобів I та II стадії без синовіту, які перебували на санаторно-курортному етапі реабілітації. Рентгенологічну стадію ОА встановлювали за класифікацією J. N. Kellgren і J. S. Lawrence (I ст. – 16 хворих, II ст. – 28). Для виключення явищ синовіту у хворих з ОА було проведено артросонографію на апараті HS – 2000 мультимодальним датчиком 5–7,5–10 МГц.

Всі пацієнти були розподілені на дві репрезентативні групи. Основними критеріями репрезентативності були вік пацієнтів і стадія процесу. В I групі 20 хворих впродовж 18 днів приймали санаторно-курортне лікування, в яке входило застосування традиційних занять з лікувальної фізкультури. В II групі 24 хворих впродовж тривалості санаторно-курортного етапу реабілітації займались ЛНХ через

день починаючи із щадного рухового режиму з малим фізичним навантаженням, з середньою дистанцією 500 м, на рівній місцевості, без підйомів, швидкість ходьби 40–60 кроків/хвилину, з наступною гімнастикою 10 хвилин з поступовим збільшенням фізичного навантаження: проходженням дистанції до 1000 м по рівній місцевості без підйомів, зі швидкістю ходьби 60–80 кроків/хвилину, з наступною гімнастикою 10 хвилин. Також орієнтиром для визначення оптимального темпу ходьби була здатність підтримувати під час ЛНХ бесіду (так звана «розмовна швидкість»). Встановлено, що при ходьбі з «розмовною швидкістю» споживання організмом кисню складає 60–70 відсотків від максимально можливого, а саме цей рівень навантаження найбільш сприятливий для тренування серцево-судинної системи. Для визначення рівня інтенсивності навантаження при ЛНХ ми застосовували розмовний тест (табл. 1).

Таблиця 1. Використання розмовного тесту для визначення рівня інтенсивності навантаження при ЛНХ

Рівень інтенсивності	Здатність до підтримки розмови під час ходьби	Дія
Дуже високий	При вимовлянні одного або декількох слів помітна задишка	Негайне зменшення інтенсивності навантаження
Дуже низький	При вимовлянні декількох речень підряд ритм дихання не змінюється	Збільшення інтенсивності навантаження
Оптимальний	При вимовлянні двох речень підряд помітна легка задишка	Підтримка цього рівня інтенсивності

Для оцінки ступеня вираженості больового синдрому в суглобах використано візуальну аналогову шкалу (ВАШ) з ціною поділки 1 бал, тому що деякі пацієнти мали порушення зору і використання традиційної міліметрової шкали було незручним. 0 балів відповідало відсутності болю, 10 балів – максимально вираженому больовому синдрому (табл. 2). Для характеристики функціональних порушень ми використовували анкету для визначення альгофункціонального індексу Lequesne. Також були проведені тест Ловетта та визначення швидкості ходьби. За Ловеттом розрізняють такі ступені сили м'язів: 0 = повна відсутність напруження м'язів; 1 = сліди напруження, тобто напруження без руху; 2 = виражене напруження м'язів і здатність виконати рух без допомоги реабілітолога, без сили тяжіння; 3 = повна амплітуда руху проти сили тяжіння; 4 = повна амплітуда руху з середнім опором за всією амплітудою; 5 = повна амплітуда з максимальним опором. Ми відображали силу м'язів у відсотках: 0 = 0 %, 1 = 10 %, 2 = 25 %, 3 = 50 %, 4 = 75 %, 5 = 100 %.

Для визначення швидкості ходьби – підраховували пройдену відстань за 1 хвилину на початку і при закінченні санаторно-курортного лікування. Для розрахунку швидкості ходьби використовували формулу: $V = S / t$, де V – це швидкість, S – відстань, t – час. Щоб перевести швидкість з м/хв у м/с, розділили швидкість у м/хв на 60 (кількість секунд у хвилині). Всім пацієнтам двічі на день проводили вимірювання артеріального (сistolічного та діастолічного) тиску і підраховували пульс: I – відразу перед заняттями ЛНХ; II – після занять ЛНХ. При відчутті сильної м'язової втоми, пригнічення пацієнтам перевіряли швидкість відновлення функціональних показників організму після навантажень, тобто час, за який пульс повертається до норми. Якщо частота ударів пульсу протягом 10 хвилин після заняття знижувалась на 30–40 %, то навантаження було помірним; якщо на 20–30 % – підвищеним; а якщо тільки на 10–20 % і менше, то навантаження було великим. Відповідно до отриманих показників коригували навантаження.

Таблиця 2. Динаміка функціональних показників у хворих на ОА при застосуванні реабілітаційних комплексів

Показники	Контрольна група (n=10)	І група (n=20)		ІІ група (n=24)	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Біль у суглобах за ВАШ (бали)		5,8±0,2	3,2±0,3	5,9±0,4	1,4±0,2*
Індекс Lequesne (бали)		6,8±0,4	4,2±0,5	7,0±0,6	2,6±0,4*
Тест Ловетта, %	56	12	22	14	35*
Швидкість ходьби, м/с	1,56±0,6	0,56±0,5	0,91±0,2	0,62±0,6	1,22±0,4*

Примітка. * – різниця статистично достовірна (p<0,05).

Оцінку ефективності застосування методу ЛНХ проводили на основі комплексного зіставлення даних, отриманих в результаті клінічних та функціональних методів дослідження як до, так і після лікування. Проаналізувавши дані досліджень, отримали наступні результати: при застосуванні ЛНХ достовірно покращувались всі досліджувані параметри: зменшилась вираженість больового синдрому, покращилась рухова функція та сила м'язів, збільшилась швидкість ходьби.

Висновки. 1. В програму фізичної реабілітації у хворих ОА літнього віку повинні бути включені навантажувальні види ЛФК у вигляді лікувальної нордичної ходьби, що приводить до вірогідного зменшення вираженості больового синдрому в

суглобах, збільшення об'єму рухів, покращення координації рухів, збільшення сили м'язів.

2. ЛНХ підтримує тонус м'язів одночасно верхньої і нижньої частин тіла, зменшує при ходьбі тиск на суглоби нижніх кінцівок, покращується робота серця і легень, палиці допомагають рухатися в швидшому темпі без жодних зусиль. Такі програми мають бути зі зростаючою інтенсивністю, виконуватися рівномірно і не викликати надмірну втоми пацієнта.

3. Ходьбу з палицями можна рекомендувати для пацієнтів з ОА літнього віку не лише через сприятливий вплив на суглоби та організм, але і завдяки безпеці психоемоційній привабливості цього виду ходьби.

ЛІТЕРАТУРА

1. Головач І. Ю. Фармакологічні і нефармакологічні напрямки сучасної стратегії профілактики остеопорозу і остеопоротичних переломів кісток / І. Ю. Головач // Рациональная фармакотерапия. – 2011. – № 3. – С. 27–36.
2. Казимирко В. К. Инволюционный остеоартроз и остеопороз / В. К. Казимирко, В. Н. Коваленко, В. В. Флегонтова. – Донецк: Издатель Заславский А. Ю., 2011. – 724 с.
3. Коваленко В. Н. Остеоартроз: практическое руководство / В. Н. Коваленко, О. П. Борткевич. – Киев: Морион, 2005. – 601 с.
4. Коваленко В. Н. Остеопороз: эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение / В. Н. Коваленко, О. П. Борткевич, И. А. Зупанец. – Харьков «Золотые страницы», 2002. – С. 389–394.
5. Лікувальна фізкультура в санаторно-курортних закладах / за ред. Л. І. Фісенко. – К.: «Купріянова», 2005. – 400 с.
6. Поворознюк В. В. Заболевания костно-мышечной системы и возраст / В. В. Поворознюк // Проблемы остеологии. – 2009. – № 4. – С. 6–15.
7. American College of Sports Medicine (ACSM). 2005. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. — 7th ed. — Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. — 99 p.
8. EULAR Recommendation: an evidence based approach to the management of Knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trial (ESCSIT) / K. M. Jordan, N. K. Arden, M. Doherty [et al.] // Ann. Reum. Dis. – 2003. – Vol. 62. P. 1145–1155.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

П. Б. Фундитус, П. І. Бучко, А. Л. Орленко

Чортківський державний медичний коледж

У статті наведено соціальні, духовні та медичні проблеми ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. Висвітлено важливість етики спілкування медичних працівників.

SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF HIV-INFECTED PEOPLE

P. B. Fundytus, P. I. Buchko, A. L. Orlenko

Chortkiv State College of Medicine

The article presents the social, spiritual and medical problems of HIV-infected and AIDS patients. The importance of communication ethics of medical professionals is adduced.

Вступ. «Снідофобія» – соціально-психологічний феномен, аналогічний «канцерофобії», «сіфілофобії», «радіофобії» і т. д. Через певні обставини «снідофобія» в масовій свідомості навіть більш виражена. До таких обставин насамперед належить те, що летальність при СНІДі вища, ніж при холері та чорній віспі. Неминучою реакцією більшості людей на слово «СНІД» є страх перед зараженням, вмиранням, смертю, безсиллям медицини і суспільства в цілому. У свідомості ж самих ВІЛ-інфікованих на першому плані нерідко виявляється страх перед дискримінацією і стигматизацією.

Основна частина. СНІД – синдром набутого імунodefіциту – це руйнування імунної системи організму, яка захищає його від інфекцій.

Хворобу викликає вірус імунodefіциту людини (ВІЛ), який потрапляє в організм різними шляхами. Це може бути заражена вірусом імунodefіциту кров, що потрапляє в організм при переливанні або при користуванні спільними шприцями у наркоманів, через мікротравми шкіри. ВІЛ може передаватися при сексуальних контактах, як гетеросексуальних, так і гомосексуальних, якщо один із партнерів заражений вірусом.

Відкритий у 80-х роках минулого століття СНІД стрімко поширюється і становить неабияку загро-

зу для людства. Актуальна ця проблема і для нашої країни. На думку фахівців, пік епідемії СНІДу в Україні припаде на 2010–2015 роки. На жаль, ефективних засобів лікування ще не знайдено, а існуючі методи хоч і можуть допомогти, проте потребують чималих матеріальних затрат.

Вірус вражає та використовує для свого розмноження Т-лімфоцити – різновид білих кров'яних клітин, які в нормі активізують захисні системи організму. Окрім того, ВІЛ знижує ефективність дії антитіл, які мають важливе значення для захисту організму.

Навіть у нормі в організмі існують клітини, що «виключають» імунну систему, проте завдяки існуванню в організмі системи протидії вони не набувають надмірного поширення, а ВІЛ сприяє тому, що ці клітини в більшій кількості руйнують імунну систему. Все це призводить до активізації прихованої або до приєднання опортуністичної (випадкової) інфекції. Саме ці хвороби і призводять зазвичай до загибелі хворих протягом 1–2 років. Зниження імунітету може призвести також до виникнення деяких злоякісних новоутворень.

Від моменту інфікування до появи перших симптомів (інкубаційний період) проходить від 1 місяця до 4–6 років. Початок захворювання поступовий. Для нього характерні підвищення температури тіла (понад 38°C) зі значним потовиділенням,

млявість, депресія, зниження працездатності, зниження маси тіла. Типове також ураження шлунково-кишкового тракту, яке проявляється проносом, болями в животі, може бути задишка, кашель. Звичайна простуда триває значно довше і перебігає набагато важче.

Характерним є також генералізоване збільшення лімфатичних вузлів, яке частіше починається з шийних, пахвових і потиличних лімфовузлів. Більш ніж у половини хворих розвиваються різноманітні зміни з боку шкіри – дерматити, екзема тощо, стійкі до дії медикаментів.

Для періоду розпаду захворювання характерна перевага явищ вторинної інфекції, яка майже у половині випадків виявляється у вигляді пневмонії, викликаной пневмоцистами. Вона перебігає дуже тяжко і у 90–100 % випадків призводить до смерті. У 30 % хворих на перший план виступають ураження нервової системи, зумовлені токсоплазмозом, герпетичною або цитомегаловірусною інфекціями, які призводять до недоумства. Хворі із шлунково-кишковою формою страждають від виснажливої діареї, швидко втрачають масу тіла. У 30 % хворих розвивається саркома Капоші – у звичайних умовах доволі рідкісне та доброякісне захворювання, яке вражає переважно шкіру нижніх кінцівок у людей похилого віку. Проте у хворих на СНІД вона розвивається швидко і може вражати шкіру, лімфатичні вузли та внутрішні органи. У хворих з'являються грибкові інфекції (кандидоз) порожнини рота, стравоходу та прямої кишки. Вони також більш вразливі до раку лімфовузлів, нижньої губи та заднього проходу.

Лікування ракових захворювань та інфекцій, пов'язаних зі СНІДом, ефективно лише частково, тому прогноз для хворих доволі сумний – смерть упродовж 2 років.

Як відомо, спочатку в західних країнах СНІД поширювався в основному серед так названих «маргінальних соціальних груп» – гомосексуалістів, наркоманів, повій. Строгі моралісти не раз заявляли, що СНІД є «кара Божя» за «гріх гомосексуалізму», «спортивний секс», «секс-туризм» і т. д. Негативне ставлення суспільства до представників так названих маргінальних груп за інерцією було перенесено на всіх ВІЛ-інфікованих, причому їх стигматизація багаторазово посилювалася наростаючим страхом перед СНІДом. СНІД потрібно порівню-

вати з раком. Діагноз раку сприймається масовою свідомістю і окремою людиною як смертний вирок. Діагноз психічного захворювання нерідко стигматизує людину. Хворі на СНІД, як правило, відчувають і те, і інше: свідомість невиліковності, приреченості на смерть посилюється емоційною ізоляцією, ворожим ставленням до них з боку суспільства. Із вищесказаного насамперед особливо важливим є збереження лікарської таємниці у випадках ВІЛ-інфекції. Як бачимо, при контакті з ВІЛ-інфікованими або хворими на СНІД, лікарю доводиться стикатися не тільки з клінічною реальністю, але також і з пов'язаними з цим захворюванням міфами і забобонами, тим часом заборона на будь-яку дискримінацію (в тому числі і хворих на СНІД) є нормою міжнародного права, міститься в багатьох документах, прийнятих різними міжнародними організаціями, членом яких є і наша країна. Нарешті неучтво і забобони, властиві не тільки населенню, але й частині спеціалістів-медиків. Все це в кінцевому рахунку негативно відбивається на епідеміологічній обстановці та на темпах поширення інфекції. Тобто, дискримінація ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД не тільки зневажає права людини, але й підриває основоположні принципи суспільної охорони здоров'я. Крім того, може провокувати в інфікованого або хворого почуття помсти, здатне перетворити його в злісного навмисного розповсюджувача інфекції, у людини, що усвідомила свою приреченість, таке відчуття помсти може бути особливо запеклим. Відмови лікарів та інших представників медичної професії надавати допомогу ВІЛ-інфікованим – це чи не найбільш напружена з точки зору медичної етики проблема. Проведене ще на початку 90-х років в США дослідження показало, що, відмовляючи в допомозі хворим на СНІД, лікарі посилювалися на недостатню спеціальну підготовку, страх перед інфікуванням, відразу до гомосексуалістів, наркоманів або інших представників «груп підвищеного ризику», а також на побоювання відлякати інших пацієнтів.

Висновок. Як бачимо, в контексті медичної етики лікар і тут покликаний шукати компроміс між особистими інтересами пацієнта, з одного боку, і громадськими інтересами, з іншого. Це – ще одна непроста моральна дилема, яку ставить перед лікарем його професія.

ЛІТЕРАТУРА

1. Заєць В. Азбука СНІДу / В. Заєць. – К. : Молодь, 1998. – 95 с.
2. Юнак В. Ю. Наркомания и СПИД / В. Ю. Юнак. – К. : Здоровье, 2001. – С. 142–156.
3. Баранова Н. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: прогнозування, моделювання, оцінка / Н. Баранова // Україна: аспекти праці. – 2006. – № 1. – С. 19–25.
4. ВІЛ та СНІД : достовірно про проблему // Психолог: всеукраїнська газета для вчителів. – Київ, 2005. – №12. – С. 1–7.
5. Социально-медицинское изучение патогенеза ВИЧ-инфекции / Н. Митина, В. Шаповалова, Е. Вурва, В. Шаповалов // Ліки України. – 2004. – № 7–8. – С. 90–92.
6. ВІЛ/СНІД: стратегія наступу на хворобу // Здоров'я України. – 2001. – № 2. – 28 с.

ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ «МЕДСЕСТРИНСТВО В СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ»

З. В. Кузик, Н. І. Прунчак, Т. І. Бойчук

*Чернівецький медичний коледж
Буковинський державний медичний університет*

Оцінено ефективність застосування інтерактивних методів навчання на підставі вивчення динамічних показників успішності студентів 4 курсу спеціальності «Сестринська справа» за результатами практично-орієнтованого іспиту та медичного ліцензійного іспиту «Крок М. Сестринська справа». Показано, що впровадження даної новітньої моделі організації навчального процесу з дисципліни «Медсестринство в сімейній медицині» дозволило вдвічі підвищити рівень знань студентів при підготовці до практично-орієнтованого державного іспиту та ліцензійного іспиту «Крок М. Сестринська справа».

APPLICATION OF INTERACTIVE METHODS OF EDUCATION IN THE STUDY OF DISCIPLINE "NURSING IN FAMILY MEDICINE"

Z. V. Kuzyk, N. I. Prunchak, T. I. Boichuk

*Chernivtsi Medical College
Bukovynian State Medical University*

The efficiency of the use of interactive teaching methods based on the study of dynamic indicators of 4-year student on specialty "Nursing" as a result of practically-oriented exam and medical licensing examination "Krok M. Nursing". It is shown that the introduction of the latest model of the educational process of discipline "Nursing in Family Medicine" allowed twofold increase students' knowledge in preparation for the practically-oriented state exam and license examination "Krok M. Nursing".

Вступ. Сьогодення медичної допомоги в усьому світі базується на відомій доктрині ВООЗ «XXI століття – століття сімейної медицини» – давно стала надбанням високорозвинених країн. Водночас слід зауважити, що однією з основних вимог, на якій акцентує увагу Всесвітня організація охорони здоров'я – це фізична доступність медичної допомоги населенню. Відповідно до засад «Європейської політики з досягнення здоров'я на XXI століття», на рівні первинної медико-санітарної допомоги державою повинна бути забезпечена безперервність медичної опіки. Всім цим вимогам відповідає концепція надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини, яка для будь-якого пацієнта та членів його сім'ї є фізично дос-

тупною, безперервною та невідкладною. Про це свідчить досвід цивілізованих країн світу [2, 3].

Сьогодні охороні здоров'я потрібна не просто медсестра, а добре освічений професіонал, який може творчо і грамотно підійти до своєї професійної діяльності. Наразі підготовка досвідченої медичної сестри загальної практики вимагає застосування нових інтерактивних технологій навчання, які побудовані на основі спілкування та взаємодії, що реалізуються і в технологіях, і в методах, і в організаційних формах [1].

Основна частина. Метою роботи було оцінити ефективність підготовки медсестер шляхом застосування інтерактивних методів навчання на підставі аналізу результатів проміжного та заключного тестового контролю знань та практич-

них вмінь студентів з дисципліни «Медсестринство в сімейній медицині».

На базі Чернівецького медичного коледжу проводили порівняльну оцінку ефективності підготовки 55 студентів 4 курсу спеціальності «Сестринська справа» за результатами проміжних тестових контрольних робіт, екзаменаційної сесії (показників успішності студентів за результатами диференційного заліку, державного практично-орієнтованого іспиту). I групу склали – 27 студентів, в II групу увійшли – 28 студентів. I група навчалася з використанням інноваційних технологій, II – за традиційною системою навчання. Дисципліну «Медсестринство в сімейній медицині» студенти вивчали упродовж року, що включало 24 год лекційних занять та 56 год – практичних занять.

Застосування інтерактивних технологій сприяє тому, що навчальний процес здійснюється за умови постійної, активної взаємодії всіх студентів, де студент і викладач – рівноправні суб'єкти навчання. Організація активних форм навчання передбачає моделювання життєвих ситуацій, використання методу case-study – методу конкретних ситуацій, застосування рольових ігор, загальне вирішення проблем. Головною ідеєю використання інтерактивних методів є активізація пізнавальної діяльності студентів, актуалізація опорних знань, індивідуалізація навчального процесу, надання можливості самостійного осмислення студентами значення отриманих знань для використання їх на практиці. Тому і виникає необхідність використовувати ефективні методи навчання зі студентами під час проведення різних видів занять і позааудиторних заходів.

Статистичну обробку одержаних результатів проводили на персональному комп'ютері з використанням пакета прикладних програм «Statistica 5.0». З позицій клінічної епідеміології визначали відносний ризик (ВР) та відношення шансів (ВШ).

Дослідження результатів оцінювання вихідного рівня знань студентів I групи встановило, що середній показник вірних відповідей із субтесту «Медсестринство в сімейній медицині», зокрема розділів, що стосуються медсестринського обстеження, медсестринського діагнозу, планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань за результатами тестових завдань формату «Крок–М» дорівнював $(41,5 \pm 4,1) \%$, в II групі – $(58,1 \pm 2,0) \%$ ($p < 0,05$). Це свідчило, можливо, про неготовність студентів

4 курсу зі спеціальності «Сестринська справа» до вирішення ситуаційних клінічних завдань формату «Крок–М», ймовірно, через відсутність сформованого клінічного мислення.

Загальна оцінка практичних знань та вмінь під час первинного контролю в I групі склала: $(3,4 \pm 0,08)$ бала, в II групі – $(3,5 \pm 0,07)$ бала ($p > 0,05$), що свідчить про відсутність суттєвої різниці практичних вмінь медичних сестер з дисципліни «Медсестринство в сімейній медицині» та наявність відповідної потреби щодо інтеграції нових знань і вмінь.

У процесі вивчення дисципліни «Медсестринство в сімейній медицині» відмічено, що результати проміжного контролю практичних знань та вмінь виявилися майже вдвічі вищими початкового контролю знань. Так, якісна успішність студентів I групи на початку вивчення дисципліни становила $(37,9 \pm 7,1) \%$ в II групі – $(47,9 \pm 7,1) \%$ ($p > 0,05$) відповідно. Водночас застосування інтерактивних методів навчання в I групі поряд із традиційною системою серед студентів II групи продемонструвало вірогідну різницю щодо якості знань студентів наприкінці вивчення дисципліни. Так, якісна успішність студентів I та II групи щодо визначення їх практичних знань та вмінь становила, відповідно, $(68,4 \pm 3,1) \%$ ($p < 0,05$) та $(62,4 \pm 3,1) \%$ ($p > 0,05$).

Використання інтерактивного навчання у студентів I групи, на відміну від інших систем навчання, дозволяє значно збільшити відсоток засвоєння інформації, навчання орієнтоване, на відміну від традиційного, не тільки на засвоєння знань, але й на розуміння, застосування, аналіз, синтез, оцінювання. Головним джерелом мотивації є інтерес самого учня, в результаті чого навчальній діяльності притаманний високий рівень активності.

Слід відзначити, що результати застосування інтерактивних технологій навчання дозволило підвищити рівень практичних знань та вмінь, що, відповідно, сприятиме підвищенню якості сімейної медичної допомоги, та віддзеркалювалось у показниках успішності знань студентів під час складання диференційного заліку з дисципліни «Медсестринство в сімейній медицині» якісний показник в I групі – $(71,4 \pm 1,6) \%$, середній бал – $3,8 \pm 0,04$, в II групі – $60,4 \pm 1,6 \%$ ($p < 0,05$) та $3,6 \pm 0,04$ ($p < 0,05$) бала відповідно.

Проведення заключного тестування студентів 4 курсу наприкінці вивчення дисципліни «Медсестринство в сімейній медицині» показало наявність вірогідно вищого результату вірних відповідей

серед студентів I групи ($76,9 \pm 1,8\%$) порівняно із даними вихідного рівня знань цих студентів ($(41,5 \pm 4,1)\%$, $p < 0,05$). Проте відповідні показники в II групі суттєво не відрізнялися та дорівнювали: $(68,9 \pm 2,1)\%$ та $(58,1 \pm 2,0)\%$ ($p > 0,05$) вірних відповідей. Відносний ризик перевищити результат 65 % вірних відповідей під час заключного тестування у студентів спеціальності «Сестринська справа», які навчалися за допомогою інтерактивних технологій, порівняно з відповідними результатами студентів, що навчалися за традиційною системою навчання, становив 1,5 [95 % ДІ: 0,9–2,5] при співвідношенні шансів – 3,7 [95 % ДІ: 1,4–6,9].

Так, насамкінець встановлено, що результати диференційного заліку студентів I групи на відміну від представників II групи з дисципліни «Медсестринство в сімейній медицині» знаходились у прямому сильному кореляційному зв'язку із показниками заключного етапу контролю знань та вмінь медсестер: загальною підсумковою оцінкою на державному іспиті ($r=0,8$, $p < 0,05$) та результатами тестового ліцензійного іспиту «Крок М. Сестринська справа» ($r=0,6$, $p < 0,05$). Таким чином, ефективність застосування інтерактивної системи

навчання доведена як за результатами оцінки практично-орієнтованого іспиту, так і за показниками тестового ліцензійного іспиту «Крок М. Сестринська справа».

Висновки. 1. Ефективність інтерактивної системи навчання щодо підготовки студентів з дисципліни «Медсестринство в сімейній медицині» підтверджувалась за наявності прямого сильного кореляційного зв'язку показників якості знань з диференційного заліку з дисципліни та показниками заключного етапу контролю знань та вмінь медсестер: загальною підсумковою оцінкою на державному іспиті ($r=0,8$, $p < 0,05$) та результатами тестового ліцензійного іспиту «Крок М. Сестринська справа» ($r=0,6$, $p < 0,05$).

2. Співвідношення шансів перевищити результат 65 % вірних відповідей під час заключного тестування з дисципліни «Медсестринство в сімейній медицині» у студентів спеціальності «Сестринська справа», які навчалися з використання інтерактивних технологій навчання, порівняно з відповідними результатами студентів, що навчалися за традиційною системою навчання становило 3,7 [95 % ДІ: 1,4–6,9].

ЛІТЕРАТУРА

1. Впровадження сучасних освітніх технологій в навчальний процес вищих медичних закладів України / В. О. Бенюк, О. А. Диндар, Т. Р. Никонюк, О. А. Щербача // Медична Освіта. – 2012. – № 3. – С. 20–23.

2. Лисенко Г. І. Сімейна медицина в Україні: сучасні досягнення та перспективи розвитку / Г. І. Лисенко,

В. І. Ткаченко, О. В. Маяцька // Сімейна медицина. – 2012. – № 1. – С. 6–8.

3. Лисенко Г. І. Нормативно-правові аспекти впровадження інформаційних технологій в систему первинної медико-санітарної допомоги (огляд літератури) / Г. І. Лисенко // Сімейна медицина. – 2012. – № 2. – С. 25–28.

НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ В ДІТЕЙ

І. Ю. Іващенко

Івано-Франківська обласна клінічна лікарня

У статті описано особливості розвитку ожиріння у дітей та нетрадиційні методи його лікування. Детально пояснені правила дієтотерапії при підвищеній масі тіла, а також методики застосування фітотерапії та лікувальної фізкультури.

ALTERNATIVE METHODS OF TREATMENT OF OBESITY IN CHILDREN

I. Yu. Ivashchenko

Ivano-Frankivsk Regional Clinical Hospital

The article presents the main peculiarities of the obesity progression in children and alternative methods of its treatment. There are described the rules in detail of the diet therapy in the case of increased body mass, and also methods of the phytotherapy and therapeutic exercises.

Вступ. Актуальною проблемою сьогодення серед населення різних країн світу є проблема ожиріння. Так, в Україні надмірну масу тіла мають 40 % дорослого і 10 % дитячого населення. Серед вагітних жінок ожиріння діагностується в середньому у 15–17 %. У жінок з ожирінням вагітність, як правило, перебігає з ускладненнями. Загалом в наш час кожен п'ятий українець зіткнувся з проблемою надмірної маси тіла. Актуальною проблемою є лікування даної патології із використанням традиційних чи нетрадиційних методів терапії, при цьому необхідно враховувати індивідуальні аспекти кожного пацієнта, зокрема вік, стать, тип темпераменту та психоемоційний стан.

Основна частина. Сучасна медицина починає сьогодні знову повертатися до вивчення частково втрачених методів нетрадиційної терапії. На даний час вчені практично всіх країн світу прийшли до однозначного висновку: природні, натуральні методи і способи лікування в більшості випадків не тільки не є менш ефективними за своїм впливом на органи і тканини, ніж препарати аптечного походження, але і за певними показниками перевершують їх. І, до того ж, як правило, нетрадиційні

методи терапії позбавлені серйозних побічних ефектів.

Часто згадуються і переосмислюють лікувальні рецепти наших предків. Такий поворот до давніх народних традиційних методів лікування властивий не тільки для нашої країни: 20 % європейців і американців використовують у даний час нетрадиційну медицину.

Водночас слід відмітити, що найсильніший лікувальний ефект досягається у тих випадках, коли зусилля офіційної і народної медицини поєднуються. Тобто, в період загострення хвороби застосовують засоби і методи традиційної медицини (основний курс лікування), а потім на тривалий термін приєднують методи нетрадиційної медицини.

Проте дотепер переважна більшість медиків не орієнтована на такий підхід до лікування хворих: основне, відновне і профілактичне лікування проводиться медикаментозними препаратами, що часто призводить до ускладнень.

У 1998 – 2002 рр. було проведено письмове опитування серед 10 тисяч мешканців США, Великобританії та Ізраїлю. Перше запитання, яке ставили у цьому дослідженні, було: «Чи звертаєтеся Ви до нетрадиційної медицини або немедикаментозних методів лікування, якщо Ви нездужаєте?»

Позитивну відповідь дали 5646 людей, тобто більше 56 %. Друге запитання стосувалося методу, яким респонденти користувалися. Відповіді розподілилися наступним чином: 29,23 % – траволікування, 20,48 % – гомеопатія, 14,37 % – голковколювання і припікання, 13,06 % – мануальна терапія, 07,51 % – гіпнотерапія, 06,57 % – медитація і релаксація, 02,06 % – ароматерапія.

Фітотерапія – це альтернативний метод лікування, заснований на цілющих властивостях трав, що відрізняється доброю переносимістю та невеликою кількістю серйозних побічних ефектів. На сьогодні відомо близько 500 000 видів рослин і близько 5 % із них розглядають як фармакологічно активні.

Дієтотерапія – це застосування харчових продуктів як ліки. У Китаї майже всім відомі методи профілактики та лікування захворювань за допомогою квітів та овочів.

Ожиріння – це захворювання, яке характеризується надмірною масою тіла за рахунок надлишку відкладання жиру в підшкірній основі та інших тканинах. Ожиріння може виникнути у будь-якому віці. Нерідко воно розвивається у грудних дітей, значно рідше – у період інтенсивного росту та розвитку.

Ожиріння у дітей майже завжди пов'язане із порушенням функцій ендокринних залоз. Особливо часто розвивається ожиріння при порушенні функцій гіпофіза. У таких хворих у крові виявляють знижену концентрацію гормону росту та зменшення його секреції. Часто знижується секреція гормонів щитоподібної, надниркових та статевих залоз, які мають жиромобілізуючі властивості. Церебральне ожиріння пов'язане із запальними процесами, травмами та пухлинами головного мозку. Ожиріння часто супроводжує цукровий діабет.

На розвиток ожиріння впливає також спадковість. Помічено, що у значній частини хворих на ожиріння дітей батьки також огрядні. Також розвиток захворювання зумовлюють споживання надмірної кількості їжі, особливо висококалорійної, малорухливий спосіб життя.

У дітей із ожирінням часто спостерігають швидку втомлюваність, сонливість, задишку під час навантаження, підвищення апетиту, спрага. Бувають закрепи, метеоризм, геморої. Шкіра надмірної вологості, з'являються попілість у ділянках складок, себорея, вугрі, фурункульоз.

Серце, м'язи, кишечник знаходяться у масі жирових відкладень, через що порушуються їх

функції. Ослабленому серцю доводиться виконувати напружену роботу для постачання кров'ю зайвої маси, що призводить до змін у ньому. Дихання стає поверхневим, розвивається дихальна недостатність, що, в свою чергу, посилює серцеву недостатність. Внаслідок недостатньої вентиляції легень розвивається бронхіт, що часто набуває хронічного перебігу. Ожиріння погіршує функціональний стан печінки та жовчного міхура, нирок, підшлункової залози. У таких дітей знижується опірність до інфекційних хвороб.

При ожирінні передусім потрібно діагностувати та лікувати основне захворювання, що призвело до підвищення маси тіла.

При легкій, початковій формі ожиріння, дієтотерапія полягає у тому, щоб обмежити у харчовому раціоні дитини кількість продуктів, багатих на вуглеводи, передусім солодощів, кондитерських виробів, цукру, зменшити кількість жирів, тобто знизити енергетичну цінність раціону.

Нежирне м'ясо та рибу, нежирні молочні продукти, горіхи слід давати в кількості, що задовольняє фізіологічну потребу дитини. Кількість круп, зокрема гречаної та пшоняної, обмежують, а манну не рекомендують зовсім. Картоплю можна давати лише в салатах та супах. Овочі та фрукти (капуста, буряки, морква, салат, редис, редька, помідори, кабачки, баклажани, яблука, лимони) можна вживати у необмеженій кількості. Клітковина, що міститься в овочах та фруктах, не лише стимулює рухову активність травного каналу, але й сповільнює процеси всмоктування вуглеводів, запобігає перетворенню надлишку вуглеводів на жири.

У разі розвитку запальних захворювань органів травлення сирі овочі та фрукти замінюють на печені й варені.

Із раціону вилучають гострі та солоні страви, копчення, маринади, приправи, які збуджують апетит та зумовлюють спрагу. Всі страви краще готувати у вареному вигляді, недосоленими. Слід обмежити кількість рідини до 1,5 л на добу (включно перші страви, компоти, чай, молоко). Серед перших страв перевагу варто надавати вегетаріанським борщам, овочевим супам.

Рекомендують білковий хліб, у якому вдвічі менше вуглеводів та збільшена кількість білка. Він довше затримується у шлунку, забезпечує відчуття ситості на тривалий час.

До раціону важливо включати продукти моря: морську капусту, креветки, мідії, кальмари. Вони

багаті на мінеральні речовини, містять мало вуглеводів та жирів. До того ж, вони сприяють нормалізації жирового обміну.

Якщо є закреп, слід давати пшеничні висівки.

Особливу роль у харчуванні відіграють поліненасичені жирні кислоти, які нормалізують жировий обмін, зміцнюють стінки кровоносних судин, запобігають ожирінню печінки. Серед них найбільшу біологічну цінність має арахідонова кислота (міститься у вершковому маслі – 0,2 %, салі – 2 %). Тому у харчовий раціон вводять невелику кількість сала (з житнім хлібом). Багато (до 30 %) арахідонової кислоти є у риб'ячому жирі. В організмі арахідонова кислота утворюється з лінолінової, якої багато в олії, особливо льняній (до 50 – 60 %).

З раціону слід вилучити морозиво, шоколад, торти, здобне тісто, лимонад. Не рекомендують консервовані фрукти та соки, в яких багато цукру.

Дітям старшого віку раз на тиждень можна робити розвантажувальні дні: молочний (до 8 склянок молока), яблучний (1,5 кг яблук), рисово-молочний (тричі рисову кашу з 25 г рису та 150 г молока і до 1 кг яблук), овочево-фруктовий (1,5 кг овочів та фруктів за 4 – 5 прийомів).

Харчування повинно покривати енергозатрати організму, але не перевищувати їх.

Для запобігання ожирінню важливо правильно розподілити добовий раціон дитини. Процеси згорання жиру та використання виділеної енергії відбуваються головним чином удень, а після 18 – 19 години, навпаки, превалюють процеси його відкладання. Тому годувати дитину ввечері, а особливо висококалорійною їжею, не потрібно. Якщо дитина не може заснути через відчуття голоду, можна дати їй вжити кефір або кисле молоко, яблуко, моркву.

Для поліпшення обміну речовин при ожирінні рекомендують такі трав'яні суміші:

1. Трава деревію звичайного – 5 г
Корені любистку лікарського – 5 г
Плоди ялівцю звичайного – 5 г
Кора крушини ламкої – 15 г.

Столову ложку суміші залити 250 мл окропу, кип'ятити 20 хв на невеликому вогні, процідити. Приймати по 40 – 70 мл 3 рази на день протягом 3 тижнів.

2. Корені солодки голої – 20 г
Плоди ганусу звичайного – 20 г
Трава рутки лікарської – 20 г
Трава аврану лікарського – 20 г
Кореневища мильнянки лікарської – 20 г.

Столову ложку суміші залити 400 мл води, довести до кипіння, кип'ятити 20 хв на невеликому вогні. Приймати у дозі до 1 склянки натще. Доза залежить від віку дитини. Обов'язково дотримувати дієти. Грудним дітям не призначати.

При гіпотиреоїдній формі ожиріння разом із прийомом L-тироксину призначають таку суміш:

- Суцвіття з приквітками липи серцелистої – 30 г
- Плоди шипшини коричної – 30 г
- Листки берези бородавчастої – 10 г
- Трава материнки звичайної – 10 г
- Трава звіробою звичайного – 10 г
- Квіткові кошики нагідок лікарських – 20 г
- Листки смородини чорної – 20 г.

1,5 столової ложки суміші залити 300 мл окропу, настояти в термосі 6–8 год, охолодити. Приймати по 30 – 70 мл 3 рази на день.

Якщо ожиріння зумовлене надмірним харчуванням та малорухливим режимом, рекомендують такий комплекс лікарських рослин:

1. Столову ложку насіння льону звичайного залити 150 мл води, настояти 2 год, періодично перемішуючи, витримати на водяній бані 15 хв, настояти до охолодження, процідити та відтиснути. Приймати по 20 – 30 мл маленькими ковтками 4 рази на день за 30 – 40 хв перед їжею та 5-й раз – за 2 год до сну замість вечері.

2. Чайну ложку кореня алтеї лікарської залити 200 мл води, настояти 2 год, періодично перемішуючи, витримати на водяній бані 15 хв, настояти до охолодження, процідити та відтиснути. Приймати по 20 – 30 мл маленькими ковтками 4 рази на день за 30 – 40 хв перед їжею та 5-й раз за 2 год до сну замість вечері.

3. Десертну ложку висівок залити 150 мл окропу, настояти до охолодження, процідити. Приймати невеликими ковтками по 20 мл 3 рази на день за 30 – 40 хв перед їжею та 4-й раз на ніч перед сном.

4. Чайну ложку порошку морської капусти залити 100 мл окропу, настояти до охолодження. Приймати 3 рази на день за 30 – 40 хв перед їжею по 20 мл та 4-й раз перед сном.

Тривалість прийому кожного препарату – 3 – 4 тижні. Починають лікування прийомом препарату насіння льону, потім – кореня алтеї лікарської, висівок та закінчують морською капустою. Під час проведення розвантажувальних днів прийом препаратів не припиняють, оскільки вони посилюють їх оздоровчу дію.

Якщо апетит у дитини не зменшується та не знижується маса тіла, то уранці після їжі та перед сном призначають таку суміш:

Корені солодки голої – 10 г
Кореневище пірію повзучого – 10 г
Кореневище з коренями оману високого – 10 г
Кора крушини ламкої – 10 г
Насіння подорожника великого – 10 г
Трава споришу звичайного – 10 г
Плоди крону запашного – 10 г.

Десертну ложку суміші залити 200 мл води, настояти 1 год, витримати на водяній бані 20 хв, настояти 2 год, процідити, відтиснути. Приймати по 30 – 50 мл.

При закрепі ставляться очисні клізми.

Щоденно протягом 1 міс. на ніч накладається збуджувальний компрес на живіт температурою 24 – 27 °С.

Неодмінною умовою лікування ожиріння повинні бути заняття спортом та лікувальною фізкультурою, але не слід допускати перевантажень. При цьому поліпшуються функції серцево-судинної та дихальної систем, зменшується маса тіла. Рекомендують вправи на шведській стінці, ходіння, підскакування тощо у поєднанні з дихальними вправами.

Ранкову гімнастику слід проводити перед сніданком у провітреному приміщенні. Корисні спокійна ходьба з поступовим прискоренням і сповільненням, колові рухи у плечових суглобах з нахилом тулуба та втягуванням стінки живота, нахили тулуба вперед з доставанням правою рукою лівого носочка, а лівою рукою – правого. Сидячи на краю стільця, руки на талії, роблять прогинання назад – згинання тулуба вперед. Лежачи на килимку, переходять в положення напівсидячи, обхопивши зігнуті в колінах ноги. Лежачи на спині, руки кладуть вздовж тіла. Повертаються на лівий, а потім на правий бік, переходять в положення лежачи на животі. Стають на коліна, переходять у положення стоячи. Наступною є ходьба на місці з високим підніманням ніг і рухом рук. Такий комп-

лекс вправ слід повторити 2 – 3 рази. Дихання має бути спокійним, ритмічним, переважно через ніс, видих – дещо тривалішим за вдих.

Корисні також вправи з м'ячем. Після виконання комплексу вправ слід провести обтирання тіла вологим рушником або прийняти душ.

Надзвичайно корисні обтирання, обливання, душ, ванни (особливо з використанням солі), що підвищують обмін речовин та загальний тонус організму. Якщо немає протипоказань, для стимуляції обміну речовин призначають ванни та душ низької температури (33 – 25 °С). Дуже ефективні контрастні ванна та душ. Потогінний ефект мають загальні збуджувальні вологі обгортання. Тривалість процедури – до 1 год.

Також дитина повинна багато ходити, займатися фізичною працею.

Рекомендують проводити загальний масаж тіла для поліпшення периферичного кровообігу, зняття втоми, підвищення рухової активності.

Клінічно значущим, що приносить суттєву користь здоров'ю хворих, вважається зменшення маси тіла на 5–10 % за 4–6 місяців. Як свідчать результати досліджень, при такому схудненні ризик серцево-судинних захворювань зменшується на 9 %, ЦД 2 типу – на 44 %, загальної смертності – на 20 %, смертності від онкологічних захворювань, асоційованих з ожирінням, – на 40 %.

У цій ситуації очевидна необхідність вироблення ефективної стратегії профілактики та лікування ожиріння.

Висновки. Таким чином, очевидним для адекватного лікування ожиріння є застосування комплексу різноманітних терапевтичних впливів із модифікацією способу життя, підвищенням рухової та фізичної активності, застосуванням дієто- та фітотерапії поруч із використанням методів традиційної медицини для лікування основного патологічного стану, який зумовив зростання маси тіла.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абу Али Ибн Сина (Авиценна). Канон врачебной науки: в 5 т. / Абу Али Ибн Сина (Авиценна). – Ташкент: «Фан», 1979.
2. Болтарович З. Є. Українська народна медицина / З. Є. Болтарович. – К.: Абрис, 1994. – 319 с.
3. Губергриц А. Я. Лекарственные растения Донбасса / А. Я. Губергриц, Н. И. Соломченко. – Донецк: Донбасс, 1990. – 245 с.
4. Джарвис Д. С. Мед и другие естественные продукты / Д. С. Джарвис. – Апимондия, 1988. – 126 с.
5. Дудченко Л. Г. Пищевые растения — целители. / Л. Г. Дудченко, В. В. Кривенко. – К.: Наук. думка, 1988.
6. Кархут В. В. Ліки навколо нас / В. В. Кархут. – К.: Здоров'я, 1975. – 446 с.
7. Кнейп С. Моє водолечение / С. Кнейп. – К.: 1904. – 275 с.
8. Лікарські рослини. Енциклопедичний довідник за ред. акад. АН УРСР А. М. Гродзинського. – К.: Голов. ред. радян. енцикл. ім. М. П. Бажана, 1991. – 543 с.