

Не тільки сам лікар повинен вживати в справу все, що необхідно, але й хворий, й оточуючі, й усі зовнішні обставини мають сприяти лікарю в його діяльності.

ГІППОКРАТ

газета
для здорових
і хворих

ЙОГО ВЕЛИЧНІСТЬ —

ПАЦІЄНТ

Щомісячна газета

Випускається з 2001 року

Травень 2022 № 5 (214)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

У НОМЕРІ:

- | | | | |
|-------------------------------------|---------|--|---------|
| ● Невідкладна психологічна допомога | стор. 1 | ● Серцево-легенева реанімація | стор. 5 |
| ● Феномени припливів при розацеї | стор. 3 | ● Лікарі терапевтичного профілю в умовах воєнного часу | стор. 7 |
| | | ● Я заідаю війну | стор. 8 |

НЕВІДКЛАДНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

Психологічна допомога необхідна тим, хто відчуває стрес від щойно пережитої чи поточної важкої кризової події. Під час воєнних дій така ситуація трапляється часто, і навіть там, де в цей момент немає бойових дій. Адже до більш спокійних регіонів зараз масово виїжджають люди, які могли зазнати тяжких психологічних травм; також можливі стреси від постійної напруги — волонтерської роботи, занепокоєння розвитком подій, власною безпекою, безпекою рідних і близьких.

Щоб бути готовим по можливості подолати кризу самостійно, а також уміти надати психологічну підтримку іншим, необхідно керуватися такими правилами:

1. Будьте поруч із людиною, яка потребує допомоги. Залишаючись поряд, ви можете допомогти відновити почуття впевненості та безпеки.

2. Активне слухання. Важливо уважно вислухати людину, щоб допомогти їй пережити подію, що травмує.

3. Поважайте та визнавайте почуття людини.

Виявіть турботу і надайте практичну допомогу. Наприклад, крисно буде зв'язатися з кимось, хто може побути з постраждалим.

Під час кризової ситуації людина може відчувати або переживати:

- *страх*;
- *ступор*;
- *плач*;
- *істерику*;
- *панічну атаку*;
- *нервові тремтіння*;
- *агресію*.

Дивіться далі алгоритми, як допомогти впоратися з цими проявами.

Варто розуміти, що реакції та емоції, які виникають у людей під час кризи, — абсолютно природні.

У таких ситуаціях надзвичайно важливо зберігати спокій та не панікувати.

СТРАХ

Візьміть постраждалого за руку, щоб він відчув ваш спокій. Це буде для нього сигналом, що ви поруч і він не один.

Дихайте глибоко і рівно. Заохочуйте постраждалого дихати в одному з вами ритмі.

Якщо потерпілий говорить, то слухайте його, виявляйте зацікавленість, розуміння, співчуття.

Зробіть потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

СТУПОР

Ознаки ступору: різке зниження або відсутність довільних рухів та мови; відсутність реакцій на зовнішні подразники (шум, світло, дотик); застигання у певній позі, стан повної нерухомості.

Підійдіть до людини, повільно візьміть за руку і запропонуйте піти разом з вами. Використовуйте фрази: «Тобі не можна залишатися тут», «Тобі потрібна допомога» тощо.

Зігніть постраждалому пальці на обох руках і притисніть їх до основи долоні.

Людина, перебуваючи у ступорі, може чути та бачити. Тому говоріть їй на вухо тихо, повільно та чітко те, що може викликати сильні емоції.



ПЛАЧ

Не залишайте постраждалого наодинці.

Установіть фізичний контакт із ним: візьміть за руку, покладіть свою руку йому на плече або спину, погладьте по голові. Дайте відчути, що ви поряд.

Застосуйте прийоми активного слухання: періодично промовляйте «Так», кивайте головою, повторюйте за людиною уривки фраз, говоріть про свої почуття та почуття постраждалого.

Не намагайтеся заспокоїти постраждалого. Дайте йому можливість виплакати і виговоритися.

ІСТЕРИКА

Ознаки істерики: надмірне збудження, безліч рухів; мова емоційно насичена, швидка; крики, ридання.

Видаліть глядачів, створіть спокійну атмосферу. Необхідно залишитися з потерпілим наодинці, якщо це є безпечним для вас.

Несподівано виконайте дію, яка може сильно здивувати (наприклад, гучно плесніть долонями).

Говоріть із постраждалим короткими фразами, впевненим тоном.

Після істерики настає втома, втрата сил. Укладіть постраждалого спати.

ПАНІЧНА АТАКА

Попросіть людину сісти, опустити голову та впертися ногами в підлогу.



Попросіть постраждалого зосередитися на диханні й дихати повільно.

Переведіть увагу. Попросіть людину розповісти про те, що вона бачить і чує.

НЕРВОВЕ ТРЕМТІННЯ

Після екстремальної ситуації з'являється неконтрольоване нервово-тремтіння (людина не може за власним бажанням припинити цю реакцію).

Візьміть потерпілого за плечі й сильно, різко потрясіть протягом 10–15 секунд.

Продовжуйте розмовляти з ним, інакше він може сприйняти ваші дії як напад.

Не можна:

— обіймати потерпілого чи притискати його до себе;

— укривати чимось теплим;

— заспокоювати, говорити, щоб він опанував себе.

АГРЕСІЯ

Зведіть до мінімуму кількість людей навколо (за можливості).

Дайте людині можливість «випустити» емоції.

Доручіть роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням.

Демонструйте доброзичливість. Намагайтеся розрядити ситуацію смішними коментарями або діями.

АЛГОРИТМ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ «5В»

«ВПІЗНАТИ — ВИЗНАТИ — ВІДРЕАГУВАТИ — ВІДКЕРУВАТИ — ВІДСТЕЖИТИ»

1. «Впізнати»

Помітити та впізнати ознаки розладу, підійти до людини, висловити занепокоєння, запропонувати розмову. Оберіть час і місце, де б вам не заважали провести розмову. Пропозиція поговорити, коли навколо багато людей, — не найкраща ідея. Знайдіть місце, де ви перебуватимете сам на сам, і лише тоді проведіть діалог.

2. «Визнати»

Неосудливо вислухати, розпитати, уточнити.

На цьому етапі ми приймаємо досвід людини та показуємо їй нашу готовність бути поруч з нею і слухати. Коли вона дала згоду поговорити з вами, запитайте її про почуття, симптоми і думки. Поцікавтеся, що людина відчуває і скільки часу це триває, що саме вона помітила за собою та що про це думає.

Вона може звинувачувати себе в розладі чи неспроможності подолати цей стан. На цьому етапі варто запевнити її, що психічні розлади — це такі ж самі захворювання, що потребують лікування та корекції, і людина не може бути в цьому винною.

3. «Відреагувати»

Запропонувати підтримку та допомогу, надати інформацію, заохотити до самопомоги та пошуку додаткової підтримки.

Коли ми розпитали, вислухали, уточнили, встановили ближчий контакт і довіру, ми пропонуємо допомогу, знайомимо з потрібною інформацією, спонукає-

мо до методів самопомоги або звернень по додатковій допомозі. При цих станах типовим може бути відчуття безнадії. Тому варто бути готовими до слів на кшталт «мені нічого не допоможе».

Запитайте, чи знає вона, що з нею відбувається, і чи хотіла б дізнатися більше. Якщо так — надайте їй цю інформацію. Запитайте, чи потрібна їй допомога від вас, чи хотіла б вона мати якусь сторонню допомогу, можливо, фахівців. Запропонуйте методи самопомоги.

4. «Відкерувати»

Запропонувати звернутися по фахову допомогу.

Якщо несприятливий стан триває більше двох тижнів, якщо він негативно впливає на повсякденне життя, якщо людині важко функціонувати, виникають проблеми на роботі та у спілкуванні з іншими — дуже важливо скерувати людину звернутися по фахову допомогу.

5. «Відстежити»

Звернути увагу на стан людини, з'ясувати, чи зверталася людина до фахівців та яким був результат, надати додаткову підтримку у разі потреби.

Після того як ми надали допомогу, підтримали, порекомендували, куди звернутися, ми звертаємо увагу на стан людини, з'ясуємо, чи зверталася/не зверталася вона до фахівця, яким був результат, чи потрібна якась додаткова підтримка.

ФЕНОМЕНИ ПРИПЛИВІВ ПРИ РОЗАЦЕЇ

У медичній практиці у разі зазначення певного прояву захворювання терміном «феномен» підкреслюється особлива його цінність для встановлення діагнозу чи змін функціонального стану організму пацієнта. Для прикладу, при виявленні феномену «метелика» у хворого більшість лікарів (і студентів під час складання іспиту) запідозрять таке тяжке захворювання, як «червоний вовчак», тобто своєчасно будуть розпочаті комплексна діагностика та лікування цього різновиду колагенозу. Не менш цінним може бути і назва певного симптому — для прикладу, «припливи» (які значно частіше спостерігаються у жінок) перш за все асоціюються з клімаксом, але з'ясувалося, що вони можуть спостерігатися і при інших змінах в організмі жінок.

Таким чином, у разі виявлення **НОВОГО ФЕНОМЕНУ** це розглядається науковою спільнотою як важливе досягнення, яке суттєво може вплинути і на практичну допомогу хворим, так як відкриває перспективи подальших впроваджень обґрунтованих методів їх лікування. Під час виконання п'ятирічної комплексної НДР на кафедрі дерматології та венерології ОНМедУ з 2017 по 2021 р. вдалося виявити й опублікувати дані про новий феномен. Мова йде про таке захворювання, як рожеві вугрі (розацеа) — дерматоз, на який страждають мільйони людей у всьому світі. Його етіологія і патогенез вивчені недостатньо, а розвитку захворювання можуть сприяти численні екзо- та ендогенні фактори. Хоча вважається, що жінки при цьому страждають частіше, у чоловіків спостерігаються більш тяжкі форми з гіперплазією шкіри носа — ринофіма (відомий літературний герой Сірано Де Бержерак). При спостереженні нами більш ніж 100 жінок репродуктивного віку, які страждали на розацеа тривалий час, вдалося встановити те, на що не тільки самі пацієнтки, а нерідко і їхні лікарі мало звертали уваги, — найбільш раннім і обов'язковим проявом початку дерматозу у них була раптова і частіше безпричинна реакція виникнення відчуття «припливу» крові до шкіри назолабіальної складки обличчя, що супроводжувалося її почервонінням і локальним жаром; при повторних таких нападах це супро-

воджувалося емоційними розладами (реакція лімбічного мозку). Значивши першими літерами англійського перекладу ці прояви, ми назвали такий феномен «**РОЗАЦЕА ПРИПЛИВИ** — 5-R», від англ.:

- 1) Ruch — «приплив» (про кров);
- 2) Ruddy — «почервоніння» (рум'яний);
- 3) Reactoin — «реакція»;
- 4) Rosacea — «розацеа»;
- 5) Reproduce — «відтворювати».

У чому ж, власне, «феноменальність» таких розацеа-припливів, адже схожі прояви виникають у жінок і при інших станах (синдромах, захворюваннях)? Дійсно, найбільш часто прояви розацеа спостерігаються у жінок 40–50 років, не-

рідко можуть виникати припливи у зв'язку з клімаксом («клімаксо-подібні») і/або з вегетосудинною дистонією («мігреноподібні»); але, по-перше, при клімаксі відзначаються такі ознаки, як відчуття жару у всьому тілі (а не в локальних ділянках шкіри), при «мігреноподібних припливах» вони супроводжуються загальною пітливістю, перепадами показників пульсу й артеріального тиску, головним болем, чого не спостерігається при розацеа. Сучасна ж особливість виникнення таких раптових припливів у молодих жінок у віці від 18 до 25 років істотно відрізняє розацеа (вугрі рожеві) від вугрів вульгарних, які також часто спостерігаються у цьому віці, але припливами не супроводжуються.

Відмітними рисами таких проявів при розацеа в подальшому є розвиток різного виду еритем і телеангіектазій (які власне також но-



сять назву феномену постеритемних розацеа-телеангіектазій). Не виключено, що до розряду феноменів розацеа можна віднести і первинну локалізацію процесу, а саме — назолабіальну складку і прилеглі до неї ділянки шкіри обличчя. Ця зона знаходиться під впливом таких потужних анатомічних регуляторів, як мімічні м'язи обличчя, і надзвичайно чутливі черепно-мозкові нерви — трійчастий, лицьовий, язикоглотковий, окооруховий, а з урахуванням того, що і вушна раковина може входити в цей так званий анатомічний патерн розацеа, до цього «набору» нервів приєднуються також гілки блукаючого нерва і ➤

3 шийного сплетення спинного мозку, які іннервують аурикулярні зони.

«Ключове слово» в проблемі початку багатьох видів патологічних процесів криється в його еволюційній доцільності (потребі), а отже, такий механізм повинен бути настільки «життєво важливим», що він домінує над іншими і детермінує реакцію центральних механізмів реагування/регуляції за ієрархічним принципом на різних їхніх структурно-функціональних рівнях у нервовій системі (як самому периферичному — рецепторному, так і в центральній і вегетативній нервових системах). У цьому випадку незадоволена мотиваційна потреба у продовженні роду стає дійсно домінуючою, тобто перша за інших потреб вона буде спрямована на забезпечення такої функції, як продовження роду, тому сучасні дослідження свідчать про те, що слід виділити окремий центр — «спеціальний статевий центр жінки». Але що конкретно може сигналізувати організм жінки про певні (ще не клінічні) функціональні зміни у цьому центрі і чому, власне, розпочинається подальший перебіг тих чи інших проявів захворювання?

Для відповіді на ці питання виникла необхідність більш поглибленого підходу до розгляду процесів, які відбуваються при розацеа у жінок. До розв'язання проблеми були залучені студенти наукового товариства і молоді вчені кафедри. Чому? Тому що вони нещодавно детально вивчали відповідні процеси на кафедрах функціональних дисциплін, а розпочавши навчання на клінічних кафедрах старших курсів та в інтернатурі, переконалися, по-перше, в практичній значущості отриманих ними раніше знань, а по-друге — що, на жаль, фундаментальні основи медицини недостатньо враховують клініцисти. Це може бути суттєвим чинником того, що багато клінічних проблем, у тому числі в дерматології, є не розв'язаними. Ретельне відношення до доручених завдань дозволили молодим науковцям надати цінні матеріали для аналізу їхнім керівникам, результатом чого стало опублікування відповідних робіт у міжнародних наукових медичних журналах, причому, зверніть увагу, цінність робіт була такою, що редакції журналів надали цим студентам та інтернам індекси ORCID і пропозиції на подальшу співпрацю. Знову ж таки — чому? Тому що вдалося продемонструвати суттєві моменти проблеми, на які раніше дуже мало звертали увагу

клініцисти: 1) яєчники «виробляють» не тільки «суто» статеві гормони (андрогени і естрогени), а й «нестатеві» («гормоноїди», наприклад, простагландини), які є найсильнішими вазомодуляторами і можуть, перш за все, спровокувати реакцію гемодинамічних центрів головного мозку на різних рівнях, що і проявляється не тільки у вигляді припливів (центральної рівні), але і почервоніння шкіри (периферичний рівень); 2) окрім «стероїдних» гормонів, різні клітини яєчників можуть виробляти і «нестероїдні» метаболіти (як простагландини), а також нейропептиди, які з дуже великою швидкістю (перші за інші сигнальні молекули) можуть «спрацювати» для забезпечення необхідних численних функцій (медіаторів, трансмітерів, модуляторів та ін.), у тому числі — в ключовій «ефекторній» структурній мішені шкіри при розацеа — комплексі клітини Меркеля — нервова терміналь, кератиноцити, а можливо, і себоцити, або їхні стовбурові попередники; не менш важливо, що і «ефекторна локалізація» перших клінічних проявів розацеа-припливів (назолабіальна складка) не випадкова, тому що саме в цьому місці перш за все є комплекс умов для «спрацювання» інших «патологічних феноменів», притаманних цьому захворюванню.

Особливість зазначеного феномену 5-R може залежати і від пароксизмальності (раптовості) надходження в кровотік вазоактивних пептидів як із структур яєчників, так і з шкіри. Розширення судин (як у мікроциркуляторному руслі шкіри, так і в центрах головного мозку) змінюються періодами їх звуження (вегетосудинна дистонія), що в подальшому може впливати і на зміну проникності судин шкіри, набрякове просочування власне стінок артеріол з наступним ускладненням кровотоку в них, відкриття артеріовенозних шунтів і стазу крові у венах.

В ієрархії центрів структур головного мозку особливе місце належить ретикулярній формації, а також низці ядерних утворень таламуса, серед численних функцій яких є й регуляція гемодинаміки (у тому числі — в окремих зонах). Це істотно важливо для розуміння характеру клінічних проявів на шкірі при розацеа, так як «специфічними» відчуттями інтеграційна функція власне стовбурової частини ретикулярної формації не супроводжується — вона начебто «охороняє» кору головного мозку від надлишку сигнальної інформації для

виконання останньої більш важливої, першочергової («життєво необхідної») функції (при розацеа — репродуктивної!). Ця «неусвідомлена» корою головного мозку частина сигнальної інформації тим не менше на неї діє. У випадках, коли суб'єктивні відчуття «усвідомлюються» (при розацеа-припливах), беруть участь уже і стовбурава, і таламічна частини ретикулярної формації в сенсорних системах організму, у тому числі «шкірний аналізатор», здатний оцінювати окремі «відтинки» відчуттів, у тому числі такі із зазначених вище, як тепло, жар і т. п. (і це — складний ланцюг зв'язків від периферичних рецепторів різних структур шкіри до нейронів кори головного мозку); принцип будови і функціонування «сенсорної» шкірної системи не відрізняється від інших систем, і починаючи з рецепторів, у подальшому тіла висхідних аферентних нейронів у різних відділах ЦНС утворюють ядерні (!) накопичення (не менше трьох!) в спинному мозку або в стовбурі, таламусі та корі головного мозку, але найважливішим є те, що на рівні кори великих півкуль головного мозку шкірна сенсорна система належить до числа найбільш значущих (!) для **ВСЬОГО** організму.

Таким чином, проблема розацеа-припливів є актуальною і свідчить про надзвичайну важливість урахування функціональних змін у репродуктивній системі жінок для розвитку як початкового, так і наступних етапів дерматозу. Тим же часом ця проблема може мати велике значення і для багатьох інших захворювань жінок, при цьому слід ретельно враховувати складність нейрогуморальної регуляції цієї **ЖИТТЄВО ВАЖЛИВОЇ** (для продовження роду) функції, особливо при призначенні того чи іншого лікування хворих. Особистий 50-річний практичний досвід використання рефлексотерапії в системі комплексного лікування таких пацієнток свідчить практично про стовідсоткову ефективність методу, що якраз і може пояснюватися тим, що така методологія враховує всю складність зв'язків гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної системи жінок з іншими регулювальними системами їхнього організму.

Від колективу авторів

В. А. БОЧАРОВ,

д. мед. н., професор кафедри дерматології та венерології ОНМедУ, лауреат премій НАН

та АМН України,

дипломант конкурсу «Науково-освітній потенціал України»

СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВА РЕАНІМАЦІЯ ДЛЯ КОЖНОГО. ОСНОВНІ КРОКИ, ЯКІ РЯТУЮТЬ ЖИТТЯ

Серцево-легенева реанімація (СЛР) — це комплекс заходів, що може врятувати життя людини, яка знаходиться у стані клінічної смерті. Клінічна смерть — це умовно-зворотний патофізіологічний стан організму, який розвивається у перші секунди втрати вітальних функцій у постраждалого. Зворотним цей стан є перші 5 хвилин, без важких наслідків з боку головного мозку, що в подальшому покаже себе у вигляді неврологічного дефіциту після реанімації постраждалого. Найбільш ефективною є СЛР, що розпочата саме у ці 5 хвилин. Причинами можуть бути різні критичні стани, але клінічну смерть можна ідентифікувати без спеціалізованого обладнання за наявності простих базових навичок обстеження постраждалого.

Розберемо кроки щодо надання ефективної та безпечної допомоги.

Крок 1. Необхідно безпечно наблизитись до постраждалого. Треба зупинитись на відстані 7–10 метрів, оглянути місце події, наблизитись швидким кроком, не бігти, продовжуючи тримати увагу на безпеці безпосередньо для рятувальника. Вважається безпечним підхід з головного кінця, тобто зі сторони голови. На жаль, у більшості випадків такий підхід є неможливим, тому ми маємо другий варіант підходу, з боку постраждалого.

Крок 2. Опинившись поряд, ми повинні голосно гукнути до нього та спитати, чи потрібна йому допомога. Якщо відповіді немає, рятувальник одягає рукавички, бере за плечі постраждалого і легко трясє його. Зауважимо, що весь час поки

ми не певні у непритомності постраждалого рятувальник контролює свою безпеку. Якщо наш постраждалий непритомний, він є умовно-безпечним. Якщо постраждалий притомний і веде себе агресивно, ми відступаємо назад і питаємо — «Що сталося?». У разі неповної притомності постраждалого або сплутаної свідомості ми повинні перевести його у «стабільне бокове положення» задля превенції западання язика.

Крок 3. Наш постраждалий не реагує. Свідомості немає. Ми кличемо на допомогу.

Крок 4. Відкриваємо дихальні шляхи. Для цього кладемо на лоба чотири пальці однієї руки та двома пальцями іншої упираємось у найвищу точку нижньої щелепи. Легким рухом двох рук розгинаємо шийний відділ хребта. Якщо ряту-

вальник є медичним працівником, ми використовуємо метод за Сафаром.

Крок 5. Оцінюємо дихання. Нахилившись над ротом і носом постраждалого, дивлячись на грудну клітку, за системою «чую, бачу, відчуваю» проводимо оцінку дихання. Потрібно поррахувати кількість за 10 секунд, у нормі це не менше двох вдихів і видихів і не більше чотирьох. Робимо акцент на видихах. Якщо дихання відсутнє, переходимо до наступного кроку.

Крок 6. Викликаємо швидку допомогу.

Крок 7. Розпочинаємо компресії. Точкою для компресій є середина груднини. Саме у цій точці ми працюємо найбільш ефективно. Ми повинні впевнено стояти на двох ногах на колінах. Руки у «замку», це накладання однієї руки повз іншу з фіксацією пальцями верхньої долоні. Пальці паралельно ребрам, але основа долоні нижньої руки повинна бути чітко на середині груднини. Ми працюємо тільки основою долоні, пальці не беруть участі у натисканні на грудну клітку. Всі суглоби зафіксовані, лопатки зведені. Таким чином, ми маємо два трикутники, що сходяться в одній точці, — це плече-





5 плече-«замок» і коліно-коліно-«замок». Розпочинаємо компресії, рухаючись тільки у зоні попереку, передаючи масу тулуба в основу нижньої долоні. Глибина компресій повинна бути не менше 5 сантиметрів у глибину і частота 100–120 рухів за хвилину (2 компресії за секунду).

Крок 8. Рятівні вдихи. Зауважимо, що ми виконуємо компресії до моменту появи засобів індивідуального захисту при рятівних вдихах. Якщо таких немає, ми виконуємо тільки компресії. Якщо вони є — виконуємо 30 компресій та 2 вдихи.

Основні види індивідуального захисту при рятівних вдихах — це «клапан-маска», «rocket-маска» і мішок штучної вентиляції легень (усі його знають під назвою «Ambu»).

Розберемо кожний. «Клапан-маска» найбільш доступний і дешевий варіант. Правила використання — розташувати маску відповідно до малюнка на ній або упаковки, розкрити дихальні шляхи (як у кроці 4 вище), закрити ніс і щільно притулитись губами до губ постраждалого через плівку. Зробити два нефорсованих вдихи, точною контролю є рух грудної клітки.

При використанні «rocket-маски» ми розправляємо маску, вставляємо разовий клапан і накладаємо на обличчя постраждалого вузькою частиною до носа. Щільно притискаємо у двох точках, відкриваємо дихальні шляхи, проводимо нефорсовані 2 вдихи. Точною контролю є рух грудної клітки.

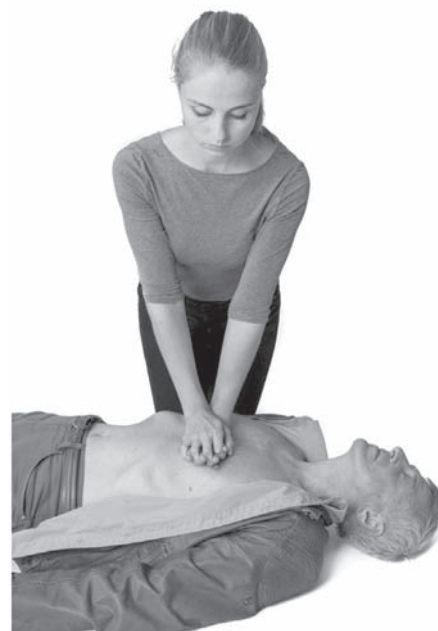
Використання мішка штучної вентиляції легень потребує певних навичок. Ми використовуємо правило «СЕ» при накладанні маски і проводимо вдихи за рахунок натискання на мішок. Зауважимо, що використання мішка для штучної вентиляції легень є доцільним за умови роботи в команді не менше двох рятівників, адже той, хто на вдихах, стоїть зі сторони голови постраждалого.

Працюємо в команді, змінюючись кожні дві хвилини, за умови наявності достатньої кількості засобів індивідуального захисту при вдихах. Якщо є лише одна «клапан-маска», рятівника на вдихах не змінюють до приїзду бригади швидкої допомоги.

За наявності поблизу автоматичного зовнішнього дефібрилятора ми повинні використати його. Для цього необхідно дефібрилятор включити, відкрити кришку (або розгорнути) та виконувати вказівки, що він дає.

Якщо постраждалий надає ознаки життя у разі успішних реанімаційних заходів, а саме з'являється «спонтанне дихання» або самостійне дихання (перевірити як у кроці 5 вище), або ви бачите рухи разом із самостійним диханням у дистальній частині кінцівок, необхідно дуже швидко перевести його у «стабільне бокове положення» і перевірити дихання. За наявності дихання залишаємо постраждалого у цьому положенні, перевіряючи кожні дві хвилини, чи дихає він.

О. О. БУДНЮК,
д. мед. н., професор, завідувач
кафедри анестезіології,
інтенсивної терапії і медицини
невідкладних станів,
Ю. О. ПОТАПЧУК,
асистент кафедри анестезіології,
інтенсивної терапії і медицини
невідкладних станів



Дефібрилятор



Стабільне бокове положення

ЛІКАРІ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ: ОСНОВНІ ВИКЛИКИ

Після початку повномасштабної війни з Росією понад 7,7 мільйонів українців стали внутрішньо переміщеними особами та понад 4,8 мільйонів людей виїхали з України. Щодня зростає кількість загинувших та поранених серед цивільного населення. Мирні жителі вимушені адаптуватися до складних умов, які спричинені бойовими діями. Ці події створюють нові виклики для медичної системи, особливо для терапевтичної ланки, бо саме терапевти та сімейні лікарі — це ті спеціалісти, які першими проводять діагностику, призначають лікування та здійснюють профілактику різних захворювань. Без сумніву, фахівці цих спеціальностей займаються лікуванням хвороб усіх органів і систем та несуть велике навантаження в умовах війни.

Для того щоб під час воєнного стану кожний українець міг скористатися послугами лікаря, незалежно від місця знаходження, правила надання медичної допомоги було змінено.

Так, вимушено переміщені особи мають повний доступ до медичної допомоги. При цьому в разі зміни місця проживання немає необхідності укладати нову терапевтичну або педіатричну декларацію з сімейним лікарем. Ви можете звернутися до будь-якого лікаря, який доступний у вашому регіоні. Лікар, до якого ви звернулися за медичною допомогою у воєнний час, веде консультування переміщеного пацієнта на спеціальному бланку встановленого зразка, який включає: ім'я пацієнта, дату народження, ліки, які приймав пацієнт, з вказанням дозування, а також дані сімейного лікаря, якому було зроблено заявку. В разі необхідності отримання вузькоспеціалізованої допомоги, направлення сімейного лікаря не є обов'язковим.



Незважаючи на воєнний стан, на території України продовжує діяти державна програма «Доступні ліки», в рамках якої пацієнти можуть отримати медичні препарати за особливими умовами, маючи електронний або паперовий рецепт від лікаря. Виписати рецепт може, як завжди, терапевт, педіатр або сімейний лікар, для інсулінів — перший рецепт від ендокринолога. На час воєнного стану відпуск інсулінів максимально спрощений. Інсулінозалежні пацієнти можуть отримати інсулін як за електронним, так і за паперовим рецептом абсолютно безкоштовно.

Пам'ятайте, що в умовах бойових дій дуже важливо приділяти увагу власному здоров'ю та не пропускати прийом ліків, які ви приймаєте систематично. Адже саме в цей складний час відбувається загострення і декомпенсація хронічних захворювань через високий рівень стресу, ігнорування прийому препаратів та відкладений візит до лікаря.

На жаль, через бойові дії частина медичних працівників були

змушені змінити регіон проживання або виїхали за кордон, проте продовжують працювати, використовуючи засоби телемедицини.

При можливості, навіть за умови зміни місця проживання, важливо підтримувати зв'язок з вашим сімейним лікарем, оскільки він має достатню кількість інформації про вашу хворобу та може надати кваліфіковану допомогу в максимальному короткому часі.

При неможливості отримання консультації безпосередньо у вашого сімейного лікаря, можна записатися на консультацію (в тому числі онлайн) до будь-якого лікаря у вашому регіоні. Це можна зробити через онлайн сервіси медичних закладів у вашому регіоні або через сайт www.helsi.me, обравши відповідного фахівця.

Разом до Перемоги! Будьте здорові!

А. В. ШАНИГІН,
старший викладач кафедри гігієни
та медичної екології,
лікар-терапевт

У життя кожного із сорока мільйонів українців прийшла війна. Всі ми відчуваємо і переживаємо її по-різному. Війна не тільки руйнує будинки, вона надає руйнівного впливу на нашу психіку та поведінку, спосіб життя.

Набули нового звучання й особливі «воєнні діагнози». Багаторічна історія воєнних конфліктів вже давно ввела в лікарські класифікації поняття «посттравматичний стресовий розлад» — тяжкий психічний стан, який виникає в результаті подій, що мають надпотужний негативний вплив на психіку. Травматичність події тісно пов'язана з відчуттям



Я ЗАЇДАЮ ВІЙНУ

власної безпорадності у небезпечній ситуації.

Крім цього, в життя багатьох українців прийшов і «синдром біженця» — тяжкий емоційний стан, коли людина відчайдушно жалкує про те, що залишила будинок, батьківщину, рідних і близьких у такій важкій час. За даними ООН, кожні дві секунди українсько-польський кордон перетинає біженець із України!

Актуальний і «синдром того, хто вижив» (синдром концентраційного табору, вина вцілілого, або синдром Голокосту) — сильне почуття провини, сорому і жалю, коли людині вдається зберегти собі життя або якщо її життя йде легше і простіше, ніж у друзів та близьких людей. Це також може бути проявом посттравматичного стресового розладу.

На перший погляд, посттравматичні стани та порушення харчової поведінки не мають нічого спільного, проте вони тісно взаємопов'язані.

У своїй книзі «Порятунок від харчової залежності. Як впоратися з нестримним потягом до їжі» Керолін Росс пише, що розлад харчової поведінки часто допомагає людям впоратися з наслідками травм, які руйнують їхнє повсякденне життя. Переїдання може бути способом заповни-

ти емоційну порожнечу, що наростає, а примусове блювання — способом «позбавити» тіло від негативних спогадів, думок або почуттів.

І щоб впоратися з наростаючим почуттям тривоги або провини, людина намагається скористатися найдоступнішим із способів — їжею.

Безперечно, що стосується тих, хто перебуває в зоні бойових дій, то доступ до їжі дає можливість впоратися зі стресом. Вижити — ось основне завдання.

Тим, хто через стрес втратив апетит або не встигає поїсти, радимо: їжа — це паливо, це ресурс, найкращі ліки. Не карайте своє тіло відмовою від їжі.

Що робити тим, хто перебуває у відносній безпеці та намагається впоратися із ситуацією, заїдаючи стрес?

Знайдіть альтернативні джерела задоволення — фізична активність, прогулянка, медитація, самомасаж, дихальна гімнастика, наприклад. Тому що нескінченно жуючи, людина користується їжею з нехарчовою метою, пережовує, а не переживає свій стрес.

Як би не було складно, якщо ситуація дозволяє, постарайтеся лягати спати вчасно. Гормони ночі будуть на вашому боці, якщо перед сном не переглядати стрічку новин.

Не забувайте про важливість достатньої кількості чистої води. Центри голоду та спраги сусідять у нашому головному мозку. Іноді склянка води допомагає впоратися з нестримною тягою чимось зайняти рота.

Намагайтеся дотримуватися режиму і відмовитися від перекушування. До війни я багато про це писала. Чим більший проміжок між останнім прийомом їжі напередодні та сніданком — тим краще. Оптимально — 14–16 годин. Це не просто дозволить вам не набрати зайві сантиметри «рятувального кола» на талії, але завдяки ефекту аутофагії сприятиме оздоровленню організму.

І найголовніше: у кожного з нас своя модель виходу зі стресу — хтось його заїдає, хтось, навпаки, не в змозі проковтнути жодного шматочка. І в тому, і в іншому випадку потрібно навчитися слухати своє тіло, допоможіть йому впоратись зараз і воно неодмінно допоможе вам вижити.

О. Г. ЮШКОВСЬКА,
д. мед. н., професор, зав. кафедри
фізичної реабілітації, спортивної
медицини, фізичного виховання
та валеології

Редактор випуску І. В. Барвіненко
Відповідальні секретарі
А. В. Попов, Р. В. Мерешко
Засновник і видавець — Одеський
національний медичний
університет

Адреса редакції:
65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.
Свідоцтво про реєстрацію: ОД № 685 від 29 березня 2001 р.
Підписано до друку 18.05.2022. Тираж: 300. Замовлення 2384.
Надруковано у видавництві Одеського національного
медичного університету, 65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.