ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Науково-практична конференція

«Медицина в умовах воєнного часу»

Матеріали конференції



м. Харків
9 січня 2024 р.

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

КАПУСТНИК В.А., професор, ректор Харківського національного медичного університету
М'ЯСОЄДОВ В.В., професор, проректор з наукової роботи Харківського національного медичного університету
ЛЕЩИНА І.В., доцент, проректор з науково-педагогічної роботи Харківського національного медичного університету
ПАНЧЕНКО М.В., професор, декан III медичного факультету Харківського національного медичного університету
АЩЕУЛОВА Т.В., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики Харківського національного медичного університету

ЧЛЕНИ ОРГОМІТЕТУ

АЩЕУЛОВА Т.В., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики Харківського національного медичного університету
БЕЗДІТКО Т.В., професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики Харківського національного медичного університету
ЄРЬОМЕНКО Г.В., професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики Харківського національного медичного університету
ПІОНОВА О.М., доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики Харківського національного медичного університету
АМБРОСОВА Т.М., професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики Харківського національного медичного університету
СМИРНОВА В.І., доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики Харківського національного медичного університету

Затверджено на засіданні вченої ради ХНМУ 18.01.2024 р

ЗМІСТ

	стор
Ihssane Mouchahid, Isra Zardkhane PALLIATIVE CARE IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR	9
Апанасенко А.А., Ковальчук С.В, Тімченко К.С. ПОШИРЕННЯ ЗНИЖЕННЯ СЛУХУ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ВІД COVID-19	10
Ащеулова Т.В., Кочубей О.А., Кузьменко Н.М. НАВЧАННЯ І ПРАКТИКА МЕДИЧНИХ ОСВІТНІХ КОМПОНЕНТІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ	15
Бадад Ібтіссам РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ	17
Балика О.С. ОСОБЛИВОСТІ ГРУДНОГО ВИГОДУВАННЯ І СТАН НЕМОВЛЯТ В РЕАНІМАЦІЙНОМУ ВІДДІЛЕНІ.	19
Башмакова Л.Ю. ЩЕПЛЕННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ	20
Бєльмасова М.С. ОСОБЛИВОСТІ АСИСТЕНЦІЇ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ	22
Бондаренко С.С, Пашкова А.Є. ЯК ВІЙНА ВПЛИНУЛА НА УКРАЇНСЬКУ СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.	25
Бордюжевська Л.В. ОРГАНІЗАЦІЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ОПІКАХ З МАСОВИМИ ПОТЕРПІЛИМИ	29
Брівка К.О. ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДУ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	33
Буряченко В.А., Буряченко Н.О. ФАНТОМНИЙ БІЛЬ І ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ	37

Власенко А.С. ЕФЕКТ ПЛАЦЕБО: ЯК ОЧІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА МОЖУТЬ ВПЛИВАТИ НА ЙОГО ОДУЖАННЯ	39
Волік М.С., Обозна В.В. "РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ПОСТКОВІДНОГО СТАНУ "	41
Вороніна Т.О. МОДИФІКАЦІЯ РОБОТИ ВІДДІЛЕННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ХРОНІЧНОГО ДІАЛІЗУ ДИТЯЧОЇ ЛІКАРНІ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ.	44
Глобіна Н.І. НАДАННЯ ПЕРШОЇ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ В ПЕРШІ ДНІ ВІЙНИ У ВІДДІЛЕННІ СУДИННОЇ ТА РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ХІРУРГІЇ	47
Гондар Л.О. КРІОКОНСЕРВАЦІЯ ПІД ЧАС ВІЙНИ	49
Горюнова В.В. ВІДНОВЛЕННЯ ШКІРНОГО ПОКРИВУ ПІСЛЯ ОПІКІВ ВНАСЛІДОК ОСКОЛКОВИХ ПОРАНЕНЬ У ХІРУРГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ КОМБУСТІОЛОГІЇ ЧЕРКАСЬКОЇ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ	50
Гришак С.А. РОЛЬ ТА ВАЖЛИВІСТЬ ПРОФЕСІЙНИХ НАВИЧОК ТА КОМПЕТЕНЦІЙ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ: ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ З ТРАВМАМИ ГОЛОВИ ТА ГОЛОВНОГО МОЗКУ	54
Грушак О.М. РОБОТА В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ У КП "БЛИЗНЮКІВСЬКА ЦРЛ", ЛІКАРНЯ У ЯКІЙ ПРАЦЮЮ –МОЯ ГОРДІСТЬ	56
ГрушакО.М., Лучкін О.П. РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ БРИГАДИ В ПАЛІАТИВНІЙ ДОПОМОЗІ	58
Гурбич О.С. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ В УКРАЇНІ	60
Єфаніна В.Є. ДОМЕДИЧНА ТА ПЕРША МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ХІМІЧНИХ УРАЖЕННЯХ	63
Зуєнко С.Ю. ПРОФІЛАКТИКА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ПІД ЧАС ВІЙНИ	65

Іванова Л.Г, Приходженко О.О, Комячко В.Г, Ткаченко М.А, Курбанова Н.С ЗАСТОСУВАННЯ МІСЦЕВОЇ ВАКУУМ-ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ	67
Іскарьова С.С. ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ЖИВОТА ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	69
Карелін М. Л., Мацуга Д. С. МЕДИЦИНА В БОЙОВИХ УМОВАХ: КІСТА КУПРИКА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	72
Ковальчук О.М., Удовіка В.О., Сірокурова В.І., Джуган В.В. ДОНОРСТВО КРОВІ ТА ЇЇ КОМПОНЕНТІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	73
Когут А.І. ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ НА ПОЛІ БОЮ	76
Козлова К.В. РОЛЬ ЖІНОЧОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ ВІЙНИ: ВИКЛИКИ ТА ДОСЯГНЕННЯ	78
Колісник Т.О. МЕДИЦИНА В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ: ЗАГРОЗИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ	80
Кочубєєва І.М. «МЕДИЦИНА В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ» ДЕЯКІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ПІД ЧАС ПОВІТРЯНОЇ ТРИВОГИ ТА ЗВУКІВ ВИБУХІВ В УМОВАХ ХАРКІВСЬКОЇ ДИТЯЧОЇ ПОЛІКЛІНІКИ	82
Крохмаль Г. Д., Громко Є.А. АКУБАРОТРАВМА ТА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ У СВІТЛІ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОГО ПІДХОДУ	83
Кузьменко Н.М., Кузьменко С.Л. ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ОРГАНАМИ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ (НА ПРИКЛАДІ БІЛЯЇВСЬКОЇ СІЛЬСЬКОЇ РАДИ ЛОЗІВСЬКОГО РАЙОНУ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ)	84
Кузьменко Н.М., Ащеулова Т.В. ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ «СЕСТРИНСЬКОЇ ПРАКТИКИ» В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ	89
Кулієва Ірада Вахаб кизи «ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ЗАБОРУ КРОВІ З ВЕНИ МЕДИЧНОЮ СЕСТРОЮ В МАНІПУЛЯЦІЙНОМУ	91

КАБІНЕТІ»	
Літвінова В.О. ВПЛИВ ВІЙНИ НА РИЗИК РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	97
Логвіна А.А., Русіна А.М. ВПЛИВ COVID-19 НА РОЗВИТОК УСКЛАДНЕНЬ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ХВОРОБИ	100
Лук'янченко А.В. ВПРОВАДЖЕННЯ ТА ЗАСТОСУВАННЯ НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ У СИСТЕМІ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	101
Луценко К.В. ОСОБЛИВОСТІ ОБСТЕЖЕННЯ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ ЖІНОК-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	103
Мірошніченко Ю.С., Шимко К.І., Зубко О.М. ДЕЯКІ АСПЕКТИ РОБОТИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ЛАНКИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВІЙНИ	105
Моргун М.М., Галушка Я.О. ДОНОРСТВО КРОВІ ТА ЇЇ КОМПОНЕНТІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	107
Павленко А.А. РОЛЬ ТЕЛЕМЕДИЧНИХ КОНСУЛЬТАЦІЙ В УМОВАХ ВІЙНИ	109
Пахолі Т.А. ЗМІНИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ВІЙНИ	112
Пащенко Т., Чередниченко О. ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З ПАЦІЄНТАМИ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ПОЛОН ТА ТОРТУРИ	116
Піскуровська Ю.І. ПРОБЛЕМА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	119
Приймак Д.В. ДІАБЕТИЧНА СТОПА: РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ	122
Рєзнік Т. ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПСИХІЧНОЇ БОЙОВОЇ ТРАВМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	125
Руденко А.О. РОЛЬ ОПЕРАЦІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В БРИГАДІ З НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ	129

Савоненко Г.М., Гришина О.В.,Пташенко Т.М., Сиромолот Г.Ю.. ШЛЯХИ ПРОФЕСІЙНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ПІД ЧАС ВІЙНИ	131
Свириденко В.С. ПІДВИЩЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА ФОНІ СТРЕСУ	132
Серік Д. Р. МЕДИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ	134
Смирнова В.І. ВИПРОБУВАННЯ ВІЙНОЮ. ЯК ЗБЕРЕГТИ МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ`Я	136
Смирнова В.І. Амбросова Т.М. МЕДСЕСТРИНСТВО - ІСТОРИЧНИЙ ДИСКУРС, РОЛЬ ФЛОРЕНС НАЙТІНГЕЛЬ	140
Смирнова В.І., Амбросова Т.М. РУХ ЧЕРВОНОГО ХРЕСТА І ЧЕРВОНОГО ПІВМІСЯЦЯ – ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ, ПРИНЦИПИ ТА ЦІННОСТІ	143
Сущенко В. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА МЕТОДИ ТА ПРИЙОМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ЛЕГКИМ СТУПЕНЕМ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ	149
Ткаченко Л.О. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ. СИНДРОМ ТРИВАЛОГО СТИСНЕННЯ	152
Тислюкова О.В. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД: ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ	155
Фарбітна Ю.С. НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ЕКСТРЕННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ	157
Фарбітна Ю.С. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	159
Фурсова Д. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	161

Черкашина М.В., Ільченко Н.О. ТАКТИЧНА БОЙОВА ДОПОМОГА ПОРАНЕНИМ ПІД ЧАС ВІЙНИ	166
Чірва С.Ю. АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ СЕРЕД СТУДЕНТІВ	168
Шабанова Т.В., Середа В.О., Пташенко Т.М., Височина А.М., Довгополова І.П. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД У ВІЙСЬКОВИХ. ШЛЯХИ ЙОГО ПОДОЛАННЯ.	169
Шаніна В.В. ВПЛИВ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ НА ЕПІДЕМІОЛОГІЮ ТА ДИНАМІКУ ПОШИРЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ	171
Шмуліч Є. О. ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ	174
Щербак С.А. ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСУ В УМОВАХ ВІЙНИ	175
Ярошевська А.О., Бура М.С. ПОІНФОРМОВАНІСТЬ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ЩОДО СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ	176

PALLIATIVE CARE IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR

Ihssane Mouchahid, Isra Zardkhane

Науковий керівник Кочубєй О.А.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Palliative care focuses on improving the quality of life for patients with serious illnesses. Importance of palliative care in family medicine, emphasizing the long-term relationships family doctors build with their patients.

Core Principles of Palliative Care: Compassionate approach to managing symptoms and providing support; Collaboration between healthcare professionals, patients, and families. Holistic care that considers physical, emotional, and spiritual needs. Examples of how these principles positively impact patients and their families.

Family Medicine's Unique Role: Discuss the unique role family doctors play in providing palliative care; Highlight the significance of continuity of care and the established trust in the patient-doctor relationshipShare anecdotes or testimonials illustrating the impact of family doctors in palliative care. Patient Identification and Assessment: Early identification of patients who may benefit from palliative care; Collaboration with specialists for comprehensive assessment, showcasing a patient case where early identification made a difference.

Goals of Palliative Care in Family Practice: Relieving symptoms and pain; Providing emotional and spiritual support; Assisting with difficult medical decisions; Real-world examples illustrating how achieving these goals positively impacts patients' lives.

Communication in Palliative Care: Effective communication with patients and families; Discussing treatment options, expectations, and goals of care; Role-playing or examples of effective communication strategies in challenging situations.

Advance Care Planning: Encouraging discussions about end-of-life preferences; Documenting advance directives and respecting patient wishes; Walkthrough of an advance care planning process, emphasizing patient autonomy

Addressing Family Needs: Supporting families in coping with the illness; Providing resources for grief and bereavement support; Share a case study where family support significantly contributed to the overall well-being of the patient.

Challenges in Palliative Care: Emotional challenges for both patients and healthcare providers; Coping with complex medical decisions; Strategies for addressing these challenges, including self-care for healthcare providers.

Training and Education for Family Doctors: Importance of ongoing education in palliative care; - Availability of resources and training programs.; Recommendations for family doctors to stay updated on the latest advancements in palliative care.

Case Studies: Real-life examples showcasing successful palliative care in family practice; Highlight positive outcomes and patient/family satisfaction; Share details of a particularly challenging case and how it was navigated successfully.

Future Directions: Integration of palliative care into routine family practice; Research and innovations in palliative care; Discuss potential advancements in technology or treatments that may shape the future of palliative care.

Conclusion: Recap key points: compassionate care, communication, and collaboration. Emphasize the ongoing commitment to improving palliative care practices in family medicine. Invite questions and open the floor for discussion.

ПОШИРЕННЯ ЗНИЖЕННЯ СЛУХУ - ЯК УСКЛАДНЕННЯ ВІД COVID-19

Апанасенко А.А., Ковальчук С.В, Тімченко К.С.

Науковий керівник: Смирнова В.І.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Актуальність. Зниження слуху є поширеним явищем серед різних груп населення у наш час та беззаперечно має негативний вплив на якість життя.

Зміни у сприйнятті звуків можуть бути викликані різноманітними факторами: травмами, запаленням середнього вуха, деякими інфекційними хворобами. Зокрема, за останніми дослідженнями, порушення слуху досить часто спостерігається в осіб із постковідним синдромом. [1,3,4]

Проведені опитування серед осіб, що одужали, у частині випадків підтвердили виникнення даного симптому в період захворювання на COVID-19, що в останніх дослідженнях автори пов'язують з неврологічними та імунними причинами, зокрема ураженням слухового нерву, запаленням внутрішнього вуха у відповідь на проникнення збудника. Даний стан беззаперечно ускладнювався і стресовим фактором, емоційним переживанням, спричиненими, зокрема, фінансовими та соціальними чинниками, хронічними захворюваннями. [1]

Важливим у розвитку негативних симптомів є і факт зменшення кількості звернень пацієнтів з причин уражень слуху через карантинні обмеження, що може підвищувати ризик виникнення ускладнень. Люди похилого віку більш схильні до розвитку тинітусу при постковідному синдромі. [1,2]

Мета: визначити поширеність розвитку зниження слуху у людей після COVID-19 різних соціальних груп, визначити значимість факторів ризику даного ускладнення. Розрахувати статистичну роль COVID-19 як причини зниження слуху серед населення.

Матеріали та методи: аналіз літератури за темою дослідження, проведення анкетування за опитувальником, що розроблений авторами, на платформі Google Forms з подальшою статистичною обробкою результатів та формуванням висновків.

Обговорення. Науковці з Гарвардської медичної школи провели дослідження на тканині внутрішнього вуха людини та змогли встановити певні механізми розвитку зниження слуху у пацієнтів з COVID-19. За цими даними встановлено, що головними мішенями SARS-CoV-2 у периферичних вестибулярних органах людини будуть клітини Шванна та вестибулярні волоскові клітини. [2]

Інше дослідження, проведене науковцями на базі Університету Англії Раскін, підтверджує припущення про вплив SARS-CoV-2 на погіршення слуху. З 3103 опитаних хворих на COVID-19, 40% виявили у себе появу шуму у вухах, 54% не відчули змін. 32% відмітили, що відчували стрес, інсомнію, спричинені соціальними та економічними факторами внаслідок пандемії. У більшості випадків даний фактор посилював зниження слуху у жінок та дорослих до 30 років. [1]

Результати та їх обговорення. В опитуванні взяли участь 70 осіб різного віку, статі, рівня освіти та виду діяльності. Якщо брати до уваги гендерну оцінку, то 67,1% опитуваних виявилися жінками, 32,9% - чоловіками. Більшість респондентів (78,6%) були у віковому проміжку 18-25 років, 11,4% - 41-50 років, 4,3% - 26-30 років, 2,9% - 36-40 років, 1,4% - 51-60 років, 1,4% - більше 61 року. Особи віком від 31 до 35 участь у опитуванні не прийняли. На запитання: «Вкажіть рівень Вашої освіти» - 45,7% зазначили, що мають повну загальну середню освіту, 31,4% - мають перший (бакалаврський) рівень вищої освіти, 12,9% - мають професійну (професійно-технічну) освіту, 7,1% - мають другий (магістерський) рівень вищої освіти, 2,9% - мають третій (освітньо-науковий/ освітньо-творчий) рівень вищої освіти.

З респондентів 81,4% відмітили, що хворіли на COVID-19. Протилежну відповідь надали 7,1%, а 11,4% вказали, що не проходили діагностику щодо наявності вірусу або антитіл до нього. Серед осіб, котрі мали підтверджений позитивний результат тестування на COVID-19, 54,5% отримували лікування під час захворювання. Зокрема, 45,2% робили це амбулаторно, 12,9% - стаціонарно**.** Відповідно 41,9% опитаних, що перехворіли на COVID-19, зазначили, що не отримували лікування.

Також в опитуванні нами було запропоновано оцінити свій рівень стресу під час хвороби для оцінки впливу даного фактору на перебіг захворювання. За п’ятибальною шкалою (1 - дуже низький рівень стресу, 5 - дуже високий рівень стресу) для опису свого стану під час хвороби показник «1» використали 18,8% опитуваних, показник «2» - 32,8%, показник «3» - 20,3%, показник «4»

- 17,2%, показник «5» - 10,9%. Найбільшим стресовим фактором під час захворювання більшість респондентів (59,7%) вважають загрозу здоров'ю близьких, 41,9% - соціальну ізоляцію, 40,3% - страх за власне здоров'я, 19,4% - перехід до нового способу життя, невизначеність майбутнього, 16,1% - постійні повідомлення про високу смертність, 14,5% - економічні проблеми.

Хронічних захворювань до того, як захворіли на Covid-19, не мали 77,8%, 22,2% - мали хронічні захворювання. У переліку хронічних захворювань були зазначені хронічний бронхіт, бронхіальна астма та алергічні захворювання, гайморит, атеросклероз, тахікардія, гастрит, хронічний гастродуоденіт, хронічне захворювання нирок, аутоімунний тиреоїдит, гіпотиреоз, діабет.

Не мали захворювань, що супроводжувались ураженням слуху до виявлення у них коронавірусної хвороби 85,7% респондентів. Позитивну відповідь на вищезгадане твердження надали 14,3%. Серед цих захворювань були виділені: отит і гайморит.

Серед усіх опитаних 50% зазначили, що не спостерігали у себе симптомів, пов'язаних з ураженням слуху, під час COVID-19 чи після одужання. Тоді як інша половина респондетів зазначила наявність хоча б одного із перелічених проявів: відчуття закладеності вух, дзвін чи шум у вухах, зниження гостроти або раптова тимчасова втрата слуху, поколювання у вухах. Найчастіше було відзначене відчуття закладеності вух, наявність якого у себе помітили 27 опитаних осіб, що становить 38,6% від загальної їх кількості. Поколювання у вухах зазначили 14,3%, раптову тимчасову втрату слуху – 4,3%, а 22,9% респондентів зафіксували дзвін у вухах та зниження гостроти слуху під час захворювання, які зникли після одужання.

Серед осіб, що помітили зміни слуху, 42% звернулися до лікаря, коли помітили перші симптоми ураження, а 57% відзначили, що не звертались до ЛОР-спеціалістів. Найчастіше такі опитані використовували наступні методи лікування: 74,2% - медикаментозні та 12,9% - фізіотерапевтичні. Коли було поставлено запитання: «Якщо Ви лікували порушення слуху після COVID-19, то яким був ефект?», - 16% відповіли, що симптоми зникли, 12% відмітили,

що деякі симптоми досі існують, 2% - що слух не повернувся в повному об'ємі , 70% - не лікувалися.

Висновки. SARS-CoV-2, що викликає COVID-19, має значний вплив на слухову систему та появу порушень у її роботі, що підтверджується численними науковими дослідженнями [1,4]. Поява шуму та відчуття поколювання у вухах, зниження гостроти слуху - симптоми ураження, що найчастіше фіксуються у пацієнтів під час захворювання та у постковідний період. [5] Негативно відбиваються на перебігу захворювання та виникненні ускладнень і фактори, які не пов'язані з впливом вірусу на організм людини. Зокрема, стрес, ізоляція, порушення режиму харчування, вік, супутні хронічні захворювання - чинники, що можуть підвищувати ризик появи ускладнень у системі слуху.

Проведене нами опитування підтверджує:

- високу поширеність симптому зниження слуху у хворих на COVID-19, наявність якого відмітила у себе половина респондентів;
- більшість хворих не звертались до лікаря;
- варто інформувати хворих про ризик зниження слуху після перенесеного захворювання та закликати звертатись по кваліфіковану медичну допомогу до лікаря при виникненні даного ускладнення, так як перебіг порушень у системі слуху без лікування може у деяких випадках ускладнюватись.

Література:

1.https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.592878/full
Changes in Tinnitus Experiences During the COVID-19 Pandemic. Eldré W. Beukes, David M. Baguley, Laure Jacquemin. Front. Public Health, 05 November 2020. Sec. Infectious Diseases – Surveillance, Prevention and Treatment.
https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.592878

2. Minjin Jeong, Karen E. Ocwieja, Dongjun Han, Ashley Wackym, Yichen Zhang, Alyssa Brown, Cynthia Moncada, Andrea Vambutas, Theodore Kanne, Rachel

Crain, Noah Siegel, Valerie Leger, Felipe Santos, D. Bradley Welling, Lee Gehrke, and Konstantina M. Direct SARS-CoV-2 infection of the human inner ear may underlie COVID-19-associated audiovestibular dysfunction. Commun Med (Lond). 2021; 1: 44. doi: 10.1038/s43856-021-00044-w

3.https://news.sky.com/story/covid-19-hearing-loss-tinnitus-and-vertigo-may-be-associated-with-coronavirus-research-suggests-12253274

4. https://scopeblog.stanford.edu/2021/12/01/covid-19-can-infect-the-inner-ear/

5. Хиць А.Р. Шум у вухах (тинітус): оцінка, діагностика та лікування. Посилання: (www.umj.com.ua/uk/novyna-180407-shum-u-vuhah-tinitus-otsinka-diagnostika-ta-likuvannya)

НАВЧАННЯ І ПРАКТИКА МЕДИЧНИХ ОСВІТНІХ КОМПОНЕНТІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Ащеулова Т.В., Кочубей О.А., Кузьменко Н.М.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Запровадження воєнного стану наказом Президента України на всій території нашої держави стало викликом для усіх сфер діяльності і не оминуло за цього й освітню, й медичну галузі. Особливого значення у цей період набув процес адаптації навчання і завдань практики, виконання яких здобувачам освіти є визначальним для формування їх майбутніх професійних компетентностей. Тому, серед методів навчання та сучасних технологій особливе місце відведено для кейс-технологій. Кейс-технологія, кейс-метод або метод ситуаційних вправ – це спосіб навчання, який дає змогу наблизити процес навчання до реальної практичної діяльності спеціалістів.

Застосування кейс-технологій розвиває у здобувачів освіти винахідливість, здібність аналізувати проблеми та вміння їх вирішувати. Цей педагогічний інструмент допомагає оволодіти навичками і прийомами аналізу ситуацій зі сфери професійної діяльності, покращити знання, виховувати аналітично

думати, збільшити мотивацію, вирішувати практичні проблемні завдання, використовуючи теоретичні, трансформувати загальні знання на більш конкретні цінності та уміння. Кейс-вправа надає здобувачу освіти можливість застосувати на практиці здобуті навички та найчастіше використовується там, де необхідно провести диференційну діагностику захворювань. В медичній галузі та педагогіці застосування кейс-технологій дає можливість розвинути клінічне мислення і вдосконалювати практичні навички [5]. Таку методику з великим успіхом застосовують в усьому світі при викладанні медичних наук. Безумовно, що таку технологію слід використовувати в органічному зв'язку з традиційним навчанням, що і формує у здобувачів освіти знання нормативів.

Кейс-методика реалізується завдяки застосуванню інформаційно-освітніх веб-технологій. Це робить процес навчання інтерактивним, ефективним та дозволяє масштабувати навчальні матеріали одночасно на велику аудиторію. При застосуванні інформаційно-освітніх інновацій є змога у розвитку щодо більшості клінічних інцидентів, до якісної візуалізації додаткових методів дослідження, які при традиційному форматі навчання – не можливі. Такі інтерактивні кейси широко представлені на сайтах деяких медичних навчальних закладів, також в інтернет-версіях медичних журналів та світових товариств лікарів різних спеціальностей. Кейси представляють собою цікаві ілюстровані матеріали, які у певній послідовності демонструються користувачу. Користувач в свою чергу має змогу отримати інформацію щодо пацієнта через відео, графічних зображень, схеми, графіки, тощо. А через деякий час має можливість обрати ту чи іншу дію, а саме: припустити діагноз, провести диференційну діагностику, призначити обстеження, лікування, реабілітацію.

Кейс-технології при навчанні дозволяють навчати тих, хто навчається, розвинути здатність вирішувати складні, але корисні приклади проблем, працювати з інформацією, аналізувати дані додаткових досліджень, сучасні рекомендації щодо медичної допомоги та її надання, також проводити відокремлену діагностику та вирішення поставлених задач.

Використання інформаційних кейс-технологій допомагає самостійно продукувати зміст освіти, втілювати в реальність творчі ідеї та використовувати нестандартні підходи до вирішення проблем у процесі підготовки здобувачів освіти. Застосування кейс-методу навчання з використанням інформаційно-освітніх веб-технологій навчання значно покращує практичну підготовку майбутніх фахівців медичної освіти, впливає на розуміння, запам'ятовування, розвиток клінічного мислення та мотивує щодо навчання.

Підготовка кваліфікованого медичного фахівця неможлива без контакту і спілкування з реальними пацієнтами, але фундаментальну етичну проблему становить безпека пацієнта і його благополуччя. Отже, кейс-технології при навчання майбутніх фахівців медичної галузі є спосіб нового навчання, накопичення знань та підвищення рівня клінічних здібностей.

Література:

1. Досвід впровадження кейс-технологій у навчальний процес / Г. М. Кожина, Т. П. Мозгова, Л. М. Гайчук, І. М. Стрельнікова, І. В. Лещина, К. О. Зеленська, І. Ф. Тєрьошина, С. В. Федорченко // Інноваційні технології навчання: досвід впровад ження та перспективи розвитку, Харків, 17 березня 2021 р.: матеріали LIV навчально-методичної конференції / ХНМУ. – Харків: 2021. – Вип. 11. – С. 59–61.

2. Dubey S. Promotion of higher order of cognition in undergraduate medical students using case-based approach / S. Dubey, A. K. Dubey // Journal of Education and Health Promotion. – 2017. – Vol. 6. – P. 75.

3. Lopina N. Components of Case Based Education in Studying Internal Medicine Based on Modern Educational Web-Technologies / N. Lopina // Conference Best practice for research teaching in medical education. – Pécs, Hungary, 2018. – P. 31.

4. Кобися В. М. Використання кейс-методу для формування комунікативної компетентності у здобувачів освіти медколеджів. / В. М. Кобися, Н. В. Кіржа // Науково-видавничий центр «Sci-conf». Lviv, Ukraine. – 2020. – С. 437–441.

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

Бадад Ібтіссам

Науковий керівник Кочубєй О.А.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Медична сестра, яка спеціалізується на паліативній допомозі, грає ключову роль у наданні зручностей і підтримки хворим та їхнім сім'ям в умовах термінальної (неізлікової) хвороби.

В Україні регулювання медичної практики, включаючи паліативну допомогу, здійснюється рядом законодавчих та нормативних актів. Кілька ключових нормативних актів, які можуть бути пов'язані з паліативною допомогою в Україні: Закон України "Про основи законодавства України про охорону здоров'я": Визначає загальні принципи та стандарти надання медичної допомоги в Україні. Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження протоколу надання паліативної допомоги": Може містити конкретні вимоги та стандарти щодо паліативної допомоги. Закон України "Про психіатричну допомогу": Закон, який може мати відношення до надання психіатричної паліативної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження стандартів та правил надання паліативної допомоги": Містить норми та вимоги для забезпечення високої якості паліативної допомоги. Деякі області чи міста України можуть мати власні нормативні акти, які додають або конкретизують вимоги щодо паліативної допомоги.

Ось деякі аспекти ролі медичної сестри в паліативній допомозі:

-Оцінка стану пацієнта: Медична сестра проводить оцінку фізичного, психологічного та соціального стану хворого. Вона співпрацює з лікарем та іншими фахівцями для розробки індивідуального плану догляду.

-Лікувальний догляд: Медична сестра виконує медичні процедури, надає ліки для полегшення симптомів та контролює біль.

-Симптоматичний догляд: Вона допомагає у керуванні симптомами, такими як біль, брак апетиту, бронхіальна секреція тощо.

-Психосоціальна підтримка: Медична сестра працює з пацієнтом та його сім'єю, щоб надати емоційну і соціальну підтримку. Вона слухає їхні обрання, надає консультації та інформацію.

-Паліативний догляд вдома: Медична сестра може працювати вдома пацієнта, де надається паліативна допомога, допомагаючи сім'ї забезпечувати зручності та догляд за хворим.

-Комунікація з іншими членами команди: Важливою частиною роботи медичної сестри є ефективна комунікація з іншими фахівцями, такими як лікарі, фізіотерапевти, психологи та інші.

-Освіта і підтримка сім'ї: Медична сестра надає сім'ї інформацію, освіту та психологічну підтримку, допомагаючи їм зрозуміти процес хвороби та підготовити себе до важких моментів.

Висновок: Медичні сестри, які працюють у сфері паліативної допомоги, грають велику роль у покращенні якості життя пацієнтів, які стикаються з термінальними стадіями хвороби.

ОСОБЛИВОСТІ ГРУДНОГО ВИГОДУВАННЯ І СТАН НЕМОВЛЯТ В РЕАНІМАЦІЙНОМУ ВІДДІЛЕНІ

Балика О.С.

Науковий керівник д.мед. наук професор Бездітко Т.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Зниження неонатальної смертності можливе при якісному догляді новонароджених та раціональному їх вигодовуванні. Найбільш значним профілактичним фактором розвитку захворювань в ранньому віці є підтримка

грудного вигодовування. Початок вживання материнського молока також має значення. Раннє грудне вигодовування протягом першої години життя значно знижує дитячу смертність

Мета: проаналізувати вплив характеру вигодовування на розвиток немовлят в умовах відділення реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ).

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилось 30 новонароджених, які перебували у виділенні ВРІТ. «Обласного перинатального центру» Запорізької обласної ради з наявністю різноманітних патологічних станів, що зумовлюють їх перебування та лікування в умовах ВРІТ. До основної (1) групи увійшли 20 новонароджених, що знаходилися у відділенні, виходжування яких здійснювалося за сімейно орієнтованим принципом. У ІІ (контрольну) групу ми включили 10 немовлят, до догляду за якими залучалася лише мати дитини.

Критерієм включення новонароджених у дослідження був термін гестації при народженні 28-40 тижнів, стабільна характеристика їх станів середньої важкості або важкого. Наявність функціональних розладів травневої системи в обстежених пацієнтів. Обґрунтування вибору базувалося на доступності для медичної сестри виявлення цих ознак.

Висновки. Отримані позитивні результати дослідження у немовлят 1-ї групи. Підтверджено положення про позитивний вплив сімейно орієнтованого принципу ведення немовлят у вигляді нормалізації природного харчування та добрій лактації у їх матерів.

ЩЕПЛЕННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Башмакова Л.Ю.

Науковий керівник Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Щеплення сьогодні – одна з найгостріших проблем системи охорони здоров'я України. До деяких хвороб ми особливо вразливі під час війни. Зараз наша медична система зосереджена на допомозі бійцям ЗСУ та тим цивільним мешканцям, які постраждали внаслідок обстрілів ворожих військ. Імунізація – це не тільки захист від тяжких захворювань та їхніх наслідків, а ще й «наша» допомога системі охорони здоров'я загалом.

Мінімум, який ми в стані зробити, щоб зменшити навантаження на лікарів, зробити щеплення.

Спалах вірусного гепатиту А у Вінницький області. У період із 17 Жовтня по 6 Листопада 2023 року, лабораторно підтвердили 245 випадків захворювання цим недугом. Була проведена вакцинація контактних осіб з хворими та медичних працівників, що зменшило кількість госпіталізованих, так і нових випадків. За словами головного державного санітарного лікаря, щеплення довело свою ефективність.

Спалах кору в Україні 2023 року. За даними центру громадського здоров'я, за 8 місяців 2023 року, на кір захворіли 43 українці, що в 4 рази більше, ніж за весь минулий рік. Причина – низький рівень охоплення щепленням, адже для формування колективного імунітету необхідно, щоб 95% населення мали імунітет до цієї хвороби.

Війна – це обмежені умови допомоги. Виїзні бригади медиків проводять щеплення військовослужбовцям безпосередньо в місцях постійної дислокації. Додаткові щеплення з урахування епідсезону – проти ГРИПу та COVID-19. Медичний персонал військових частин та польові медики підтверджують – захворюваність є помітно меншою у підрозділах з високим відсотком вакцинованих осіб. Особлива увага приділяється екстреній профілактиці правця. В умовах окопної війни, навіть неглибоке поранення може призвести до зараження і спричинити правець. Зі слів фахівців, смертність військовослужбовців по причині правця, була значно нижчою за умови своєчасної профілактики.

Ніхто не повинен померти від хвороби, яку можна попередити вакциною.

Література:

1. https://phc.org.ua/news/spalakh-gepatitu-lishe-na-vinnichchini-u-reshti-oblastey-poodinoki-vipadki-moz#:~:text=/
2. https://health.fakty.com.ua/ru/novyny/kir-v-ukrayini-za-visim-misyacziv-zahvorilo-vchetvero-bilshe-nizh-za-ves-mynulyj-rik/

ОСОБЛИВОСТІ АСИСТЕНЦІЇ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ

Бєльмасова М.С.

Науковий керівник: Смирнова В.І.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Вступ: Оперативне втручання будь якого рівня – це робота, яка виконується колективно. Більшу частину успіху становлять знання та навички хірурга, але лише сукупність умінь, налагоджений процес та гармонійна команда можуть досягти позитивного результату. Велика відповідальність під час процес полягає на усіх членів команди, в тому часі і на асистента, який має забезпечувати комфортне виконання роботи самого хірурга. Під час оперативних втручань саме члени операційної бригади повністю відповідають за хід всієї операції та при виникненні ускладнень під час оперативного втручання вони (оператор та асистент) зобов'язані вчасно діагностувати їх та усунути.

Мета: з'ясувати що є обов'язками асистента хірурга та які базові навички від нього вимагаються.

Матеріали та методи: вивчення літературних джерел, за тематикою роботи, та власний досвід.

Обговорення: Вперше професія операційної медичної сестри з'явилася в 1891 році. Лікарям-хірургам було тяжко проводити операції без асистента і тому медичних сестер почали навчати певним навичкам. Головний обов'язо асистентів - допомога хірургу під час операції, що включає в себе підготовку

рани, точне знання та розуміння ходу операції, різних методів оперування та анатомічних структур. Часто асистентами виступають медичні сестри, лікарі, або студенти медичних університетів. Досвід тривалої сумісної роботи членів операційної бригади дозволяє подолати будь-які труднощі та успішно виходити навіть із безнадійних, на перший погляд, ситуацій. Помічники можуть вказувати хірургу на серйозні моменти, на які він міг не звернути уваги. Однак, вони повинні діяти так, лише тоді, коли це абсолютно необхідно – хірург міг просто відкласти на певний час цю маніпуляцію і помічники не повинні збивати його з наміченого шляху. Це стосується і такої ситуації, коли досвідченіший хірург виступає як асистент хірурга-початківця. Найкращий помічник той, у якого лише одна мета - допомагати лікарю. Саме тому найкращим помічником буде людина, яка сама хоче стати хірургом: уважність до усього процесу, велика кількість знань притаманних не тільки середньому медичному персоналу та бажання дізнаватися більше, з головою поринаючи у весь процес роботи. Мало істотні деталі необхідно обговорювати до операції або після операції. У деяких дуже перевантажених лікарнях хірург може іноді дозволити асистентам закінчити операцію після того, як тканини, які необхідно було видалити, видалені та виконаний гемостаз на основних ділянках. Асистент хірурга повинний володіти цілою низкою навичок, наприклад такими як: оцінка операційно-анестезіологічного ризику операції; підготовка хворого до операцій; враховувати особливості післяопераційного періоду: показники серцево-судинної, дихальної, нервової, видільної систем, стану шлунково-кишкового тракту, стану операційної рани; вміти оцінити основні патофізіологічні зміни в організмі оперованих хворих; ускладнення у післяопераційному періоді, їх профілактика і лікування; основні принципи інтенсивної терапії в післяопераційному періоді та інше. Правильна підготовка хворого до операції, організація роботи в стерилізаційній та операційному блоці є запорукою успішного лікування хворого. На цих етапах активну і безпосередню участь в лікуванні також приймає медична сестра, що свідчить про необхідність вивчення роботи середнього персоналу в умовах

хірургічного відділення. Головним обовязком операційної медичної сестри є забезпечення хірургів необхідними інструментами і матеріалами під час операції. Вона повинна перевіряти справність інструментарію. Подавати інструмент хірургу потрібно так, щоб не пошкодити йому руки. Операційна медична сестра зобов'язана добре знати весь хід операції, і якщо їй будь-що не зрозуміло, запитати про це хірурга. В обов'язки операційної медичної сестри входить і спостереження за тим, щоб під час операції в операційній рані випадково не залишили серветку, кульки, будь-який інструмент або інше стороннє тіло. Це легко може відбутися при порожнинних операціях. Щоб уникнути цього серветки і інструменти рахують як до, так і після операції. В тих випадках, коли у хірурга не вистачає помічників, операційна медична сестра може як виняток виконувати функцію асистента. Усі заходи щодо підготовки операційної до роботи входять в обов'язок операційної медичної сестри. Вона повинна уважно стежити за молодшим медичним персоналом і попереджати хірурга про порушення асептики з боку присутніх на операції (студенти, лікарі і т. ін.). Висновки: Асистент хірурга це доволі відповідальна та важка робота. Він так само стикається з важкими хворими та летальними випадками, розуміє фізичне навантаження під час довгих операцій та навіть бере на себе відповідальність в певний момент, володіючи великою кількістю знань та умінь. Важливо розуміти, що успіх залежить не від однієї людини, а від великої команди та організованого процесу. Асистенти хірурга мають знати і володіти практичним навичками з догляду за хірургічними хворими в передопераційному та післяопераційному періодах при виконання різних маніпуляцій і процедур. Вони також мають добре засвоїти, що робота з хворими вимагає як уміння виконати різні гігієнічні та лікувальні заходи, так і високоморального, гуманного та милосердного ставлення до хворого, дотримання правил деонтології.

Використана література:

1. Загальна хірургія : підручник / С. Д. Хіміч, М. Д. Желіба, І. Д. Герич та ін. ; за ред. С. Д. Хіміча, М. Д. Желіби.– 3-є вид., перероб.і доп. – Київ : ВСВ «Медицина», 2018. – 608 с.
2. Загальна хірургія : підручник для студ. вищ. навч. закладів / за ред. проф.: Я. С. Березницького, М. П. Захараша, В. Г. Мішалова,В. О. Шідловського. – Вінніця : Нова Книга, 2018.– 344 с.
3. Догляд за хворими хірургічного профілю / В.П. Польовий, О.Й. Хомко, С.П. Польова та ін. – Чернівці : Медуніверситет, 2012. – 380 с.
4. Оцінка важкості стану хірургічного хворого /В. О. Сипливий, О. І.Дронов, К. В. Конь, Д. В. Євтушенко. – Київ : Майстерня книги, 2009. –128с.

ЯК ВІЙНА ВПЛИНУЛА НА УКРАЇНСЬКУ СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Бондаренко С.С, Пашкова А.Є.
Науковий керівник: к.мед.н., доцент Болокадзе Є.О.
Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Українська система охорони здоров'я не була зразковою навіть у мирний час. Війна мала всі шанси повністю зруйнувати медичну систему, але натомість підштовхнула нас до пошуку ефективних рішень, які допомогли охороні здоров'я країни не лише вижити, а й продовжити розвиватися. Однак, перш ніж говорити про позитивні зміни, давайте подивимося на найбільш негативні наслідки війни на українському медичному фронті. Конфлікт може значно позначитися на доступі до медичної допомоги, інфраструктурі та роботі медичного персоналу. Це може призвести до серйозних викликів у сфері здоров'я та потребує уваги для забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я.

Нами було проаналізовано статистичні дані, оцінка змін у медичній інфраструктурі, проведення опитувань серед медичного персоналу та

населення, спостереження за динамікою надходження та розподілу медичних ресурсів.

В ході дослідження було встановлено наступні результати:

1. Величезні втрати. За даними міністра охорони здоров'я Віктора Ляшка, станом на лютий 2023 року, з початку вторгнення росіяни повністю зруйнували майже 200 медичних закладів в Україні, а 1218 об'єктів пошкоджено. Зокрема, 540 лікарень зруйновано частково, 173 - повністю, пошкоджено 593 аптеки. Щонайменше 98 людей загинули і 134 отримали поранення, у тому числі близько 18 медичних працівників і 56 отримали серйозні поранення. За останніми оцінками Міністерства економіки та Інституту KSE, станом на грудень 2022 року сума прямих задокументованих збитків, завданих інфраструктурі України внаслідок повномасштабного вторгнення, досягла $137,8 млрд (вартість заміщення), при цьому прямі збитки від руйнування або пошкодження об'єктів охорони здоров'я становлять $1,7 млрд. За оцінками Міністерства охорони здоров'я, для відновлення системи охорони здоров'я Україні знадобиться від 14,6 до 20 мільярдів євро.

2. Зміна стану здоров’я у населення. За даними опитування, 46% українців заявили, що їхнє здоров'я не змінилося з початку повномасштабного вторгнення. При цьому 32% заявили, що їхнє здоров'я трохи погіршилося. А 21% українців заявили, що їхнє здоров'я значно погіршилося. Натомість 39% мешканців Південно-Східного регіону кажуть, що почуваються так само, як і до російського вторгнення, 32% опитаних відчувають незначні зміни у своєму здоров'ї, тоді як 27% скаржаться на погіршене самопочуття, 39% українців з не окупованих територій кажуть, що не відчувають жодних змін у своєму здоров'ї. Навпаки, 35% відчувають погіршення, а 25% дуже скаржаться. У Центральній Україні 43% українця не відчули жодних змін у стані свого здоров'я, 32% відчули погані зміни і 25% були дуже незадоволені. У Києві 45% жителів сказали, що не відчули жодних змін у своєму здоров'ї, 39% відчули гірші зміни, ніж до повного вторгнення, і 16% були дуже незадоволені. Серед

жителів Заходу 52% сказали, що їхнє здоров'я не змінилося, 29% відчули себе трохи гірше і 19% почували себе зовсім погано.

3. Порушення логістики та доступності ліків. З початком війни через масштабне руйнування медичної інфраструктури України та порушення логістики медичні заклади зіткнулися з дефіцитом великої кількості ліків та обладнання. За даними опитування ВООЗ, кожен п'ятий пацієнт (22%) не зміг придбати необхідні йому ліки, а кожен третій - на тимчасово окупованих територіях і територіях, де ведуться активні бойові дії. Схожа ситуація і з внутрішньо переміщеними особами. Найчастіше респонденти називали такі види ліків, які було важко придбати через підвищення цін (84%) або відсутність ліків в аптеці (46%):

- Ліки від високого тиску - 49%;
- Ліки від серцевих захворювань - 49%;
- Знеболюючі - 41%;
- Заспокійливі - 33%;
- Антибіотики - 32%.

Проте завдяки міжнародним партнерам України - урядам і міністерствам, міжнародному та українському бізнесу - Україна майже за рік отримала понад 8500 тонн медичної гуманітарної допомоги на загальну суму понад 12 мільярдів гривень і продовжує регулярно отримувати допомогу у вигляді ліків, медичного обладнання та інших необхідних медичних засобів.

Українська система охорони здоров'я не лише пережила війну, а й продовжує розвиватися. Сьогодні в лікарнях продовжують проводити найскладніші екстрені операції та планові трансплантації, активно працює служба крові.

Крім того, це призвело до наступних позитивних зрушень:

1. Прискорення впровадження нових підходів до лікування. Люди по всій Україні повідомляють, що основними бар'єрами для доступу до медичної допомоги є вартість та часові обмеження. Люди, які проживають на тимчасово окупованих територіях та в районах активних бойових дій, залишаються найбільш вразливими, оскільки до попередніх причин додаються страх

потрапити під обстріл, обмежена транспортна доступність та недостатня кількість лікарів.

На щастя, з початком війни багато IT-ініціатив почали створювати сервіси для надання медичної допомоги українцям онлайн, деякі з них - на волонтерських засадах. Здебільшого це послуги телемедицини - консультації з лікарем через чат, телефон або відеозв'язок.

2. Безкоштовні медичні послуги та програми. Програма медичних гарантій не лише продовжує діяти під час війни, а й запроваджує нові пакети послуг. Уряд вже затвердив Порядок реалізації програми медичних гарантій на 2023 рік. Запланований бюджет на 2023 становить понад 142 мільярди гривень. У ньому передбачено 4,7 млн грн на реімбурсацію лікарських засобів. Як і раніше, Програма медичних гарантій 2023 охоплюватиме всі основні види медичної допомоги: первинну, спеціалізовану та високоспеціалізовану допомогу, екстрену, паліативну допомогу та медичну реабілітацію. Вона також включатиме медичну допомогу дітям до 16 років та охорону материнства і дитинства. Загалом програма медичних гарантій на наступний рік передбачає 39 пакетів послуг, серед яких:

"Доступні ліки" - додаються імуносупресивні препарати, тест-смужки для інсулінозалежних пацієнтів та знеболювальні препарати для паліативних хворих;

- медична реабілітація дітей, які народилися передчасно та/або захворіли протягом перших трьох років життя;
- лікування онкологічних захворювань;
- пакет психологічної підтримки на первинному рівні;
- передбачені спеціальні пакети для медичних закладів на окупованих територіях та в зоні бойових дій.

3. Міжнародна підтримка системи охорони здоров'я України. За даними Європейської Комісії, ЄС успішно координував понад 1000 медичних евакуацій українських пацієнтів через свій механізм цивільного захисту для надання їм спеціалізованої медичної допомоги в лікарнях по всій Європі.

Кілька європейських країн також оголосили про партнерство з метою зміцнення системи охорони здоров'я України, на яке вже виділено 45 мільйонів доларів. З початку повномасштабної війни в систему охорони здоров'я України було перераховано понад 4 мільярди гривень.

Аналізуючи надану інформацію, можно зробити висновок, що, незважаючи на війну в Україні та великі втрати, система охорони здоров'я вистояла і продовжує розвиватися. Одним із доказів цього є медична реформа. Вона розпочалася у 2017 році, і зараз допомагає ефективно трансформувати систему охорони здоров'я України. Ми вважаємо, що реформа повинна продовжуватися, а разом з нею повинна продовжуватися робота всієї системи. Крім того, держава має підтримувати впровадження нових технологій та зручних інструментів від медичних IT-ініціатив, які також є рушійними силами позитивних змін. Адже здоров'я людей, як фізичне, так і психічне, завжди було пріоритетом і залишиться таким після закінчення війни. Важливо також забезпечити українцям зручний доступ до медичних послуг. У нас є не лише потреба в цьому, а й ефективні проекти, які вже реалізовані.

ОРГАНІЗАЦІЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ОПІКАХ З МАСОВИМИ ПОТЕРПІЛИМИ

Бордюжевська Л.В.

Науковий керівник Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Враховуючи, що опіки є поширеними в звичайній клінічній практиці, події з масовими жертвами серед цивільного населення, що спричиняють опіки від вибухів, як правило, рідкісні. Завдяки унікальній патофізіології опікових та вибухових травм, а також спеціалізованому лікуванню, необхідному для успішного вилікування цих типів ушкоджень, підготовка до

прийому таких пацієнтів має надзвичайно важливе значення. Опікові та вибухові ушкодження – це насамперед травматичні ушкодження, до лікування яких слід підходити з урахуванням причин травми, що її спричинила. У час коли наша країна веде запеклу боротьбу за свою свободу, коли травми отримують не тільки воїни на полі бою, але й потерпає від терору цивільне населення - ця тема є вкрай актуальною. Характерною ознакою опікової травми є руйнування тканин у результаті місцевого впливу теплової енергії, електричної енергії або певних хімічних компонентів, а також системна запальна реакція як наслідок цього. Смертність, пов'язана з опіками, безпосередньо пов'язана з розміром і глибиною опіків, віком пацієнта, зв'язком з інгаляційною травмою та наявністю супутньої травми. Лікування опікової травми вимагає спеціалізованої мультидисциплінарної допомоги через три різні фази, які збігаються між собою: реанімація опікового шоку, лікування опікової рани та реабілітація/реінтеграція. Метою реанімації опікового шоку є підтримка адекватної перфузії тканин за допомогою найменшої кількості необхідної рідини, щоб уникнути ускладнень через надмірні реанімаційні заходи. Важливо відзначити, що багато пацієнтів з опіками мають супутні травматичні ушкодження і потребують стандартного лікування травм. Раннє лікування опікових ушкоджень спрямоване на знезараження рани, захист від втрат тепла та води та запобігання колонізації бактерій. Важливу роль грає фаза очищення та дезінфекції, слід очистити усі залишки, омертвілі ділянки шкіри та сторонні тіла.

Хірургічні хлоргексидинові губки є ефективним і готовим очисним засобом для ран. Ідеальна опікова пов’язка є предметом дискусій, і більшість опікових центрів використовують свої власні методи перев'язування ран.

Ідеальна пов’язка – це пов’язка, яку можна замінювати кожні 24 години і яка забезпечує достатній захист від бактеріальної колонізації протягом перших 2-3 днів. В умовах стихійного лиха перев’язка повинна бути накладена фахівцями і повинна контролювати колонізацію, навіть за

наявності некротичних залишків, доки не буде проведено остаточне хірургічне лікування.

Інцидент із масовими опіковим травмами — подія, на усунення наслідків якої суттєво впливає потужність і можливості. Масові опікові травми можуть призвести до швидкого вичерпання ресурсів на місці. Для усунення наслідків таких інцидентів, перш за все, необхідно виконати сортування пацієнтів і налагодити зв'язок із регіональними центрами опікової медицини, щоб почати заходи пікового навантаження.

Своєчасне й точне сортування пацієнтів із травмами виконується для розширення потужностей, а також зниження кількості ускладнень і смертності, пов'язаних із опіковими травмами, і дотримання стандартів лікування в кризових обставинах (CSC). Американська опікова асоціація розробила й актуалізує таблиці відношення користі й ресурсів для сприяння прийняттю рішень залежно від супутніх інгаляційних травм . Незважаючи на те, що вживання загальних заходів оцінки користі від ресурсів може бути корисним під час інцидентів із масовими опіковими травмами, є також ряд інших факторів, що можуть суттєво вплинути на виживання й застосування ресурсів на початковому рівні, таких як супутні травми, наявність інгаляційної травми, кругової травми, яка призводить до розвитку компартмент-синдрому, супутніх захворювань і функціонального стану, які також мають бути враховані під час сортування.

Декілька організацій запропонували різні моделі того, як малі команди спеціалістів з лікування опіків можуть допомогти великим командам лікарів, які не спеціалізуються на лікуванні опіків.

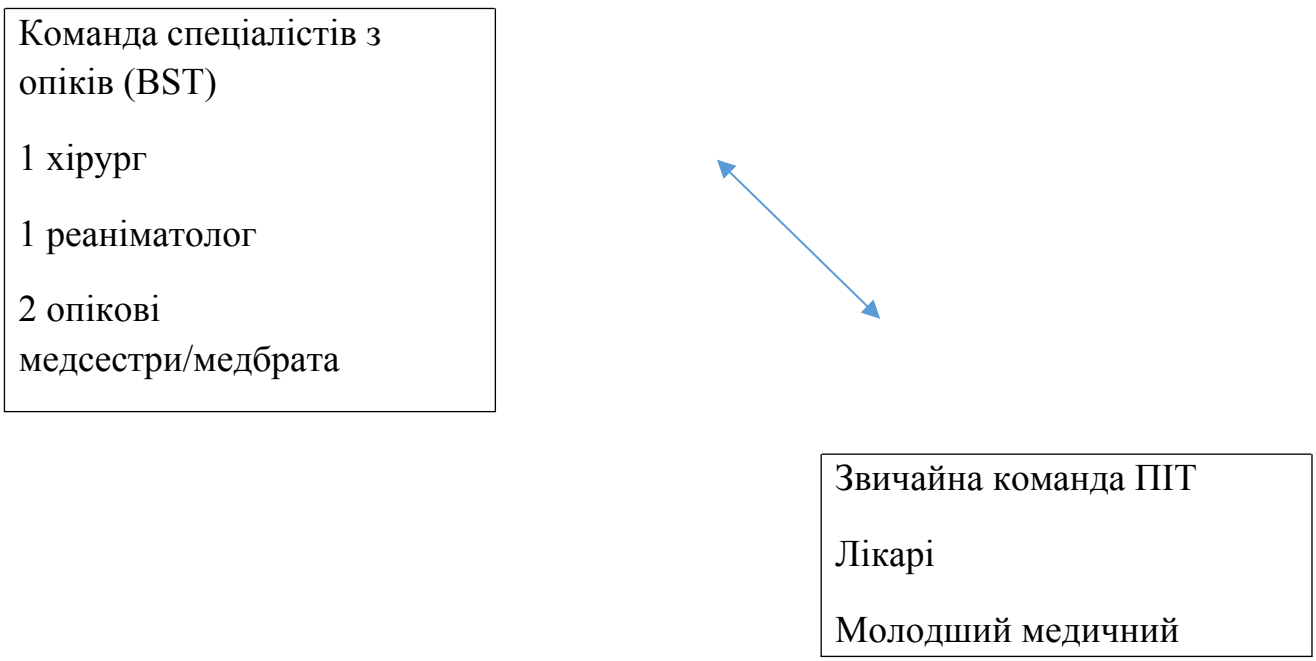
ВООЗ запропонувала команду швидкого реагування на опікові травми (BRRT), здатну розгорнути діяльність протягом 6–12 годин після інциденту з масовими опіковими травмами для сприяння сортуванню й первинному лікуванню опікових травм на місці. На додаток, ВООЗ запропонувала великим командам спеціалістів з лікування опіків (BST) співпрацювати з місцевими

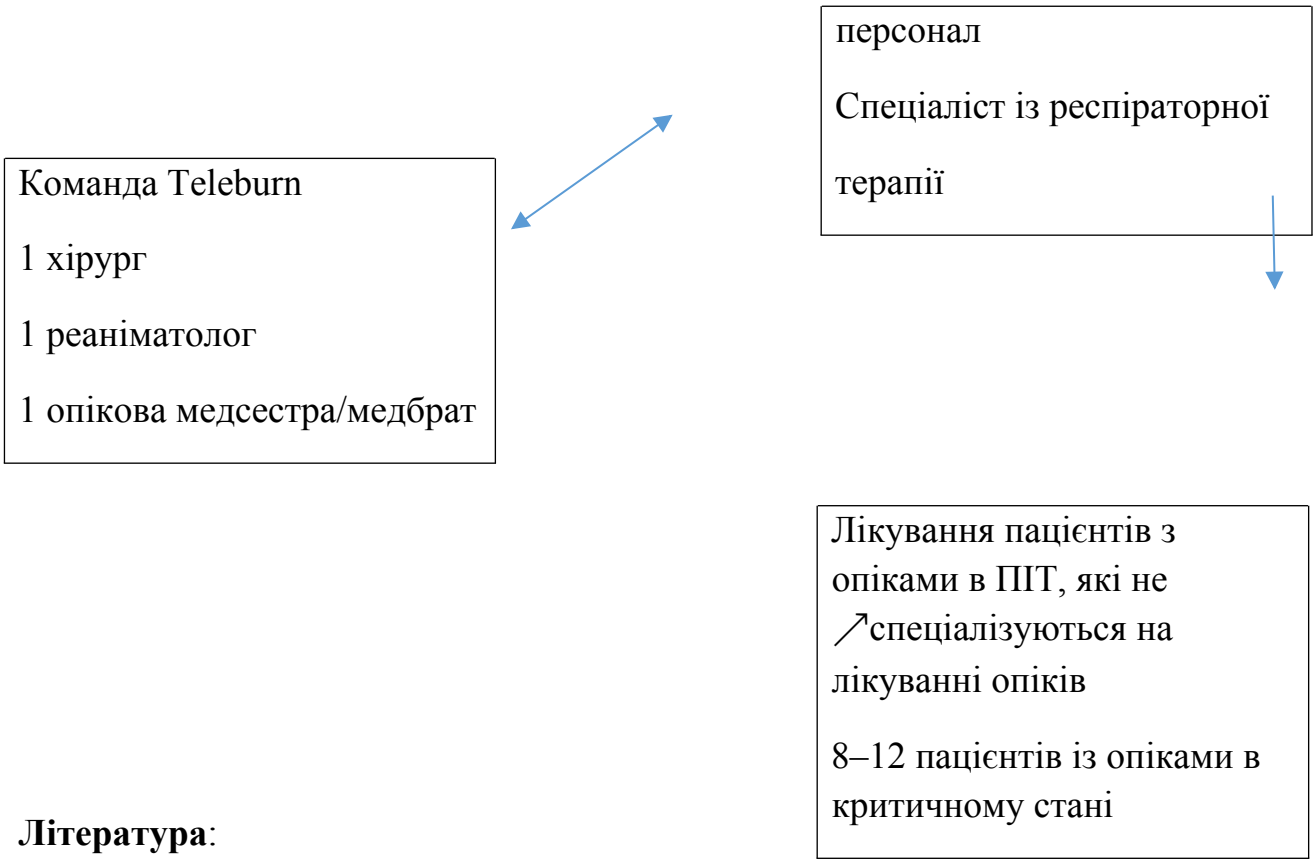
медичними центрами протягом до 6 тижнів. Модель розширеного лікування опіків була розроблена цивільною та воєнною медициною (рис. 1).

Федеральна система медичного забезпечення при стихійних лихах розробила BST, а військові — оперативну групу підсилення медичної служби для лікування опіків (B-SMART). Цивільна концепція розширеної моделі лікування опіків має за мету застосувати якомога більше заходів на місці в ПІТ, яка не спеціалізується на лікуванні опіків, а воєнна — стабілізацію пацієнта й доправлення його до опікового центру.

Із розвитком віртуальної медицини, дистанційне лікування опіків (Teleburn) змогло доповнити роботу лікарів, які не спеціалізуються на лікуванні опіків. Спеціаліст з лікування опіків може консультувати телефоном, або навіть по електронній пошті, але основною потребою при лікуванні опікових травм є спостереження за опіковими травмами. Тому важливо мати зображення опікових ран. Дослідження довели, що успішність діагностики за допомогою зображень становить до 90% у порівнянні з особистими спостереженнями.

Рис.1 Модель розширеного лікування опіків





Література:

1.Міністерство Охорони Здоров'я України, електронне видання: moz.noreply@gmail.com Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd., Настанова 00375. Опікові травми.;

2. Гур'єв С.О., Шищук В.Д., Шкатула Ю.В. Г 95 Медицина надзвичайних ситуацій. Екстрена медична допомога: навчальний посібник.- Суми: Видавництво СумДУ, 2010.-321 с

3. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 24 лютого 2023 року. ПДМУ; [ред..кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін..]. – Полтава, 2023. – 168 с

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДУ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Брівка К.О.

Науковий керівник Кузьменко Н.М.
Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Воєнний час в Україні – це нова реальність, що диктує нові підходи в роботі медичної системи до надання допомоги як Збройним Силам України, так і цивільному населенню. Як заявляє МОЗ, що наразі усі заклади охорони здоров'я надають медичну допомогу всім, хто її потребує. Не винятком і є пацієнти з інфарктом міокарду, яких збільшилося майже на третину. Якщо раніше за медичною допомогою зверталися пацієнти 60 років і старше, то тепер інфаркт міокарду суттєво помолодшав і трапляється навіть у 30-річних.

Метою дослідження є ведення пацієнтів з інфарктом міокарду в умовах воєнного часу.

Отже, інфаркт міокарда (infactus myocardii) – захворювання, що проявляється виникненням некротичної ділянки в серцевому м'язі внаслідок припинення його кровопостачанням.

До основних симптомів інфаркту міокарду відносять:

- різкий біль (іноді тільки печіння) в грудях;
- почуття здавлювання за грудиною;
- поширення болю або дискомфорту на нижню щелепу, шию, плечі, руки, верх живота;
- аритмія;
- задишка;
- запаморочення;
- сильна слабкість;
- холодний піт.

Щодо етапності введення пацієнта із інфарктом міокарду починаючи з виклика швидкої допомоги і до госпіталізації у кардіологічне відділення:

1. Бригада ЕМД надає черговому кардіологу всі дані стосовно стану пацієнта, а саме:

- скарги на момент виклику зі слів пацієнта та об'єктивні методи дослідження
- результати зняття електрокардіографії (ЕКГ)
- озвучують попередній діагноз
- розповідають про проведену терапію
- все занотовують у супровідний лист

2. Дії медичного персоналу кардіологічного відділення наступні:

А. Пацієнта перекладаю на каталку для проведення подальших маніпуляцій. Молодша медична сестра складає увесь одяг та цінні речі пацієнта і підписує їх. Після цього медична сестра знімає ЕКГ та передає її лікарю для ідентифікації та підтвердження чи спростування попереднього діагнозу. Медична сестра проводить забір крові для аналізів, а також проводить катетеризацію периферичної вени за допомогою венфлона, якщо цього не зробила бригада ЕМД.

В. Лікар опитує пацієнта та збирає анамнез хвороби. При підтвердженні діагноза "гострий інфаркт міокарда" зі згоди пацієнта проводиться коронарографія та, за необхідності, стентування. Черговий лікар та медична сестра постійно контролюють стан пацієнта під час його перебування у блоці інтенсивної терапії кардіологічного відділення.

Клінічний випадок, який стався у жовтні 2023 року: пацієнтка М., 81 рік, мешканка міста Харкова була ургентно госпіталізована бригадою ШМД до лікарні зі скаргами на періодичний загрудинний біль, оніміння верхніх кінцівок, слабкість, задуху при фізичному навантаженні та у спокої. Із анамнеза відомо, що поступове погіршання самопочуття приблизно 7 днів тому, зверталася за медичною допомогою за місцем проживання, була госпіталізована з діагнозом: ішемічна хвороба серця: нестабільна стенокардія, післяінфарктний кардіосклероз (2018р.),негоспітальна двобічна пневмонія. Через 11 днів її стан різко погіршився , коли з’явився сильний загрудинний біль. Пацієнтка має цукровий діабет ІІ типу і приймає метформін 1000мг двічі на день.

Об’єктивно при первинному огляді кардіолога: загальний стан важкий, свідомість ясна, шкіряні покриви звичайного кольору, сухі і теплі на дотик. Помірного харчування. АТ- 130/70 мм.рт.ст., ЧСС- 94 уд.за хвилину, Ps – 94 за хвилину, ЧД -20 за хвилину, Sa PO_2 -99. При аускультації грудної клітки дихання жорстке , дещо ослаблене в нижніх відділах з обох сторін. Межі абсолютної серцевої тупості зміщені вліво. Серцева діяльність ритмічна, тони приглушені, вислуховується систолічний шум над аортою. Живіт звичайної форми, симптомів подразнення черевини немає. Печінка, селезінка – без особливостей. Периферичних набряків нема.

Лабораторні методи дослідження:

- Клінічний аналіз крові: еритроцити -3,89х10^{12}/л, Hb -115г/л, лейкоцити- 9,24х10^{9}/л, ШОЕ -12мм/год
- Біохіміний аналіз крові: глюкоза крові – 5,7 ммоль/л, білок -79 г/л, АлАТ -30 ОД/л, АсАТ -23Од/л, креатинін – 82,6 мкмоль/л, сечовина- 7,9 мкмоль/л, СРБ-17,9 мг/л.
- Клінічний аналіз сечі: щильність -1015, білок-0.35г/л, глюкоза не знайдена, лейкоцити- ¼ в п/з, еритроцити – 1-3 в п/з, слиз – помірно.

Інструментальні методи дослідження:

- На ЕКГ: ритм синусовий, ЧСС- 90 в хв., підвищення сегмента ST у III та aVF, зниження сегмента ST у I, II, aVL і T +/- у V_2 –V_4.
- Рентгенограма ОГК: двобічна пневмонія.
- ЕхоКГ: перикардіальний випіт 1,4 см, глобальна систолічна функція ЛШ – знижена на 40%.

У пацієнтки клінічний діагноз: ІХС: нестабільна стенокардія ІІІ ФК, післяінфарктний кардіосклероз (ІМ в 2018 році) СН ІІ Б ст зі зниженою ФВ ЛШ (33%). ГХ ІІІ ст 3ст ризик ІV. ЦД ІІ тип. Негоспітальна двобічна полісегментарна пневмонія ІІІ гр. ДН ІІ ст.

Зазначимо основні принципи лікування нашої пацієнтки:

1) усунення больового синдрому;
2) поліпшення кровопостачання міокарда;

3) раннє застосування тромболітиків;
4) усунення і запобігання виникненню розладів ритму і провідності;
5) стабілізація гемодинаміки;
6) запобігання поширенню ділянки некрозу міокарда
7) антибіотикотерапія для лікування пневмонію
8) цукрознижувальна терапія.

Висновки. В сьогоднішній складний воєнний час інфаркт міокарду почастішав і помолодшав. А у літних людей від постійних стресів, хвилювань та неспокійних обставинах бувають і повторні епізоди інфаркту міокарду, прикладом цього є наш клінічній випадок. Та не зважаючи на все це, ведення пацієнтів з інфарктом міокарду і надання необхідної медичної допомоги в Харківському регіоні залишається на високому рівні.

Література:

1. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та кардіореабілітації «гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST» / Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 вересня 2021 року № 1936. С-60.
2. Рекомендації Асоціації кардіологів України щодо ведення пацієнтів з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST. Укр. кард. журнал. 2017. Додаток 3.
3. ACCF/AHA Guideline for the Management of ST Elevation Myocardial Infarction. A Report of the American College of cardiology Foundation. American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Circulation. 2013;127:362-465.

ФАНТОМНИЙ БІЛЬ І ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Буряченко В.А., Буряченко Н.О.
Науковий керівник: доц. Чернякова І.О.

Міжнародна Асоціація з вивчення болю пропонує наступне визначення цього феномену: «біль – це неприємне відчуття або емоційне почуття, яке пов'язане з
дійсним або можливим ушкодженням тканини». Гіппократ наголошував, що «біль це сторожовий пес здоров'я». ВООЗ констатує, що у розвинених країнах світу біль за розповсюдженням можна порівняти з епідемією. Існують поняття гострого і хронічного болю. Гострим вважається біль, що
триває протягом 3-6 місяців. Хронічний біль розглядається як хронічний больовий синдром, при тому виділяються ноцицептивний, нейропатичний, міофасціальний, фантомний біль. Фантомний біль розвивається у 60-85% випадків ампутації кінцівок і характеризується як неприємне відчуття різної інтенсивності у частинах тіла, яких уже нема після ампутації. Пацієнт сприймає відсутню кінцівку як таку, що реально існує.
В умовах повномасштабної війни в Україні підвищується частота травм кінцівок у військових і у цивільних громадян, що може призводити до необхідності ампутації і наступного розвитку фантомного болю. Причини розвитку фантомного болю залишаються недостатньо вивченими. Допомога при фантомному болі має здійснюватися мультидисциплінарною командою, до якої входять фахівці з анестезіології, терапії, психіатрії, фізичної та реабілітаційної медицини. Сучасна комплексна терапія при фантомному болі включає регіонарну анестезію, хірургічне видалення невром у куксі, дзеркальну терапію, симулятори віртуальної реальності (VR-симулятори). Ефективність дзеркальної терапії доказана кількома баатоцентровими рандомізованими дослідженнями.

Необхідно забезпечити психологічну підтримку пацієнту: пояснити причини виникнення фантомного болю, надати вичерпну інформацію щодо лікування,

протезування, можливостей сучасної медицини забезпечити пацієнту повноцінне життя. Велике значення має підтримка родини, друзів, медичних працівників, суспільства в цілому. Поєднання фізичної терапії, ерготерапії з психологічним супроводом допомагає пацієнту позбавитися хибних уявлень про фантомний біль, забезпечити його активну участь у лікуванні, самодопомогу при фантомному болі. Розвиток біомедичних технологій, біоінженерії, нейрофізіології, клітинної та молекулярної біології, генетики, сучасної фізичної терапії відкриває навіть в умовах повномасштабної війни в Україні нові можливості вирішення основної задачі реабілітації: компенсацію обмежень життєдіяльності людини, в тому числі, при фантомному болі.

ЕФЕКТ ПЛАЦЕБО: ЯК ОЧІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА МОЖУТЬ ВПЛИВАТИ НА ЙОГО ОДУЖАННЯ

Власенко А.С.

Науковий керівник Смирнова В.І.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Актуальність: Плацебо - це нелікарська речовина, яка не має жодних лікувальних властивостей і використовується для того, щоб створити у пацієнта враження, що він отримує лікування. У клінічній медицині плацебо застосовується в дослідженнях нових лікарських засобів, щоб відрізнити ефект самого лікарського засобу від ефекту самонавіювання пацієнта.

Матеріали та методи: огляд та аналіз літературних джерел за даною темою

Результати: Плацебо - це не просто ефект самонавіювання, а складний нейробіологічний процес, який включає взаємодію різних нейромедіаторів та стимуляцію конкретних ділянок мозку. Очікування пацієнта впливають на те, як його мозок реагує на плацебо. Коли пацієнт вважає, що отримує лікування, його мозок виділяє нейромедіатори, які можуть зменшити біль, тривогу та інші симптоми. Вони активують конкретні ділянки мозку, які відповідають за

регуляцію болю, емоцій та інших функцій. [1] Плацебо може призводити до зменшення симптомів, але його рідко можна розглядати як засіб для повного вилікування. Хоча дослідження виявили об'єктивні зміни в мозку, які супроводжують ефект плацебо, ці зміни, як правило, не впливають на основну причину захворювання. Таким чином, плацебо може покращити самопочуття пацієнта, але не усуне причину хвороби. Наприклад, немає жодних даних, які свідчать про те, що плацебо може призводити до зменшення розміру пухлин. Однак результати експериментів підтверджують, що застосування плацебо може призводити до зменшення вираженості загальних симптомів раку та негативних ефектів лікування, таких як втома, нудота, припливи і біль. [2] Психологічні та соціальні фактори можуть як сприяти лікувальному ефекту плацебо, так і викликати негативні наслідки, відомі як ефекти ноцебо. Підтвердженням цього є те, що пацієнти можуть відчувати небажані ефекти ліків, тому що їхні очікування можуть викликати фізичні зміни в їхньому тілі, які імітують побічні ефекти. У дослідженні, в якому пацієнти з доброякісною гіпертрофією передміхурової залози отримували лікування фінастеридом, були більш схильні повідомляти про сексуальні побічні ефекти, якщо їх про це попередили. Це свідчить про те, що очікування пацієнтів можуть призвести до виникнення побічних ефектів, навіть якщо вони не є реальною реакцією на препарат. Незважаючи на те, що плацебо не має лікувальної сили, деякі пацієнти, які його приймають, повідомляють про небажані ефекти. Ці побічні ефекти можуть бути викликані очікуваннями пацієнтів, а не реальними діями препарату. Це створює ділему для лікарів, які повинні інформувати пацієнтів про можливі побічні ефекти, не призводячи до виникнення ноцебо-ефекту. [3] Ефект плацебо - це реальний феномен, який може полегшити симптоми хвороби, навіть якщо ці речовини не мають жодних фармакологічних властивостей. Це відбувається тому, що віра в ефективність лікування може ініціювати нейробіологічні процеси, які сприяють одужанню. Сприятлива та підтримуюча медична допомога може посилити ефект плацебо, створюючи у пацієнтів відчуття надії та полегшення. Цей підхід є частиною морального

обов'язку медицини для полегшення страждань пацієнтів.[4]

Висновок: результати нашого огляду та аналізу літературних джерел показують, що ефект плацебо суттєво впливає на перебіг захворювання, тим самим зменшуючи частоту та інтенсивність симптомів, що може бути результатом нейробіологічних процесів в організмі людини.

Література:

1. Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. Lancet 2010;375:686-695
2. Wechsler ME, Kelley JM, Boyd IOE, et al. Active albuterol or placebo, sham acupuncture, or no intervention in asthma. N Engl J Med2011;365:119-126
3. Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, et al. Components of placebo effect: randomized controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. BMJ 2008;336:999-1003
4. Ted J. Kaptchuk, and Franklin G. Miller, Ph.D. Placebo Effects in Medicine N Engl J Med 2015; 373:8-9

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ПОСТКОВІДНОГО СТАНУ

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Волік М.С., Обозна В.В.

Науковий керівник – проф. Ащеулова Т.В.

Актуальність. Близько три четреврих пацієнтів із COVID-19 після виписки з лікарні з негативним тестом ПЛР до півроку мають принаймні один симптом, пов’язаний із перенесеною інфекцією. Британські дослідження свідчать, що у кожної п’ятої людини із позитивним ПЛР-тестом постковідний синдром може тривати протягом 5 тижнів, у кожної десятої – протягом 12 тижнів. Таким чином, майже одна третя пацієнтів з постковідними симптомами потрапляють

на повторну госпіталізацію. В стаціонарі особливості взаємоостосунків між медичним персоналом і пацієнтом з постковідом є зазвичай ключовими в лікуванні і впливають на ефективність терапевтичного процесу. Оскільки медична сестра найбільше часу знаходиться біля ліжка хворого і краще розуміє потреби пацієнта, вона виконує важливу роль в безперервному догляді. Медсестри терапевтичного відділення класифікуються на маніпуляційних медсестер, палатних і постову, кожна з яких має конкретну посадову інструкцію. Однак пандемія COVID-19 вимагала реорганізацію обов'язків медичного персоналу для ефективного догляду і лікування.

Мета роботи – визначення напрямків роботи медичної сестри під час лікування пацієнтів з постковідним синдромом на госпітальному етапі в терапевтичному відділенні.

Матеріали та методи. Створити перспективну модель спостереження медичною сестрою, яка дозволить виявити субклінічне ураження органів та систем пацієнта з постковідом. Для вчасного виявлення емоційних порушень психічного здоров'я рекомендовано проводити оцінку стану за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) та опитувальниками щодо якості життя, які може виконувати медична сестра. Оцінювання потреб пацієнта у реабілітації можливо проводити у формі самозвіту за шкалою Post-COVID-19 Functional Status (PCFS), щоб допомогти виявити усі симптоми. Легенева і серцево-судинна системи— органи-мішені SARS-CoV-2, які частіше за інші страждають від наслідків коронавірусної інфекції. Тому постова медична сестра має проводити окрім базових опитувальників, контроль частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, сатурації, частоти дихальних рухів. Ці параметри також бажано оцінювати і маніпуляційною медсестрою під час виконання лікарських призначень. Оскільки часто пацієнти потребують кисневої дотації, медсестра має контролювати роботу кисневого концентратора, або апарату Боброва, стежити за правильним вдяганням і використанням носової канюлі або маски пацієнтом. Також необхідні знання під час транспортування киснево-залежних пацієнтів на додаткові методи

обстеження. З посиленням діджиталізації в Україні має бути цифрова грамотність медичного персоналу, що дає змогу оптимізувати і змодернізувати лікувальний процес. Конвергенція медичних послуг із технологіями допомагає медперсоналу та підвищує точність оцінювання та моніторингу.

Результати. Когнітивна функція у хворих на після-COVID- 19 в позагоспітальному періоді захворювання знижена у всій когорті пацієнтів (за шкалою PCFS, II-IV ст.), і пов'язана з гендерними чинниками, віком, тривалістю госпіталізації, механічною вентиляцією легенів. Відзначено високу частоту тривожних і депресивних розладів за шкалою HADS серед осіб, що зберігають ознаки дихальної недостатності. Найбільш виражена субклінічна депресія у пацієнтів із зниженими респіраторними проявами, які при виписці з лікарні також демонстрували високий показник тривожності. Чим вираженіше симптоми та тяжчий клінічний перебіг постковідного синдрому у пацієнтів, тим вище середні показники за шкалою депресії HADS. Дослідження показали, що від 31% до 69% пацієнтів із COVID-19 відчувають кілька симптомів протягом чотирьох та більше тижнів13. Зазвичай симптомами, що повідомляються, є втома, задишка, міалгія, кашель, головний біль, біль у грудях, випадання волосся, затуманювання свідомості, розлади нюху і смаку, проблеми зі сном і депресія. Ці симптоми негативно впливають на повсякденну діяльність, когнітивні функції та якість життя пацієнта. Медичні сестри під час виконання лікарських призначень встигають зробити загальний огляд і опитування стану хворого, визначити життєві показники і передати необхідну інформацію лікарю. Апарати кисневої дотації також знаходяться під контролем медичної сестри. Створення єдиної системи eHealth надає змогу вести електронну історію хвороби хворого і вимагає нових технологічних знать від медичного персоналу.

Висновки. Допомога середнього медичного персоналу під час лікування постковідного стану у виявленні субклінічних змін дозволить покращити здоров’я пацієнтів та знизить ризик довгого періоду непрацездатності

населення та зменшить економічні втрати. Використання раннього втручання знижує ризик наслідків постковідкого синдрому. Оскільки пацієнти з постковідом мають більш високу емоційну нестабільність, важливою залишається роль медсестри в етико-комунікаційній сфері і правильного донесення інформації до пацієнта.

МОДИФІКАЦІЯ РОБОТИ ВІДДІЛЕННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ХРОНІЧНОГО ДІАЛІЗУ ДИТЯЧОЇ ЛІКАРНІ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ.

Вороніна Т.О.

Науковий керівник: Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики.

Актуальність: Повномасштабна війна справила неабиякий руйнівний вплив на життя та здоров'я людей в Україні, значної шкоди завдала вона й системі охорони здоров'я. Руйнування медичної інфраструктури, брак кадрів та порушення логістичних зв'язків – усе це стало перешкодою до вчасного й повноцінного забезпечення населення медичними ресурсами.

Відділення анестезіології інтенсивної терапії та хронічного діалізу (далі ВАІТ та ХД) Міської дитячої лікарні №5 також спіткали ці проблеми. Але попри численні виклики, відділенню вдалося модифікуватися, переналаштуватися, вистояти та надати допомогу тоді, коли вона була найбільш потрібна.

Мета роботи: Дослідити які проблеми принесла війна в наш регіон, які зміни відбулися у ВАІТ та ХД і як зараз розвивається відділення.

Аналіз роботи:

Виявлення проблем:

1. Кадри. Запоріжжя є прифронтовим містом, з початку повномасштабної війни багато спеціалістів виїхало з міста. За даними відділу кадрів КНП «Міської дитячої лікарні №5»ЗМР тільки за період 01березня 2022 по 01

листопада 2022р. виїхало 48% медичних співробітників, по відділенню АІТ та ХД 15% медпрацівників. А кількість пацієнтів збільшилось. В перші місяці війни Запорізькі лікарні приймали людей які виїхали з тимчасово-окупованих територій не були виключенням і діти з Маріуполю, Бердянську, Мелітополю та інших міст та селищ які були окуповані. В наслідок чого сильно збільшилось навантаження на медперсонал відділення.

Вирішення: Реорганізація лікарні: об'єднання з іншими установами де теж виявилася нестача кадрів (інтеграція інших лікарень для компенсації втрати кадрів та ефективного використання наявних ресурсів). Редистрибуція персоналу (перерозподіл медичного персоналу між різними відділеннями та установами для забезпечення рівномірного робочого навантаження). У штат лікарні взяли двох психологів, які надавали психологічну підтримку співробітникам, щоб зменшити рівень стресу та підвищити їхню емоціональну стійкість. Тренінги для персоналу: проведення навчання та тренінгів для медичного персоналу, щоб забезпечити їхню готовність до надання якісної медичної допомоги не тільки по своїй спеціалізації.

2. Фінанси. З початку третього кварталу 2022 року дуже багато людей, особливо з дітьми, виїхало з міста. Кількість пацієнтів різко скоротилося, як у відділенні АІТ та ХД так і у всієї лікарні. Тому поступово відділення перестало виконувати повний обсяг зобов'язань за пакетами медичної допомоги для населення. В наслідок чого скоротилось фінансування від НСЗУ.

Вирішення: Корекція медичних послуг - адаптація переліку медичних послуг відділення відповідно до потреб населення. Було прийнято рішення взяти на лікування дорослих пацієнтів з діагнозами хронічна ниркова недостатність(ХНН) в кількості 25 хворих.

На базі нашого відділення також була відкрита паліативна допомога для забезпечення якісного та гідного життя дітям, які лишилися у дитячих будинках без батьківської опіки, та дітям із хронічними, не виліковними захворюваннями. Якщо їхній стан погіршувався, у них була змога приїхати

до нас, для надання стабілізації, поліпшення їхнього стану, знеболення, психологічної та духовної підтримки.

Відповідно збільшилося фінансування від НСЗУ у цьому пакеті медичних послуг, зберіглися робочі місця, персонал набув додаткового досвіду з надання медичних послуг за новим переліком.

Все це вдалося впровадити завдяки комунікації з пацієнтами (спілкування з ними та їхніми сім'ями щодо змін в переліку послуг, та надання пацієнтам та їхнім родичам всієї необхідної інформації).

Фідбек та покращення (проведення опитування і аналіз задоволення пацієнтів для виявлення можливих покращень).

3. Логістика та енергетика. Погана логістика з постачанням медикаментів значно ускладнила роботу відділення, бо партнери з якими були укладенні договори, просто перестали працювати.

В наслідок постійних ракетних ударів по критичній інфраструктурі міста, в лікарні були постійні перебої електропостачання. Були створені графіки відключень електроенергії. Лікарня залишалась без електрики на 4 години, потужності генераторів ледве вистачало на операційний блок і відділення АІТ та ХД

Вирішення: Були знайденні нові постачальники медикаментів у найкоротший термін. Співпраця з благодійними організаціями та волонтерськими групами для отримання додаткової підтримки та ресурсів. Переглянута та оптимізована система замовлень, враховуючи реальні потреби препаратів та прогнозування необхідності. Розробили план дій для екстрених ситуацій, коли виникають термінова потреби у медикаментах: створили резерв запасів медичних матеріалів та ліків для забезпечення стійкості у випадку перерв у постачанні.

Закупили нові генератори для забезпечення безперебійного функціонування відділення в умовах непередбачуваних ситуацій. Також розроблений алгоритм використання енергозберігаючих технологій для оптимізації витрат електроенергії під час відключень.

Висновок: Війна, безперечно є критичною кризою, яка впливає на всі сфери суспільства, включаючи систему охорони здоров'я. Колектив відділення виявив ініціативу та гнучкість у реагуванні на складні обставини: розширення діяльності та обсяг послуг, перепрофілювання для адаптації у нових реаліях. Ці заходи свідчать про рішучість та спроможність ефективно відповідати на виклик у важкі часи. Подальші інновації у відділенні АІТ та ХД можуть допомогти максимізувати вплив роботи на благо пацієнта та спільноти.

НАДАННЯ ПЕРШОЇ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ В ПЕРШІ ДНІ ВІЙНИ У ВІДДІЛЕННІ СУДИННОЇ ТА РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ХІРУРГІЇ

Глобіна Н.І.

Науковий керівник Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Від 24 лютого 2022 року триває масштабна агресія Росії проти України. Російська армія, не досягнувши на початку вторгнення заявлених Кремлем цілей, веде головні бойові дії на Донбасі та Півдні України, а також щоденно обстрілює цивільне населення.

Відділення судинної та реконструктивної хірургії КНП СОР «Сумська обласна клінічна лікарня» як один з передових опорних пунктів, що з перших днів війни працювало на повну, приймало по 18-30 поранених військових за добу.

Ранній початок лікарської допомоги є фактором, який значно покращує шанси на виживання та відновлення функцій у пораненого. Тому існує поняття «золотої години» – перша година після поранення, протягом якої повинно розпочатись надання кваліфікованої лікарської допомоги.

Керівництво лікарні швидко зорієнтувалось у ситуації і вже 24 лютого в другій половині дня медики облаштували операційну у підвальному

приміщенні. Це рішення врятувало десятки життів: того самого дня оперували вже перших поранених.

Лікували та рятували життя навіть окупантів, що знаходилися під охороною від медперсоналу закладу. Відділення водночас стало і робочим місцем медичного персоналу, а декому і тимчасовим прихистком.

Досить швидко була організована робота судинної служби. До чергування були залучені всі судинні хірурги згідно штатного розпису.

Вкрай необхідно було поглиблювати знання в сфері військової медицини для надання ще більш професійної медичної допомоги.

Основну частину поранених складали військові з мінно-вибуховими травмами, контузіями, кульовими пораненнями, ампутаційними травмами кінцівок.

Необхідно було терміново надавати невідкладну допомогу, відповідно до ступенів важкості поранень: у одного з прикордонників вогнепальне поранення стегна, іншому відірвало ногу/роздроблена кисть руки, інші отримали уламкові поранення різного ступеню тяжкості; двом військовослужбовцям з найбільшими пораненнями було вчасно накладено турнікети і зупинені кровотечі, що дало змогу зберегти кінцівки. Навички з накладання турнікета відточували до ідеалу вже на поранених.

Надання першої медичної допомоги - це про нові виклики та надбання.

Злагоджена робота лікарів-хірургів судинних та ортопедів дозволяла надавати належну кваліфіковану допомогу одночасно 3-4 критичним пацієнтам, навіть за відсутності світла.

Час став для лікарів найдорожчим ресурсом.

Важкопораненим допомога надавалася своєчасно та першочергово.

Найпершу гуманітарну допомогу надали львів'яни у вигляді перев'язувального матеріалу, інструментів, артеріальних джгутів, мішків Амбу, знеболюючого, антибіотиків і багато ін. Від самого початку повномасштабного вторгнення Росії в Україну іноземні партнери постійно надають допомогу обласній лікарні та відділенню зокрема - надсучасне та

якісне обладнання для проведення діагностики та лікування, життєнеобхідні ліки. Починаючи з 24 лютого лікарня отримала від іноземних партнерів 2 сучасних карети швидкої допомоги.

Обласна лікарня прифронтового міста стійко тримає свою лінію оборони – гуманітарна допомога з першого дня війни стала для неї суттєвим джерелом необхідних ліків, медичних виробів тощо.

Також завдяки місцевим волонтерським організаціям, закладам громадського харчування було організовано харчування як співробітників так і військовослужбовців.

КРІОКОНСЕРВАЦІЯ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Гондар Л.О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Піонова О.М.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Дослідження та використання біотехнологій в різних царинах медицині є одним із найбільш актуальних напрямків науки у всьому світі в цілому та в Україні зокрема. Застосування деяких біотехнологій, зокрема кріоконсервація репродуктивного матеріалу, набуває іншого сенсу в Україні. Початково кріоконсервація репродуктивного матеріалу рекомендувалася пацієнтам з онкологією, яким призначені курси променевої та хіміотерапії, а також тим, хто працював на шкідливих виробництвах і служив в армії, також заморожену сперму використовували для лікування безпліддя або як сучасний метод планування родини.

Російське повномасштабне вторгнення призвело до збільшення смертності населення та зменшення народжуваності в України. Крім того, переважно жінки дітородного віку та діти виїхали з України. Водночас українські військовослужбовці (і чоловіки, і жінки) середнього віку (30 – 40 років), коли найчастіше реалізуються репродуктивні плани, у два рази більше ризикують

бути безплідними, ніж решта громадян. Це зумовлене травмами, інфекційними захворюваннями, впливом токсичних речовин, перевантаженням, яким вони зазнають на фронті. Під час війни військовослужбовці ЗСУ можуть зіткнутися з фізичним виснаженням, перегрівом/переохолодженням, пораненням, що шкідливо та навіть згубно впливає на їх репродуктивну систему та здатність у майбутньому зачати дитину.

Отже, все вищезазначене може призвести до демографічної катастрофи в Україні. Тому провідні фахівці пропонують системний підхід до збільшення народжуваності та збереження генофонду. Зокрема, використання кріоконсервації репродуктивного матеріалу (сперми та яйцеклітин) військовослужбовців (-виць). Завдяки цьому українські військові зможуть стати батьками, навіть якщо внаслідок участі в бойових діях втратять репродуктивну функцію. Тобто, дає шанс на зачаття дитини у майбутньому.

Сучасні репродуктивні технології збереження власного біоматеріалу треба обов'язково застосовувати за таких випробувань, як хвороба чи війна, окрім того, замороження сперми дає чоловікові шанс стати батьком після смерті, а жінці народити дитину від загиблого чи померлого партнера.

Проте не варто забувати про дискутабельні морально-етичні та юридичні аспекти використання сучасних репродуктивні технології. Наприклад, кріоконсервація дозволяє народити дитину від загиблого, яка буде пам'яттю про нього, але при цьому, яка ніколи не побачить живим свого батька. Більш того, у разі відсутності дозволу на використання репродуктивного біоматеріалу наскільки етично використання репродуктивного матеріалу загиблої особи.

Таким чином, кріоконсервація репродуктивного матеріалу, яка зазвичай використовувалася як один з методів вирішення проблем безпліддя різного генезу та відтермінування вагітності на сьогодні стала нагальною потребою збереження й подальшого відродження української нації, яка має бути чітко врегульована нормативним документами з урахуванням всіх дискутабельних аспектів.

ВІДНОВЛЕННЯ ШКІРНОГО ПОКРИВУ ПІСЛЯ ОПІКІВ ВНАСЛІДОК ОСКОЛКОВИХ ПОРАНЕНЬ У ХІРУРГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ КОМБУСТІОЛОГІЇ ЧЕРКАСЬКОЇ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ

Горюнова В.В.

Науковий керівник:Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Опіки є звичайним явищем в умовах воєнного часу. Таке поранення несе високотоксичний вплив на весь організм та може привести до гіповолемічного шоку, інгаляційних ушкоджень, інфекцій, ниркової недостатності, утворення рубців та контрактур, а тепло від рани викликає денатурацію білків і цим коагуляційний некроз. Пластика шкіри після опіків важлива для відновлення не тільки естетичного вигляду, але й функціональності шкіри.

Медична допомога при надходженні пацієнта в стаціонар залежить від ступеня пошкодження шкіри. Наша мета як працівників комбустіологічного відділення, правильно і вчасно визначити площу та глибину уражених ділянок тіла за допомогою *правила «долоні»*, або *«дев'яток»* - з метою поліпшення регенерації тканин та результатів лікування.

Опіки можуть бути *4-х ступенів,* залежно від обсягу та глибини отриманих ушкоджень: ***І ступінь*** — пошкоджується тільки верхній шар шкірних покривів. Опік супроводжується почервонінням, набряком, відчуттям печії. Може бути локальне підвищення температури тіла, помірний біль. ***ІІ ступінь*** — руйнуються глибші шари епідермісу. Опік супроводжується появою пухирів, наповнених рідиною. ***ІІІ ступінь*** — шкірні покриви пошкоджуються глибоко. Іноді страждає підшкірна клітковина. Опік супроводжується некрозом тканин, тому рана може мати темний і навіть чорний колір. При опіках може бути сухий струп. ***IV ступінь*** — шкіра обвуглюється, страждають

м’язи й навіть кістки. Характерний нестерпний біль. Рана покривається темно-сірим струпом через некроз тканин.

До Черкаської міської лікарні в комбустіологічне відділення надійшло 32 пацієнти різної тяжкості, ми виявили: 12 хворих – II ступінь опіків, 3% ураження; 15 хворих – III ступінь, 12%; 5 хворих – III ступінь, 25%. Визначивши обсяг праці, прийшли до висновку, що треба застосовувати різні методи лікування для виявлення найефективнішого.

З постраждалими II ступеня обійшлись без хірургічного втручання: обробили місце травми антисептичним засобом Декасан; розрізали стерильними інструментами пухирі з серозним ексудатом; обробили Бетадином 10%; наклали змочену серветку в Бетадині та зробили пов’язку. Надалі цим пацієнтам робили перев’язки 3 рази на тиждень з тим самим бактерицидним розчином. Після загоєння ран – крем Біпантен. Стан повного одужання прийшов через 10-20 днів.

У першій групі хворих з III ступенем виявили осколкові поранення, деякі обійшлись без роздроблення кісток. Лікування ми розпочали з підготовки операційного поля, його обробки Йодом; ревізії раньового каналу; видалили осколки (у попередньому хірургічному втручанні); промили глибоку рану з середини Декасаном; вирішили застосувати вакуумну терапію, для цього сформували губку за формою раньового каналу; встановили губку та додали проміжну, для виходу ексудативного вмісту в контейнер; герметично зафіксували; вирізали отвір для фіксації розміром 2х2 см; встановили ВАК-трубку під тиском 125мм. рт. ст.; давали за потреби анальгетичні та жарознижувальні, після зняття ВАК-апарату (15 днів) робили перев’язки з Бетадином 10%. Прийшли до висновку, що такий метод набагато прискорює загоєння ран, завдяки вивільненню ексудату. Стаціонарне лікування тривало в середньому 30-70 днів, в залежності від фізіологічних особливостей.

Другій групі потерпілих III ступеня багато часу довелось відвести хірургічним втручанням. Розпочали з тих же видалень осколків, щоб запобігти інфікування ран. Ця група мала менш глибокі отвори, але більш пошкоджені поверхні

шкіри. Протягом 20 днів виконувалися перев'язки та підготовка до некротомії. Виконали пересадку шкіри розщепленими автотрансплантатами (власна шкіра хворого), які є постійними. Здорову шкіру зрізали за допомогою апарату Дерматом. Автотрансплантати пересаджували цілим листом (суцільний шматок шкіри) і сітчастим трансплантатом (аркуш донорської шкіри з безліччю розташованих у правильному порядку маленьких розрізів, що дозволяють розтягнути трансплантат на велику поверхню рани). ФІксували шкірним степлером. Сітчасті трансплантати використовували на ділянках, що не мають косметичного значення, при опіках >20% ОППТ та дефіциті донорської шкіри. Після приживлення сітчастого трансплантата шкіра мала горбистий нерівний вигляд, іноді утворилися гіпертрофічні рубці. Обов'язково робили перев'язки Декасаном через пару днів після операції, обережно знімаючи бинти, щоб не пошкодити «нову» шкіру. Треба зауважити, що пов'язки не повинні бути щільними, заради запобігання попрілості. Середня тривалість лікування 2 місяці.

Висновок: Провівши порівняння між закриттям рани за допомогою ВАК і звичайним методом загоєння опікової порожнини, стало відомо, що апарат вакуумної терапії ран Confort C300 NPWT має багато переваг: застосовує локальний негативний тиск для полегшення загоєння гострих та хронічних ран. Завдяки тиску в порожнині, ексудат не залишається в раневому каналі, тим самим не дає можливості повторному запаленню всередині отвору. Тобто заліковування рани настає майже вдвічі швидше.

Література:

1) https://www.bepanthen.ua/ru/first-aid/cuts-minor-wounds/
2) https://www.bepanthen.ua/ru/first-aid/burns/
3) Pham TN, Cancio CL, Gibran NS: American Burn Association practice guidelines burn shock resuscitation. J Burn Care Res J 29(1):257-266, 2008. doi: 10.1097/BCR.0b013e31815f3876

4) 2. Eljaiek R, Heylbroeck C, Dubois MJ: Albumin administration for fluid resuscitation in burn patients: A systematic review and meta-analysis. Burns 43(1):17-24, 2017. doi: 10.1016/j.burns.2016.08.001

5) https://www.msdmanuals.com/uk/professional/injuries-poisoning/burns/burns#:~:text=%D0%9E%D0%BF%D1%96%D0%BA%D0%B8%20%E2%80%94%20%D1%86%D0%B5%20%D1%83%D1%80%D0%B0%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D1%88%D0%BA%D1%96%D1%80%D0%B8%20%D0%B0%D0%B1%D0%BE,%D0%BF%D0%BB%D0%BE%D1%89%D1%96%20%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D1%96%20%D1%82%D1%96%D0%BB%D0%B0%20(%D0%97%D0%9F%D0%9F%D0%A2).

6) Kagan RJ, Peck MD, Ahrenholz DH, et al: Surgical management of the burn wound and use of skin substitutes: An expert panel white paper. J Burn Care Res 34:e60–79, 2013. doi: 10.1097/BCR.0b013e31827039a6

7) Medscape

8) https://medikom.ua/chto-delat-pri-ozhoge-kozhi/

9) https://maestro.com.ua/ru/fizioterapiya-i-reabilitaciya/512-apparat-vakuumnoj-terapii-ran-confort-c300-npwt-vak.html

РОЛЬ ТА ВАЖЛИВІСТЬ ПРОФЕСІЙНИХ НАВИЧОК ТА КОМПЕТЕНЦІЙ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ:ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ З ТРАВМАМИ ГОЛОВИ ТА ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Гришак С.А.

Науковий керівник Смирнова В.І.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Медична сестра відіграє важливу роль у всьому процесі лікування, включаючи організацію, моніторинг стану пацієнта та надання необхідної підтримки. Воєнні конфлікти вимагають негайної допомоги та ефективного керування у наданні медичної допомоги, де роль медичної сестри є критичною. Травми головного мозку у військових можуть мати особливості та серйозні наслідки.
Мета цієї доповіді є акцентування на внесок медичних сестер у процес лікування, відзначаючи їхню ключову роль у забезпеченні якісної та комплексної медичної допомоги військовим з травмами голови та головного мозку.

Робота медичної сестри починається з надання невідкладної допомоги на полі бою та триває протягом усього процесу лікування та реабілітації пацієнтів. Перш ніж пацієнт потрапить до лікарні, медичні сестри та брати надають екстренну допомогу та стабілізують стан пораненого. Їх навички та знання в справі оцінки стану та вміння проводити ефективні заходи допомоги можуть врятувати життя.

В лікувальних закладах медичні сестри забезпечують неперервний моніторинг та догляд за пацієнтами, проводять обстеження, виконують маніпуляції, володіють знаннями асептики і антисептики, знають дію ліків призначених лікарем, щоб робити оцінку відповіді організму пацієнтів на введений препарат, дбають про профілактику інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги (ІПМД), профілактику пролежнів. Незмінною складовою роботи медичних сестер є підтримка емоційного стану пацієнтів. Вони виступають у ролі асистента психолога, надаючи підтримку пацієнтам, та сприяють психологічній реабілітації. Навчають родичів особливостям посттравматичного стану, догляду за пацієнтами з травмами голови, а також адаптивно-побутовій реабілітації (повернення здатності бути самостійним у повсякденному житті). Медичні сестри співпрацюють з лікарями, психологами, реабілітологами, ерготерапевтами, фізіотерапевтами та іншими спеціалістами, щоб забезпечити повне та комплексне відновлення пацієнтів. Повернення до нормального життя залежить від тяжкості травми і від

докладених зусиль щодо мінімізації наслідків. Технологічні інновації також необхідні у цій сфері, тому медичні сестри повинні бути знайомі з новітніми методиками лікування та використанням спеціалізованого обладнання для оптимальної допомоги пацієнтам. Якість надання медичної допомоги залежить не тільки від знань та навичок медичних сестер, але і від кількості медичного персоналу у відділенні. Надання медичної допомоги пацієнтам з травмами голови та головного мозку вимагає від медичного персоналу спеціалізованих знань та компетенцій. Для цього потрібно постійний професійний розвиток та покращення навичок медичних сестер через навчання, тренінги та спеціалізовані курси для забезпечення найвищого рівня допомоги в цій області у сучасних умовах. Для покращення надання медичної допомоги пацієнтам з травмами голови та головного мозку в умовах воєнного стану – це дуже актуальна тема для нашої країни, тому потрібно постійно вивчати та аналізувати виконану роботу з лікування та реабілітації пацієнтів.

Роль сучасної медичної сестри не зводиться до виконання призначень лікаря. Медична сестра вміє самостійно оцінити стан хворого, поставити сестринський діагноз, кваліфіковано надати першу долікарську допомогу, забезпечує головні потреби пацієнтів, впроваджує здоровий спосіб життя та профілактику різних, особливо хронічних захворювань. Їхня компетентність, професійність та гуманітарний підхід сприяють швидкому відновленню та покращенню якості життя військових пацієнтів, які пережили подібні травми у контексті воєнних конфліктів.

РОБОТА В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ У КП "БЛИЗНЮКІВСЬКА ЦРЛ", ЛІКАРНЯ У ЯКІЙ ПРАЦЮЮ –МОЯ ГОРДІСТЬ

Грушак О.М.

Науковий керівник Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Загалом будь-яка робота яка здійснюється у воєнний час на території України різними фахівцями є надзвичайно складною і вимагає великої наполегливості, відданості та професіоналізму, тому неможливо недооцінювати роботу кожного з нас. Адже всі ми працюємо над однією метою – перемогою у війні з Росією. Нажаль багато наших захисників виконуючи свій громадянський обов'язок, отримують поранення різного характеру і потрапляють до лікарні.

Тому на сьогоднішні день лікарні все частіше стають центрами, де медичний персонал об'єднує зусилля для надання допомоги пораненим, лікування критичних випадків і порятунку життів. Великий потік постраждалих, брак ресурсів і постійні загрози безпеці вимагають від медичного персоналу не лише досвіду, а й стратегічного планування та високого рівня відданості справі. І лікарі у цих складних ситуаціях стають справжніми героями, які ризикують своїм життям заради порятунку інших.

Наша Близнюківська районна лікарня – це досить великий медичний заклад з необхідною кількістю спеціалістів, які можуть надати необхідну допомогу. Заклад має всі працюючі функціональні відділення, адже матеріально-технічна база дуже сильна.

Лікарі, які працюють у воєнний час, стикаються з серйозними проблемами, пов'язаними з безпекою, стресом, доглядом за пораненими та евакуацією цивільного населення. Саме тому співпраця, комунікація і стратегічне планування колективу мають важливе значення для ефективної допомоги пораненим і порятунку життів.

Героїчна робота лікарів та медичного персоналу нашого закладу в умовах воєнного стану демонструє важливість надання медичних послуг громадам під час кризових ситуацій.

Узагальнюючи все вищезазначене, можна зробити висновок, що робота медичного персоналу КП "Близнюківська центральна районна лікарня" в умовах воєнного стану є надзвичайно цінною та важливою для громади та України в цілому. Їхній професіоналізм, відданість справі та гуманістичні цінності визначають їхню роботу як видатний приклад героїчного служіння

на благо українського суспільства. А медична команда слугує надійною опорою здоров'я та засобів до існування для людей, які опинилися в найскладніших життєвих ситуаціях.

РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ БРИГАДИ В ПАЛІАТИВНІЙ ДОПОМОЗІ

Грушак О.М., Лучкін О.П.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Піонова О.М.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Паліативна допомога розвивається як сфера спеціальної клінічної компетенції в усьому світі. Відповідно до визначення ВООЗ (2009) паліативна допомога - підхід, який покращує якість життя пацієнтів та їхніх сімей, які стикаються з проблемами, пов’язаними з хворобою, яка загрожує життю, шляхом запобігання та полегшення страждань шляхом раннього виявлення та бездоганної оцінки та лікування болю та інших проблем, фізичних, психосоціальних , і духовних.

Мета: дослідити потреби пацієнтів паліативного відділення та необхідні заходи для покращення стану пацієнтів.

Результати дослідження: обстежено 50 пацієнтів паліативного відділення, серед яких 40% - старше 70 років, середній вік - 61 рік. Більшу частину (72%) складали жінки ніж чоловіки (28%). Усі пацієнти мали онкологічні захворювання різної локалізації (48% - органи дихання, 28% - ШКТ, 12% - рак молочної залози, 8% - жіночі та 4% - інші). Серед ускладнень найчастіше зустрічалися хронічний больовий синдром (10,84%), шлунково-кишкові розлади (запор, діарея, нудота, блювання) (8,62%) та кровохаркання (8,13%). Найчастіше пацієнти паліативного відділення мали супутні патології ССС (22,48%), цереброваскулярна хвороба (17,75%), ХОЗЛ (14,79%) та дисциркуляторна енцефалопатія (14,20%).

При оцінці больового рівня 8% респондентів відзначили слабкий біль (від 1 до 3 балів), біль помірної інтенсивності (4-6 балів) був у 20% респондентів, сильний біль (7-9 балів) був у 60% респондентів та 12% пацієнтів відзначили сильний біль (10 балів). Характер болю відзначався переважно (92 %) пекучий, ріжучий, колючий. Біль часто з'являвся після фізичних навантажень при зміні пози. У 56% випадків біль був практично завжди, у спокої був причиною порушення сну, апетиту. У 44% випадків біль іррадіював. Крім того, больовий синдром у респондентів посилювався наявністю лімфостазу (8% респондентів), сильними запамороченнями (4%), шлунково-кишковими розладами, асцитом та іншими ускладненнями, у тому числі пов'язаними із дефіцитом знань щодо догляду за хворими.

При оцінці соціального стану більшість пацієнтів (79,4%) мали задовільний соціальний статус та відзначили комфортні умови життя. Смертельну хворобу не вдалося виявити вчасно у 64,8% пацієнтів. Більшість пацієнтів (78,6%) відзначили, що лікування є ефективним, застосування наркотичних препаратів та новітніх трансдермальних пластирів дає суттєвий результат при зменшенні болю. 68,4% пацієнтів паліативного відділення відзначили, що були забезпечені лікарськими засобами, виробами медичного призначення та витратними матеріалами відповідно до національного переліку лікарських засобів України.

При паліативному відділенні знаходилася капличка і всі бажаючі могли звернутися до настоятелів за допомогою. Більшість пацієнтів (97,3%) відзначили, що така духовна підтримка є надзвичайно необхідною при невиліковних захворюваннях.

При оцінці рівня депресії було виявлено депресивний стан у 92% випадків. Практично по всіх пунктах у респондентів спостерігалася наявність стану в помірному, тяжкому та дуже тяжкому ступені. При заповненні карти переваг пацієнта, виявлено, що 100% респондентів бажали здійснювати заходи особистої гігієни в повному обсязі щодня, 92% пацієнтів назвали свою улюблену страву та напій, неулюблену страву відзначили лише 24%

респондентів. Також у повному обсязі респонденти наголосили на необхідності прогулянки, причому 84% пацієнтів люблять гуляти ввечері протягом 1 години, але можливість прогулянки залежить від стану пацієнта. 64% пацієнтів люблять читати журнали, газети – книги користуються меншим попитом, 84% – люблять дивитися телевізор, відстежують цікаві програми, 44% – слухають радіо та музику. Улюбленим часом дня 80% респондентів відзначили день, 12% - вечір та час після денного сну. В цілому пацієнти паліативного відділення не назвали як свої переваги нічого неординарного - всі захоплення досить просто організувати у стінах паліативного відділення.

Оцінка рівня депресії була повторена через 10 днів після госпіталізації на тлі проведеного лікування больового синдрому та інших ускладнень, супутніх патологій. Було відзначено явну доброзичливість під час розмови більшості пацієнтів, респонденти охоче відповідали на питання, докладно розповідали. У 68% випадків відмічено зниження сумарного балу за шкалою депресії на 50% і більше.

Таким чином, при здійсненні паліативної допомоги головним заходом є зниження больового синдрому, лікування ускладнень та навчання пацієнтів та його родичів основним заходам щодо догляду та лікування, залежно від захворювання. Крім того, пацієнти паліативного відділення потребують проведення заходів з особистої гігієни, забезпечення умов для відпочинку та фізичного навантаження (прогулянка, гімнастика за показаннями), наявність бібліотеки та інших видів діяльності, що задовольняють потребу людини у спілкуванні (відвідування волонтерами, творчими колективами, організація виставок, театралізованих програм, обов'язково духовне, релігійне спілкування).

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Гурбич О.С.

Науковий керівник: доц. І.О.Чернякова

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Останніми десятиліттями у всьому світі спостерігається невпинне зростання уваги до проблем фізичної терапії, ерготерапії, реабілітації, опрацьовуються нові підходи до вирішення цих проблем. У 2001р. ВООЗ оприлюднює «Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) в освіті фахівців з реабілітації», яка стала основою для створення в Україні «Національного класифікатора функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я». Таким чином, Україна переходить до нової системи реабілітації, «сучасної та дружньої до громадян».

Повномасштабна війна в Україні стала викликом для всіх сфер життєдіяльності людини, в тому числі, для системи охорони здоров'я. Це стимулювало прийняття ефективних рішень, які допомогли медицині продовжувати розвиватися і вдосконалюватися. З початком війни значно зростає кількість травмованих людей, які потребують реабілітації. Тому особливе значення надається розвитку фізичної терапії та реабілітації для надання якісної допомоги військовослужбовцям, пересічним громадянам, які постраждали від поранень, мінно-вибухових травм .

Фізична терапія є центральною ланкою складного процесу реабілітації, одним із .пріоритетних напрямків, який інтенсивно розвивається в Україні. Фізична терапія застосовує доказові методи: методичне обстеження, чітке визначення цілей, індивідуальний підхід до пацієнта, обґрунтовані методики. Вчасна і комплексна реабілітація, фізична, психічна, професійна, соціальна, економічна, може забезпечити повноцінне відновлення функціонування організму, навіть при тяжких травмах. Особливе місце у процесі реабілітації займає фізична терапія при ампутаціях кінцівок. Втрата кінцівок зазвичай супроводжується розвитком тяжкого посттравматичного стресового розладу (ПТСР), фантомним болем, необхідністю тривалого процесу протезування. Фізичний терапевт приймає участь у процесах реабілітації на всіх її етапах –

від операції ампутації до завершення протезування і подальшому постійному спостереженні за пацієнтом. Велике значення надається фізіотерапевту у виготовленні захисту для кукси при протезуванні (протезувальна фізична терапія). При діагностиці м‘язово-скелетних порушень і ушкоджень нервово-м’язового скелету важлива роль відводиться клінічному мисленню фізіотерапевта.

На всіх етапах реабілітації необхідно кваліфіковано визначати психологічний стан пацієнта при клінічному обстеженні і за допомогою основних шкал симптомів ПТСР, діагностувати неускладнений його перебіг (нав’язливі спогади, надмірні емоційні реакції на вибухи, тощо), констатувати ускладнений перебіг (неспроможність вести повноцінне соціальне життя, відлюдкуватість, агресивність), опрацьовувати заходи для оптимізації психічного стану пацієнта.

Сучасна якісна реабілітаційна допомога передбачає мультидисциплінарний командний підхід: реабілітаційна команда має включати фахівця з реабілітології (лікар), хірурга-ортопеда (лікар), фізичного терапевта, ерготерапевта, психолога. Медична сестра, масажист, протезист та/або технік-ортезист формують підкоманду. В умовах війни, при наданні допомоги постраждалим від травм, як ніколи, необхідно керуватися основними біоетичними принципами: захист гідності людини, її автономії, права на інформацію, принципи інтегральності (психофізичної цілісності людини), вразливості (відповідальне ставлення до життя, тактика по відношенню до осіб з обмеженими фізичними, психічними та соціальними можливостями), принцип справедливості (однакове ставлення до всіх пацієнтів, справедливий розподіл ресурсів при наданні медичної допомоги).

Проблеми фізичної терапії травм війни, ресурси, здобутки та потенціал в умовах війни обговорювалися на І Всеукраїнському конгресі з фізичної терапії 29-30 вересня 2023р. Рішення Конгресу є запорукою подальшої розбудови ефективної системи реабілітації, оптимізації фізичної терапії, впровадження

до практики охорони здоров'я сучасних доказових науково-обгрунтованих методів фізичної терапії в умовах війни.

ДОМЕДИЧНА ТА ПЕРША МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ХІМІЧНИХ УРАЖЕННЯХ

Єфаніна В. Є.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Болокадзе Є.О.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

В сучасному світі в умовах гибридної війни збільшується загроза використання хімічної, радіаційної та біологічної зброї. Характерні масові ураження підвищують рівень складності вчасного надання кваліфікованої медичної допомоги. Виникає потреба в навчанні військових та мирного населення про домедичну допомогу собі та оточуючим в таких ситуаціях.

Воєнні хімічні атаки здійснюються бойовими отруйними речовинами (БОР), які поділяються на групи в залежності від направленості дії. В залежності від способу потрапляння до організму, розрізняють БОР за напрвленністю дії. До них відносять шкірнонаривні, задушливі, загальнотоксичні, психоміметичні, паралітичні, сльозоточиві речовини. До першої групи – шкірнонаривних БОР належать іприт та люїзит. Отруєння цією групою можна розпізнати за ураженням дихальних шляхів та шкірних покривів через деякий час після дії речовини.

Першою медичною допомогою є обробка шкіри засобами з індивідуального протихімічного пакету (ІПП), носіння противогазу, промивання очей розчином соди, прийняття адсорбентів, а також введення антидоту – унітіолу, кофеїну, камфори, промивання шлунку. До задушливих БОР відносяться фосген, діфосген, хлорпікрин, який потрапляють до організму повітряно-крапельним шляхом. Зрозуміти про ураження можна за наявністю симптомів подразнення очей, неприємному смаку у роті, наявністю задухи, кашлю, болю

в епігастральній ділянці, зупинкою дихання, виділення пінистої мокроти, ціанотичністю або сірістю шкірних покровов, зниження артеріального тиску і температури тіла. При враженні цією групою отруйних речовин слід промити очі, прополоскати рот водою, провести штучну вентиляцію легень за необхідності та вдягнути противогази.

На наступному етапі медичної допомоги очі промиваються розчином соди, потрібне вдихання протидимної суміші/кисню, підшкірно введення кофеїну, кордіаміну. Загальнотоксичними речовинами є синильна кислота та хлорціан. Характеризуються сильним враженням дихання, що може призвести до смерті в перші хвилини. В інших випадках впевнитись в отруєнні саме цією групою БОР може за наявністю таких ознак, як відчуття гіркого запаху миндалю, почервонінню шкіри і слизових оболонок, розширенню зіниць (мідріаз) та екзофтальму. Як і при отруєнні вищезазначеними групами БОР, необхідним є вдягання противогазу, інгаляційне введення антидоту – пропіл нітриту/амілнітриту. На наступному етапі необхідним є введення аналептиків (лобелін, камфора), 20% розчину антиціаніду внутрішньом'язово та евакуація.

До наступної групи (психоміметичних БОР) належать похідні лізергінової та гліколевої кислот. Зараження відбувається повітряно-крапельним, водним та харчовим шляхами. Ознаками отруєння є тахікардія, запаморочення, порушення координації та мовлення, блювота, сухість у роті, порушення адекватної реакції, пересування, пам'яті, марення. Першою допомогою є вилучення зброї в ураженого, вдягання противогазу, введення промедолу при психомотному збудженні, евакуація. Надалі вводиться трифтазин, промедол, кордіамін, фіксують ураженого до нош та евакуюють під наглядом. В групу паралітичних БОР входять зарин, зоман та УІ-гази.

Першими симптомами є стійке звуження зіниці (міоз), перезбудження ЦНС і ПНС. Для запобігання дії цієї групи речовин необхідне вдягання противогазу, в/м введення антидоту. Долікарською допомогою є повторне введення антидоту – афіну/бутаксиму/ тарену, ШВЛ, анітарна обробка шкіри, евакуація. Сльозоточивими та підразнюючими БОР є адамсит, хлорцетофенон,

бромбензилціанід і дифенілхлорарсин. Діють на слизові оболонки, очі і викликають печію та біль, головний біль, біль у роті, вухах, кашель, чхання, нудоту. По-перше, треба вдягнути противогаз, вдихання фіциліну, промивання очей, полоскання рота і носоглотки, знеболення промедолом. На наступному етапі очі промиваються 2% розчином соди, очистити обмундирування.

Так, в Україні все ще продовжуються бойові дії. Усе населення має бути готовим до будь-якої ситуації, тому є важливим знання та вміння про надання першої медичної допомоги.

ПРОФІЛАКТИКА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Зуєнко С.Ю.

Науковий керівник: к. мед. н., доцент Піонова О.М.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Вступ. У хворих на цукровий діабет (ЦД) можливим є розвиток специфічних діабетичних ком. Провокуючими факторами їх розвитку є порушення в режимі застосування цукрознижувальної та інсулінотерапії, зміни в харчуванні та режимі дня, стресові фактори, шкідливі звички. Поширеність та виразність цих факторів значно зросла під час військової агресії в Україні, що суттєво підвищило ризик виникнення невідкладних станів.

Мета. проаналізувати можливі превентивні заходи із запобігання розвитку невідкладних станів у пацієнтів з ЦД типу 1 та типу 2 під час війни.

Матеріали та методи дослідження. Було проаналізовано дані 147 хворих на ЦД (18 - типу 1 та 129 - типу 2), яким на базі стаціонарного ендокринологічного відділення в якості амбулаторної консультативної допомоги була вперше призначена або скорегована цукрознижувальна терапія.

Результати та обговорення. Під час війни ми відзначали зростання частоти звернень хворих на ЦД саме з метою проведення корекції терапії та отримання інформації щодо дій для запобігання розвитку гіпоглікемічної та кетоацидотичної коми.

Гіпоглікемія та гіперглікемічна коми є найбільш поширеними невідкладними станами в діабетології. Є значна кількість факторів, що здатні провокувати розвиток гіпоглікемії: передозування інсуліну, пропуск прийому їжі, надмірна фізична активність та інші. Під час війни пропуски їжі або вживання недостатньої кількості, щодо введеної дози інсуліну є основними чинниками розвитку гіпоглікемій.

Основними заходами щодо профілактики настання невідкладних станів є навчання пацієнта, проведення регулярного самоконтролю та корекція лікування. За час війни інсулінотерапія вперше була призначена 18 пацієнтам, 129 пацієнтам проведено корекцію цукрознижуючими препаратами, переведено на інсулінотератерапію або здійснено її спрощення. Надавали рекомендації з дієти, режиму дня, проведенню самоконтролю глікемії. Для запобігання гіпоглікемій рекомендували підтримувати глюкозу крові натщесерце у межах 5-8,5 ммоль/л, постпрандіальну – до 12 ммоль/л.

Пацієнтам з ЦД типу 1 призначали інсулінові аналоги які мають значно кращий фармакологічний профіль. Використання аналогів суттєво знижує ризик гіпоглікемій як у мирний час, так і під час війни.

Як наслідок проведеного навчання пацієнтів, призначення та корекції існуючої терапії вдалося запобігти розвитку гіпоглікемічних та тяжких гіперглікемічних станів. Епізоди легких гіпоглікемій відзначалися у 34 пацієнтів: 30 - на інсулінотерапії, 3 - застосовували цукрознижувальні препарати (метформін, сульфанілсечовина), 1 - на комбінованій терапії (цукрознижувальні препарати та інсулін).

Таким чином, можемо відзначити, що за адекватного навчання пацієнтів та коректно призначеної терапії є шанс мінімізувати ризик розвитку невідкладних станів у хворих навіть під час війни.

Висновки:

1. Під час війни суттєво зростають ризики виникнення невідкладних станів у хворих на ЦД, як за рахунок декомпенсації, так і падіння глюкози крові.
2. Навчання хворих, проведення самоконтролю та корекція терапії з застосуванням високоефективних препаратів з мінімальним ризиком гіпоглікемій дозволяє запобігти зростанню частоти невідкладних станів у хворих на ЦД під час війни.

Література:

1. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» № 4 (521), 2022 р.
2. Наказ МОЗ «Про внесення зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 07 березня 2022 року № 421» від 23.03.2022 № 515
3. Наказ МОЗ України «Деякі питання надання медичної допомоги хворим з діабетом в умовах воєнного стану» від 07.03.2022 № 421;

ЗАСТОСУВАННЯ МІСЦЕВОЇ ВАКУУМ-ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ

Іванова Л.Г, Приходженко О.О, Комячко В.Г, Ткаченко М.А, Курбанова Н.С

Науковий керівник Хіміч Т.Ю.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Актуальність. В умовах воєнного стану важливе значення має використання найефективнішої тактики лікування пацієнтів із вогнепальними пораненнями. Під час традиційного лікування великих дефектів м'яких тканин спостерігається затяжний перебіг захворювання, для якого характерно тривале перебування в стаціонарі. Сучасна новітня методика лікування ран, а саме - місцева вакуум-терапія (NPWT - Negative Pressure Wound Therapy), може значно поліпшити перебіг усіх стадій ранового процесу у хворих з вогнепальними пораненнями. Адже створення негативного тиску в рані зменшує локальний набряк, сприяє посиленню місцевого кровообігу, знижує

рівень мікробного забруднення. Крім того, установка вакуум-системи значно спрощує догляд за хворим, знижує больовий і травмуючий чинник щоденних перев'язок і одночасно є профілактикою внутрішньо госпітальної інфекції за рахунок відсутності контамінації з рани. Таким чином, NPWT може стати необхідною технологією у лікуванні вогнепальних поранень, сприяючи швидшому відновленню тканин та зниженню ризику ускладнень.

Мета роботи. Провести аналіз ефективності застосування місцевої вакуум-терапії (NPWT) в комплексному лікуванні вогнепальних поранень.

Матеріали та методи. Проведено порівняльний аналіз результатів лікування 52 поранених військових, які надійшли з вогнепальними пораненнями м'яких тканин кінцівок до хірургічного відділення КНП СОР «СОКГВВ». Середній вік пацієнтів - 42±3,5 років. Усіх військових було розділено на 2 групи, однакових за віком та статтю. Першу групу (n=27) становили поранені з дефектами м'яких тканин, в лікуванні яких було застосовано метод терапії ран від'ємним тиском. Курс місцевої вакуум-терапії становив від 7 до 15 діб постійного впливу, середня тривалість накладення однієї пов'язки - від 1 до 3 діб. До 2-ї групи (n=25) увійшли поранені, які лікувалися традиційними методами (етапні хірургічні обробки, щоденні перев'язки з розчинами антисептиків, мазеві пов'язки). Оцінювали тривалість перебування хворих у стаціонарі, особливості клінічних проявів (шкала болю від 1 до 10), динаміку мікробної контамінації ран, клітинного складу в ранових відбитках.

Результати та їх обговорення. Отримані дані порівняльного аналізу ефективності лікування поранених обох груп свідчать про значне поліпшення перебігу ранового процесу у випадку застосування методу вакуум-терапії. Тривалість перебування хворих у стаціонарі становила - 18±2,6 днів (I група) та 44±3,2 дні (II група). NPWT значно прискорювала термін очищення ран і початок регенерації тканин. Порівнюючи результати лікування із застосуванням курсу NPWT та традиційного лікування, було встановлено, що швидкість загоєння ранових дефектів в першій групі скоротилась в 2,5 рази порівняно з другою ($p = 0,02$). Оцінюючи динаміку мікробної контамінації

ран, було досліджено, що середня кількість колонеутворюючих бактерій у 1 см³ рани в I групі становила - 1,200 CFU/см³, в II групі - 4,500 CFU/см³. Також обстежувався клітинний склад ранових відбитків перед лікуванням, через 2 тижні та наприкінці терапії. Обчислення середньої кількості прискорених фібробластів у рановій поверхні пацієнтів I групи показало збільшення їх кількості через 2 тижні лікування на 45%, а до кінця лікування – на 63%. Оцінка кількості прискорених фібробластів у пацієнтів II групи встановила їх збільшення лише на 20% через 2 тижні та 42% до кінця лікування. Суб'єктивні больові відчуття у пацієнтів I групи протягом лікування становили 3,2 бали, в II групі – 5,8 балів. Це свідчить про те, що місцева вакуум-терапія майже в 2 рази покращувала клінічних перебіг загоювання ран, у порівнянні з традиційним лікуванням.

Висновки. Отримані дані свідчать про значне поліпшення перебігу ранового процесу вогнепального поранення при лікуванні методом місцевої вакуум-терапії. Використання NPWT дозволяє значно скоротити терміни комплексного лікування вогнепальних поранень. Місцева вакуум-терапія сприяє швидкому очищенню ранової поверхні, покращує мікроциркуляцію, стимулює ріст сполучної тканини, а також збільшує швидкість елімінації гнійної мікрофлори майже вдвічі, що забезпечує прискорення підготовки рани до закриття.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ЖИВОТА ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

Іскарьова С.С.

Науковий керівник: Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

У структурі сучасної бойової травми зростає частка пошкоджень органів черевної порожнини, які супроводжуються розвитком травматичного шоку,

поліорганної недостатності та високою летальністю. Структура бойової травми живота залежить від характеру ведення бойових дій, який останніми роками також значно змінився, тому потрібні нові підходи до діагностичних заходів та хірургічного лікування.

Метою роботи було проаналізувати результати різних тактик ведення лікування вогнепальних поранень живота.

Ми в Павлоградській лікарні інтенсивного лікування дослідили 30 людей з різними видами травм живота та проаналізували, яка саме тактика найкраща для лікування.

Одним із сучасних підходів до лікування військовослужбовців з вогнепальними пораненнями живота є багатоетапна хірургічна тактика «damage control», яка набула поширення як в умовах цивільних травмоцентрів, так і в умовах бойових дій. Тактика «damage control» трьохетапна. На першому етапі виконують операцію в скороченому обсязі, метою якої є зупинка внутрішньочеревної кровотечі і припинення забруднення вмістом порожнистих органів черевної порожнини. Після чого черевну порожнину тимчасово закривають або накладають лапаростому. Другим етапом проводять інтенсивну терапію до стабілізації життєво важливих функцій організму. На третьому етапі виконують повторне оперативне втручання для завершення корекції пошкоджених органів. Тактика програмованих релапаротомій раніше була запропонована для контролю життєздатності пошкоджених органів (операції «second look») і контролю перебігу перитоніту (санаційні релапаротомії). Однак у віддаленому періоді у разі застосування тактики багатоетапних втручань виникає ряд ускладнень, зокрема, вентральні грижі, кишкові нориці.

В сучасних умовах при пораненнях живота застосовують ультразвукову діагностику (УЗД) за FAST–протоколом (focused abdominal sonography for trauma), що дає змогу достовірно визначити як наявність, так і об’єм рідини в черевній порожнині. Комп’ютерна томографія (КТ) дає можливість не тільки визначити наявність рідини в черевній порожнині, а й оцінити характер і обсяг

пошкодження органів черевної порожнини, але її проведення можливо не на всіх рівнях надання медичної допомоги. Використання цих методів дає змогу у 20 – 25% поранених відмовитися від лапаротомії та проводити динамічне спостереження за ними. Альтернативою є застосування ендовідеохірургічних методик, зокрема лапароскопії.

Визначили декілька вагомих пунктів у тактиці лікування:

1. Результат лікування поранень живота залежить від якості організації лікувально–евакуаційного процесу з урахуванням принципу «золотої години».

2. Оптимізація діагностичної програми з обов'язковим застосуванням FAST–протоколу дає змогу уникнути необгрунтованих інвазивних втручань і скоротити строки встановлення діагнозу.

3. Успіх лікування поранених з пошкодженнями магістральних судин черевної порожнини прямо залежить від швидкої їх доставки в лікувальний заклад.

4. Виконання органозберігаючих операцій при пораненнях селезінки в умовах сучасних бойових дій небезпечне для життя пораненого, якого транспортують на наступні рівні надання медичної допомоги.

5. При пошкодженнях правої половини товстої кишки допустимо зашивання дефекту її стінки з екстраперитонізацією зашитої ділянки або виконання правобічної геміколектомії з формуванням ілеотрансверзоанастомоза. При пошкодженнях лівої половини товстої кишки перевагу слід віддавати обструктивній резекції з формуванням протиприродного заднього проходу або зашиванню дефекту з превентивною колостомією.

6. В основі хірургічного лікування має лежати принцип диференційованого підходу із застосуванням на етапах медичної евакуації тактики «damage control».

Висновки: ми вважаємо, що поліпшення результатів діагностики та усунення подальших ускладнень вогнепальних поранень може бути досягнуто лише при комплексному, об'єктивному підході до вибору лікувально-діагностичної

тактики, орієнтованої на клініко- інструментальні, клініко-лабораторні, морфо-функціональні особливості даної категорії поранених.

Таким чином, доцільним є поглиблене вивчення особливостей патогенезу сучасних вогнепальних поранень живота, удосконалення і розробка нових методів діагностики, лікування та об’єктивно обґрунтована лікувально-діагностична тактика, орієнтована на клініко-лабораторні та морфо-функціанальні особливості.

МЕДИЦИНА В БОЙОВИХ УМОВАХ: КІСТА КУПРИКА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Карелін М. Л., Мацуга Д. С.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Болокадзе Є.О.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

З початком повномасштабного вторгнення Росії на територію України, у наших військовослужбовців з'явилися нові, а також загострилися вже існуючі захворювання. Це обумовлено тим, що наші захисники та захисниці опинилися в умовах, що сприяли погіршеню їхнього здоров’я. Сильне навантаження різноманітного військового спорядження, перебування у холодних та вологих окопах, порушення особистої гігієни, яка неможлива або обмежено можлива у бойових умовах, а також, фізичне та моральне виснаження організму сприяли розвитку або загостренню хронічних захворювань, серед яких треба відзначити кісту куприка. Ця хвороба носить глобальний характер серед військових України.

Кіста куприка - це захворювання, для якого характерне утворення овальної капсули в області крижів. Патологія являє собою процес запалення довгого вузького каналу довжиною 2-3 см, що вистелений епітелієм. При закупорці первинних отворів ходу відбувається застій його вмісту, що веде до розмноження мікроорганізмів та появи гнійного запалення і інфекція виходить

у навколишню підшкірну жирову клітковину. Якщо гнійник самостійно розкривається, формується вторинний свищевий отвір. Перебіг захворювання має хвилеподібний характер залежно від наявності або відсутності запального процесу.

При опитуванні військовослужбовців з даним захворюванням з'ясувалося, що більшість із них відчуває дискомфорт, а також пухлину у нижньому відділі хребта. Клінічними проявами захворювання у військовослужбовців є наступні: болі в крижово-куприковому відділі, виділення гною з свищевого отвору в міжсідничній ділянці, підвищення температури тіла, набряклість, почервоніння, свербіж, ущільнення шкіри міжсідничної складки та слабкість. Лікар-проктолог, або хірург ставить діагноз на основі огляду та пальцевого дослідження прямої кишки. У сумнівних випадках призначається УЗД, ректороманоскопія, фіброколоноскопія. Найефективніший метод лікування на сьогоднішній день - видалення кісти куприка шляхом хірургічних операцій. За статистикою кіста куприка зустрічається у 26 осіб на 100 000 населення і частіше виникає у чоловіків. В Україні захворюваність зросла у 4 рази протягом останніх років.

Підводячи підсумок, можна сказати, що кіста куприка є серйозною проблемою сьогодення з якою стикаються більшість наших захисників. Тому нашим військовослужбовцям потрібно відповідально ставитися до свого здоров'я, проходити необхідне лікування та дотримуватися рекомендацій лікарів. У свою чергу, медичний персонал має продовжувати надавати необхідну допомогу та підтримувати здоров'я наших захисників для наближення нашої перемоги.

ДОНОРСТВО КРОВІ ТА ЇЇ КОМПОНЕНТІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

Ковальчук О.М. Удовіка В.О. Сірокурова В.І. Джуган В.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

В Україні завжди існував дефіцит донорської крові, й наразі ця проблема стала особливо гострою. Потреба в донорській крові лишатиметься стабільновисокою аж до перемоги. Донорської крові потребують бійці а також цивільні, що постраждали від воєнних дій. Не скасувала війна і планових ургентних операції, онкологічних захворювань, ускладнених пологів.

Як стати донором?

Здати кров можна, якщо:

● ви повнолітня здорова людина;

● ваша вага становить 50 кг або більше;

● у вас відсутні абсолютні або тимчасові обмеження щодо донорства

До тимчасових обмежень: відносяться інфекційні захворювання, лихоманка, Грипоподібні захворювання, COVID-19, малярія, вакцинація, вагітність, стоматологічне лікування.

До абсолютних обмежень: Серцево-судинні захворювання, Захворювання центральної нервової системи, Патологічна схильність до кровотеч, Шлунково-кишкові, сечостатеві, гематологічні, імунологічні, гепатит В, С, ВІЛ -,½, злоякісні захворювання.

Підготовка до здавання крові:

- за три дні до здавання крові відмовтеся від прийому анальгетиків і аспірину, а також ліків, що їх містять (ці речовини погіршують зсідання крові);
- не вживайте алкоголь за 48 годин до здавання крові. Виключіть із раціону жирну, смажену, копчену, молочну їжу, соління;
- обов’язково виспіться і з’їжте легкий сніданок (солодкий чай, дієтичне печиво, каша на воді);
- не паліть за годину до здавання крові;
- не приходьте здавати кров, якщо відчуваєте нездужання (озноб, запаморочення, головний біль, слабкість);

- під час огляду лікарем перед донацією відверто відповідайте на запитання і не приховуйте інформацію про вживання ліків, алкоголю, наркотичних речовин і перенесені захворювання.

За день до здачі крові НЕ можна вживати: жирну, смажену та гостру їжу, копчені та молочні продукти, яйця, масло.

У день здачі крові вранці потрібно повністю виключити: всі молочні продукти, яйця, банани, горішки, соєве молоко, цитрусові, м'ясні продукти (ковбаса,сосиски).

Скільки беруть крові

Стандартні гемакони розраховані на 450 мл та додаткові 25 мл для аналізів. Якщо у донора мінімальна вага (50 кг), тоді лікарі рекомендують здавати 350 мл (+25 на аналізи).

Чому важливе регулярне донорство

Здача компонентів крові (плазми наприклад) потребує повторної донації, аби перевірити кров донора через 6 місяців після першої кроводачі і переконатися, що плазму можна безпечно використовувати. До цього плазму заморожують на 6 місяців і не використовують її аж до моменту наступної кроводачі. Таким чином саме регулярне донорство дозволяє безперебійно використовувати зарезервовані запаси крові.

Який інтервал між донаціями

Перерва між донаціями цільної крові становить 60 днів і для чоловіків, і для жінок, а між донаціями плазми чи тромбоцитів 14 днів для будь-якої статі. Після п'яти регулярних донацій рекомендовано зробити перерву не менше 3 місяців. Якщо ви здали цільну кров, то на донацію плазми або тромбоцитів можна йти через 30 днів.

Варто пам'ятати, що кров потрібна завжди, особливо в умовах воєнного стану.

Чи змінилося ставлення людей до здачі крові під час війни?

— Культура здачі крові напевно тільки починає формуватися в країні. На етапі повномасштабного вторгнення в Україну, різко зросла потреба, понад 60%. Військові, які поступають в лікарні мають дефіцит крові. Після операцій вони

потребують її компенсації. На жаль, на цей час штучного середника, який би міг би замінити кров, не існує.

Література:

https://donolc.org/

https://www.donor.ua/

https://visitukraine.today/uk/blog/2046/vsesvitnii-den-donora-krovi-comu-donorstvo-stalo-shh

e-odnijeyu-linijeyu-oboroni-v-ukraini__

ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ НА ПОЛІ БОЮ

Когут А.І.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Понад 60% смертей військових пов’язані з крововтратою: більшості випадків можна уникнути, якщо вчасно зробити переливання.

Прослідити доцільніть переливання крові бойовими медиками на догоспітальному етапі.

За даними МОЗ, понад 60% смертей військових пов’язані з крововтратою. Вчасне переливання крові або її компонентів може суттєво зменшити показник: це дозволить виграти час на доставлення пораненого до найближчого госпіталю. Коли вже почався стан геморагічного шоку (від втрати крові), просто зупинити кровотечу недостатньо: без переливання пацієнт помре. Врятувати життя в разі масивної крововтрати може тільки кров, а будь-які інші рідини, як-от фізрозчин, лише завдадуть непоправної шкоди. «Гемотрансфузія — це не ампутація, не щось надзвичайне, що може робити виключно хірург. Її можна навчитися робити всім. В складних випадках переливання слід починати одразу після зупинки кровотечі: саме тому так важливо надати дозвіл на проведення таких процедур бойовими медиками»

Раніше процедуру могли робити лише спеціалісти з медичною освітою.

Досі, згідно із законодавством України, здійснювати гемотрансфузії - переливання крові - можна було лише у лікарнях чи госпіталях. Рік тому МОЗ затвердило наказ про "Надання медичної допомоги постраждалим з геморагічним шоком на догоспітальному та госпітальному етапах при травмі". Саме цей наказ уможливив те, що бригади тактичної медицини за необхідності могли переливати кров і на догоспітальному етапі - тобто під час евакуації пораненого у спеціальному автомобілі або у стабілізаційному пункті поблизу зони бойових дій. Однак в ухваленій пізніше урядовій постанові коло членів евакуаційних екіпажів, кому дозволялось проводити переливання крові, обмежувалось.

Переливання крові дозволялось робити лише тим медпрацівникам, які володіють методами трансфузії, або медичним працівникам чи військовослужбовцям з медичною освітою, які навчилися переливати кров за програмою, визначеною Українським центром трансплант-координації. Тобто за дужками опинилися бойові медики, які не мають медичної освіти, але перебувають в евакуаційних бригадах і щодня вивозять поранених військових із зони бойових дій. І, як стало відомо деякі з них попри заборону в разі необхідності проводили переливання крові, ризикуючи наразити себе на відповідальність за здійснення незаконної лікарської діяльності. І от після тривалих дискусій уряд врешті бойовим медикам теж надали дозвіл на переливання крові, але за умови проходження додаткових курсів від МОЗ.

Уряд ухвалив постанову №681 "Про задоволення потреб Сил безпеки та Сил оборони в донорській крові та компонентах крові в умовах воєнного стану", яка спрощує постачання донорської крові на фронт. Тридцятий пункт цього документа, який опубліковано на сайті Кабміну, передбачає, що робити переливання можуть: медпрацівники, які через свою кваліфікацію володіють методами трансфузії; медпрацівники або військовослужбовці з медичною освітою, які навчилися переливати кров за програмою, визначеною Центром трансплант-координації, а саме спеціального курсу від МОЗ та Українського центру трансплант-координації (УЦТК).

Гемотрансфузію в бойових умовах дозволено проводити в медичних машинах або стабілізаційних пунктах. Там має бути холодильник, де зберігатиметься законсервована кров, та відповідне мобільне обладнання. Процедура вже є частиною підготовки бойових медиків: навчання з такмеду відбуваються за натівськими протоколами TCCC (Tactical Combat Casualty Care), де це обов'язковий пункт.

Бойові медики мають право і повинні переливати кров на до госпітальному етапі, так як це рятує життя понад 60% від усіх поранених з крововтратою.

РОЛЬ ЖІНОЧОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ ВІЙНИ: ВИКЛИКИ ТА ДОСЯГНЕННЯ

Козлова К.В.

Науковий керівник: Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Умови війни створюють особливий контекст для медичного персоналу, особливо для жінок, що працюють у цій галузі. Наступні тези розглядають роль жіночого медичного персоналу в умовах війни, зосереджуючись на викликах, які вони зустрічають, та досягненнях, які їм вдалося здобути.

1. Багатозадачність та стресостійкість: Жіночий медичний персонал в умовах війни виявляє високий рівень стресостійкості та здатність виконувати множинні завдання. Вони взаємодіють із травмованими військовослужбовцями, забезпечують екстрену медичну допомогу та ведуть медичний облік – усе це в умовах екстремального тиску.

2. Жіноче емпатичне сприйняття: Жінки в медичній сфері володіють винятковою здатністю до співчуття та емпатії, що визначає їхню роль у психологічній підтримці поранених та їхніх сімей. Їхні м'якість та уважність стають ключовими факторами у процесі зцілення.

3. Гендерна рівність та ефективність: Важливо визначити, як жіночий медичний персонал призначається на високі посади та як їхня праця взаємодіє з колективом. Гендерна рівність у військовій медицині визначає ефективність лікувального процесу та підвищує загальний рівень довіри пацієнтів.

4. Навчання та підвищення кваліфікації: В умовах війни акцент на постійному навчанні та підвищенні кваліфікації стає вирішальним. Жіночий медичний персонал вдосконалює свої навички, щоб ефективно реагувати на нові виклики, які можуть виникнути в ході воєнних подій.

5. Роль жінок у лідерстві: Прискорений розвиток жіночого медичного лідерства у воєнний період свідчить про необхідність розподілу влади та відповідальності в цій галузі. Жінки займають важливі посади у військовій медицині, де їхні рішення визначають якість та результативність медичної допомоги.

6. Материнство та медична підтримка: Жіночий медичний персонал відіграє важливу роль у забезпеченні медичної підтримки жінкам у воєнних зонах, особливо тим, які пережили травми чи втрати. Їхні навички та емпатія виявляються надзвичайно важливими у важкі часи.

7. Медична гуманітарна допомога та співпраця: Жінки в медичному секторі грають ключову роль у медичній гуманітарній допомозі в умовах війни. Вони взаємодіють із громадськістю, надаючи медичні послуги та підтримку тим, хто перебуває поза зонами активних бойових дій.

8. Сталева витривалість та професійний розвиток: Жінки-медики в умовах війни виявляють вражаючу сталість та пристосованість до непередбачуваних обставин. Їхня здатність до розвитку та адаптації важлива для забезпечення найвищого рівня медичної допомоги у будь-яких обставинах.

9. Специфіка та інновації у жіночій медичній практиці: Жіночий медичний персонал вносить інновації в медичну практику в умовах війни, розробляючи нові методи та стратегії лікування, спрямовані на вдосконалення результатів та збереження життів.

10. Співпраця та міжнародний досвід: Жінки-медики, працюючи в умовах конфлікту, активно співпрацюють на міжнародному рівні, обмінюючись досвідом та кращими практиками. Це сприяє створенню ефективних систем медичної допомоги в умовах війни на глобальному рівні.

Ці тези розкривають складність та важливість ролі жіночого медичного персоналу у воєнний період, відзначаючи важливість їхнього внеску у забезпечення медичної допомоги та подолання викликів, пов'язаних із стресом та емоційними труднощами.

МЕДИЦИНА В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ: ЗАГРОЗИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

Колісник Т.О.

Науковий керівник: Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики.

На початку повномасштабного вторгнення медична система України отримала низку проблем та ризиків. По-перше, значна міграція населення як всередині країни так і за її межі, серед яких був і медичний перонал. Як наслідок, переміщені в межах країни особи уникатимуть сталості в місці тимчасового перебування, а саме: не всі медпрацівники зможуть офіційно працевлаштуватися на новому місці,. А ті хто працевлаштуються, можуть стикнутися з тим, що на безпечних територіях України виникатиме надлишок кваліфікованої робочої сили. В свою чергу, не всі пацієнти передекларуються на новому місці з новим сімейним лікарем.

По-друге, більшість потреб населення під час війни залишилися в зоні впливу сімейної медицини: на безпечних територіях до послуг сімейної медицини будуть звертатися частіше, на прифронтових територіях — рідше.

По-третє, на прифронтових територіях висока імовірність виникнення дефіциту кваліфікованої робочої сили (лікарі та медсестри), адміністративного персоналу.

Водночас, незважаючи на руйнівні методи країни-агресора, система охорони здоров'я України вистояла та вчасно відреагувала на загрози, що перед нею виникли. Автономність закладів охорони здоров'я, яку було запроваджено під час медичної реформи, спрацювала у 2022 році на підвищення ефективності роботи закладів та підвищення доступності медичної допомоги для пацієнтів. Так, як свідчать результати дослідження, кількість звернень за медичною допомогою, госпіталізацій і процедур зросла на 11,1% у 2022 році порівняно з 2021 роком, послідовно по всіх регіонах, крім областей тимчасово окупованих територій. Подібно до інших рівнів охорони здоров'я, використання лікарняної допомоги зазнало серйозного удару в березні 2022 року поступово повернувся до показників 2021 року через п'ять місяців [1].

Результати іншого дослідження засвідчують, що вітчизняна система охорони здоров'я була побудована з надлишком міцності, зокрема й з точки зору людських ресурсів, що дозволило їй не відчувати значного браку людських ресурсів під час кризи [2].

Варто зауважити, оскільки фінансування системи охорони здоров'я відбувається за принципом «гроші ходять за пацієнтом», при формуванні підходів до фінансування медичних закладів та обсягу такого фінансування доцільно врахувати, що в період воєнного часу змінився «маршрут» пацієнтів.

Література:

1. Healthcare at War: The Impact of Russia's full-scale Invasion on the Healthcare in Ukraine. UPD: https://drive.google.com/file/d/1dZQHg_aSdY9xlOiJwz6nM_G3fWSny3Ol/view?pli=1

2. Звіт з досліджень в рамках проєкту «Первинна та амбулаторна медична допомога громадянам України внаслідок військового конфлікту»

підтриманого Міжнародним фондом «Відродження». UPD: https://www.irf.ua/wp-content/uploads/2023/01/irf_sociol_report_fin.pdf

«МЕДИЦИНА В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ» ДЕЯКІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ПІД ЧАС ПОВІТРЯНОЇ ТРИВОГИ ТА ЗВУКІВ ВИБУХІВ В УМОВАХ ХАРКІВСЬКОЇ ДИТЯЧОЇ ПОЛІКЛІНІКИ

Кочубєєва І.М.

Науковий керівник: Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Актуальність теми:. Неодноразово спостерігалось, що під час повітряної тривоги чи звуків вибуху в момент відвідування дитиною кабінету лікаря, ми стикаємося з такими станами у дітей, як стрес та відчуття тривоги.

Стрес- це неспецифічна реакція організму у відповідь на дуже сильну дію (подразник) зовні, яка перевищує норму, а також відповідна реакція нервової системи.

Тривога- це природне відчуття страху перед загрозою, яке дозволяє її помітити і вжити відповідні заходи.

Діти по-різному реагують на стрес залежно від індивідуальних якостей. У дитини стрес може проявлятися через зміни в поведінці, пітливість долонь, плач, дратівливість, постійний вираз занепокоєння. Під час прийому я спостерігаю за станом та реагую на потреби дитини. Намагаюсь ставити відкриті запитання, стежу за рівнем активності та емоціями. Проговорюю і проявляю емоції під час спілкування. Можу почати малювати разом з дитиною. Дозволяю налагодити тілесний контакт. Ми робимо разом вправу «Обійми метелика» - дитина обіймає свої плечі двома руками, також може себе поплескати по них. Зазвичай це допомагає вийти зі стану ступора. І звичайно використовую стабільне дихання. Для виконання цієї вправи я

прошу дитину подивитись на двері, які вона бачить перед собою. Супроводжую поглядом з першого кута до другого (на рахунок "1"), з другого до третього (на рахунок "2"), з третього до четвертого (на рахунок "3"), з четвертого назад до першого (на рахунок "4") – і так по колу. На рахунок "1" ми починаємо вдих, разом з дитиною, продовжуємо вдихати повітря через ніс до рахунку "4". Потім знову на рахунок "1" починаємо видихати до "4". За рахунок штучного уповільнення дихання мозок зрозуміє, що ми у безпеці і зараз можна розслабитися.

Дуже важливо уважно ставитися до психічного стану дітей під час повітряної тривоги. Батькам раджу говорити з дитиною, повторювати, що з нею все буде добре, ми поруч.

Мета моєї роботи була проаналізувати діточок з психічними розладами при стресових ситуаціях під час воєнного часу.

Наша тема була актуальна, тому що, на жаль, зараз дуже багато дітей, які під час повітряної тривоги або почутих вибухів відчувають стрес. Ми повинні своєчасно та правильно вміти надати допомогу, щоб вивести дитину з цього стану.

Мною була проаналізована група дітей і я помітила, що коли починаєш швидко і своєчасно виводити дитину зі стану стресу та відчуття тривоги, це запобігає психологічним ускладненням. Цей досвід стане в нагоді мені в подальшому спілкуванні з дітками під час повітряної тривоги!

АКУБАРОТРАВМА ТА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ У СВІТЛІ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОГО ПІДХОДУ

Крохмаль Г. Д., Громко Є.А.

Науковий керівник: проф. Єрьоменко Г.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Вступ. У сучасній медичній парадигмі проблема поліморбідності стає нагальною, спричиняючи перегляд підходів до розробки стратегії лікування. У воєнний час набувають актуальності дослідження взаємозв'язку акубаротравми та артеріальної гіпертензії, у зв’язку зі значною їх поширеністю серед військовослужбовців.

Мета роботи: з’ясувати існування взаємозв'язків між акубаротравмою та артеріальною гіпертензією серед військовослужбовців які знаходяться на реабілітаційному лікуванні.

Методи дослідження: дистанційне анкетування. Під час дослідження проведено опитування 34 військовослужбовців чоловічої статі віком від 21 до 55 років, які знаходяться на реабілітаційному лікуванні.

Результати: Під час дослідження було опитано 37 пацієнтів, які отримали різні поранення, в тому числі й акубаротравму. Для легкості сприйняття військовослужбовцями термін «акубаротравма» в анкеті змінено на термін «контузія». У 7 респондентів АТ не змінився (10,8%), це були чоловіки віком від 41 до 50 років. У 56,8% - контузія була від 2 до 5 разів, у 29,7% - один раз і у 2,7% - до десяти раз. Легкий ступінь контузії оцінили 32% респондентів, 51,4%- середньої тяжкості й 16,2% - як важку. Значущої залежності ступеня тяжкості акубаротравми і підвищення АТ серед опитаних відзначено не було, але тенденція зростання до високих показників АТ все ж таки відчувалася у групі 2-5 контузій і віком 41-50 років.

Висновок: Таким чином, проведений аналіз виявив, що акубаротравма будь-якого ступеня тяжкості впливає на підвищення рівня артеріального тиску та прогресуванню супутніх патологій. Проведення анкетування допомагає у прогнозуванні можливих ускладнень після акубаротравми.

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ОРГАНАМИ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ (НА ПРИКЛАДІ БІЛЯЇВСЬКОЇ

СІЛЬСЬКОЇ РАДИ ЛОЗІВСЬКОГО РАЙОНУ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

Кузьменко Н.М., Кузьменко С.Л.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Відповідно до статті 49 **Конституції України кожен** має право на охорону здоров'я і медичну допомогу. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для **всіх громадян** медичного обслуговування.

Система охорони здоров'я України, як і інші сектори економіки, перебуває у складному становищі через війну, розв'язану Російською Федерацією. У мирний час система охорони здоров'я в Україні була визначена однією з пріоритетних галузей у забезпеченні соціально-економічного потенціалу держави, а в період війни тим більше. Система охорони здоров'я є одним із невід'ємних елементів будь-якої сучасної держави.

Навіть під час воєнного стану беззаперечними залишаються наступні твердження:

- охорона здоров'я – це один з пріоритетних напрямків державної політики,
- заклади охорони здоров'я належать до об'єктів критичної інфраструктури.

Саме тому одним з ключових завдань в діяльності органів державної та місцевої влади під час воєнного стану є забезпечення сталого функціонування системи охорони здоров'я та задоволення медичних потреб населення. Це необхідна умова для збереження та покращення тривалості і якості життя населення країни, адже загальновідомо, що здорова нація і людський капітал є основою існування та розвитку будь-якої держави.

Управління розвитком територіальних громад в умовах децентралізації передбачає застосування програмно-цільового підходу. Одним з напрямків його практичної реалізації є складання та виконання місцевих програм, спрямованих на розвиток найбільш значущих сфер життєдіяльності громади.

Місцеві програми, які розробляються в територіальних громадах, спрямовані на досягнення вимірюваних показників розвитку різних сфер життєдіяльності громади.

Так, з метою забезпечення надання доступної кваліфікованої медичної допомоги мешканцям Біляївської територіальної громади, проведення глибоких структурних змін у медичній галузі, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя була прийнята Програма організації надання первинної медичної допомоги мешканцям Біляївської територіальної громади на період 2021 - 2023 роки (далі - Програма).

Необхідність визначення основних напрямків розвитку галузі охорони здоров'я громади зумовлена:

1. Введенням в дію реформи системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини, та негативними тенденціями демографічних показників. Протягом останніх років залишається від'ємний показник приросту населення та становить по Біляївській територіальній громаді: 2019р. (- 16,1%); 2020р. (- 16,5%) ; народжуваність 1,7% - в 2019 р., 2,1% в 2020 р.

2. Зниженням рівня і погіршення якості життя більшості населення;

3. Зростанням показника смертності, який становить 18,6% проти 17,8 % в 2019р. на 1000 населення. Середня тривалість життя згідно статистичним даним по Харківській області: чоловіки - 64 років, жінки - 73 роки.

4. Незадовільним станом здоров'я мешканців громади, насамперед у сільській місцевості. Поширеність захворювань зросла з 2019 р. - 177770 на 100 тис. населення до 184055 в 2020 році.

Основні захворювання по нозологіям:

1. Хвороби системи кровообігу
2. Хвороби органів дихання
3. Хвороби органів травлення
4. Онкологічні хвороби (15% -2019р; 8% - за 9 місяців 2020р. занедбані форми)

Несвоєчасні профілактичні заходи, дороговартісне лікування і обстеження приводить до хронитизації захворювання та в подальшому інвалідізації.

1. Незадовільним, протягом багатьох років, матеріально-технічним забезпеченням медичних закладів Біляївської територіальної громади затвердженого табелю оснащення наказом МОЗ №1150 від 27.12.2013р. «Про затвердження примірного табелю оснащення центру первинної медико-санітарної допомоги та його підрозділів». Завдяки органам місцевого самоврядування заклади оснащені на 62%.

2. Недосконалою системою оплати праці працівників медичної галузі, що призводить до незадовільного кадрового забезпечення працівниками, особливо в сільській місцевості.

3. Диспропорціями у розвитку первинної та вторинної медичної допомоги. Оновлення обладнання проводилось в основному центральних районних лікарень за рахунок державного бюджету.

Очікуваними результатами Програми мають стати:

- збереження та зміцнення здоров’я населення громади;
- продовження періоду активного довголіття і тривалості життя людей;
- підвищення рівня задоволення мешканців громади станом свого здоров’я та якістю медичного обслуговування;
- забезпечення права кожного мешканця громади на вільний вибір лікаря;
- підвищення зацікавленості медичного персоналу працювати більш ефективно, забезпечення повноцінних профілактичних заходів з метою попередження захворювань та інвалідизації хворих.

Програма передбачає проведення постійного моніторингу ефективного використання медичного, технологічного обладнання та спеціалізованого

автотранспорту, закуплених за кошти громади.

Серед заходів **з** поліпшення умов надання медичної допомоги жителям Біляївської територіальної громади, підвищення їх якості є закупівля:

- програмного забезпечення «програми медичної статистики та звітності - «Медстат», програма ведення обліку лікарняних листків, програма обліку флюорообстеження населення;
- паливно-мастильних матеріалів для автомобілів, що обслуговують медичні заклади, розташовані на території Біляївської територіальної громади, та здійснюють перевезення хворих на ниркову недостатність для гемодіалізу до м. Лозова;
- медикаментів та перев’язувальних матеріалів, туберкуліну та вакцини, медичних виробів, предметів, матеріалів для функціонування медичних закладів, розташованих на території Біляївської територіальної громади.

Таким чином, основні висновки проведеного дослідження полягають у наступному. Дослідженням встановлено, що охорона здоров’я як складова соціальної політики є визначальним напрямом внутрішньої політики держави і потребує втілення в соціальні програми і різноманітні заходи, спрямовані на задоволення прав громадян на здоров’я.

Стан громадського здоров'я населення залишається незадовільним, що потребує нагального вирішення актуальних проблем галузі, удосконалення організації і поліпшення її діяльності.

Зважаючи на повноваження щодо управління закладів охорони здоров’я, організації їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, можливість прямо впливати на їх діяльність шляхом прийняття відповідних рішень і підпорядкованість загальним тенденціям розвитку сфери охорони здоров’я, державній політиці охорони здоров’я, що формується центральними органами державної влади, органи місцевого самоврядування у сфері охорони здоров’я є тією важливою ланкою, що з’єднує державну і комунальну системи охорони здоров’я.

Література:

1. **Конституція України,** стаття 49. https://protocol.ua/ua/konstitutsiya_ukraini_stattya_49/
2. Рішення №85 «Про затвердження програми організації надання первинної медичної допомоги мешканцям Біляївської територіальної громади на період 2021-2023 роки» https://bil-gromada.gov.ua/docs/790134/
3. Рішення №1485 «Про затвердження Програми організації надання первинної медичної допомоги мешканцям Біляївської сільської територіальної громади на період 2024-2026 роки» https://bil-gromada.gov.ua/docs/1522627/

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ "СЕСТРИНСЬКОЇ ПРАКТИКИ" В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Кузьменко Н.М., Ащеулова Т.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

У часи сьогодення, коли нас спіткали спочатку Covid-19, а тепер повномасштабна війна, інформаційні технології – є невід'ємним компонентом освітньої галузі, що оптимізує і підвищує її ефективність. Для розвитку освітньої сфери актуальним є застосування сучасних технологічних засобів інформаційно-комунікаційного типу – так наголошує національна стратегія розвитку освіти в Україні [1, 2]. Кейс-технології або метод кейсів (англ. case method, case study, case based learning) – це методика навчання, яка використовує опис реальних ситуацій або конкретних прикладах [3, 4]. Зазначений метод допомагає здобувачам освіти навчитися вирішувати різноманітні проблеми, проводити аналіз і діагностику, а також бути більш винахідливими [5]. Щодо галузі медичної педагогіки, то вона (методика) дозволяє розвинути власне клінічне мислення та покращити практичні навички майбутніх медичних працівників [6].

Ціль роботи. Оцінити ефективність викладання сестринської практики в

умовах воєнного часу

Матеріали та методи. Нами було застосовано кейс-технології у вигляді різноманітних кейсів, а саме презентацій, тестів, ситуаційних задач, тренажерів практичних навичок, а також відео-кейсів згідно з тематичного плану по медичному освітньому компоненту «Сестринська практика» для здобувачів освіти третіх курсів ХНМУ як вітчизняних та і для англомовних.

Результати та обговорення. Зазначена нами методика викладення навчального матеріалу освітнього компоненту «Сестринська практика» для здобувачів освіти–медиків третіх курсів допомагає здобувачам освіти глибше
зрозуміти тему, отримати додаткову корисну інформацію, поглибити свої знання, збільшити мотивацію, розвинути уяву та аналітичне мислення, заохотити на дискусію, сприяє навичкам вирішувати клінічні проблеми і робити раціональні висновки та поєднати теоретичні знання з практичним вирішенням проблемних завдань, запитань чи ситуацій.

Висновки. В умовах воєнного часу кейс-технології є надзвичайно ефективними для формування в здобувачів освіти-медиків професійної
компетентності у вивченні освітнього компоненту «Сестринська практика». Методика викладання «Сестринська практика» за допомогою кейс-технологій не тільки дозволяє в цікавій формі представити навчальний матеріал, але й підвищує мотивацію студентів до навчання і засвоєння практичних навичок.

Перелік літератури:

1. Досвід впровадження кейс-технологій у навчальний процес / Г. М. Кожина, Т. П. Мозгова, Л. М. Гайчук, І. М. Стрельнікова, І. В. Лещина, К. О. Зеленська, І. Ф. Тєрьошина, С. В. Федорченко // Інноваційні технології навчання: досвід впровад ження та перспективи розвитку, Харків, 17 березня 2021 р. : матеріали LIV навчально-методичної конференції / ХНМУ. – Харків : 2021. – Вип. 11. – С. 59–61.

2. Florek G. Case reports in medical education: a platform for training medical

students, residents, and fellows in scientific writing and critical thinking / G. Florek, R. P. Dellavalle // Journal of Medical Case Reports. – 2016. – Vol. 10. – P. 86.
3. Журавльова Л. В. Застосування кейс-технологій під час дистанційного навчання студентів на клінічній кафедрі / Л. В. Журавльова, О. І. Цівенко, О. В. Лахно // Актуальні питання вищої медичної (фармацевтичної) освіти: виклики сьогодення та перспективи їх вирішення: матеріали XVIII Всеукраїнської науково-практичної конференції в онлайн-режимі за допомогою системи Microsoft Teams (Тернопіль, 20–21 трав. 2021 р.) / Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. – Тернопіль: ТНМУ, 2021. – С. 205–207.
4. Implementation of training on virtual patients at Zaporozhye State Medical Univesity / O. Furyk, M. Avramenko, A. Bilay, A. Pavlenko // MEFANET JORNAL. – 2017. – Vol. 4 (1). – P. 25–26.
5. Lopina N. Components of Case Based Education in Studying Internal Medicine Based on Modern Educational Web-Technologies / N. Lopina // Conference Best practice for research teaching in medical education. – Pécs, Hungary, 2018. – P. 31.
6. Кобися В. М., Кіржа Н. В. Використання кейс-методу для формування комунікативної компетентності у студентів медколеджів. Науково-видавничий центр «Sci-conf». Lviv, Ukraine. 2020. С. 437–441.

ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ЗАБОРУ КРОВІ З ВЕНИ МЕДИЧНОЮ СЕСТРОЮ В МАНІПУЛЯЦІЙНОМУ КАБІНЕТІ

Кулієва Ірада Вахаб кизи
Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Маніпуляційний кабінет є ключовим елементом сучасної медичної практики, де медичні сестри виконують ряд важливих функцій, забезпечуючи якісний та безпечний збір біологічних матеріалів, зокрема, забір крові. Важливість цієї роботи полягає в тому, що отримані зразки є вирішальними для правильної діагностики та лікування пацієнтів. У цьому контексті медична сестра, яка

працює в маніпуляційному кабінеті, має велику відповідальність та вимагає високого рівня професійної кваліфікації.

Навичка швидкого та безпечного забору крові з вени є ключовою для медичної сестри. Вона повинна володіти техніками, які сприяють успішній венопункції, навіть у випадках, коли знайти відповідну вену складно. Важливо враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта та використовувати методи, які зменшують дискомфорт та стрес для них.

Медична сестра може використовувати різні прийоми та стратегії для полегшення венопункції, такі як використання теплого компресу для розширення вен, вибір оптимального місця для пункції, та активна комунікація з пацієнтом для зниження стресу. Багато пацієнтів відчувають тривожність перед медичними процедурами, особливо тими, які пов'язані із порушенням цілісності шкіри. Цей страх може призводити до скорочення вен, ускладнюючи їх пошук та знаходження. Тому перед проведенням процедури важливо створити максимальний психологічний комфорт для пацієнта.

Застосування цих методів сприяє покращенню якості виконаної процедури та підвищенню задоволення пацієнта від медичного обслуговування.

Під час вибору інструменту для забору крові рекомендується віддавати перевагу не традиційному шприцу, а закритій вакуумній системі[1].

Вакутейнер – це спеціальний контейнер, має спеціальну систему з еластичним поршнем, який створює вакуум, тим самим відтягуючи кров до контейнера через голку. Він призначений для безпечного та ефективного збору крові. У порівнянні з традиційними шприцами, вакутейнер дозволяє точно визначати об'єм відбираної крові, спрощує процес, робить процедуру менш болісною та більш точною, зменшує ризик контакту із кров'ю під час забору та підвищує ефективність лабораторних досліджень.

Використання шприца для взяття крові пов'язане із певною небезпекою для медичного персоналу, оскільки існує ризик поранення голкою. За статистикою, 73% випадкових уколів голкою серед медичного персоналу стаються під час маніпуляцій із шприцем.

Проведення процедури взяття крові за допомогою шприца може також призводити до гемолізу еритроцитів, що може спотворювати результати аналізів. Поміж інших негативних аспектів використання шприца може бути неточний об'єм взятої проби крові, недостатнє змішування із хімічними реагентами, а також можливість проливання крові. З урахуванням цих проблем, застосування альтернативних методів, таких як вакуумні системи для забору крові, може зменшити ризики для медичного персоналу та поліпшити точність та безпеку процедури.[2]

Використання вакуумних систем для взяття крові має численні переваги:

✔ Вакуумні системи використовують голки значно тонші, ніж ті, що використовуються у звичайних шприцах. Це дозволяє мінімізувати пошкодження вен при взятті крові.

✔ В порівнянні з традиційними шприцами, вакуумні системи дозволяють медичним сестрам скоротити час маніпуляції взяття крові з 5–10 хв до 3–5 хв.

✔ Відсутність прямого контакту з кров'ю пацієнта забезпечує безпеку для медичного персоналу та самого пацієнта.

✔ Використання вакуумних систем дозволяє точно визначити співвідношення об'єму крові та кількості реагенту, що сприяє стандартизації процесу.

✔ Вакуумні системи сприяють підвищенню якості отриманих зразків сироватки та плазми крові.

✔ Процедура взяття крові є зручною та простою, а час введення голки в одну пробірку складає всього 5–10 секунд. Також можливе використання різних пробірок для різних аналізів без повторного введення голки.

✔ Вакуумні системи ідеально підходять для пацієнтів з тонкими і глибоко розташованими венами.

✔ Використання вакуумних систем сприяє скороченню кількості лабораторних помилок та потреби у повторних аналізах.

✔ Використання сучасних технологій взяття крові може викликати позитивний психологічний ефект як для медичного персоналу, так і для пацієнтів.[3]

Зазвичай відбір крові проводять із серединної ліктьової вени, яку можна легко знайти. У випадку, коли вени не видно, її можна визначити шляхом пальпації, найкраще використовуючи вказівний палець. Важливо уникати пальпації вени великим пальцем через його пульсацію, що може заважати визначити вену. Здорова вена повинна бути м'якою на дотик та пульсувати в такт серцевих скорочень.

При взятті крові з вени часто доводиться мати справу з тонкими та ламкими венами і тонкою шкірою. У людей похилого віку вміст колагену та еластину в шкірі значно зменшується, що робить її тоншою, а також стоншується підшкірно-жировий шар та послаблюється імунна система. Все це підвищує ризик травми, кровотечі з місця венопункції та утворення гематом. У пацієнтів із хронічними захворюваннями, які часто проходять обстеження та госпіталізації, можуть утворюватися рубці внаслідок частих венопункцій на венах, з'являтися дрібні капіляри-колатерали та формуватися тонкі, ламкі вени, які є неідеальними для пункції.[4]

Існує кілька методів для полегшення взяття крові з тонких вен та захисту стоншеної шкіри від травмування:

✔ У разі можливості використовуйте голку із меншим діаметром, щоб зменшити дискомфорт та травмування при пункції.

✔ Не стягуйте джгут надто сильно, щоб уникнути зайвого стиску вени та забезпечити легший доступ.

✔ При пункції вени вводьте голку практично паралельно шкірі, що допомагає знизити ймовірність проколу вени та поперечних ушкоджень.

✔ Обов'язково натягуйте шкіру над веною, щоб уникнути ковзання під час введення голки.

✔ Уникайте використання бокового доступу до вени, що може зміщувати її положення під час пункції.

Щодо ділянок, де не рекомендується забирати кров, важливо уникати таких місць, як під рубцями, в області опіків, під синцями та гематомами, біля уражених інфекцією ділянок, а також в зонах із встановленими катетерами чи судинними трансплантатами, або вище ділянок, де проводилося внутрішньовенне введення.

Під час проведення процедури взяття крові з вени на аналіз навіть досвідченим медичним сестрам не завжди вдається з першого разу знайти відповідну вену. Згідно зі статистикою, успішна венопункція відбувається лише у 40% випадків з другої, третьої чи навіть четвертої спроби. Сучасні технології можуть стати надійною допомогою для медичних сестер у полегшенні цього процесу.[5]

Портативний безконтактний пристрій для візуалізації периферичних вен значно полегшує пошук вен у пацієнтів з різними проблемами, такими як опікові постраждалі, онкологічні пацієнти під час хіміотерапії, особи, які отримують тривалі внутрішньовенні вливання, пацієнти з ожирінням, новонароджені та інші. Цей пристрій значно прискорює процес пошуку вен у критичних ситуаціях і зменшує травматизацію тканин. Він використовує безпечні для пацієнта низькопотужні лазери, які при наведенні на шкіру миттєво визначають навіть найтонші вени. Застосування цього пристрою дозволяє вдвічі скоротити час взяття крові з вени та виконати венопункцію з першої спроби, мінімізуючи дискомфорт для пацієнта.

Сучасні високотехнологічні окуляри з технологією 3D-візуалізації дозволяють медичній сестрі здійснити венопункцію з першого разу. Ці окуляри випромінюють інфрачервоні хвилі, які проникають у товщу тканин до 10 мм. Промені поглинаються гемоглобіном венозної крові, тоді як артеріальна кров, насичена киснем, відбиває їх. Завдяки цьому медична сестра може чітко бачити вени на руці пацієнта, що дозволяє їй практично безпомилково виконати венопункцію. Це особливо важливо в ситуаціях, де потрібне швидке і точне введення голки в вену. Окуляри з технологією 3D-візуалізації можна надіти поверх захисних медичних окулярів.

Однак головним недоліком цих технологій є їх висока вартість, що ускладнює їх впровадження в державні заклади охорони здоров'я. Тим не менше, в приватних клініках вони використовуються як конкурентна перевага для залучення пацієнтів та підвищення якості медичних послуг. Таким чином, в сфері приватного сектору відбувається поетапне впровадження сучасних медичних технологій та використання новітньої медичної апаратури.

Використання інноваційних технологій в роботі медичних сестер безпосередньо впливає на якість сестринської допомоги. Чим більше впроваджуються новітні технології, тим більше уваги приділяється безпосередньо пацієнтові, що сприяє підвищенню якості медичного обслуговування. Застосування інновацій у практичній роботі, зокрема, при процедурі взяття крові з вени, дозволяє медичним сестрам виконувати свою роботу більш професійно, забезпечуючи комфорт і безпеку як для пацієнта, так і для самих сестер. Це також сприяє ефективній та якісній реалізації лікувально-діагностичного процесу.

Список використаної літератури:

1. Освітньо-кваліфікаційна характеристика та освітньо-професійна програма підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня молодшого спеціаліста за спеціальністю галузі знань "Медицина" 5.12010101 "Лікувальна справа" / Наказ МОЗ України від 24.06.2011 р. № 649 "Про затвердження і введення в дію складових галузевих стандартів вищої освіти зі спеціальностей освітньо-кваліфікаційного рівня молодшого спеціаліста галузей знань "Медицина" та "Фармація".

2. Ковальова О. М., Лісовий В. М., Шевченко С. І., Фролова Т. В. та ін. Догляд за хворими: підручник. - К.: ВСВ Медицина, 2010. - 488 с.

3. 9. Лісовий В. М., Ольховська Л. П., Капустник В. А. Основи медсестринства: підручник. - К.: ВСВ Медицина, 2010. - 560 с.

4. 10. Савка Л. С., Разінкова Л. І., Коплик А. Ф., Коцар О. І., Аленіч О. І. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: навч. посіб. / За ред. Л. М. Ковальчука, О. В. Кононова. - К.: Медицина, 2009. - 480 с.
5. 11. DeLaune S. C., Ladner P. C., Fundamentals of Nursing: standarts & practice. - №. Y.: Delmar Pablishers, 1998. - 1267 p.
6. 12. Taylor C., Lillis C., Lemore P. Fundamentals of Nursing. - Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 2003. - 1000 p

ВПЛИВ ВІЙНИ НА РИЗИК РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Літвінова В.О.
Науковий керівник: доцент Гончарь О.В.
Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Актуальність: Війна є одним з найсерйозніших стресових факторів, які можуть негативно впливати на здоров'я людини. Вона може призвести до підвищення ризику розвитку серцево-судинних захворювань, таких як ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, інсульт, артеріальна гіпертензія [1]. В Україні війна триває вже понад 8 місяців. За цей час вона призвела до значного погіршення стану здоров'я населення, у тому числі до підвищення ризику серцево-судинних захворювань.

Мета дослідження: Визначити вплив війни на ризик розвитку серцево-судинних захворювань у людей, які живуть у воєнних умовах.

Результати дослідження: Стрес від воєнних дій активує систему стресової відповіді, яка містить високий рівень гормонів стресу, таких як кортизол та адреналін. Психологічний стрес може підвищити ризик розвитку серцево-судинних захворювань шляхом підвищення артеріального тиску, рівня холестерину, агрегації тромбоцитів і запальних процесів [2]. Крім того, стрес

може впливати на здатність організму регулювати запалення, що може призвести до погіршення функції судин.

Деякі дослідження показали, що у людей, які пережили стрес, пов'язаний з війною, підвищений ризик розвитку серцево-судинних захворювань. Наприклад, дослідження, проведене в Ізраїлі, показало, що у ветеранів Війни в Перській затоці ризик розвитку серцево-судинних захворювань був на 20% вищим, ніж у людей, які не служили в армії [3].

Активність розглядається як важливий аспект здоров'я серцево-судинної системи. Умови війни, зокрема на фронті, можуть призвести до зниження рівня фізичної активності серед військовослужбовців та цивільного населення. Це може бути викликано обмеженими можливостями для заняття спортом, необхідністю залишатися вдома або в укритті через небезпеку, а також внаслідок психологічних та фізичних травм.

Зниження фізичної активності може призвести до втрати аеробного фітнесу. Це може вплинути на ефективність серцево-судинної системи, оскільки аеробні тренування підтримують здоров'я серця та судин, зменшують артеріальний тиск і підвищують рівень "доброго" холестерину.

Низький рівень фізичної активності пов'язаний зі збільшенням артеріального тиску та зайвою масою тіла. Обидві ці фактори є ключовими у ризику розвитку серцево-судинних захворювань, таких як інфаркт міокарда та інсульт.

Фізична неактивність може спричинити порушення обміну глюкози та інсулінорезистентність, що також асоціюється зі збільшеним ризиком серцево-судинних захворювань.

Дослідження, проведене в США, показало, що у людей, які не займалися фізичними вправами, ризик розвитку серцево-судинних захворювань був на 30% вищим, ніж у людей, які займалися фізичними вправами протягом 30 хвилин або більше п'ять днів на тиждень.

Внаслідок війни можливі зміни у харчових звичках людей, оскільки вони можуть бути змушені обмежувати свій раціон через дефіцит продуктів харчування. Крім того, може збільшитися споживання менш здорових

продуктів, які стають більш доступними або дешевшими. Стрес та емоційна напруга під час війни можуть також призвести до збільшення вживання алкоголю та куріння сигарет. Ці звички пов'язані зі збільшеним ризиком виникнення серцево-судинних захворювань, таких як атеросклероз, гіпертензія та інші.

Зміна харчових звичок може викликати збільшення ймовірності розвитку серцево-судинних захворювань. Це зумовлено тим, що нездорове харчування може призвести до таких змін у фізіології організму, як ожиріння та підвищення рівнів холестерину і цукру в крові. Ці зміни можуть викликати ушкодження серцево-судинної системи та збільшити ризик розвитку захворювань, таких як ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, інсульт та артеріальна гіпертензія.

Висновки: Дослідження виявило, що війна впливає на різні аспекти фізичного та психічного здоров'я, і існує значний зв'язок між військовими конфліктами та ризиком розвитку серцево-судинних захворювань. Зниження фізичної активності, стрес, зміни в харчуванні та інші чинники можуть сприяти зростанню тенденції серцево-судинних захворювань серед воєнних та цивільного населення. Розвиток програм та стратегій, які враховують фізичні та психологічні аспекти, є необхідним для забезпечення повноцінного захисту серцево-судинної системи під час військових дій.

Література:

1. Борщева, О. О., & Ткаченко, О. В. (2022). Вплив війни на серцево-судинні захворювання. Український медичний часопис, 2(212), С – 7-11.

2. Ahern, J., Galea, S., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Bucuvalas, M., Gold, J. M., ... & Vlahov, D. (2004). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. The New England Journal of Medicine, 351(10), С – 995.

3. O'Donnell, M., Xie, X., Zhang, Y., Liu, L., & Zhu, J. (2019). The impact of war on cardiovascular health: A systematic review and meta-analysis. Journal of the American Heart Association, С – 1-3.

ВПЛИВ COVID-19 НА РОЗВИТОК УСКЛАДНЕНЬ ДИХАЛЬНОЇ СИСЕМИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ХВОРОБИ

Логвіна А.А., Русіна А.М.

Науковий керівник: д.мед. наук професор Бездітко Т.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Актуальність. Масштабні спалахи пандемії COVID-19 були зафіксовані в різних країнах нашої планети. Не дивлячись на те, що пік захворювання спостерігався декілька років тому, ще досі щодня продовжують фіксувати нові випадки хвороби коронавірусу

Мета дослідження: провести аналіз впливу вірусу SARS-CoV-2 на розвиток порушень дихальної системи організму у людей, які перенесли захворювання.

Методи дослідження: огляд літературних інтернет-джерел та проведення тестового опитування з використанням Google-форми, на умовах добровільної згоди серед студентів.

Результати: нами було проведено опитування з приводу поширеності розвитку ускладнень після перенесеного COVID-19. У дослідженні взяло участь 23 респондента різної статі, віком від 18 до 24 років, з яких 39,1% мали скарги після перенесеної хвороби, з яких у 40% були скарги на задишку, у 30%- порушення відчуття запаху, у 20% - слабкість, а у решти – комплекс інших симптомів, таких як кашель, дискомфорт у горлі та високу температуру. Слід зауважити, що 34% опитаних, які скаржилися на появу симптомів після ковіду, мали хронічні захворювання, а саме: цукровий діабет, бронхіт, гайморит, аритмію серця, гіпотиреоз та гастродуоденіт. Також, опитування показало, що 82,6% респондентів робили вакцинацію від коронавірусу та 95,7% мали легку форму хвороби, лікуючись амбулаторно.

Висновки: Згідно отриманним данним, вірус SARS-CoV-2 викликає хворобу з різноманітними ускладненнями, але в 43,5 % пов'язані з дихальною системою.

ВПРОВАДЖЕННЯ ТА ЗАСТОСУВАННЯ НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ У СИСТЕМІ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Лук'янченко А.В.

Науковий керівник: Смірнова В.І.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Актуальність. Екстрена медична допомога є критично важливою для забезпечення негайної медичної допомоги у надзвичайних ситуаціях та невідкладних станах. Тому чим швидше та якісніше надається допомога, тим більше шансів на успішне лікування та збереження життя.

Метою даного дослідження було проаналізувати новітні технології, які з'явилися за останні роки в системі ШМД.

Результати. У період 2021 і до 2023 року в Україні реалізується другий етап перетворення системи екстреної медичної допомоги, який передбачений у Концепції розвитку системи ЕМД.

Першим кроком до трансформації системи екстреної медичної допомоги стала заміна усього старого автотранспорту та обладнання. Відтепер кожна карета швидкої медичної допомоги обладнана сучасними медичними ношами, дефібрилятором, електровідсмоктувачем, небулайзером, апаратом для підігріву розчинів, шприцевим інфузійним насосом.

Було замінено старе обладнання на нове, таким чином:

1. Шины Крамера та Дітеріхса були повністю замінені на сучасні пневматичні та вакуумні шини.
2. Жгут Эсмарха заміненний на жгути-закрутки.

3. Створено нові травматичні укладки, в яких є спеціалізовані протиопікові пов’язки та бинти, термоковдри.

4. Надані сучасні набори для інтубації трахеї, ларингомаски, повітроводи.

Було введено нові критерії надання екстреної медичної допомоги, які базуються на пріоритетності стану хворого, а не на територіальній належності. Звернення пацієнтів тепер поділяють на чотири категорії: критичні, екстрені, неекстрені та непрофільні. Диспетчер визначає стан пацієнта та обставини подій, враховуючи причини звернень і скарг, від цього буде залежати швидкість виїзду бригади ЕМД на виклик та її склад, фельдшерська бригада чи лікарська.

Також значним кроком стало впровадження телемедицини в систему швидкої медичної допомоги. Пацієнт чи свідок події може використовувати мобільний зв’язок для передачі важливої інформації диспетчерам “103”. Це дозволяє підготувати необхідні ресурси та обладнання бригаді ШМД. Значно полегшується робота фельдшерів з даними електрокардіограм, завдяки телеметрії фельдшер може у реальному часі консультуватися з лікарем кардіологом, щодо стану пацієнта. Такий підхід до використання телемедицини на швидкій допомозі може покращити час реакції, забезпечити ефективне лікування та збільшити шанси на врятування життя пацієнтів у критичних станах.

Висновок: Отже, впровадження та застосування інноваційних технології в системі екстреної медичної допомоги (ШМД), відіграють ключову роль у покращенні якості надання медичних послуг, ефективності та оперативності надання допомоги в надзвичайних ситуаціях, розвитку методів діагностики та лікування, а також оптимізації системи охорони здоров'я.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. https://medplatforma.com.ua/article/1937-sistema-ekstreno-medichno-dopomogi-v-ukran

https://de-jure.ua/telemedicina-nastoyashhee-budus

ОСОБЛИВОСТІ ОБСТЕЖЕННЯ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ ЖІНОК-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Луценко К.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Болокадзе Є.О.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

На сьогоднішній день понад 60 тисяч жінок проходять службу в Збройних Силах України. Трохи більше 18 тисяч – це цивільні посади. І понад 40 тисяч – це власне військовослужбовиці. В зоні бойових дій безпосередньо виконують бойові завдання понад 5 тисяч. Тобто, це суттєво більше, ніж було до повномасштабного вторгнення. Рак шийки матки розвивається з передракових станів, тому дуже важлива рання діагностика та регулярні відвідування гінеколога. Виявлення онкогенних процесів на початкових стадіях дозволяє проводити малоінвазивне органозбережне лікування та уникнути руйнівних наслідків для жіночого здоров'я. Наразі скасовано усі обмеження для доступу військовослужбовиць до усіх посад. Зокрема, якщо раніше жінки могли проходити службу на посадах переважно медичних спеціальностей, зв'язківців, бухгалтерів, діловодів і кухарів, то нині – жінка в армії може бути водієм, гранатометником, заступником командира розвідгрупи, командиром БМП, ремонтником, кулеметником, снайпером тощо. Ця ситуація обмежує можливість жінки-військовослужбовця своєчасно пройти гінекологічний огляд і зробити цервікальний скринінг.

Рак шийки матки (РШМ) — це тип раку, який виникає внаслідок мутації епітеліальних клітин шийки матки. РШМ розпочинається з появи зон аномальних мікроскопічних клітин на поверхні шийки матки. Мутації в ДНК цих клітин роблять їх аномальними та потенційно злоякісними. Ці зміни

називаються цервікальною інтраепітеліальною неоплазією (CIN) або дисплазією шийки матки. Дисплазія шийки матки перетворюється на рак, коли аномальні клітини проникають у м'язову тканину під слизовою оболонкою шийки матки. Майже всі випадки раку шийки матки спричиняються довготривалою інфекцією вірусом папіломи людини (ВПЛ). ВПЛ — надзвичайно поширена вірусна інфекція, що передається переважно статевим шляхом. До інших факторів ризику виникнення РШМ можна віднести паління, ІПСШ, прийом оральних контрацептивів, ослаблену імунну систему, наявність випадків захворювання РШМ в сім`ї. При опитуванні жінок-військовослужбовців кожна четверта жінка має вищеперераховані фактори ризику. Клінічними симптомами раку шийки матки є вагінальні кровотечі після статевого акту, між місячними або після менопаузи; водянисті кров'янисті виділення з піхви, що можуть мати сильний та неприємний запах; біль в ділянці малого таза; біль під час статевого акту. Скринінг на патологію шийки матки є способом запобігання РШМ шляхом виявлення і лікування патологічних змін у шийці матки у жінок. Важливим є скринінг із використанням ПАП-тесту та виявлення ДНК вірусу папіломи людини. Поєднання цих двох методів називається ко-тестингом. Діагноз «рак шийки матки» встановлюється переважно в онкологічних закладах на основі гістологічного (цитологічного) висновку по матеріалах морфологічного дослідження біопсії/дослідження післяопераційного матеріалу.

Варіанти лікування підбираються залежно від стадії раку. Для лікування РШМ у переважній більшості випадків рекомендується хірургічне втручання. Після операції може бути рекомендовано лікування за допомогою дистанційної променевої терапії (ДПТ) або хіміопроменевої терапії. За даними Національного канцер-реєстру України у 2021 році виявлено 3424 первинних пацієнток з РШМ, що робить його другим за поширеністю видом раку серед жінок. В той же час тільки 33.3% випадків РШМ виявлено за допомогою скринінгу. Більшість випадків первинно виявленого даного захворювання припадає на жінок, у яких ніколи не брали мазок, або які не були учасниками

регулярних програм скринінгу. Згідно даних отриманих у мережевій патоморфологічній лабораторії у Харківській області за ІІІ квартал 2023 року процедуру цервікального скрінінгу пройшли лише 10 жінок-військовослужбовців.

Таким чином можна підсумувати, що своєчасне виявлення і лікування передракових захворювань шийки матки – один з головних методів профілактики раку шийки матки .Тому жінкам- військовослужбовцям необхідно вчасно відвідувати гінеколога та проходити процедуру цервікального скринінгу. Залучення лікарів інших спеціальностей відіграє важливу роль у заохоченні жінок до участі у скринінгових обстеженнях.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ РОБОТИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР АБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ЛАНКИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВІЙНИ

Мірошніченко Ю.С., Шимко К.І., Зубко О.М.

Науковий керівник: Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Вже майже два роки над Україною знущається сусід-агресор – Росія. Багато людей страждають та мають проблеми не тільки соціально-побутового характеру, а й із здоров’ям. На тлі хронічного стресу, зумовленого війною, спостерігаються численні первинні розлади збоку різноманітних органів та систем організму людини, загострення хронічних захворювань, поранення та травматичні ушкодження. Особливої уваги заслуговують багатогранні порушення збоку нервової системи, що супроводжуються порушенням сну, підвищеною нервовою збудністю, емоціональною лабільністю та іншими проявами.

Несприятливі зміни у стані здоров’я українців призвели до суттєвого підвищення звернень до медиків. Особливу значущість у цьому набула

первинна ланка надання медичної допомоги – амбулаторії та поліклініки де спостерігається істотне збільшення хворих, що потребують обстеження та лікування.

Мета роботи – показати особливості роботи медичної сестри при амбулаторному зверненні пацієнтів до лікаря.

Відвідування лікаря для людини, що перебуває у стані хронічного стресу завжди додаткове навантаження на нервову систему. Це пов’язано з невідомістю щодо власного стану, страхом перед можливим відчуттям болю та майбутнім обстеженням, потенційним лікуванням. Потрапляючи до лікаря, така людина може мати пригнічений настрій, відсутність бажання комунікації з медичним персоналом. Разом з цим виникають інші явища: підвищення артеріального тиску, раптовий біль у серці, плаксивість, надмірна емоційна реакція на взаємодію з медичним персоналом закладу, де перебуває людина.

Вищевикладене потребує надання екстреної допомоги: використання заспокійливих, серцево-судинних або гіпотензивних препаратів, психотерапевтичних дій. До цього напрямку роботи активно залучається медична сестра, яка формує аптечку швидкої допомоги з наявністю ліків, дія яких спрямована на екстрене усунення зазначених станів, невеличкий запас питної води та одноразових склянок.

З метою вдосконалення психотерапевтичних навичок, медична сестра повинна займатися саморозвитком, що базується на відвідуванні лекцій або онлайн курсів для середнього медичного персоналу.

Кожний неординарний кейс середній медичний персонал обговорює з лікарем, формуючи алгоритм дій при виникненні незвичайної ситуації, яка може бути зумовлена особливим психологічним станом відвідувача.

Таким чином, в умовах війни виникає необхідність гнучкої зміни у роботі медичної сестри первинної ланки надання медичної допомоги з акцентуванням уваги на наслідки хронічного стресу, в якому перебувають хворі. Організована, злагоджена та модифікована співпраця з лікарем

дозволить кваліфіковано надати необхідну допомогу й уникнути складнощів, пов’язаних з особливостями психологічного стану пацієнтів.

ДОНОРСТВО КРОВІ ТА ЇЇ КОМПОНЕНТІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

Моргун М.М., Галушка Я.О.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Достатній запас крові та її компонентів є критичним для надання ефективної медичної допомоги не лише в воєнний час, а і в мирне життя. В мирному житті вона використовується під час складних оперативних втручань, пологів, для пацієнтів які мають захворювання крові (анемія, гемофілія та інші),онкологічним хворим, жертвам серйозних аварій, нещасних випадків, стихійних лих. Під час воєнних дій можливість отримати травму значно зросла не тільки у військових, але і в цивільних. Понад 60% смертей на полі бою є причиною крововтрати. Вчасне надання невідкладної допомоги та трансфузія цільної крові або її компонентів значно підвищує шанси на виживання.

У воєнний час донорство крові є важливим актом громадянської відповідальності, сприяючи збереженню життів поранених та військовослужбовців .Зазвичай піки хвиль донорства співпадають з початком воєнних дій, так було в 2014 році та повторилося на початку 2022 року. Але й зросла потреба в крові. Дуже важливо створити резерв донорів який дозволяє спланувати прийом громадян залежно від нагальних потреб. Кабінет Міністрів ухвалив постанову «Про деякі питання функціонування Національного реєстру донорів крові та компонентів крові, а також осіб, яким заборонено виконувати донорську функцію в електронній системі охорони здоров’я», це дасть можливість краще прослідковувати рух крові від донора до реципієнта «від вени до вени».

«Донорство крові має бути систематичним, а не ситуаційним»- координатор платформи ДонорUA Людмила Лінник .В нашій країні більшість людей згадують про потребу здати кров тільки при надзвичайних обставинах. Якби кожна здорова людина здавала кров 2-3 рази на рік дефіциту запасів крові не було. Донором може бути будь-який дієздатний громадянин України віком від 18 років, який пройшов відповідне медичне обстеження і в якого немає протипоказань, визначених МОЗ України. За даними МОЗ, від початку війни потреба в донорській крові та її компонентах в Україні зросла на понад 40%. Високий стандарт безпеки та якості при збиранні, збереженні та використанні донорської крові є важливою умовою для успішної медичної допомоги. Донація крові та її компонентів проходить в стерильних умовах та цілком безпечна. У кожного компонента крові правила збереження та термін придатності різні, наприклад- свіжу **плазму** треба тримати в холодильнику за +2...+6 С не більше трьох днів, термін придатності **еритроцитарної маси** коливається між 21 і 42. Температура – +2...+6 С. Вони повинні суворо дотримуватись, щоб не було ускладнень після процедури переливання. В військовий час для покращення постачання компонентів крові розроблена Міністерством охорони здоров'я та прийнята Урядом постанова від 30 червня 2023 р. № 681, яка має впорядкувати механізм одержання донорської крові та її компонентів і наблизити їх до фронту. Вона детально пояснює логістичні ланцюжки отримання донорської крові та її компонентів медичними підрозділами. Це все гарантує своєчасне надходження крові туди куди вона вкрай необхідна.

Інформаційна кампанія та освіта населення щодо важливості донорства крові можуть підвищити обізнаність та залучення громадян до цієї важливої діяльності. Чим більші обізнане населення, тим більші шанси залучення до донорства. Потрібно доносити до населення не тільки перевагу для реципієнта, але й користь цієї процедури для донора. В наш час донорство дає можливість перевірити свій стан здоров'я, безкоштовно отримати аналізи на ВІЛ, гемоглобін, сифіліс, гепатити В та С, здати клінічний аналіз крові. Ці

аналізи варто регулярно проходити усім. Донорство суттєво позитивно впливає на організм. Для заохочення даються різні соціальні пільги гарантовані державою.

Література:

1. www.umj.com.ua/uk/novyna-244430-zabezpechennya-bijtsiv-donorskoyu-krov-yu-ta-yiyi-komponentami-bude-polipsheno;
2. https://www.donor.ua/;
3. https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-vvezennia-na-terytoriiu-ukrainy-donorskoi-krovi-ta-komponentiv-krovi-na-s921-290823
4. https://life.pravda.com.ua/society/2022/09/10/250392/
5. https://www.ukrinform.ua/rubric-health/3755717-donorstvo-krovi-mae-buti-sistematicnim-a-ne-situativnim-koordinator-donorua.html

РОЛЬ ТЕЛЕМЕДИЧНИХ КОНСУЛЬТАЦІЙ В УМОВАХ ВІЙНИ

Павленко А.А.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Актуальність: Після широкомасштабного вторгнення Російської федерації на територію України 24 лютого 2022 року, тисячі українців опинились в умовах, які унеможливлюють доступ до традиційних медичних консультацій. Знаходячись у зоні бойових дій, в окупації, чи ті хто вимушено покинув місце проживання, тікаючи від Російської агресії, необхідну медичну допомогу змогли отримати завдяки дистанційним можливостям медицини – телемедицини.

Мета: Дослідити роль телемедичних технологій в наданні медичної допомоги українцям в умовах військових дій.

Матеріали та методи: Медична допомога із застосуванням телемедицини здійснюється закладами охорони здоров'я шляхом обміну медичною

інформацією з використанням засобів дистанційного зв'язку в електронній формі:

– у режимі реального часу (синхронного) консультування, яке вимагає одночасної присутності обох сторін;

– у режимі відкладеного (асинхронного) консультування, яке передбачає передання медичних, діагностичних даних лікарю для оцінки в автономному режимі та надання рекомендацій щодо лікування надалі;

– у режимі віддаленого моніторингу – для спостереження (з використанням додаткових пристроїв, датчиків тощо) за хворими із хронічними захворюваннями, яким вже встановлено діагноз і призначено лікування (отримання інформації про стан здоров'я пацієнта), а також контролю фізіологічних параметрів організму людини шляхом дистанційного вимірювання, збору і передачі інформації про показники діяльності та фізіологічні параметри організму пацієнта за допомогою програмно-апаратних комплексів.

Враховуючи нові виклики сучасності, телемедичні технології вимагають постійного розвитку та вдосконалення.

Також з початку повномасштабної війни реалізується 7 гуманітарних проєктів – по всій країні, за винятком тимчасово окупованих територій та територій, де ведуться бойові дії. У межах гуманітарної допомоги МОЗ отримує не лише медичне обладнання, транспорт та лікарські засоби, а й пропозиції щодо використання телемедичних рішень – станом на зараз на суму $3,7 млн. Зокрема:

- телемедичне консультування з вибухо-вогнепальної травми,
- телемедичне консультування з опікової травми,
- консультативна мережа з використання пристроїв віртуальної присутності лікаря біля пацієнта (вбудована керована камера дуже високої роздільної здатності дозволяє ретельно обстежувати пацієнта та отримувати інформацію з під’єднаного діагностичного обладнання),

- телемедична платформа з реабілітації «RGS» з напряму нейросенсативних розладів (служить для підвищення якості життя людей з пошкодженнями мозку та опорно-рухового апарату),
- віртуальна операційна «Epiqar» (дозволяє транслювати та коментувати відеоконтент хірургічних маніпуляцій в режимі реального часу),
- медичний робот «HomeDoctor» (дає змогу лікарю дистанційно, а пацієнту – самостійно проводити базові дослідження: вимірювати температуру, тиск, сатурацію, робити ЕКГ, дослідження вух, горла, носа),
- телемедична кардіографія для вагітних жінок КТG «Carebits» (проведення діагностики стану плода).

В ініціативах залучені 304 заклади охорони здоров'я, пройшло навчання 1027 медичних працівників, проведено вже тисячі консультацій.

Від початку повномасштабного вторгнення, Росія пошкодила в Україні 1449 об'єктів медичних закладів, 190 з них зруйновано вщент. Зважаючи на неможливість та інколи небезпеку очного консультування безпосередньо в закладі охорони здоров'я, пацієнти мали змогу отримати медичні консультації дистанційно. Завдяки телемедичній допомозі тисячі українців отримали медичну допомогу в будь якому місці перебування та при будь яких обставинах. Навіть знаходячись за кордоном, де є мовний бар'єр при отриманні медичної допомоги, наші громадяни отримують медичні консультації та допомогу українських лікарів. Приймали пологи в екстремальних умовах, завдяки дистанційному медичному супроводу лікаря, за неможливості потрапити до спеціалізованого закладу, в зв'язку з воєнними діями. Велику роль відіграє саме раннє консультування та грамотне, вчасне надання медичної допомоги при опікових, вибухово-вогнепальних пораненнях, невідкладних станах в умовах воєнних дій, що стає можливим завдяки телемедицині. Це дало змогу зменшити смертність від гострих порушень мозкового кровообігу на 8 %, серцево-судинних захворювань – на 15%, COVID-19 – 18%, а також зменшити вплив негативних факторів на

здоров’я українців, що в результаті сприяє зменшенню періоду фізичної реабілітації та відновлення.

Результати – в роботі досліджено стан та тенденції розвитку телемедичних систем в умовах військових дій на території України. Розглянуто можливості включення до телемедичних систем сучасних технологій для забезпечення необхідного обсягу надання дистанційної медичної допомоги постраждалим від військової агресії Російської Федерації. Здійснення дистанційних заходів з психологічного, лікувального, реабілітаційного супроводу пацієнтів.

Література:

1. Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров`я України. URL: https://moz.gov.ua/.

2. Технології штучного інтелекту в медичній практиці / О.П. Мінцер, В.О. Романов, І.Б. Галелюка // Медична інформатика та інженерія. — — № 2 (50). — С. 17–27.

3. Трубіцин О. О. Підхід до розробки модулю телемедичної системи автоматизованого аналізу рухів людини / О. О. Трубіцин, О. Г. Аврунін // Інформаційні технології: наука, техніка, технологія, освіта, здоров’я: тези доповідей XXX міжнародної науково-практичної конференції MicroCAD-2022, 19-21 жовтня 2022 р. – Харків : НТУ «ХПІ», 2022. – С. 909.

ЗМІНИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я ПІД ЧАС ВІЙНИ

Пахолі Т.А.

Науковий керівник : Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

24 лютого життя кожного українця змінилося. Повномасштабне збройне вторгнення РФ в Україну спричинило глобальний шок, та призвело до змін. Змінилася реальність. Система охорони здоров’я зазнала безпрецедентного стресу.

По-перше багато людей були змушені переселитися. Це означає, що люди, які переселилися в інші регіони України, шукатимуть можливостей отримати медичні послуги в тих регіонах. Серед вимушених переселенців – мільйони українців, зокрема, тисячі медичних працівників. Насамперед це призвело до перерозподілення спеціалістів всередині країни, велика кількість внутрішньо переміщених медичних працівників знайшли роботу в інших містах. Західні області України на початку війни були перенасичений фахівцями, а от на Сході, Півдні, і по лінії фронту, спостерігався брак медичних працівників. Але чимало лікарів, медсестер та керівників залишилися у своїх закладах охорони здоров'я у найтяжчі часи та продовжували надавати допомогу.

По-друге, були атаки й удари по медичних закладах. Зруйновано багато лікарень, пологових будинків, поліклінік, амбулаторій, аптек. Є загиблі й серед медичних працівників.

По-третє – ведуться активні бойові дії й фокус медичної допомоги зміщується на травми, поранення, опіки, переломи тощо. Тобто порушується неперервность лікування діабету, туберкульозу, ВІЛ/СНІДу та інших хронічних захворювань. Крім того, багато людей бояться відвідувати медичні заклади, через обстріли.

І четверте - іншим викликом для пацієнтів стала реабілітація. Поранені військові та цивільні потребують комплексної медичної допомоги.

Враховуючи все це ми спостерігаємо зміни в системі охорони здоров'я. Система охорони здоров'я – це не лише великий державний механізм, будівлі лікарень, аптек, пологових будинків, не тільки сучасне обладнання. Медична система – це насамперед люди. Медичні працівники, які в цілодобовому режимі лікують, рятують, роблять все, аби надання медичної допомоги відбувалося навіть у бомбосховищах. Багато лікарень повністю перепрофілюються на роботу із травмами та пораненнями. Розвивається телемедицина, яка дуже актуальна у чинних Українських реаліях. Адже наразі у багатьох українців, особливо на прифронтових, деокупованих територіях, у вимушених переселенцях, які опинилися в евакуаційних пунктах або

тимчасових місцях проживання, немає доступу до кваліфікованої медичної допомоги в офлайн-форматі. Тож на допомогу приходять телемедичні консультування.

Для того, щоб лікарі та пацієнти не зіштовхнулися з питаннями недостатності критично важливих медичних даних, МОЗ України було ухвалено низку нормативно-правових актів щодо питань ведення первинно-облікової медичної документації в електронній та в паперовій формах. Передача медичних даних пацієнтів та їх подальше зберігання та обробка в центральній базі електронної системи охорони здоров'я, дозволяють забезпечити майже миттєвий доступ (відповідно до прав доступу) до таких даних для більш ефективного надання допомоги, збереженість медичних даних пацієнта, незалежно від обставин непереборної сили, які можуть вплинути на збереженість паперових носіїв у закладі охорони здоров'я та аналіз щодо обсягу наданих послуг, що забезпечує можливість більш ефективній організації надання медичних послуг та розподілу ресурсів на їх забезпечення.

Крім того, медичні працівники, які знаходяться в західних регіонах, перебуваючи у відносній безпеці, допомагають лікарям сходу- приїздять та працюють у лікарнях Харківської, Запорізької, Днепропетровської і інших областях та по лінії фронту, залучаються міжнародні команди екстреної медичної допомоги. Разом з цим доставляється гуманітарна допомога -ліки, обладнання та медичні вироби, медичні товари для лікування травм, анестетики та набори для переливання крові (для її збору, тестування та безпечного переливання). Особливо гостро постала проблема використання нових витратних матеріалів. Зокрема, медичним сестрам необхідно вміти користуватися сучасними девайсами: катетерами, порт-системами, вакуумними системами забору крові, різними типами перехідників і величезним різноманіттям виробів медичного призначення й обладнання.

Тисячі поранених і травмованих в результаті військових дій спонукають медичних працівників України шукати рішення для швидкого та ефективного

лікування. Останнім часом одним із найпоширеніших і затребуваних та ефективних методів лікування стала вакуумна терапія ран VAC- апаратами. Це терапія негативним тиском великих дефектів або ран, які довго не загоюються, особливо після різних мінно-вибухових ушкоджень.

Військова агресія РФ дала потужний поштовх для розвитку в Україні напряму реабілітації. Кількість фахівців із реабілітації зараз збільшилася, але й суттєво зросла потреба в них. Фахівці з реабілітації допомагають постраждалим частково або повністю відновити втрачену працездатність після травм, подолати психологічні наслідки травматичного досвіду, адаптуватися до нових умов життя чи повернутися до попередніх активностей. До мультидисциплінарних команд належать і лікарі ФРМ - фізичної реабілітаційної медицини, і фізичні терапевти, і ерготерапевти, які відновлюють втрачені навички самообслуговування пацієнта в повсякденному житті, і терапевти мови та мовлення, що працюють з порушеннями мовленнєвої діяльності. Велике навантаження у клінічних психологів. Такі чинники, як участь у бойових діях або перебування в прифронтовій зоні з постійними ракетними обстрілами, бомбовими ударами, значно підвищують уразливість до психосоціального стресу, сприяють поширенню психічних розладів, як-от депресія, тривога, постстресові розлади тощо. Така робота потребує великого набору професійних навичок і регулярного навчання.

Незважаючи на складний стрес-тест для системи охорони здоров’я та медичних працівників, вважаю, що система охорони здоров’я України залишається дієздатною, працює та продовжує змінюватися. Система змогла вистояти, зберегла керованість і здатність виконувати свої функції. Цьому посприяли кілька факторів: відданість і служіння з боку багатьох лікарів, сестер медичних, керівників медичних закладів, «воєнні» рішення МОЗ, Кабміну та парламенту. Крім того, це призвело до позитивних зрушень: прискорення впровадження нових підходів до лікування, фокус на ментальному здоров’ї, безоплатні медичні послуги та інші програми. Адже

здоров'я людей, як фізичне, так і ментальне, завжди є пріоритетом і буде залишатися ним після закінчення війни.

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З ПАЦІЄНТАМИ , ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ПОЛОН ТА ТОРТУРИ.

Пащенко Т. Чередниченко О.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Боротьба українського народу в сьогоднішній війні триває не лише за свободу нашої Батьківщини, а й відстоює фундаментальні принципи цінності всього демократичного світу. Травматичні події війни стосуються не тільки військовослужбовців, але й великої кількості цивільного населення. Ворог не обирає методів , порушує всі відомі до цього правила та канони ведення війни. Одним з таких проявів є безпрецедентна кількість полонених (військових і цивільних) і осіб , які піддавались катуванням, жорстокість яких примусила здригнутися все цивільне людство.

За даними узагальненими статистичними даними серед осіб , звільнених з полону, які стали жертвами міжнародного конфлікту , налічується: понад 2300 українських військовослужбовців; близько 150 цивільних осіб.

Очікують на своє звільнення з полону ще понад 3400 українських військовослужбовців, з них декілька сотень жінок – військових, а також понад 10 тисяч цивільних заручників. Учасники, які вийшли з полону, можуть претендувати на медичну допомогу на підставі отримання статусу учасника бойових дій відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [1]. Якщо людина була утримувана в полоні і потребує медичної допомоги після звільнення, основною метою є надання необхідної медичної допомоги та підтримки для відновлення її стану здоров’я та фізичного стану. Загалом наша увага була зосереджена на всіх аспектах

здоров’я, які можуть бути піддані впливу наслідок перебування в полоні, і забезпечити комплексну підтримку та допомогу для повного відновлення.

Зазначимо, що медична допомога, яку отримували військовослужбовці нашого мед закладу після виходу з полону залежала від обставин їх звільнення та включала в себе ряд аспектів, особливо з урахуванням їхнього становища та потреб, а саме:

1. Медична допомога: забезпечували їм доступ для оцінки їхнього фізичного та психічного стану.

2. Проводили повноцінний медичний огляд для виявлення можливих травм, захворювань або інших проблем зі здоров’ям.

3. Разом з іншими спеціалістами розроблялися індивідуалізовані плани реабілітації для полонених, враховуючи їхні унікальні потреби та обставини.

Обсяг терапевтичної допомоги – це сукупність лікувально-діагностичних (лікувально-профілактичних) заходів, що проводяться на даному етапі надання терапевтичної допомоги ураженим, пораненим та хворим. Обсяг терапевтичної допомоги залежить від виду терапевтичної допомоги і умов бойової та медичної обстановки.

У терапії з клієнтом, який пережив військові травми та тортури , можна виділити три стадії:

1) Встановлення довірчого безпечного контакту, що дає право на «доступ» до травматичного матеріалу який ретельно охороняється;

2) Терапія, сфокусована на травмі, з дослідженням травматичного матеріалу, аналізом інтрузивних («вторгнення») проявів, робота з униканням і відчуженістю;

3) Стадія, що допомагає пацієнтові відокремитися від травми і возз’єднатися з сім’єю , друзями та суспільством [2].

Загальна мета, якою ми керувалися, –допомагати людям , що пережили полон та тортури по – новому побудувати своє життя, відчути себе знову здоровим, захищеним. Створення умов для повного відновлення здоров’я та соціального функціонування колишніх полонених та людей ,які пережили тортури. Крім

спеціалізованої медичної допомоги нами опрацьовувалися варіанти можливої співпраці зі спеціалізованими організаціями, що надають допомогу ветеранам та жертвам конфліктів, тобто ми виходили із важливості враховувано індивідуальних потреб кожного полоненого та прагнули забезпечити інтегрований, спільний підхід для максимальної ефективності фізичного та психологічного відновлення.

В умовах правового режиму воєнного стану також можуть бути укладенні міжнародні договори щодо захисту прав людини та надання медичної допомоги іншими країнами, що забезпечує право на медичну допомогу. Такі договори містять положення щодо забезпечення медичної допомоги, яка повинна бути доступною та надаватися на належному рівні. У разі порушення прав людини в умовах воєнного конфлікту, міжнародні організації можуть вживати заходів для забезпечення дотримання цих положень, включаючи надання медичної допомоги, гуманітарну допомогу та забезпечення безпеки медичного персоналу [2, с. 88].

Відповідно до Наказу МОЗ України «Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції об'єднаних сил» від 25.02.2022 №379, медична допомога надається усім постраждалим та пораненим у цілодобовому режимі безвідмовно, госпіталізація постраждалих та поранених здійснюється у найближчі заклади охорони здоров'я, які спроможні надати допомогу відповідно до профілю ураження. Отже, чинне законодавство гарантує військовослужбовцям права на безоплатне отримання психологічної реабілітації; щорічне медичне обстеження і диспансеризація із залучення необхідних спеціалістів; безоплатне забезпечення ліками; стоматологічну медичну допомогу; санаторно-курортне лікування; оздоровлення дітей військовослужбовців в порядку та у спосіб визначеному чинним законодавством України.

Досвід полону та тортур сильно впливає на психологічний стан людини, глибоко змінює особистість. В людини втрачається відчуття базової довіри до світу, довіри іншим людям та порушується віра в себе. І щоб в подальшому

знову відновити здатність довіряти можуть знадобитися роки та багато підтримки.

Література:

1.Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3551-12/page2

2.Смиковський О.Д. Право на медичну допомогу в умовах правового режиму воєнного стану. *VI Міжнародний молодіжний науковий юридичний форум*, Київ, 2023 С.87 – 88.

3. Ксенія Возніцина . Рекомендації для фахівців медичної сфери.. Київ , 2023.

ПРОБЛЕМА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Піскуровська Ю.І.

Науковий керівник Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Крім людських страждань, спричинених війною в Україні, ведеться невидима боротьба проти мультирезистентних бактерій. Це було основною темою нещодавньої наукової статті, яка описує неконтрольоване зростання поширеності мультирезистентних бактерій у лікарнях по всій Україні [1]. Ці бактерії викликають важковиліковні інфекції, які часто закінчуються летально у солдатів, які повертаються з передової із складними травмами, такими як мінно вибухові травми та опіки [2]. Ці види травм особливо схильні до інфікування. Окрім безпосередньої небезпеки, з якою стикається народ України, існує значний ризик поширення мультирезистентних бактерій з українських лікарень до сусідніх країн, у тому числі країн Центральної Європи.

У 2021 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оприлюднила тривожний звіт по Україні, в якому виявила приголомшливі показники

резистентності бактеріальних інфекцій до карбапенемів серед жертв війни. Зокрема, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter spp. і Klebsiella pneumoniae продемонстрували рівень резистентності 78%, 73% і 64% відповідно. Ці дані підкреслили значні проблеми, з якими стикаються в боротьбі зі стійкими до антибіотиків бактеріями в зонах конфлікту. Попередні дослідження з 2014 по 2020 роки вже вказували на вищі показники резистентності у військових шпиталях порівняно з цивільними в Україні. Ситуація загострилася, коли ідентичні стійкі до карбапенему штами були виявлені в українських жертв війни, які лікувалися в Німеччині, що вказує на потенційне поширення з українських медичних закладів.

Щоб всебічно зрозуміти поширеність антимікробно-резистентних інфекцій, було проведено дослідження серед госпіталізованих постраждалих від війни в Україні з лютого по вересень 2022 року. Дослідження було зосереджено на пацієнтах, переданих із госпіталів первинної медичної допомоги до спеціалізованих травматологічних закладів та закладів інтенсивної терапії у Вінниці. Серед 141 проаналізованих пацієнтів 58% мали бойові травми, а 42% отримали опіки. Були зібрані мазки зі шкіри та тканин, катетери та трахеобронхіальні аспірати. Було проаналізувано зразки відповідно до рекомендацій EUCAST для мікробіологічних аналізів. Випробування включали піперацилін-тазобактам, цефотаксим та інші антимікробні засоби широкого спектру дії. Також оцінювали чутливість до колістину. Крім того, Enterobacterales були перевірені на гени резистентності. У дослідженні було виявлено 156 ізолятів, серед яких Acinetobacter baumannii, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa та Enterobacter cloacae були найбільш поширеними.

Випробування стійкості до антибіотиків дали тривожні результати: 58% ізолятів були стійкі до меропенему, важливого антибіотика. Примітно, що 6% ізолятів показали резистентність до всіх протестованих антибіотиків, включаючи нові комбінації з інгібіторами ферментів. Скринінг карбапенемаз виявив гени, такі як bla_{NDM}, bla_{VIM}, bla_{IMP}, $bla_{OXA-48-like}$ та bla_{KPC}, з

гіпервірулентними та стійкими до карбапенему штамами K. pneumoniae, що становлять значну загрозу для здоров'я людини. Дослідження наголошує на проблемі невиліковних інфекцій у жертв війни, особливо з огляду на вже напружену українську систему охорони здоров'я.

Це зростання резистентності до антибіотиків серед українських жертв війни відображає тривожну тенденцію. Попередні випадки показали 4% поширеності бактерій, що продукують карбапенемази, у пацієнтів, переданих чеським лікарням у 2014 році. Однак нещодавні дослідження виявили 10% поширеності стійких до карбапенему грамнегативних бактерій в українських пацієнтах, які проходили лікування в Німеччині. Крім того, повідомлялося про гіпервірулентні та резистентні до карбапенему штами K. pneumoniae, що підкреслювало нагальну потребу в інтервенції [1].

Ситуацію погіршує українська система охорони здоров'я, яка переживає величезне навантаження через обмежені ресурси. Заходи з профілактики та контролю інфекцій є життєво важливими, але їх реалізація є складною з огляду на обставини.

Підсумовуючи, занепокоєння викликає поширеність резистентних до меропенему бактерій у 58% та наявність ізолятів, стійких до всіх доступних антимікробних препаратів, у 6% в лікарнях України. Висока частка бактерій, стійких до множинних лікарських засобів, у цих умовах є катастрофічною, що відображає систему охорони здоров'я, яка перебуває під надзвичайним тиском. Термінові та постійні заходи, включаючи міжнародну підтримку, життєво важливі для запобігання подальшому поширенню цих високорезистентних бактерій.

Література:

1. Ljungquist, O., et al., Highly multidrug-resistant Gram-negative bacterial infections in war victims in Ukraine, 2022. Lancet Infect Dis, 2023. 23(7): p. 784-786.

2. Pallett, S.J.C., et al., Multidrug-resistant infections in war victims in Ukraine. Lancet Infect Dis, 2023. 23(8): p. e270-e271.

ДІАБЕТИЧНА СТОПА: РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ

Приймак Д.В.

Науковий керівник: Кузьменко Н.М.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Вступ. На превеликий жаль, наше життя припало на час, коли стрес, тривоги та негативні впливи на наше здоров'я стали невід'ємною частиною життя. Війна, яка спіткнула нашу державу, має значний вплив на виникнення та поширеність багатьох захворювань. Лікарі з усього світу досліджують причини та механізми розвитку таких хвороб. Яскравим прикладом є діабетична стопа– важке ускладнення діабету, що може призвести до інвалідизації, і є серйозним викликом для сучасної медицини. Більше 70% щорічних ампутацій виконуються через ускладнення, зумовлені саме «діабетичною стопою». [4]

Мета. Розглянути діабетичну стопу як реалію сьогодення, ускладнену стресовими ситуаціями, у тому числі й воєнним конфліктом. Визначити фактори ризику, причини розвитку, методи діагностики та лікування, спираючись на реальні історії хвороб пацієнтів хірургічного профілю.

Матеріали та методи. Літературний огляд та аналіз історій хвороб хворих на

«діабетичну стопу». Результати та обговорення. Діабетична стопа – це синдром, що виникає як ускладнення у хворих на цукровий діабет. Він виникає після довготривалого підвищення рівня цукру в крові, яке несе за собою пошкодження нервів та судин. [2]

Виразки, інфекція або деструкція глибоких шарів тканин стопи – це проявидіабетичної стопи, які викликають неврологічні порушення та захворювання судин нижніх кінцівок.

Стрес, негативні емоції, травматичні ситуації – все це результат військових конфліктів. І саме війна сприяє розвитку та навіть загостренню діабету. Тому, перебуваючи в умовах війни та маючи реальні приклади пацієнтів з діабетичною стопою, нами було досліджено 11 пацієнтів, 9 із яких були чоловіки, з діагнозом цукровий діабет і ускладненням – діабетична стопа. Вік пацієнтів був від 28 до 75 років. У більш старших пацієнтів було помічено прояви важких випадків захворювання, а у жінок – ускладнення на інші органи і системи були виражені, ніж у чоловіків, але ефект від лікування скоріший і позитивний за чоловічої статі.

Клінічні стадії діабетичної стопи розподілилися наступним чином:

- У 6 пацієнтів спостерігалися I фаза (гіпертермія, набряк та почервоніння стопи, що схоже на запалення тканин), II фаза (переломи кісток, також можливі вивихи суглобів) та III фаза (деформація стопи, «руйнування» суглобів).

- У 7 пацієнтів із 11 досліджених – IV фаза виразки відмічається флегмона, яка призводить до абсцесу.)

Існує дуже важлива диференціація хворих з симптомом діабетичної стопи за патомеханізмом стопи, а саме:

- Нейропатична стопа

- Ішемічна стопа

- Нейропатично-ішемічна стопа.

Від такої диференціації залежить лікування, яке суттєво різниться. [1, 3]

Отже, характерні симптоми ішемічної стопи були діагностовано у наших 7

пацієнтів, нейропатична стопа – у 3 пацієнтів, а у одного пацієнта відмічалися симптоми обох видів, тому його випадок було діагностовано як нейропатично- ішемічна стопа.

У всіх досліджуваних пацієнтів спостерігали єдиний характерний розвиток прогресування хвороби, а саме:

- Виразка з гострим перебігом та вираженою симптоматикою, наприклад,

гіпертермія, почервоніння, набряк, запалення лімфатичних судин,

флегмона, гнійні виділення або абсцес);

- Хруст в ділянці суглобів, іноді виділення з неприємних запахом;

- Виразка, глибиною до кістки (причому остання була не тільки гарно

візуалізована, але й пальпувалася)

Рентген, МРТ, ангіографія, допплерографія та гістологічне дослідження кістки, обов'язковий мікробіологічний тест на виявлення збудника, який колонізує рану – це ті діагностичні методи, яки проводилися усім пацієнтам.

Компенсація цукрового діабету, відповідний догляд за стопою (туалет рани, процедури), обов'язкове розвантаження (нейропатична стопа) або рух (ішемічна стопа) – головні ланки лікування діабетичної стопи. При виявленому інфікуванні призначалися: інсулін, антибіотикотерапія (кліндаміцин, цефалексин, фторхінолон в залежності від виду бактерій-Гр+/Гр-), піперацилін, метронідазол.

У зазначених 11 випадках було проведено некроектомію, розсічення та дренування рани, перев'язка проводилась кожного ранку. У 9 хворих було встановлено ВАК-системи.

На жаль, трьом пацієнтам було ампутовано діабетичну стопу, причому 1 хворому (хворому на остеомієліт) – ампутація з вичленуванням в колінному

суглобі, 1 – ампутація усієї стопи по суглобу, 1 – ампутація передньої частини стопи, залишивши п’яткову зону, як опорну.

Висновки. Підсумовуючи вище сказане, діабетична стопа дійсно стала важкою та серйозною хворобою, яка окутала наш світ, особливо на фоні військових конфліктів. Хоча і зрозумілий патогенез захворювання, але найбільшою складністю є вчасно виявити та почати лікування, щоб максимально зберегти функціонування стопи й не допустити зміни якості життя хворого в гіршу сторону.

Додаткові джерела:

1) Tony I. Oliver; Mesut Mutluoglu Diabetic foot ulcer // National library of Medicine. – 2023. – P.3-6.

2) Xuan Wang, Bin Xu, Chong-Xi Yuan Diabetic foot ulcer: classification, risk factors and management // National library of Medicine. – 2022. – P. 2-4.

3) Dennis Bandyk The diabetic foot: pathophysiology, evaluation, treatment //

Seminars in vascular surgery: Division of Vascular and Endovascular Surgery,

University of California–San Diego, 2019. – P. 7-8.

4) Діабетична стопа // МОЗ України.

URL:https://www.phc.org.ua/news/ponad-70-zagalnoi-kilkosti-schorichnikh-

amputaciy-e-naslidkom-cukrovogo-diabetu

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПСИХІЧНОЇ БОЙОВОЇ ТРАВМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Рєзнік Т.

Науковий керівник Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Вступ. В сучасному світі, де зростає загроза конфліктів і воєнних дій, проблема психічних наслідків бойових дій набуває все більшого значення. Сімейний лікар, як ключовий лікар первинної ланки, стикається з ускладненнями, пов'язаними з психічною бойовою травмою пацієнтів. Діагностування цього стану виявляється завданням, яке потребує не лише медичної експертизи, але й розуміння особливостей психосоматичних проявів.

Актуальність теми. Діагностичні критерії психічної бойової травми у практиці сімейного лікаря стають актуальними у зв'язку з ростом геополітичних конфліктів, приростом військових дій і збільшенням кількості ветеранів та учасників війни, що потребують медичної допомоги. Ось деякі аспекти актуальності цієї теми:

1.Збільшення психічних наслідків війни.

2.Недостатнє розпізнавання та лікування.

3.Важливість ранньої ідентифікації та втручання.

4.Схожість із фізичними захворюваннями.

5.Підвищений ризик самогубств та проблеми адаптації:

6.Соціально-економічні наслідки.

Мета дослідження. Розробка чітких та конкретних критеріїв діагностики, які можуть використовуватися сімейними лікарями для визначення наявності психічної бойової травми, що може призвести до розроблення рекомендацій для підвищення рівня компетентності сімейних лікарів у сфері діагностики та лікування психічної бойової травми.

Гіпотеза. Сімейні лікарі, які використовують чіткі та систематизовані діагностичні критерії для визначення психічної бойової травми, мають більшу ефективність у розпізнаванні та наданні лікувальної підтримки ветеранам та учасникам війни у порівнянні з тими, хто використовує загальні підходи до діагностики психічних розладів.

Результати. У дослідженні взяли участь 46 чоловіків (комбатантів). Вони були

військовослужбовцями ЗСУ у період участі у військових конфліктах під час проведення АТО та ООС на Донбасі.

Критеріями включення у вибірку стали:

1. Статус військовослужбовця ЗСУ.

2. Статус учасника бойових дій.

3. Досвід бойових зіткнень з НОФ. 4 особи (8,7%) – брали участь у двох військових операціях; 22 особи (47,8%) – брали участь у військовій операції під час АТО; 20 осіб (43,5%) – брали участь у ООС.

Цей факт враховувався під час проведення дослідження, але не став критерієм розподілу комбатантів по групам, через відсутність об'єктивних відмінностей.

Дослідження проводилося на базі Центр реабілітації військовослужбовців м. Києва. У дослідженні використовувалися психодіагностичні методики:

1. Спеціалізоване клінічне інтерв'ю (СКІ).

2. «Інтегративний тест тривожності» (ІТТ).

3. Методика самооцінки депресивних станів У. Зунга.

4. Міссісіпська шкала ПТСР (варіант для учасників бойових дій).

Проведений аналіз дозволив відтворити картину бойової психотравми для комбатантів, виділити систему травмуючих факторів, їхнє співвідношення з проявами ПТСР; виявити взаємозв'язок травматизації психіки комбатантів з особливостями їхньої поведінки після участі у бойових діях та з характеристиками афективного стану у відстрочений період після травми.

Військовослужбовці ЗС України, які брали участь у АТО та ООС, піддавалися впливу психотравмуючих факторів обстановки (зовнішньосередовищних, внутрішньосередовищних індивідуально-психологічних). На те, що вплив на психіку був потужним за силою і травмуючим характером, вказує факт глибокого емоційно-особистісного включення комбатантів у процес обстеження.

Аналіз змістовних критеріїв та оціночних параметрів досліджених матеріалів показав зв'язок актуального психологічного стану комбатантів із травматизацією психіки, отриманої під час війни.Потужна за силою своєї реалістичності та трагічності драма, пережита кожним комбатантом, продовжує виявлятись у актуальному психологічному стані. Аналіз матеріалів виявив залежність психотравми, рівня ПТСР, стану та поведінки комбатантів після повернення до умов мирного життя. Підтвердженням травматизації психіки стали прояви комбатантної психопатології: дратівливість, агресивність, озлобленість, запальність, виражена алкоголізація. Отримана психотравма негативно позначилася лише на рівні здоров'я комбатантів.

Високий рівень показників психотравми та ПТСР корелює з високими показниками особистісної, ситуативної тривожності та високим рівнем депресії.

Аналіз досліджуваних параметрів виявив значні відмінності між групою комбатантів з низьким рівнем ПТСР і групою комбатантів з високим рівень ПТСР за показниками депресії, особистісної, ситуативної тривожності, сумарного показника психотравми та сумарного показника особливостей поведінки та стану комбатантів після стану комбатантів.

Висновки. У сучасних умовах важливо розробляти та вдосконалювати діагностичні критерії для вчасного розпізнавання психічної бойової травми, а також надавати ефективну медичну та психотерапевтичну допомогу пацієнтам у практиці.

Література:

1. Український журнал військової медицини. щоквартальний науково-практичний журнал української військово-медичної академії, том 3 3.2022 (додаток) від 6 жовтня 2022 року, с.73.

2. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.

РОЛЬ ОПЕРАЦІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В БРИГАДІ З НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

Руденко А.О.

Науковий керівник: к. мед. н., доцент Піонова О.М.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Вступ. Військовий стан вимагає від медичних працівників особливої готовності та професійної компетентності. Операційна медична сестра відіграє ключову роль у бригаді з надання медичної допомоги, виконуючи різноманітні завдання, від первинної оцінки стану пацієнта до надання безпосередньої допомоги.

Мета - підкреслити значущість ролі операційної медичної сестри в наданні медичної допомоги в умовах військового стану та її вплив на забезпечення ефективної медичної допомоги.

Основна частина. Однією з ключових функцій операційної медичної сестри в бригаді є підготовка та організація всього необхідного для надання медичної допомоги. Цей аспект її роботи вимагає детальної уваги до деталей та знань професійних стандартів. Перед втручанням операційна медична сестра перевіряє наявність та стан медичного обладнання, необхідного для конкретної операції. Це включає медикаменти, інструменти, матеріал для стерилізації. Також організовує робоче місце таким чином, щоб забезпечити легкий доступ до всього необхідного, що може знадобитися під час медичного втручання. Вона відповідає за стерильність, використовує спеціальні протоколи стерилізації та зберігання, щоб уникнути інфекційних ускладнень. Перед початком процедури медична сестра спілкується з іншими членами команди, визначаючи їх ролі та відповідальність. Це забезпечує гармонійну роботу команди та ефективність медичного втручання.

Асистування лікарям є однією з ключових функцій. Ця роль вимагає високого рівня професіоналізму, спритності та знань медичних процедур. Перед

втручанням вона разом із лікарем обробляє шкіру пацієнта, а далі забезпечує лікаря необхідними інструментами та матеріалом, оперативно реагуючи на його запити. Під час операції медична сестра активно спостерігає за станом пацієнта, інформуючи пацієнта про будь-які зміни в стані здоров’я пацієнта або ускладнення. У випадку екстрених ситуацій швидко реагує, допомагаючи лікарю в стабілізації стану пацієнта. Медична сестра зобов’язана задокументувати всі проведені операції, журнал ведення обліку витратних матеріалів, журнали реєстрації лікарських препаратів, облік використаних препаратів та ін. Ця документація є критично важливою для забезпечення якісної медичної допомоги, дотримання медичних стандартів та протоколів, а також для юридичного та етичного відповідального ведення медичної практики.

Висновок. Операційна медична сестра відіграє фундаментальну роль у бригаді з надання медичної допомоги під час військового стану. Вона забезпечує критично важливу підтримку в наданні невідкладної допомоги, керуванні медичними ресурсами, і є ключовим ланцюгом у координації медичних дій. Операційні медичні сестри відзначаються своєю здатністю до швидкого прийняття рішень, високою професійною компетентністю та психологічною стійкістю, що є незамінним у воєнних умовах. Їх робота не тільки рятує життя, але й підтримує моральний дух пацієнтів і є важливою складовою в системі охорони здоров'я під час військових дій.

Література:

1. «Основи медсестринства»- автор Іванова О.П.
2. «Медична етика та професійна комунікація» - Петрова Н.С
3. «Практичний посібник з надання медичної допомоги» - автор Сидоров В.М.
4. «Організація медичного забезпечення військ» - Пасько В.В.
5. Журнали з медсетринства присвячені професійній комунікації в медицині.

ШЛЯХИ ПРОФЕСІЙНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ПІД ЧАС ВІЙНИ

Савоненко Г.М., Гришина О.В., Пташенко Т.М., Сиромолот Г.Ю.

Науковий керівник Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Ефективність надання медичної допомоги зумовлена злагодженою професійною діяльністю усього медичного персоналу: як лікарів, так і медичних сестер. Сьогодні, коли війна кинула виклик Державі й кожному українцю, як ніколи набуває значущості робота медичних працівників.

Метою тез явилося обґрунтування необхідності зміни парадигми професійного вдосконалення медичних сестер й визначення основних напрямків підвищення їх кваліфікації.

Середньому медичному персоналу вже не досить мати стандартні навички. Потреби суспільства в отриманні різноманітних видів медичної допомоги підвищуються й разом з ними зростають вимоги для усіх медичних працівників, зокрема – медичних сестер.

Протягом війни, медична сестра може зіткнутися з будь-якою ситуацією, іноді нестандартною, коли на своєму рівні повинна прийняти рішення, скоординувати дії й надати кваліфіковану допомогу. Задля вирішення цього, знань, отриманих під час навчання у медичному училищі, не буде достатньо.

Професійні навички та вміння під час війни не можуть бути обмежені напрямком, за яким працює медична сестра. Їм варто поширюватися вбік патологічних станів, що зумовлені бойовими діями: пораненнями та гострими кровотечами, травматичними ушкодженнями та опіками, больовим шоком та зупинкою серця. Ймовірно, що поряд з людиною, яка має вказану патологію, деякий час може знаходитися лише медична сестра. Саме вона повинна буде

здійснити перші заходи, які надалі збережуть життя хворого та зменшать його теперішні страждання.

Для вдосконалення навичок або отримання нових професійних вмінь медична сестра опановує алгоритм дій при кожному патологічному стані. Задля розв'язання цього питання застосовуються очні та онлайн курси, що проходять під безпосереднім патронажем лікарів-реаніматологів, травматологів або комбустіологів, де вивчаються гострі порушення, зумовлені війною, а також розглядаються можливі кроки долікарняних дій. Професійну впевненість може підвищити участь у численних диспутах та тренінгах, де розглядаються незвичайні кейси та напрямки надання допомоги при них.

Практично кожний курс має фінальне тестування, що допомагає закріпити знання та висвітлити недоліки у засвоєнні теми. Останнє дозволяє приділити додаткову увагу розділу та за необхідністю пройти навчання ще раз. Таким чином, маючи знання, в реальному житті можливо досягти спокійного сприйняття ситуації та автоматичного виконання необхідних заходів, що передбачені при конкретному випадку.

Висновок. Медичній сестрі, щоб досягти впевненості у роботі під час війни, необхідно постійно підвищувати свої професійні здібності, опановуючи нові навички. Задля розв'язання питання, керуючись власною свідомістю, середній медичний персонал проходить очні та онлайн курси, тренінги, бере участь у диспутах за тематикою надання допомоги при можливих ураженнях та станах, що виникають завдяки бойовим діям.

ПІДВИЩЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА ФОНІ СТРЕСУ

Свириденко В.С., група 3-23-068

Науковий керівник Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Актуальність: проблеми полягає в тому що умови виконання бойових завдань не передбачають постійного перебування фахівця поряд з кожним військовослужбовцем. Саме тому існує нагальна потреба в розробці та застосуванні порад і рекомендацій ,які допоможуть особі не тільки оцінити свій стан але і навчать швидкому відновленню власних функцій ,зняттю напруги. Підвищення артеріального тиску відбувається на фоні стресових ситуацій без раніше виявленої патології серцево-судинної системи наприклад (ІСХ, дифузний кардіосклероз, гіпертонічна хвороба). Провести порівняння у різних вікових групах та визначити ефективні способи нормалізації артеріального тиску. В наслідок розпочатої війни в країні в більшості населення спостерігається хронічний стрес , особливо він проявляється у військовослужбовців в умовах виконання бойових завдань .

Мета: оцінити залежність підвищення артеріального тиску від стресових ситуацій у військовослужбовців.

Матеріали : військовослужбовці які проходили лікування в КНП «Недригайлівська лікарня»

Гіпотеза: вважаю що на фоні постійного стресу у військовослужбовців підвищується артеріальний тиск .

Результати: на дослідження взято 40 пацієнтів з різними патологіями (2019-nCoV гостра респіраторна хвороба, пневмонія, бронхіт, гастрит, холецистит, остеохондроз). В 29 військовослужбовців виявили підвищення артеріального тиску в межах 140-150/85-90мм.рт.ст., в 2 військових в межах 150-170/90-100 мм.рт.ст. Вімірювання артеріального тиску в усих пацієнтів проводилося два рази на добу (ранок та вечір) .У 96 % досліджуваних патологій на електро-кардіограмах не було виявлено . Всим 40 пацієнтам проведенно дослідження на ліпідний спектр , лише в 6 пацієнтів виявлено підвищення загального холестерину та В-ліпопротеїдів . Це свідчить про порушення метаболічного обміну. За час стаціонарного лікування (близько 7-10-12 днів) в 26 пацієнтів відмічається самостійна нормалізація артеріального тиску в межах 120-130/70-

80мм.рт.ст. В 5 пацієнтів нормалізація артеріального тиску відбулася при прийомі гіпотензивних препаратів (еналоприлу, раміприлу).

Висновки: в умовах постійного стресу у військовослужбовців без патології серцево-судинної системи відмічається підвищення артеріального тиску. Коли вони знаходяться в умовах спокою у 84% артеріальний тиск нормалізувався самостійно, а в 16% при прийомі гіпотензивних засобів. Така сама ситуація відбувається і з мирним населення на фоні постійних стресів обумовлених війною. При забезпеченні загального спокою цивільному населенню проблема підвищеного артеріального тиску у більшості випадків зникне сама. Для нормалізації загального стану військовослужбовців які проходять або проходили службу необхідно проводити комплекс реабілітаційних заходів , в тому числі робота з з психологами.

МЕДИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

Серік Д. Р.

Науковий керівник: Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

В сучасних умовах у нашій країні відбуваються глибокі зміни, які стосуються всіх сфер життя громадян. Участь у бойових діях впливає на свідомість людини поганим чином. Особливо страждають на стресові розлади військові, які отримують значні травми, стають очевидцями загибелі побратимів або мирного населення, бачать тіла померлих.

Мета: Визначити клінічну картину посттравматичного стресового розладу, проаналізувати та виділити кращі різновиди лікування цього стану.

Результати: Переглянувши всі джерела, які вказані вище я виділила наступні основні симптоми: постійні надмірні переживання за себе або близьких, контроль безпеки оточуючих, сновидіння про пережиту подію, галюцинації,

ілюзії, які посилюють стрес. На фоні всіх цих явищ — амнезія, яка відбувається в результаті спроби уникнути думок про травму або стресову ситуацію. Роздратованість, відчуття відгородженості від оточуючих, несконцентрованість або навпаки прискіплива пильність.

Лікування такого стану розподіляється на декілька видів — фармакотерапія та психологічна допомога. Фармакологічна терапія з одного боку допомагає запобігти розвитку хронічного стану (для цього використовують антидепресанти чи нейролептики), а з іншого — викликає звикання та має безповоротні, в лікуванні, побічні ефекти. Психологічне ж лікування, в свою чергу, більш поглиблено вирішує проблему або взагалі не допускає її розвитку. Психологічні заходи включають декілька підходів: а) уважне слухання опису переживань військовослужбовців; б) психологічна невідкладна допомога; в) покращення навичок керування стресом; г) навчання адаптуватись до впливу зовнішнього середовища на виникнення посттравматичного стресового розладу.

Висновок: Отже, посттравматичний стресовий розлад — це порушення психічного стану, що може розвинутися після травматичної події і те, з чим потрібно довго працювати. На мою думку, психологічне лікування більш ефективне при даному стані, можливо і для цього типу лікування існує альтернатива краща за пігулки, але і фармакотерапія є невід'ємним складником у цьому процесі.

Література:

1. Публікація "Центр громадянського здоров'я МОЗ України".

Ел. ресурс: https://phc.org.ua/news/dopomoga-viyskovim-z-posttravmatichnim-stresovim-rozladom

2. Стаття "Комісії з прав людини".

Ел. ресурс: https://cchr.org.ua/uk/ptsr-vijna-jak-privid-dlja-shirokogo-prodazhu-pigulok/

3. Стаття на базі КНП Сумської обласної ради "Обласний медичний центр соціально небезпечних захворювань" практичного психолога Лютої Олени.

Ел. ресурс: https://narkosumy.lic.org.ua/statti/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad-u-vijskovosluzhbovtsiv

ВИПРОБУВАННЯ ВІЙНОЮ. ЯК ЗБЕРЕГТИ МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я

Смирнова В.І.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Війна повністю змінила життя українців, відібравши відчуття безпеки та впевненості, що у багатьох позначилося на емоційному стані.

На другий місяць війни після пережитих жаху, тривоги, гніву, паніки на зміну прийшли почуття провини, депресивні «зависання», «заморожування» почуттів

Почуття провини вцілілого виникає не тільки у людей, які опинилися в зоні бойових дій і залишилися живими. А навіть у тих, хто вчасно поїхав. Те, як вони психологічно катують себе за те, що перебувають у безпеці, це теж про почуття провини. Іноді ці переживання можуть завдати більше шкоди здоров'ю, ніж стрес у людей, які бачать війну на власні очі. Почуття провини-синдром вцілілого- це проте, що ми не можемо контролювати ситуацію. Тобто ми поїхали зі свого будинку, забрали із собою родину, але все одно не можемо контролювати те, що відбувається.

Коли виникає така ситуація, то ми кажемо, що людина переживає стрес. Доволі часто стресом називають стан, що виникає внаслідок потрясінь, надзвичайних ситуацій, конфліктів. Однак це не зовсім так. У 1936 році канадський учений Ганс Сельє визначив стрес як реакцію організму на зміну внутрішнього або зовнішнього середовища. Будь-які зміни в житті (на краще чи на гірше) змушують організм напружуватися, готуватися до дій у нових умовах. Навіть уявні зміни (особливо тривожні) викликають стрес.

Нема значення, що викликало стрес – реальна загроза чи словесна образа, реальні події чи уявні, – організм реагує більш-менш однаково. Для різних стресових подій ця реакція відрізняється лише силою емоцій – від легкого

занепокоєння до паніки, а також рівнем фізичного напруження – від практично невідчутного до «вискакування» серця із грудей і «заціпеніння» м'язів.

На фізіологічному рівні організм миттєво реагує на потенційну небезпеку. Це виявляється в інстинктивному бажанні усунути причину стресу або ж, навпаки, уникнути зіткнення з нею. Тому фізіологічну реакцію на стрес визначають, як «боротися чи втікати». Вона – продукт мільйонів років еволюції, впродовж яких життя людей залежала від їхньої реакції на небезпеку (наприклад, поява хижака).

Стрес виникає, коли важливі потреби людей залишаються незадоволеними. Американський психолог Абрахам Маслоу виокремив сім груп, або рівнів потреб: фізіологічні; у безпеці, захисті, порядку, стабільності; у любові й належності до групи; у повазі і самоповазі; естетичні; когнітивні; у самореалізації.

Людина перебуває у стресовому стані, поки не задовольнить свої потреби. Насамперед мають задовольнятися фізіологічні потреби – людина не може жити без їжі і води. Поки людина не відчуває себе в безпеці від голоду, холоду, зовнішніх загроз, вона не може належно дбати про інші потреби вищого порядку. Задоволення базових потреб дає змогу людям дбати про реалізацію більш «високих» потреб.

В організмі людини під впливом стресора послідовно розгортаються три стадії, відомі як “тріада Сельє”.

І стадія – “реакція тривоги” або реакція загальної мобілізації захисних сил організму, за якої клітини кори наднирників викидають у кров велику кількість адреналіну, відбувається згущення крові, у ній зменшується вмісту хлору, спостерігається і загальне виснаження тканин. Такий стан організму не є тривалим і розвивається далі.

ІІ стадія – резистентності, або адаптації, коли організм на деякий час відновлює свій баланс працездатності, проте наближається до фіналу захисних можливостей.

III стадія – виснаження, коли вичерпується “адаптаційна енергія” організму і він більше не може протидіяти стресу.

З усіх видів стресу найнебезпечнішим є хронічний стрес. Якщо людина переживає стрес за стресом, може виникнути стан, про який говорять: «Я перевтомився, мене вибито з колії, моє життя занадто стресове». Це свідчить про хронічний стрес і стресове перевантаження. У стані хронічного стресу виявляються деякі специфічні симптоми, ознаки виснаження організму: емоційні симптоми (пригніченість, дратівливість, сильна втомлюваність, тривожність, відсутність задоволення, відсутність бажання/мотивації діяти) фізичні симптоми (загострення хронічних хвороб, зміна харчових звичок/зміна ваги, головний біль, статева дисфункція, розлади травлення, часті інфекційні хвороби) когнітивні симптоми (зниження уваги й концентрації, погіршення короткої й довготривалої пам’яті, зниження розумової працездатності, проблеми з ухваленням рішень, плануванням, організацією та самоконтролем, погіршення розсудливості).

Яким же чином ми можемо об'єктивізувати такі стани? Існують так звані інструменти скринінгу ментального стану пацієнта, до них належать:

Шкала депресії PHQ-9 *https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2712-shkala-depres-PHQ*

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР*https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2705-korotka-shkala-trivogi-depres-ta-ptsr*

Шкала тривоги Спілбергера *https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2703-shkala-trivogi-splbergera-STAI*

Використовувати можна будь яку з них.

Як стверджує японський психолог Акіоші Китаока, за допомогою картинок, так званих «зорових ілюзій», можна визначити психічний стан людини.

Ця ілюзія повинна бути нерухома або слабко рухатися для спокійної, врівноваженої людини, що відпочила. Якщо картинка активно рухається - вам потрібен відпочинок або потрібно навчитися керувати стресом.

В умовах війни люди не завжди можуть звернутися до лікаря, або навіть коли така можливість є, пацієнти її не використовують. Так за даним дослідження проведеного МОЗ України – 92 % населення України пережили травматичний досвід, 90 % мають принаймні 1 симптом ПТСР, 57 % перебувають у зоні ризику ПТСР, але при цьому тільки 3 %осіб отримували психологічну допомогу, 23 % хотіли б звернутися за такою допомогою і 70 % не відчували потреби у психологічний допомозі. За даними того ж дослідження 3,5 млн українців матимуть психічний розлад. (*https://moz.gov.ua/article/news/v-ukraini-prezentuvali-rezultati-pershogo-z-pochatku-povnomasshtabnoi-vijni-doslidzhennja-psihologichnogo-stanu-naselennja-*).

Таким чином залишається фармакологічна корекція наслідків стресу.

Національний інститут здоров'я (Великобританія), Американська психіатрична асоціація вважають, що слід уникати використання психоседативних засобів у пацієнтів з проявами гострого чи хронічного стресу!!!

Який же вихід? Вплив на механізми стресової реакції, а не пригнічення ЦНС!

СТРЕСПРОТЕКТОРИ (*антистресові препарати*) – специфічні засоби, що виявляють адаптуючий до стресових чинників вплив на нервову систему, попереджують розвиток хронічного стресу та його негативний вплив на нейрогуморальну регуляцію організму. В цих ситуаціях слід звернути увагу на фітопрепарати типу «Анантваті» який знижує надмірну активність гормону стресу кортизолу, що дозволяє нервовій системі виявляти емоційні реакції, проте узгоджені з раціональними уявленнями, відновлює активність нейромедіаторів відповідальних за когнітивні та вищі нервові функції, ацетилхоліну та дофаміну, чим сприяє покращенню пам'яті, уваги, працездатності та самоконтролю. Також можна запропонувати пацієнтам використовувати м'язову релаксацію з застосуванням методики Джекобсона!

Отже, під час війни населення України перебуває в умовах постійного стресу, що негативно позначається на психічному здоров'ї людей. Збільшується захворюваність на тривожні або стресові розлади (у тому числі на ПТСР),

депресію. У цих умовах медичним працівникам потрібно турбуватися не лише про своїх пацієнтів, але й про власне здоров'я, адже саме лікарі – найуразливіша група ризику розвитку синдрому професійного вигорання.

І наостанок - Життя – це насправді не місце, де ти є. Це про тебе, про те, як ти собою заповнюєш місце та простір, у якому зараз опинився. Не можна відкласти життя на потім: зараз зробимо паузу, а потім за рік повернемось додому та заживімо. Живемо сьогодні і зараз насолоджуємось життям і прагнемо ПЕРЕМОГИ.

МЕДСЕСТРИНСТВО - ІСТОРИЧНИЙ ДИСКУРС, РОЛЬ ФЛОРЕНС НАЙТІНГЕЛЬ

Смирнова В.І. Амбросова Т.М.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

З часів первіснообщинного ладу функції догляду та обслуговування, які входять в сферу сестринської справи, виконували жінки, матері, сестри. Цілком природно, що жінка доглядала новонароджених, немовлят, а пізніше – дітей. Вона завжди сприяла збереженню здоров'я всіх членів родини.

Таким чином уявлення про медичну сестру та її роль поєднується з образом матері, ніжної, доброї, ласкавої, завжди близької, розумної завдяки життєвому досвіду, а не освіченості.

Офіційної системи навчання медичних сестер не існувало.

Лікарями були чоловіки зі спеціальною освітою, як правило, із заможних сімей.

Стосунки між ними були однозначними: сестра займала місце освіченої прислуги, «безперечно підкореного лікарю, або хірургу».

В жовтні 1836 року пастор Теодор Фліндер в Кайзерсверті на Рейні створив Рейно-Вестфальську общину дияконіць(це жінки, християнки, які служать

своїм сестрам у Христі або в ім'я потреб інших).. Община мала свою лікарню та школу для навчання сестер по догляду за хворими. Що і стало однією з найважливіших подій в історії сестринської справи цього періоду

Про діяльність цієї общини дізналась Флоренс Найтінгейл, одна з найосвіченіших особистостей часів Вікторіанської Англії, яка відіграла видатну роль в подальшому розвитку сестринської справи у світі

Вона народилась 12 травня 1820 року в багатій сім'ї у Флоренції, знала багато іноземних мов, літературу, музику.



Потяг до професії медичної сестри у Флоренс Найтінгейл проявився рано. Незважаючи на заборону батьків, в 27 років (1847р.) вона відправилась у Кайзерсверт де протягом трьох місяців пройшла курс підготовки з сестринського догляду за хворими. У 1853 році вона ознайомилась із роботою сестер милосердя у Франції.

Після повернення до Англії вона одержала посаду суперінтенданта в одній з установ для догляду за хворими жінками з вищих верств лондонського суспільства, де протягом року пройшла першу школу управлінської роботи і внесла багато нового та раціонального в її організацію. Флоренс Найтінгейл – засновниця міжнародної системи підготовки кадрів середнього і молодшого медичного персоналу.

Проте систематичне залучення жінок до догляду за пораненими у військово-лікувальних закладах відзначається лише з середини XIX століття, під час Кримської війни 1853-1856 гг. У російській армії цим уперше зайнявся Н.І. Пирогов, а в таборі союзників, зокрема в англійських військах, англійська сестра милосердя Флоренс Найтінгейл (1820-1910).

Коли розпочалась Кримська війна, Флоренс Найтінгейл було 34 роки. У листопаді 1854 року, очоливши загін з 38 сестер милосердя – добровольців, прибула до Криму. Флоренс допомагала лікарям під час операцій, дбала про поліпшення обслуговування поранених, що дало значні позитивні результати:

покращились санітарні умови перебування поранених та хворих у військових шпиталях, поліпшився сам догляд за ними, комфорт.

Завдяки запровадженому комплексу санітарних заходів смертність серед солдатів у шпиталях знизилась з 40% до 2%.

За її активної участі була відкрита Армійська медична школа в Англії. В цьому ж році вона видала свої знамениті «Записки про сестринську справу», які витримали сотні видань на багатьох мовах світу. Характеризуючи сестринську справу як «дію з використання середовища, яке оточує пацієнта, з метою сприяння одужанню», вона надала особливого значення чистоті, свіжості повітря, тиші та правильному харчуванню.

Вона вперше виділила два поняття: **по-перше – догляд за хворими по-друге – догляд за здоровими**, догляд за здоровими визначався як «підтримання у здорової людини стану, при якому хвороба не може наступити», а догляд за хворими – як допомога людині, яка страждає від хвороби і намагається жити найбільш повноцінним життям, яке приносить задоволення»

Початок розвитку сучасної сестринської справи в Англії був покладений у 1860 р., коли вперше був здійснений прийом учнів у школу медичних сестер нового типу, відкриту Флоренс Найтінгейл при лікарні св. Томаса у Лондоні. Навчання у цій школі тривало 1 рік теоретичного навчання і 2-3 роки практики у шпиталі для закріплення одержаних знань. Діяльність Ф. Найтінгейл створила перший взірець медсестри, який був використаний викладачами шкіл медсестер в їх виховній роботі.

Медична сестра повинна була відрізнятись: знаннями, технічною підготовкою, відповідним характером з урахуванням таких якостей, як спостережливість, терплячість, невтомність, любов до порядку і т.і.

Успішне виконання всіх функцій гарантувало сестрам отримання рекомендацій для призначення їх на керівні посади в шпиталі та сестринські школи.

Закінчуючи школу, сестри милосердя виголошували складену Ф.Найтінгейл урочисту клятву, що по своїй сутності перекликається з клятвою Гіпократа.

- «Перед Богом і перед обличчям зібрання урочисто обіцяю вести життя сповнене чистотою, і чесно виконувати свої професійні обов'язки.
- Я буду утримуватись від всього отруйного та шкідливого і ніколи свідомо не використаю і не призначу ліків, які можуть завдати шкоди.
- Я зроблю все, що в моїх силах, щоб підтримувати і підвищувати рівень моєї професії
- Я буду зберігати в таємниці всю особисту інформацію, яка опиниться у моєму розпорядженні під час роботи з пацієнтами та їх родичами.
- Всіма силами я буду намагатися допомагати лікарю в його роботі та присвячу себе тим, хто звернувся до мене за допомогою.



Медаль імені Флоренс Найтінгейл — вища міжнародна відзнака для нагородження медичних сестер «за виняткову мужність і самовідданість у турботі про жертви збройних конфліктів і природних катастроф, або за зразкову службу, винахідливість і дух новаторства у сфері суспільної охорони здоров'я або сестринської освіти».



Міжнародний Комітет Червоного Хреста здійснює нагородження медаллю один раз на два роки, 12 травня, за поданням національних товариств Червоного Хреста.

Такою медаллю нагороджена наша землячка, жителька м. Куп'янськ Харківської області. За ратний подвиг, за сумлінну працю в ім'я здоров'я людей у мирний час М. С. Шкарлетова у 1965 році відзначена високою нагородою – медаллю Міжнародного комітету Червоного Хреста імені Флоренс Найтінгейл. Її ім'я носить Куп'янський медичний коледж.

РУХ ЧЕРВОНОГО ХРЕСТА І ЧЕРВОНОГО ПІВМІСЯЦЯ – ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ, ПРИНЦИПИ ТА ЦІННОСТІ

Смирнова В.І., Амбросова Т.М.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Міжнародний Рух Червоного Хреста і Червоного Півмісяця – це найбільша гуманітарна організація в світі. Керуючись основоположними принципами, Рух надає допомогу постраждалим від надзвичайних ситуацій і збройних конфліктів.

Рух має в своїх лавах до 100 млн волонтерів та співробітників із 192 країн світу. Він складається з трьох компонентів:

Міжнародний комітет Червоного Хреста;

Міжнародна Федерація Товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця;

192 національні товариства Червоного Хреста і Червоного Півмісяця.

8 травня людство відзначає Всесвітній день Червоного Хреста і Червоного Півмісяця. Дата була обрана на честь дня народження засновника Міжнародного руху Червоного Хреста – швейцарського бізнесмена, громадського діяча і гуманіста Жана Анрі Дюнана. З його ініціативи вперше почали створюватися групи добровольців, які надавали допомогу пораненим воїнам.

Як же Анрі Дюнан з бізнесмена перетворився на громадського діяча? В червні 1859 року він поїхав до Італії для зустрічі з французьким імператором Наполеоном III для вирішення деяких питань проведення бізнесу. Але став свідком битви під Сольферіно, під час якої загинуло та було поранено близько 40 000 солдатів.

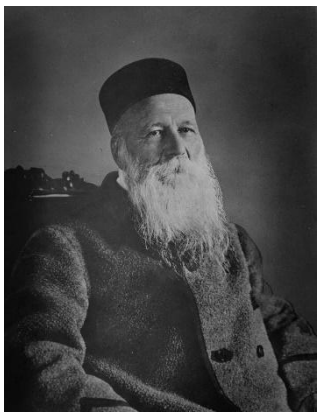
Анрі Дюнан був настільки шокований цією картиною, що повністю відмовився від первинної мети своєї подорожі і кілька днів присвятив себе лікуванню та догляду за пораненими, покликавши на допомогу місцеве населення.

Повернувшись до Женеви він написав книжку, яку і видав власним коштом під назвою "Спогади про Сольферіно". У ній автор звернувся з пропозицією створити в мирний час добровільне товариство, медичні сестри якого будуть турбуватися про поранених у воєнний час. Цим мед сестрам на міжнародному

рівні гарантуватиметься визнання і повага. Книжка викликала потрясіння в Європі.

Також він відстоював створення національних, добровільних організації, які б допомагали пораненим солдатам під час війни і закликав до розробки та підписання міжнародних договорів, які б гарантували безпеку нейтральних медиків та лікарень для поранених на полі бою.

Під час Кримської війни були закладені підвалини Червоного Хреста, як спеціальної організації з надання допомогли пораненим на полі бою.



9 лютого 1863 році в Женеві, Анрі Дюнан та 5 мешканців Женеви Густав Луаньє, Луї Анпіа, Теодор Монцар і генерал Гійом Анрі Дюфур заснували "Комітет п'яти" який би допомагав пораненим. В 1876 р він дістав назву Міжнародного комітету червоного хреста.

Основними принципами міжнародного комітету червоного хреста були визнані:

- мир і злагода, захист життя і здоров'я людини, честі особистості, допомога жертвам збройних конфліктів, стихійних лих, турбота про інвалідів, немічних старих, одиноких та хворих.
- гуманність, неупередженість, нейтральність, незалежність, добровільність, єдність, універсальність.

Червоний хрест на білому фоні був першим захисним символом, який був затверджений в 1864 році Женевською конвенцією. Він повторював швейцарський прапор, було змінено лише кольори - хрест став червоним, а тло білим. Це є цілком зрозумілим, оскільки засновник міжнародного комітету Анрі Дюнан був швейцарцем.

Майже у всіх видах допомоги, яку надавав Червоних Хрест пораненим і хворим воїнам на полі бою і в тилу, головними діючими особами були сестри милосердя.

Під час російсько-турецької війни (1876-1878), Османська імперія використовувала символ Червоного Півмісяця замість Червоного Хреста, оскільки уряд вважав цей символ образливим для мусульманських солдатів.

В 1877 році Міжнародний комітет Червоного хреста зобов'язав Російську імперію, в повній мірі поважати недоторканість всіх осіб та будівель, які знаходяться під захистом Червоного Півмісяця. Згодом аналогічне зобов'язання, щодо Червоного Хреста було отримано від уряду Османської імперії.

В 1919 році представники національних товариств Червоного Хреста Великої Британії, Франції, Італії, Японії та США зібралися в Парижі, щоб заснувати "Лігу національних товариств Червоного Хреста" (англ. League of Red Cross Societies). Цей крок був спробою розширити діяльність Міжнародного комітету червоного хреста, який тоді обмежувався гуманітарною допомогою лише під час збройних конфліктів. Планувалося додати до фронту робіт гуманітарну діяльність під час стихійних та антропогенних лих. Червоний хрест США став ініціатором утворення ліги, оскільки вже мав значний досвід гуманітарної діяльності в таких ситуаціях.

Офіційно назву Міжнародний Червоний Хрест було затверджено в 1928 році на 13-й міжнародній конференції в Гаазі.

На 25-й міжнародній конференції Червоного Хреста, що відбулася в жовтні 1986 року, було затверджено нову назву організації – Міжнародний рух Червоного Хреста і Червоного Півмісяця.

І З’їзд Українського Червоного Хреста відбувся у Києві 15-18 квітня 1918 року. Саме ця дата є початком роботи Українського Червоного Хреста як самостійного національного товариства. Втім, на той час йому не вдалося домогтися міжнародного визнання своєї незалежності, і вже в 1923-1925 роках Український Червоний Хрест офіційно увійшов до складу Союзу Товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця СРСР.У ці роки Український Червоний Хрест організовує тисячі безкоштовних їдалень, надає населенню мільйони продовольчих пайків.

До початку Другої світової війни Український Червоний Хрест має в своїй власності 119 медичних, 206 профілактичних та дитячих закладів, четверту частину всіх протитуберкульозних диспансерів, 36 оздоровчих установ, 800 лазень, 300 фельдшерсько-акушерських пунктів, 400 аптек і магазинів санітарії та гігієни. Під час Другої світової війни Український Червоний Хрест надає медичну допомогу на лінії фронту та популяризує донорство крові. Подвиг 17 українських сестер милосердя Українського Червоного Хреста, учасниць бойових дій, відзначений медаллю імені Флоренс Найтінгейл – вищою нагородою Міжнародного Руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця. Нині в Україні 24 медичних сестри увінчані цією найпрестижнішою світовою відзнакою за виняткове милосердя у повоєнний і мирний час.

Після перемоги Український Червоний Хрест надає всебічну допомогу та підтримку у відбудові України та боротьби з санітарними наслідками війни. Відновлюються мережі лікувальних закладів, їдальні тощо. Український Червоний Хрест започатковує власну санітарну службу. Здійснюється підготовка людей, які в санітарних гуртках набули знання з певної галузі медицини і надавали лікарням допомогу з догляду за хворими вдома, охорони здоров’я дітей, профілактики інфекційних хвороб.

У 1961 році була створена патронажна служба Українського Червоного Хреста для медико-соціальної підтримки малозахищених верств населення.

Більш ніж 10 тисяч активістів, члени санітарних постів і дружин Українського Червоного Хреста взяли участь у евакуації й розселенні постраждалих від Чорнобильської катастрофи, надавали їм медико-соціальну, психологічну та матеріальну допомогу.

У 1993 році Український Червоний Хрест отримує офіційне визнання Міжнародного Комітету Червоного Хреста у Женеві і стає повноправним членом Міжнародної Федерації Товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця.

Товариство Червоного Хреста України (ТЧХУ) є неприбутковою добровільною гуманітарною всеукраїнською громадською організацією, визнання на основі відповідності критеріям Національного товариства є основним моментом для входження Товариства Червоного Хреста України в Міжнародну федерацію товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та загалом приналежність до Міжнародного Руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця, що дозволяє ТЧХУ залучати допомогу Національних товариств у всьому світі.

На діяльність Національного товариства Червоного Хреста впливає два правові режими – міжнародний (у вигляді Женевських конвенцій від 12 серпня 1949 року та внутрішні права Міжнародного Руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця) та внутрішньодержавний, який також включає загальне та спеціальне законодавство та внутрішнє право Національного товариства.

Саме тому у 2002 році було прийнято Закон України «Про Товариство Червоного Хреста України», яким регулюються відносини, пов'язані з діяльністю Українського Червоного Хреста, визначається його правовий статус та правові засади діяльності. А в 2009 році Верховна Рада України ратифікувала III Додатковий протокол до Женевських Конвенцій 1949 року «Про Червоний Кристал».

Мета діяльності Товариства Червоного Хреста України - запобігання та полегшення страждань людей під час збройного конфлікту, катастроф та аварій, стихійних лих , надання допомоги медичній службі ЗСУ та органам охорони здоров'я, сприяння органам державної влади щодо гуманітарної діяльності.

Із 2014 року Український Червоний Хрест працює в особливому режимі. Створені загони швидкого реагування для надання допомоги постраждалим від надзвичайних ситуацій в країні, зосереджується робота на наданні допомоги постраждалим і внутрішньо переміщеним особам із зони збройного конфлікту та Криму, а також продовжується допомога вразливим категоріям

населення; розвивається напрямок діяльності організації із психосоціальної допомоги.

з 24 лютого 2022 року З початку повномасштабного вторгнення в Україну волонтери й співробітники Українського Червоного Хреста майже цілодобово працюють в різних куточках України. Вони доставляють гуманітарну допомогу тим хто її потребує, популяризують знання з першої допомоги й мінної небезпеки, надають психосоціальну підтримку. Загони швидкого реагування виїжджають на місця руйнувань будинків разом з ДСНС України, евакуюють людей та транспортують маломобільних осіб з «гарячих точок», чергують на залізничних вокзалах і пунктах перетину кордону. Місцеві осередки організації облаштовують місця для людей, які були вимушені покинути свої домівки, та забезпечують їх найнеобхіднішим.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА МЕТОДИ ТА ПРИЙОМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ЛЕГКИМ СТУПЕНЕМ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Сущенко В.

Науковий керівник Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Вступ. Під час повномасштабного вторгнення країни агресора на територію України велика кількість добровольців приєдналася до військових лав, серед яких велика кількість бійців з легкими інтелектуальними порушеннями. Згідно з Наказу Міністерства оборони України № 490 від 18 серпня 2023 року, були зняті обмеження на визначення військової придатності людей з відповідною нозологією, що призвело до збільшення раніше непридатних до військової служби людей на конкретних військових спеціальностях, згідно з

заключенням військово-медичної експертизи. Відповідно до цього, сучасним медичним працівникам, реабілітологам та психологам потрібно розробляти нові та індивідуальні медично-реабілітаційні комплексні засоби для відновлення психічної та фізичної сфери бійців ЗСУ в умовах бойових та після бойових дій.

Актуальність теми. Військовослужбовці з відповідною нозологією порушень опинилися в умовах психофізичних факторів стресу та депривацій, що медичну сферу охорони здоров'я та праці України перед новим завданням - наданням якісної та цілісної реабілітаційної допомоги бійцям з легким ступенем інтелектуальних порушень, поміченим як F71 у МКХ-10 та новим визначенням людей цієї категорії як обмежено придатних до служби [1].

Мета дослідження. Визначити та обґрунтувати важливість розробки індивідуального та диференційованого підходу до медико-психологічної допомоги бійцям з порушеннями інтелектуального розвитку легкого ступеню.

Гіпотеза. Беручи до уваги особливості розвитку та сформованості фізичної, психічної, емоційно-вольової та пізнавальної сфер бійців з зазначеним розладом, необхідно демонструвати та реалізувати цілком новий та різнобічний підхід до відновлення військовослужбовців у комплексі фізичної та психічної реабілітації та встановлення відповідних вимог до медичних фахівців у наданні цієї допомоги.

Результати дослідження. Зміст нормативних документів щодо надання психологічної та реабілітаційної допомоги військовослужбовцям, її організація та методи проведення встановлюються та регламентуються низкою законів України, але здебільшого відображають вимоги до надання допомоги людям з нормотиповим розвитком. Критерії цієї реабілітаційної допомоги можуть бути недієвими, не цілеспрямованими та сприяти погіршенню загальному стану бійців з особливими потребами. За результатами міжнародних досліджень встановлено, що у місцевостях військових дій, поширеність психічних захворювань, серед яких домінують депресія та посттравматичний синдром у осіб, які перебували у зоні бойових

дій сягає на 15-20% більше у порівнянні з тими, хто знаходиться поза межами розгортання бойових дій [2]. У значної частини індивідів, які пережили психотравмуючу подію, проблеми у сфері психічного здоров'я можуть виникати не одразу, а з'явитись за деякий час і можуть проявитися не лише як ПТСР, а й у формі інших розладів, зокрема: зловживанням психоактивних речовин, депресією, тривожними розладами, порушенням контролю, спалахами злості та ін. [3].

Розуміючи усі негативні чинники і симптоматику та її прояви у бійців з порушенням інтелектуального розвитку легкого ступеню, заклади медичної допомоги повинні готувати своїх фахівців до роботи з реабілітаційного відновлення через фізичні обстеження та лікування (за необхідності у наявності поранень чи розвинутих фізичних захворювань у період військової служби), консультування за співпраці з психологами, психіатрами та соціальними працівниками і на основі їх експертних заключень конструювати планування психічної корекції та психопрофілактики, проведення психічної реабілітації та психотерапії, спрямованих на психологічний розвиток після травмуючого етапу життя. Фахівці повинні не лише розумітися на наданні зазначеної допомоги, а й дослідити усі особливості розвитку та формування кожної зі сфер когнітивних та фізичних елементів військовослужбовців даної нозології, що потребує введення та розробку спеціальних навчальних та підготовчих програм з метою висвітлення та впровадження у медичний досвід розуміння потребностей та якісне їх надання бійцям ЗСУ в умовах воєнного часу та після завершення бойових дій.

Висновки. Розуміння недостатньо висвітлених особливостей медико-реабілітаційної роботи з бійцями з легким ступенем інтелектуальних порушень під час воєнних дій, гостро постає питання підвищення обізнаності та кваліфікації медичних працівників у роботі з цією категорією пацієнтів, що має стати одним із провідних шляхів розвитку медицини у наданні спеціальної відновлюючої допомоги військовослужбовцям.

Література

1. Про затвердження Змін до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України. Міноборони України; Наказ від 18.08.2023 № 490.
2. Крук, І. М., & Григус, І. М. (2023). Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. Rehabilitation and Recreation, (15), 50–56.
3. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ. СИНДРОМ ТРИВАЛОГО СТИСНЕННЯ

Ткаченко Л.О.

Науковий керівник: Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Актуальність дослідження. Надання домедичної допомоги на полі бою є основною запорукою врятування життя пораненому. Аналіз причин загибелі військовослужбовців під час ведення бойових дій вказує на те, що значну їх частину можна було б врятувати при своєчасному та якісному наданні домедичної допомоги.

В умовах воєнного стану варто бути готовим до всього, навіть якщо ви цивільна особа. Прості речі рятують життя. А чітке розуміння алгоритму дій допоможе взяти себе в руки в екстреній ситуації та надати першу допомогу постраждалому. Тож було вирішено підготувати найкращі ресурси, де можна детальніше дізнатись про надання першої домедичної допомоги.

Мета дослідження - проаналізувати ефективність тимчасових засобів та методів залежно від виду та локалізації, порівняти їх доцільність використання і застосування в бойових умовах.

Завдання дослідження:

- підготовка теоретичних знань та практичних навичок з організації і надання домедичної допомоги в бойових умовах.
- надання військовослужбовцю теоретичних знань з організації і надання домедичної допомоги.
- надання допомоги при синдромі постійного стиснення в умовах бойових дій.

Домедична допомога — це найпростіші невідкладні медичні дії, що виконуються безпосередньо на місці пригоди терміново після травми. Зазвичай, вона надається не медичними працівниками, а особами, що на момент пригоди знаходяться поруч, безпосередньо на місці пригоди або поблизу від постраждалого. В цьому контексті ми говоримо про серцево-легеневу реанімацію, зупинку кровотечі, допомогу при інсульті, переохолодженні, опіках, удавленні, втраті свідомості тощо.

Усі військові проходять відповідні навчання, проте якщо вас мобілізують в терміновому порядку, або ви опинитесь у ситуації, яка вимагатиме негайних дій, не факт, що у вас буде достатньо часу для проходження повного курсу тактичної медицини. Тому варто ознайомитись з основними принципами допомоги заздалегідь, щоб мати базове розуміння алгоритму дій.

На жаль в період стану війни внаслідок акту тероризму частим явищем стає потрапляння людей під завали зруйнованих будівель або їх уламків. Одним із наслідків даного випадку є розвиток синдрому тривалого стиснення.

Синдром тривалого стиснення (краш-синдром, синдром тривалого здавлення) - це патологічний стан, що характеризується розвитком закритого ушкодження та як наслідок стиснення м'яких тканин.

Механізм розвитку полягає в тривалому стисненні м'яких тканин різних частин тіла, переважно кінцівки, (понад 4 годин) з наступним порушенням кровообігу в ураженій ділянці та накопиченні в ній токсинів. Як наслідок відбувається отруєння органу, некроз, органна недостатність та високі ризики летального результату.

Стиснення м'яких тканин може відбуватися за наступних причин:

- неправильне або тривале накладання джгута з метою зупинки кровотечі;
- стискання кінцівки власним тілом, наприклад при позиційному тривалому знаходженні без свідомості;
- здавлення уламками споруд, масивами землі.

Також додатково спостерігаються наступні симптоми:

- уражена кінцівка набрякає, холодна на дотик та бліда (з синюшним відтінком);
- відсутність довільних рухів;
- відсутність пульсу на периферичних артеріях;
- апатія та депресія;
- спрага;
- набуття сечі червоного кольору, згодом об'єм сечовипускання зменшується.

Чим триваліше відбувається стиснення, тим більше погіршується самопочуття постраждалого, інтенсивність симптомів збільшується. Токсини мають негативний вплив на нервову систему, нирки, печінку. Виникає серцева та ниркова недостатність та ін.

При виникненні ситуації та розвитку синдрому тривалого стиснення надання допомоги відбувається за чітким та злагодженим механізмом, від сортування постраждалих за спеціальною системою до початку лікарської допомоги. Так важливим етапом є оцінка та підтримування функції дихання й кровообігу, початок інфузійної терапії (при можливості до моменту звільнення з під завалу), знеболення.

Відмітимо, що звільнення кінцівки від стиснення відбувається лише після попереднього накладання джгута вище місця ураження та накладанні тиснучої пов'язки (від кінчиків пальців до джгута). Це є необхідним аби запобігти при вивільненні кінцівки стрімкому розповсюдженню по організму токсинів, що утворилися в стиснутих тканинах. Далі кінцівка знерухомлюється та охолоджується за допомогою наявного джерела холоду.

При наявності ранової поверхні проводиться її обробка антисептичними засобами. Надалі допомога надається в умовах медичного закладу. У складних випадках коли існує загроза життю пацієнта та неможливості зберегти уражену кінцівку постає питання щодо проведення ампутації.

Враховуючи, що процес вилучення постраждалих може зайняти досить тривалий час, важливо бути обізнаним в методах надання мінімальної самостійної долікарської допомоги та відповідної тактики.

Висновки. Надання домедичної допомоги на полі бою є основною запорукою врятування життя пораненому. Поранених слід оперативно переміщати на наступний рівень надання допомоги, інакше наявні цінні ресурси витрачатимуться на підтримання пацієнтів, що перешкоджатиме іншим постраждалим отримати допомогу.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД: ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ.

Тислюкова О.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Болокадзе Є.О.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Близько 90% українських військовополонених пройшли через тортури. Це дослідження важливе тим, що воно є спробою в Україні повідомити про

психіатричні наслідки катувань для жертв катувань. Це дослідження допоможе закласти основу для зменшення страждань жертв катувань шляхом полегшення їхніх наслідків та пошуку ефективних заходів реабілітації.

"На всіх визволених територіях ми знаходимо свідчення цих жахіть. Лише в Херсонській області зафіксовано 11 катівень. У Харківській області розслідується майже 100 випадків катувань, у яких встановлено понад 700 постраждалих. Подібну картину ми бачимо і в інших деокупованих регіонах", - розповів Генпрокурор.

Так як минуло мало часу для проведення досліджень з наслідків тортур серед українських військових, які повернулися з полону, ми можемо орієнтуватися на дослідження інших країн для попередження таких захворювань. Сеульський національний університет провів дослідження щодо супутніх захворювань у 24 учасників, що пережили катування. Найбільш поширеними виявилися: розлад адаптації, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), панічний розлад, генералізований тривожний розлад, зловживання алкоголем або залежність, зловживання психоактивними речовинами або залежність від наркотичних речовин.

Посттравматичний стресовий розлад - це стан, при якому людина переживає серйозну подію, таку як війна, катування, стихійне лихо або нещасний випадок, а потім відчуває жах від цієї події і страждає від постійного повторного переживання події, витрачаючи енергію на те, щоб втекти від неї, що негативно впливає на нормальне соціальне життя.

Катування - це практика тиску на психіку людини через нестерпний фізичний або моральний біль з метою отримання інформації або відповіді, бажаної для державної посадової особи чи іншого офіційного суб’єкта. Хоча багато хто вважає, що катування - це просто заподіяння болю і страждань, словникове визначення катування полягає в тому, що злочинець застосовує насильство для отримання інформації. Наприклад у корейському словнику катування визначається як "заподіяння фізичного болю, щоб змусити людину розкрити факт, який вона приховує". Таким чином, якщо метою нападу не є

отримання інформації, це не є катуванням у словниковому розумінні, а є актом жорстокості. Загалом, мало хто може витримати тортури. Більше того, якщо ворог не виявить милосердя, людей, які пережили тортури, зазвичай просто вбивають, коли їм вже нічого не залишається.

Симптоми ПТСР можуть з'явитися як одразу після травматичної події, так і навіть через 30 років. Тяжкість симптомів змінюється з часом і посилюється під час стресу. Якщо не лікувати, 30% людей повертаються до нормального стану самостійно, тоді як 40% продовжують відчувати легкі симптоми. Близько 20% відчувають помірні симптоми, а у 10% симптоми не покращуються і навіть погіршуються. Загалом, люди, у яких хвороба розвинулася в дуже молодому віці або, навпаки, в старшому віці, відчувають більше труднощів, ніж люди середнього віку. Перше, що потрібно запропонувати людині, яка пережила травматичну подію, - це емоційна підтримка та заохочення до розмови про неї. Хорошим варіантом лікування є навчання навичкам подолання стресу, наприклад, технікам релаксації. Крім того, людині потрібно розповісти про цей стан та його лікування.

Як і у випадку з іншими станами, лікування включає медикаментозне та психотерапевтичне лікування, причому препарати групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну є препаратами вибору для медикаментозного лікування, оскільки вони покращують загальний стан пацієнта шляхом зменьшеня симптомів депресії та інших тривожних розладів, а також симптомів, що є унікальними для ПТСР.

НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ЕКСТРЕННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Фарбітна Ю.С.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Актуальність проблеми. Застосування зброї, якою наданий час оснащені армії більшості країн світу, викликає значні травми, серед яких переважають мінно–вибухові та кульові пошкодження, а їх кількість у збройних конфліктах протягом останніх 25–30 років значно збільшилася. За даними літературних джерел медико–санітарні втрати під час бойових дій, що супроводжуються множинними мінно–вибуховими травмами, сягають 25 – 60%. Гнійно–запальні ускладнення виникають у 17,3% постраждалих із пораненнями живота, а летальність при цьому коливається в межах 12 – 31%.Потреба оптимізації антибіотикотерапії при бойовій травмі живота з метою покращення результатів її лікування у значній мірі обумовлена можливим інфікуванням і розвитком гнійно–септичних ускладнень вогнепальних поранень у 50 – 75% постраждалих.

Мета дослідження: вивчити експериментально та перевірити в умовах клініки отримані в експерименті дані щодо можливості застосування лімфотропної антибактеріальної терапії для адресної санації окремих зон і органів черевної порожнини при бойовій травмі живота, направленої на профілактику та лікування гнійно–септичних ускладнень.

Матеріал і методи досліджень. Вивчено накопичення антибіотика в тканинах різних органів черевної порожнини у кролів після лімфотропного його введення. У процесі дослідження був обраний антибіотик цефтріаксон, який за даними літератури найчастіше застосовують у хірургічних стаціонарах.Сутність методики лімфотропної антибіотико терапії полягала в послідовному введенні препаратів, що збуджують лімфосекрецію, спазмолітиків, антикоагулянта, протизапальних препаратів та антибіотика.

Результати.Ми оцінювали ЗЗР (зону затримки росту) E. coli за максимальними її значеннями при лімфотропному введенні препарату в різних зонах. Щодо гомогенатів зразків тонкої, сліпої і сигмоподібної ободової кишок, сальника та парієтальної очеревини гальмівна дія проявилася максимально після лімфотропного введення антибіотика у правій та лівій здухвинних ділянках і наближалась до рівня дії чистого

антибіотика(контроль). Разом з тим щодо гомогенатів зразків стінки шлунка, тіла підшлункової залози і печінки найбільш інтенсивну гальмівну дію спостерігали після лімфотропного введення препарату у праву чи ліву паравертебральну зону. Наведене дає підставу передбачити, що при пошкодженнях верхньої третини черевної порожнини, особливопідшлункової залози, шлунка і селезінки, з метою попередження запалення чи нагноєння цих органів та у разійого розвитку необхідно вводити антибактеріальні препарати лімфотропно в паравертебральній ділянці справа чи зліва на рівні кутів лопаток, а при пошкодженнях середньої та нижньої третин черевної порожнини – у правій чи лівій здухвинній ділянці.

Висновки. Експериментально доведено, що лімфотропна антибіотикотерапія залежно від місця введення препарату сприяє його адресному накопиченню у відповідному органів кількості, достатній для стійкої антибактеріальної дії.

Література:

1.Екстренна медична допомога (до госпітальні протоколи): посібник-Київ: Юстон, 2016 р.

2.Надання медичної допомоги ,медичні рекомендації Жилін Т.П. Нагайник Т.Г. Чуприна О.В. 2020 р.

3.Домедична допомога потерпілим внаслідок еадзвмчайних ситуацій Гусарєв В.Є, Квітка М.І.,Онафрійчук Ю.А.2020 р

4.Паліативна та хоспісна медицина ,соціальні аспекти Паліашвілі Л.М.,Заздравнова А.Л.2023 р.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

Фарбітна Ю.С.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Актуальність теми: На систему закладів охорони здоров’я в умовах воєнного часу окрім надання планової медичної допомоги покладаються додаткові обов’язки з надання ургентної допомоги як військовослужбовцям, так і цивільному населенню з приводу отриманих травм та тілесних ушкоджень в результаті бойових дій. Забезпечення сталості та безперебійності функціонування системи охорони здоров’я в умовах воєнного часу є одним із першочергових завдань.

Мета: розглянути основні особливості організації системи охорони здоров’я під час воєнного часу в Україні.

Матеріали та методи обстеження: науково-інформаційна література, нормативно-правова база України, порівняльно-правовий, аналітичний та структурний методи.

Результати: воєнний стан – це особливий правовий режим що вводиться в Україні або в окремих її місцевостях та передбачає надання органам державної влади,військовому командуванню,військовим адміністраціям та органам місцевого самоврядування повноважень, необхідних для відсічі збройової агресії,забезпечення національної безпеки, усунення загрози державній незалежності України. Як і будь-яка інша надзвичайна ситуація, вносить свої корективи у роботу медичної системи. Так, згідно Наказів МОЗ України № 374 від 24.02.2022 р. «Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України», було затверджено Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України. Наказом МОЗ України № 507 від 20.03.2022 р. було тимчасово припинено планову госпіталізацію до стаціонарних хірургічних відділень при завантаженості більше 50%, терапевтичних відділень – 70% від ліжкового фонду відділення.

На період воєнного стану всі медичні працівники підпорядковані закладам охорони здоров'я, підлягають обов'язковому обліку. Встановлюється спеціальний порядок первинно-облікової документації, що передбачає дозвіл видавати її у паперовому а не в електронному вигляді. В умовах воєнного часу на добровільних засадах можливе залучення до надання медичної допомоги студентів медичних вузів та іноземних студентів. На час воєнного стану дозволено зберігання наркотичних засобів,психотропних речовин і прекурсорів у всіх складських приміщеннях,які мають відповідну ліценцію що не перевищують 3 місячної потреби закладу в них.

Внесено ряд змін в системі донорства крові, допомоги хворим на цукровий діабет та онкопатологію.

Висновки: Ознайомившись з нормативно-правовою базою МОЗ України можна дійти висновку що було проведено ґрунтовну та всебічну роботу з приводу налагодження функціонування системи охорони здоров'я України з урахуванням особливостей воєнного часу.

Література:

1.Конституція України.

2.Закон України «Про правовий режим воєнного часу в Україні»

3.Управління закладом охорони здоров'я, Борщ В.І 2020 р.

4.Здоров'яі здоровий спосіб життя Климус Т., Климанська Л.Д.,Клюс Л.Є2023р.

5.Соціальна медицина та організація охорони здоров'я:методичні розробки для викладачів до проведення практичного заняття та тему «Система охорони здоров'я в Україні,принципи,організації медичко-санітарної допомоги населенню-Харків,ХНМУ 2017р.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

Фурсова Д.

Науковий керівник Хіміч Т.Ю.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Актуальність. Під час повномасштабного вторгнення дітям дошкільного віку необхідна кваліфікована медична (психологічна) допомога. Дітлахи часто переживають стрес через наслідки війни. Не у всіх із них буде психологічна травма, але кожна дитина потребує підтримки. Головну роль у цьому відіграють батьки. Існують базові правила, як підтримати дитину у стресовій ситуації, щоб стабілізувати її стан.

Мета дослідження: оцінити ефективність методів психологічної допомоги дітям дошкільного віку, які потребували цієї допомоги через бойові дії.

Матеріали та методи. Досліджено 43 дитини у віці від 3-х років до 6-ти. Були використані техніки для емоційного заспокоєння дітей: відволікаючі ігри, шоколад та смаколики, малювання, заспокійливу музику, іграшки, фізичні вправи, терапія тваринами, танці, терапія адоптагенами та інші відволікаючі терапії. До кожної дитини був індивідуальний підхід та відповідні відволікаючі терапії. Комусь підходили розмови, казки і історії, іншим малюнки та співи, а деяким тілесний контакт з батьками.

Дітям дошкільного віку рекомендовано передавати сенси через казки, тому що мова маленьких дітей дуже проста – це мова історій та казок, які одразу привертають увагу дитини. Є вже готові казки з малюнками. Також можна малювати щось розповідаючи історії. Якщо сумно — намалювати цей сум та обговорити. Наприклад, пояснити дитині, що зараз в Україні війна і спробувати намалювати її разом із ним. Треба розказати їй, що це сумно, і ми не хочемо, щоб так відбувалося, малюючи танки чи інші символи війни. Тоді навколо танків треба намалювати щось світлими красивими кольорами, розповідаючи, що в України є воїни, які захищають нас. Треба наче оточити ці танки чимось хорошим – пояснити, що є багато добрих людей у світі, щоб зупинити війну та злих людей. З маленькими дітьми навіть така невеличка просто вправа буде доволі ефективною.

Можливо, ще одна із методик вилити цей страх та хвилювання через спів, виліпити його з глини тощо. Відповідати треба тільки на ті запитання, які ставить дитина, щоб не нав'язати їй свої власні страхи. Не запугувати дидитну не показуючи своїх власних страхів та хвилювань. Встановити тілесний та емоційний зв'язок через обійми та заспокоєння дитини.

Під час повітряних тривог та активних бойових дій ми залучали та рекомендували батькам таку психологічну допомогу: спосіб стабілізуватися дитині – через тіло. Можна почати рухатися – ходити туди й назад, зробити якусь фізичну активність. Також варто почати повільно подихати. Під час тривоги дихання переходить «на автопілот», а тому ми маємо перевести дихання в повільний глибокий спосіб. Можна повільно підняти руки на вдих, а потім повільно опускати їх на видих. Так треба повторити кілька разів. Важливо все робити разом, бо так дитина відчуває, що вона не сама. Також під час тривоги напружуються м'язи, тому з дітьми можна зробити просту вправу: спробувати напружити їх ще більше. А потім кажемо: *«Уяви, що твоє тіло, наче макарони в киплячій воді, стає м'яким»* – і розслабляємося. Під час тривоги з'являються думки, пов'язані з катастрофічністю всього, що відбувається. Натомість ми можемо разом із дитиною повторювати мантру на кшталт: *«Ми впораємося з усім, вистоїмо, переможемо».* Повторюйте такі короткі фрази, дихаючи водночас.

Для дітей дуже важлива залученість дорослих у цьому процесі – брати їх за руку, дихати разом, говорити, що ми вистоїмо і все зможемо. Таким чином батьки передають дитині відчуття безпеки. У ситуації, коли батьки з дитиною перебувають у небезпеці і бачать, як прилітають бомби, відбувається смерть – дорослі не можуть дати дитині відчуття безпеки, бо ситуація справді небезпечна. Ми не можемо сказати дитині: «спробуй заспокоїтися», коли щойно когось із батьків вбило снарядом.

У критичних ситуаціях важливі присутність, обійми, можливість разом повторювати слова підтримки й пошуки варіантів, як переміститися в безпечніше місце. Для заспокоєння можна використати такі прості речі, які не

потребують додаткових засобів: обійняти дитину й гойдатися разом так, ніби заколисуємо, при цьому можна співати колискову чи щось мугикати, говорити про те, як ви любите дитину, що разом ви впораєтеся, все буде добре. Якщо ситуація небезпечна, варто сказати наступні слова дитині: «Зараз лунає повітряна тривога і чути вибухи ракет, це дуже страшно. Але я поруч і ми разом впораємося з цим».

Результати дослідження. 17 дітям за їх темпераментом та інтересами підходить малювання і заспокійлива музика; 12 дітям притаманні активні ігри, а також фізичні вправи; 8 дітям підійшов метод відволікаючих ігор з іграшками або казки; 6 дітям більш всього до вподоби терапія з домашніми тваринами та відповіді на хвилюючі їх запитання. Однак згідно проведеного досліду, усім дітям підійшов метод обіймів, насамперед тілесний контакт з близькими, слова підтримки та емоційна стабільність.

Висновки. Надані рекомендація батькам як надалі допомогати та заспокоювати своїх дітей.

- **Дотримання режиму дня.** Прокидатися щоранку в один і той самий час, гратися в ігри з рідними та друзями, робити уроки, готувати обід, розмовляти після вечері в родинному колі, обійматися та співати – намагайтеся повернути те що ви робили до війни, адже це допомагає дитині почуватися спокійніше і впевненіше. Якщо зараз Ви не можете повернутися до свого звичайного режиму дня, створіть нові ритуали – головне, щоб одні й ті самі дії повторювалися щодня в той самий час.
- **Створення нових ритуалів**. Якщо ви переїхали, або втратили можливість робити те, що було для Вас із дитиною звичним, створіть нові ритуали. Це може бути читання вголос, вечірні обійми, спільні ігри, спів тощо. Спільні дії допоможуть дитині відчути єдність і силу сім'ї.
- **Щоденне спілкування на різні теми.** Спілкування потрібно кожному. Щоб дитина не почала ізолюватись, з нею потрібно говорити про речі, які стосуються її життя: про прогулянки, книги, фільми, ігри. Це допоможе їй відчути, що Вам важливі її інтереси.

- **Підтримання емоційного зв'язку.** Особливо зараз дитині важлива емоційна близькість із батьками. Щоб зберігати її та зміцнювати, потрібно обіймати дитину, говорити, що ви її любите, хвалити її (за сміливість, за витримку, за вміння, які демонструє дитина), грати з нею, смішити, розділяти з нею емоції. Наприклад, спитайте в дитини, як саме вона відчуває, що мама й тато її люблять. Зазвичай діти висловлюють найбільш прийнятний на цей момент варіант. Якщо вона не відповідає, запропонуйте таку вправу – гру: візьміть іграшку, скажіть, що іграшка засмучена, і запропонуйте дитині втішити її. Дивіться на дії дитини – саме таких дій від вас потребує і вона. Важливо пам'ятати, що діти, які пережили травматуючий досвід, не завжди люблять обійматися й можуть уникати тілесних контактів .Тому слід запам'ятати дитину, чи можна її пригорнути.
- **Обговорення тривожних подій.** Такі розмови дуже корисні для емоційної розрядки. Після перебування в укритті, сигналів тривоги, звуків вибухів чи епізоду бойових дій проводьте невеличкі сімейні бесіди.Такі розмови слід починати зі слів про те, що загроза минула («зараз ми в безпеці»). Скажіть що це було важко, але дитина впоралася, і ви, батьки чи близькі дорослі (опікуни), пишається її силою. Підкресліть: те, що дитина подолала складнощі, допомогло й батькам. У проживанні критичних ситуацій через їхнє проговорювання важливо робити акцент не лише на почуттях та емоціях, а й на діях, які допомоги впоратися дитині й вашій родині. Щоб уникнути стану «фрагментації пам'яті» (це коли ми перестаємо пам'ятати послідовність дій під час травматичних подій), потрібно переказувати події та дії членів родини в цей час. Якщо дитина готова, можна заохочувати і її переказувати події. При цьому важливо говорити, що і мені, і тобі було страшно (сумно та тривожно), але ми впоралися. Цей метод дозволяє дитині побачити, що її почуття збігаються із почуттями дорослих, що вона не сама, а також зняти емоційне напруження.
- **Звернення до психолога**. Не зволікайте зі зверненнями до спеціаліста за психологічною допомогою, якщо дитина постійно пригнічена чи агресивна,

уникає активності, спілкування з однолітками, втратила апетит і нормальний сон.

ТАКТИЧНА БОЙОВА ДОПОМОГА ПОРАНЕНИМ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Черкашина М.В., Ільченко Н.О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Болокадзе Є.О.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Військова система охорони здоров'я є наріжним каменем клінічної військової медицини. Вона призначена для забезпечення того, щоб весь активний і резервний персонал був здоровим і працездатним, а медичні працівники були належним чином підготовлені для підтримки оперативних сил. Таким чином, висвітлення проблематики цієї теми стало більше нагальним з початку повномасштабного вторгнення наприкінці лютого 2022 року і є важливим до теперішнього часу. Рекомендації щодо надання допомоги при травмах використовуються під час бою та складаються у три фази. Метою є зменшення запобіжних смертей серед військовослужбовців під час тактичних операцій шляхом впровадження заходів, які підвищують вірогідність потрапляння пораненого до військового лікарняного закладу.

Фаза 1: Догляд під вогнем

Дії, що виконуються під час тактичного бою під вогнем:

1. Застосування вогню точного придушення всім особовим складом (включаючи поранених, якщо це можливо)
2. Виконання тактичної місії
3. Укривання від вогню
4. Лікування поранених:
   - Контроль кровотечі

○ Якщо наявний масивний крововилив у кінцівку: накладання бойового джгута

Фаза 2: Тактична польова допомога

Дії, вжиті, коли обстріл більше не ведеться:

1. Роззброєння поранених зі зміненим психічним станом або якщо вони отримують кетамін чи фентаніл
2. Особи, які першими реагують, повинні дотримуватися порядку лікування, визначеного акронімом **MARCH** :

○ **Масивний крововилив**

■ Оцінка будь-якого крововиливу і контроль масивної кровотечі з кінцівок за допомогою джгута.

■ Перев'язка немасивних крововиливів бойовою марлею.

○ **Управління дихальними шляхами**: оцінка прохідності дихальних шляхів; вставка носоглоткового повітрепровіду або виконання хірургічної крикотиреоїдотомії за необхідністю.

○ **Дихання**: у випадку відкритих ран грудної клітки вставка вентильованого герметика, декомпресія при підозрюваному напруженому пневмотораксі, вентиляція/ киснева терапію.

○ **Кровообіг**: встановіть внутрішньокістковий або внутрішньовенний доступ , коли потрібна реанімація рідини та/або внутрішньовенне введення препарату.

○ **Запобігання травмі голови / переохолодженню** : перевірка наявності струсу мозку, зняття мокрого одягу і накладання термоковдри.

3. Додаткові заходи слід розглянути в пункті збору поранених відповідно до абревіатури **PAWS** :

○ **Знеболення**: ввести анальгетики .

○ **Антибіотики**: 1 г внутрішньовенно ертапенему або 2 г внутрішньовенно цефотетану або 400 мг перорального моксифлоксацину

○ **Лікування ран**: лікування відкритих ран, опіків і відкритих переломів .

○ **Плінтування**: стабілізація переломів тазу та травм ока .

Фаза 3: Тактична евакуація

- Медична евакуація та евакуація поранених за допомогою спеціальних повітряних та/або наземних транспортних засобів до найближчого військового лікарняного закладу.
- Продовжити заходи, розпочаті під час евакуації або у військовому лікарняному заході.
- Оцініть та задокументуйте додаткові травми, що загрожують життю , контроль болю , реанімацію рідиною та відповідну терапію.

Висновки. Таким чином, з вищезазначеного можна зробити висновок, що травми, отримані на полі бою є дуже загрозливими для життя, тому просто необхідно знати ці рекомендації.

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ СЕРЕД СТУДЕНТІВ

Чірва С.Ю.

Науковий керівник: д.мед. наук професор Бездітко Т.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

У сучасному світі багато людей мають захворювання шлунково-кишкового тракту, проте студенти є найуразливішою ланкою.

Метою даного дослідження є аналіз чинників, які можуть призвести до захворювань шлунко-кишкового тракту серед студентів.

Методи дослідження. Проведено опитування за допомогою Google-форми 31 здобувач освіти. Серед респондентів було: 77,4 % людей чоловічої статі, 22, 6% людей жіночої статі. Вік респонденти у відсотках коливався від12,9 % - 17-18 років, 61,3% - 19-21 рік, 19,4 % - 22-25 років, 3,2 % - 26-30 років, 3,2% -

31-40 років 3,2 % студентів. Здобувачі 1 курса склали -3,2 %, 2 – 12,2, 3 – 32,3 %, 4 –22,6 %, 5 – 25,8 %, 6 – 3,2 %.

Результати дослідження. Найбільша кількість скарг була пов'язана з відрижкою –61,3 %, метіорізм – 51,6 %, зменшення або відсутність смаку –51,6 %, печію – 45,2%, біль у животі 45,2 %, втрату апетиту – 38,7%. Далі на питання «Як часто Ви скаржитесь на симптоми пов'язані з захворюваннями ШКТ?» 6,5 % опитувальних відповіли, що кожен день, 25,8% декілька раз на тиждень, 38,7 % декілька разів на місяць, 19,4% декілька раз на рік, 9,7% важко відповісти. На питання чи проходили респонденти обстеження, для виявлення хвороб ШКТ, 67,7% відповіли, що так, 25,8% дали відповідь, що ні та 6,5 % важко відповісти. Далі 54,8 % відповіли, що у них підтверджений діагноз пов'язано з хворобами ШКТ, а у 41,9 % діагноз не підтверджений та 3,2 % важко відповісти. Щодо діагностованих захворювань ШКТ у 25,8 % опитуваних виявився гастрит, у 12,9 % – виразкова хвороба шлунка, у 9,7% – гастродуоденит.

Висновки. Результати дослідження свідчать про те що 56,7% здобувачів освіти мають проблеми з ШКТ. Основна кількість респондентів – 67,7% проходять обстеження.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД У ВІЙСЬКОВИХ. ШЛЯХИ ЙОГО ПОДОЛАННЯ.

Шабанова Т.В., Середа В.О., Пташенко Т.М., Височина А.М., Довгополова І.П.

Науковий керівник: Ярощук А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Посттравматичний стресовий розлад, далі – ПТСР – це розлад психичного здоров'я, що розвивається після пережитої або побаченої травмвтичної події. Такою подією може бути сексуальне або фізичне насилля, аварія або нещасний

випадок, тяжка хвороба або смерть близької людини, друга, зрада коханої або коханого. Сьогодні, в умовах повномасштабного вторгнення РФ на теріторію України ПТСР набуває нових, до цього майже незнаних форм та властивостей.

В нашому дослідженні ми розглядатимемо ПТСР у військових. Методи його виявлення та способи і види допомоги ураженим. Перш за все треба відзначити, що в умовах війни ПТСР стає однією з найбільш поширених психологічних патологій. Тому ця проблема актуальна не тільки сьогодні, а й залишиться такою ще надовго. Зважаючи на специфіку бойових дій, треба визнати, що боротьба із зазначеною паталогією набуває майже стратегічного значення та має значний вплив на обороноздатність країни.

Найбільш поширеним джерелом стану ПТСР стає тяжке поранення або смерть бойового товариша, власне ураження або наслідки застосування особистої зброї проти супротивника. Все це викликає або фізичний страх за своє життя, відчуття контролю над ситуацією чи моральні переживання. Як і всяка патологія ПТСР має свій час проявлення та симптоматику. В перші 72 години після події чи подій проявляється гостра стресова реакція. Через декілька днів вона переростає у стресовий розлад. Стресовий розлад має відповідні симптолми: - Регулярні спогади про травмуючу подію чи події, що сприймається за дійсність; - Потреба у повному контролю всього, що відбувається навколо; - Надмірна тривожність; - Порущення сну та нічні жахи; - Порушення пам’яті; - Втрата інтересу до життя; - Нестабільний емоційний стан, що супроводжується відчудженням від оточуючих, навіть від друзів та близьких. Але небезпека ПТСР не тільки у випаданні особи із дійсності, колективу, спільної діяльності та взаємодії.

Досить поширеними наслідками стають депресія, виникнення алкогольної чи наркотичної залежності. Ще одним, суттєвим проявом стають суіціадальні настрої. З огляду на статистичні данні до 80 % тих, хто приймав безпосередню участь у бойових діях, у тій чи іншій мірі, мають ознаки гострої психологічної травми. За відсутності відповідної фахової допомоги вона може призвести до ПТСР. Вірогідність появи цієї патології значно зростає в разі, якщо вона

діагностується вдруге, якщо травмуюча подія призвела до суттєвої зміни життя особи або повернення військово службовця із зони бойових дій до мирного життя. Для своєчасного виявлення та психологічної корекції ПТСР у військовослужбовців необхідно запроваджувати та здійснювати психологічний нагляд як безпосередньо в зоні бойових дій, так і в тилу.

Поряд з роботою професійних психологів та психотерапевтів у відповідних офіційних установах і закладах необхідно заохочувати до цієї діяльності профільні громадські організації та об'єднання, волонтерський рух. Процес лікування має відбуватися у двох напрямках: - Індивідуальна чи групова психотерапія (обговорення травмуючої події чи подій – дебрифінг); - Поведінкова терапія; - Вироблення та вдосконалення навичок керування стресом. Другий напрямок – це медикаментозна терапія, головне призначення якої – послаблення симтоматики викликаною патологією. Найчастіше при цьому використовуються антидепресанти, нейролептики та нормостеники. Окремо застосовуються, як терапевтичний захід, прогулянки на природі, спілкування з тваринами (кінні прогулянки), та по можливості, зайняття спортом (плавання, шведська ходьба).

Література:

1. Горбунова В.В. «Посттравмотичний сресовий розлад», 2014.
2. Гусак Н., Чорнобровкіна В., Максименко А., Бойко О. «Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайної ситуації», 2017.
3. Горбунова В.В. «Сприяння соціального оточення та зростанню особистості при посттравматичних станах та розладах», 2017.
4. Соченко Т.О. «ПТСР серед військовослужбовців та ветеранів війни в Україні», 2019.

ВПЛИВ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ НА ЕПІДЕМІОЛОГІЮ ТА ДИНАМІКУ ПОШИРЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ

Шаніна В.В.

Науковий керівник: доцент Гончарь О.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Вступ. Воєнні конфлікти створюють серйозні виклики для суспільства, включаючи гострі проблеми у сфері охорони здоров'я. В цьому контексті, епідеміологія та динаміка поширення захворювань стають об'єктом поглибленого дослідження, оскільки вони взаємодіють з комплексом факторів, що виникають у зоні воєнного конфлікту.

Мета дослідження: Визначити епідеміологію та поширення інфекційних хвороб серед населення під впливом воєнного конфлікту.

Результати дослідження. Поширення інфекційних захворювань завжди було актуальне, як для цивільного населення так і для військовослужбовців. Слід відзначити, що військовослужбовці представляють собою контингент підвищеного ризику розвитку інфекційних захворюваннь з огляду на можливість перебування в епідеміологічно несприятивих умовах через виїзди до територій та країн, що є ендемічними з нехарактерних для України інфекцій. Крім того, військовослужбовці мають підвищений ризик розвитку респіраторних та кишкових інфекцій через можливість перебування у неналежних санітарних умовах.

Історично склалося так, що війни порушують баланс між людиною та мікроорганізмами, що призводить до руйнівних спалахів мікробних захворювань і високих рівнів смертності та захворюваності в усьому світі. Є багато прикладів спалахів захворювань, що відбувалися під час війн. Наприклад, під час Першої світової війни в Європі відбувся спалах грипу-іспанки, що призвів до загибелі понад 50 мільйонів людей. Цей спалах посилився втечею із зон бойових дій, що збільшило географічний ареал епідемії. Під час Другої світової війни в Європі та Азії відбувся спалах тифу, що призвів до загибелі мільйонів людей. Таким санітарним втратам також сприяли гострі респіраторні захворювання [1]. Також, і в Україні від початку повномасштабної війни повідомлялося про великий ризик спалахів таких

інфекційний захворювань, як сказ, холера, поліомієліт, кір та дифтерія. Від початку конфлікту випадки на зараження цими інфекціями значно збільшилися через нерегульоване масове переміщення населення, субоптимальні санітарні умови та порушення вакцинаційних програм [2].

Одним із головних наслідків воєнного конфлікту є руйнування інфраструктури, включаючи системи водопостачання та каналізації. Це призводить до непередбачуваних умов у сфері водопостачання та асанітарії, що сприяє поширенню інфекційних захворювань. Відсутність чистої води та нормальних санітарно-епідеміологічних умов ускладнює контроль за хворобами. Зростання захворюваності на діарею та інші шлунково-кишкові захворювання серед людей, які були змушені покинути свої домівки, скоріш за все, пов'язано саме з порушенням систем водопостачання та каналізації в зоні конфлікту і обмеженим доступом до чистої води.

Повномасштабні війни, як зазначає багато досліджень, призводять і до спалахів таких захворювання, як ВІЛ/СНІД. З початку вторгнення Росії в Україну 24 лютого 2022 року в Україні було зареєстровано 8 809 нових випадків ВІЛ-інфекції. Це на 22,3% більше, ніж за аналогічний період минулого року. Це пов’зано з тим, що виникають труднощі в здійсненні епіднагляду за ВІЛ-інфікованими. Організація послуг, пов'язаних із профілактикою, тестуванням, лікуванням та клініко-лабораторним моніторингом перебігу ВІЛ/СНІДу серед людей, що живуть із ВІЛ, значно ускладнюється, особливо у регіонах південно-східного напрямку [3]. Крім того, вплив збройного конфлікту на поширеність та динаміку передачі ВІЛ/СНІДу показаний на прикладі Лівії, Сирії, Ємену та Іраку [4].

Висновок. Війна є одним із найсерйозніших факторів, що негативно впливають на епідеміологічний стан здоров'я населення. Вона призводить до спалахів захворювань, поширення інфекцій, зниження доступності медичної допомоги та руйнування інфраструктури, включаючи системи водопостачання та каналізації. Військовослужбовці більш схильні до зараження інфекційними хворобами, ніж цивільні, оскільки вони часто перебувають у складних

епідеміологічних умовах і можуть мати обмежений доступ до чистої води та субоптимальні санітарно-епідеміологічні умови. Під час війни також зростає ризик спалахів таких інфекційних захворювань, як сказ, холера, поліомієліт, кір, дифтерія, гострих респіраторних захворювань та ВІЛ/СНІД.

Література:

1. Трихліб В. І., Майданюк В. П., Ткачук С. І., Півник В. М. Інфекційні захворювання під час локальних війн. Інфекційні хвороби. 2015. № 1. С. 58–65. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/InfKhvor_2015_1_14
2. https://tsn.ua/ukrayina/vooz-poperedila-ukrayinu-pro-nebezpechni-hvorobi-cherez-viynu-2445901.html
3. Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України «Статистика з ВІЛ/СНІДу»
The impact of armed conflict on the prevalence and transmission dynamics of HIV Infection in Libya. Mohamed Ali Daw, 2

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Шмуліч Є. О.

Науковий керівник: д.мед.н, професор Бездітко Т. В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Бронхіальна астма (БА) у людей літнього віку стає все більш поширеним і вкрай небезпечним захворюванням. Інформації про особливості перебігу бронхіальної астми у цієї популяції недостатньо.

Мета роботи. Вивчити особливості бронхіальної астми у людей похилого віку.

Матеріали і методи. Аналіз літературних джерел.

Результати та обговорення. БА традиційно вважається захворюванням дітей і людей молодого віку, але старіння населення зумовило зростання інтересу до вивчення цієї хвороби в осіб літнього віку може бути недооцінена. У

спеціалізованій літературі мало інформації про патофізіологічні механізми, що визначають запалення дихальних шляхів, пов'язаних із БА у людей літнього віку. Ця група пацієнтів має більшу кількість супутніх захворювань: ожиріння, гастроезофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), серцево-судинні захворювання. У людей похилого віку може бути важко відрізнити симптоми БА від симптомів інших захворювань дихальних шляхів. Наприклад, кашель та дихальна недостатність можуть бути симптомами серцево-судинних захворювань чи бронхіту. Додатковими є труднощі пов'язані з неможливістю коректно провести розширену діагностику з використанням алергічних проб, спірометрії з функціональними тестами, відсутності адаптованих контрольних значень результатів та використанням лікувальних інгаляторів.

Висновки. Перебіг БА в осіб віком більше 65 років — тяжчий та асоціюється з супутньою патологією, що вказує на необхідність більш комплексного підходу до діагностики та лікування БА у цих пацієнтів. Функціональні та клінічні характеристики БА у пацієнтів віком до 65 та більше 65 років різні, і цю різницю слід враховувати для досягнення оптимального контролю захворювання.

ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСУ В УМОВАХ ВІЙНИ

Щербак С.А.

Науковий керівник: д.мед.н, професор Бездітко Т. В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Стрес має багато різних визначень, однак його можна визначити як адаптивну реакцію на небезпеку, яка загрожує гомеостазу людини.

Мета: дослідження особливості розвитку стресу на підставі анкетування здобувачів освіти ХНМУ щоб визначити відсоток студентів, які знаходяться у стані стресу.

Матеріали і методи дослідження. У дослідженні взяло участь тридцять один здобувач освіти ХНМУ. Анкета складена із 9 питань.

Результати. Всі запитання допомогли нам проаналізувати психоемоційний стан студентів-медиків. Тож 32,3% респондентів зазначили, що часто відчувають напруженість, наче не по собі, 58,1% - час від часу, іноді, 1% - весь час. На друге запитання 12,9% студентів відповіли безумовно це так і страх дуже сильний, 25,8 – це так, але страх не сильний, 51,6% - іноді, але це мене не турбує, 9,7% - зовсім не відчуває. Також ми виявили, що у 12,9% студентів є постійні неспокійні думки, 32,3% - велику частину часу, 35,5% - час від часу, 19,4% - тільки іноді. 51,6% опитаних, зазначили, що зрідка можуть легко сісти і розслабитись. Відчуття, що почав все робити дужо повільно є постійним у 16,7% студентів, часто – 30%, іноді – 43,3%, зовсім ні – 10%. 61,3% опитаних іноді відчувають внутрішнє напруження або тремтіння. Відчуття непосидючості, немов постійно треба рухатися є у 12,9% респондентів. Раптове відчуття паніки трапляється дуже часто у 12,9% опитаних, 22,6% - досить часто, 41,9% - не так вже й часто, 22,6% - зовсім не буває. На останнє запитання з приводу отримання відчуття задоволення від власних інтересів 22,6% студентів відповіли що іноді відчувають задоволення.

Висновки. За результатами анкетування більшість студентів знаходиться у стані стресу, що проявляється відчуттям напруженості, страху, неспокійних думок, уповільнення працездатності, непосидючості. Все це, як наслідок війни, погіршує якість життя і сприяє розвитку дисбалансу

ПОІНФОРМОВАНІСТЬ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ЩОДО СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ

Ярошевська А.О., Бура М.С.

Науковий керівник Смирнова В.І.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Вступ. У сучасній медицині терапія залишається фундаментальною інтегральною дисципліною, що узагальнює клінічні проблеми захворювань внутрішніх органів і зосереджує свою увагу на загальних змінах в організмі пацієнта, розглядає захворювання внутрішніх органів як єдиний патофізіологічний процес організму і пропонує багатий арсенал профілактичних, лікувальних і реабілітаційних втручань [1].

Застосування сучасних високотехнологічних методів діагностики для прийняття точних клінічних рішень відкриває нові можливості в медицині [2]. Сучасні методи широко застосовуються з метою раннього виявлення патології, диференціальної діагностики різних захворювань і контролю ефективності проведеного лікування.

Мета дослідження. Провести аналіз та оцінити поінформованість студентів-медиків щодо сучасних методів діагностики та лікування патології внутрішніх органів.

Матеріал та методи. Для виконання поставленої мети було проведено анкетування серед студентів - медиків в кількості 105 осіб, з яких вікова категорія складала 75% - 18-25р., 12,5% - 26-40р., 12,5% - старше 40р.. Анкета була розроблена авторами.

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті досліджень було встановлено, що 87,5% опитуваним відомі нові методи діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів, однак 12,5% - не обізнані.

Із перерахованих варіантів діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів, 75% студентів відомі методи протезування, 75% - серцеві клапани, 75% - ортодонтичне лікування (брекет-система, елайнери, ін.), 62,5% - операції на головному мозку у свідомості хворого, 62,5% - застосування лазера, філерів в дерматології, 37,5% - трансплантація органокомплексу, 12,5% - МРТ, УЗД, КТ та нові методи лікування паркінсонізму та епілепсії.

На питання «Як ви оцінюєте ефективність цих методів?» всі студенти відповіли 100%, що на даний час усі нові методи мають достатню ефективність.

75% опитаних вважають, що ефективність – основний фактор впливу на впровадження нових методів діагностики та лікування патології внутрішніх органів, 62,5% - вартість, доступність та безпека, і тільки 12,5% - громадська думка. Однак думка, щодо доступності нових методів діагностики, розділилась, 62,5%, вважають недоступними, а 37,5% - доступними.

100% студентів, мають думку, що сучасні методи діагностики мають позитивний вплив на якість життя хворого.

Інформацію про сучасні методи лікування захворювань опитувані отримали із соціальної мережи (62,5%), освітні заклади (25%), близькі, які працюють в медичній сфері (12,5%).

На питання «Як нові методи діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів вплинули за ваше життя?» 25%, відповіли - нові ортодонтичні методи, 12,5% - лазерна корекція зору, 25% - лікування дерматологічних проблем, і 50% опитуваних відповіли, що на даний час жоден із методів не мав вплив на їх життя.

Висновок. Сучасні методи діагностики являються інформативними та надійними. Досягнення медичної науки дозволяє лікарям досконало вивчити стан всіх органів та систем людини. Раніше лікування часто проводилось "наосліп". На даний час лікарі мають доступ до сучасних нових методів діагностики, які дозволяють оцінити стан внутрішніх органів. Для підвищення якості та доступності медичних послуг населенню необхідна чітка організація роботи відділень кабінетів функціональної діагностики та раціональне використання технічних засобів.

Література:

1. Сучасні методи діагностування захворювань внутрішніх органів за результатами контролю вмісту специфічних компонентів у повітрі, що

видихають пацієнти. Н. А. Мацегора, А. С. Зайцев, Я. В. Беседа. Одеський Національний медичний університет 20.08.2021 с.129-139.
2. Bykova A.A., Malinovskaya L.K., Chomakhidze P.Sh., Trushina O.V., Shaltaeva Yu.R., Belyakov V.V., Golovin A.V., Pershenkov V.S., Syrkin A.L., Betelin V.B., Kopylov F.Yu. Analysis of exhaled air in the diagnosis of cardiovascular diseases // Cardiology. – 2019. – 59 (7). – P. 61-67.