

O.A.Gurbych

Whole-Body Cryotherapy: mechanisms of treatment, prospects in applying to clinical practice, indications and contraindications
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. There is a growing interest to cryotherapy, this technology is recognized and distributed in various areas of medicine not only because of this method having high clinical efficiency, but also because of the new technological methods of generating cold. Nowadays, cryogenic physiotherapy combines new achievements of physics and physiotherapy and is regarded as the technology of the 21st century. The most prominent achievement is the creation of two technologies of aerocryotherapy – local and general.

Purpose. Improving knowledge of physiotherapy including use of new medical technologies helps in teaching interns and doctors on medical specialization courses and thematic improvement programs in medical rehabilitation and physiotherapy.

Results. This lecture contains general information about cryotherapy, physiological and therapeutic applying of cold with treatment and preventive aims. Various mechanisms and specifics of this procedure and its effects on human body are discussed in great details. The prospects of using these methods in clinical practice are shown with indications and contraindications.

Conclusion. Diversity of mechanisms of therapeutic actions, absence of side-effects, age restrictions, determines the breadth of clinical application of the method and gives cryotherapy a number of important means of rehabilitation.

Key words: Whole-Body Cryotherapy, Local Cryotherapy, therapeutic effects of cold, physiological effects of cold, Cold chamber

Ведомости про автора:

Гурбич Елена Анатольевна – к.мед.н., доцент кафедри медичинської реабілітації, фізіотерапії і спортивної медицини НМАПО імені П. Л.Шупика. Адресс: Київ, Столичное шоссе, 27, Клинический санаторий «Жовтень».

УДК 61:37;615.1:37

© О.Є. КОВАЛЕНКО, Л.Ф. МАТЮХА, 2014

О.Є. Коваленко, Л.Ф. Матюха

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ ТА
ВИКЛАДАЧА ЩОДО ОПТИМІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ХВОРИМ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА
ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ**

**Національна медична академія післядипломної
освіти імені П.Л.Шупика**

Резюме. Автори висловлюють свій погляд на актуальну проблему – оптимізацію діяльності і підготовки лікарів первинного ланцюга, зокрема,

в області неврологічних знань, де розглядають ряд потреб як до лікарів ЗП-СМ, так і викладачів медичних ВУЗів по їх підготовці. Відмічено, що медична допомога при неврологічних захворюваннях на первинному рівні має свої особливості, що пов'язано як зі специфікою патогенезу первинних і вторинних неврологічних уражень, так і кваліфікацією лікаря з технічного виконання клініко-неврологічного обстеження, клінічного аналізу, визначення лікувально-профілактичних заходів і маршруту пацієнта. Безперечно, успішне забезпечення цих питань покладає додаткові вимоги на викладачів як до-, так і післядипломної медичної освіти, де пріоритетне значення має практична підготовка, нерозривно пов'язана із засвоєнням теоретичних знань. Перспективно розглядається підготовка лікарів не декількома «вузькими» спеціалістами, а безпосередньо викладачами ЗП-СМ.

Ключові слова: первинний ланцюг медичної допомоги, сімейна медицина, сімейний лікар, загальна практика - сімейна медицина (ЗП-СМ), нервова система (НС), медична допомога (МП).

Задачі, що поставила держава перед лікарем первинної ланки медичної допомоги – сімейним лікарем, надзвичайно актуальні і спрямовані на підвищення рівня медичної допомоги (МД) населенню для зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності, підвищення якості життя [1, 2, 3].

Не стихають дискусії щодо меж компетенції сімейного лікаря в наданні медичної допомоги при «вузьких» проблемах. Це стосується й неврологічної сфери [1, 4].

Особливості надання МД хворим з неврологічними змінами виходять з того факту, що у патогенезі захворювань участь нервової системи (НС) є беззаперечною, адже всі процеси з симптоматикою болю, запалення, дегенерації, травм, тощо, реалізуються нервово-гуморальними механізмами, а тому не можуть бути незалежними від змін в НС.

Саме неврологічні захворювання належать до переліку найбільш інвалідизуючих, адже втрата або зниження керівної ролі нервової системи (НС) над функціями організму може суттєво погіршити життєдіяльність [5]. Тому визначення патологічних проявів з боку НС та характеру зв'язку з іншими захворюваннями у пацієнта є надзвичайно важливим.

Попри активний техногенний стрибок в сучасній медицині, що характеризується появою високотехнологічних засобів нейровізуалізації, клінічна діагностика не втрачає свого великого значення, адже відомі дані, що правильний діагноз за даними опитування (скарги, анамнез) ставиться в 40–50% випадків, а на основі опитування та фізикальних методів – в 85–90%. На основі поглибленого інструментального і лабораторного обстеження – в 10–15% [1].

Оптимізація освіти лікарів з питань надання медичної допомоги на первинній ланці має відштовхуватися не тільки від статистичних показників медичних закладів та МОЗ, але й від проблем та побажань безпосередньо самих лікарів, тому з'ясування цієї інформації має велике практичне значення. Опитування лікарів–слухачів курсів спеціалізації з загальної практики-сімейної медицини, які вже мали певний лікарський досвід з терапевтичних спеціальностей

та тільки готувалися стати сімейними лікарями, дозволило виявити, що $\frac{3}{4}$ респондентів відзначили неабияку потребу у неврологічних знаннях, що на практиці проявлялося застосуванням ними тестів у хворих на статику та координацію, визначення м'язової сили у складних та/або сумнівних клінічних випадках, зокрема у гіпертоніків, хворих на цукровий діабет та після травм голови тощо. Натомість, напівзабутих зі студентського періоду навичок і теоретичних знань щодо виявлення та інтерпретації клінічних показників було замало, та й безпосередньо неврологічний огляд не належав до компетенцій дільничого терапевта, що значною мірою суттєво знижувало його відповідальність та обґрунтовувало спрямування хворого до невролога.

Дивували протилежні випадки, про які повідомляли слухачі спеціалізації з ЗП-СМ, коли в бутність дільничими терапевтами (причому з різних регіонів України) стандартно обслуговували пацієнтів з болями в попереково-крижовій області, виставляючи діагноз «поперково-крижовий радикуліт» з періодом непрацездатності близько тижня, де основним критерієм об'єктивізації слугувала скарга пацієнта (?!), іноді – пальпація м'язів в зоні болю, а зрідка – перевірка симптомів натяжіння. А як же клінічна об'єктивізація з визначенням рефлексів, чутливості, м'язового тону для диференційної діагностики радикуліту та люмбоішіалгії?! Тобто, проявлялась неабияка потреба в умовах об'єктивної реальності життя надавати допомогу неврологічним хворим навіть без володіння методом неврологічного огляду: благо, що на практиці ці клінічні випадки все ж відповідали клініці вертеброгенних м'язово-тонічних синдромів (люмбоішіалгія) і реагували на лікування нестероїдами, міорелаксантами та обмеженням фізичних навантажень. Проте, ризики від некваліфікованої допомоги були високими, і хто знає подальшу статистику (яка, до речі, мала певні зміни і від некваліфіковано виставленого діагнозу).

Звертав на себе увагу також певний страх лікарів щодо неможливості опанування в достатній для вирішення професійних питань мірі неврологічних знань, а особливо - проблемним питанням була потенційно суттєва витрата робочого часу щодо проведення неврологічного огляду. На жаль, були виявлені випадки, коли лікарі, які раніше «пройшли спеціалізацію» з сімейної медицини, а в своїй практиці не брали до рук неврологічного молоточка, а так само, як і за часів роботи дільничими терапевтами, за наявності будь-яких скарг неврологічного характеру одразу спрямовували хворих на другу ланку, навіть не усвідомлюючи (а може свідомо позбувались навантажень?!), що медичні проблеми тих самих хворих належали до їхніх компетенцій. Разом з цим, мав місце й позитивний факт, ці лікарі обґрунтовано критично оцінювати роботу неврологів щодо необґрунтованих призначень, що давало можливість думати про те, що все ж таки теоретичний курс залишив у їхній свідомості певні корисні наслідки. Поясненням того, що саме відштовхнуло їх від активного застосування неврологічних клінічних обстежень хворих, була незмога «осилити неврологію» через вимушення поглибленого вивчення суто теоретичного матеріалу - топічної діагностики - так само, як і в медичному

вузі, поряд з невеликою увагою клінічним розборам та відпрацюванням практичних навичок при викладанні їм неврології на попередніх курсах спеціалізації. Не секрет, що у викладанні «вузьких» спеціальностей прослідковується певна неузгодженість, а навчальні програми потребують суттєвого доопрацювання. Стосовно неврології: дійсно, знання топічної діагностики («топіки») в неврології є основою встановлення клінічного діагнозу і знати її необхідно, натомість дублювати принцип підготовки додипломного рівня (що нерідко зустрічається), на нашу думку, не варто, особливо це актуально за наявності обмеженої кількості годин для підготовки лікаря. Розраховуючи на певний рівень «виживання» знань, як підтверджує досвід, суттєво більш ефективним на післядипломному етапі підготовки сімейних лікарів, має бути проведення логічного ланцюгу – «від клініки до топіки», а не так, як було в студентський період – «від топіки до клініки». Тобто, при клінічному розборі хворого на практичних та семінарських заняттях слід вимагати у слухача пояснення клінічного неврологічного феномену, що за певної самопідготовки та базису попередніх знань, а також допомоги викладача та грамотного модерування ним заняття дозволяє успішно інтерпретувати клінічний випадок та зазвичай суттєво краще зафіксувати його у пам'яті слухача.

Майбутнього сімейного лікаря також лякає потенційна необхідність проводити неврологічний огляд через, на його думку, витрату немалого об'єму часу, що виглядатиме додатковим навантаженням на і без того переобтяженого лікаря. Натомість, комплексний клінічний огляд з одночасною оцінкою функцій нервової системи (за нашим визначенням -інтегрований неврологічний огляд) займає порівняно небагато часу.

Тому, тактика лікаря первинної ланки щодо визначення неврологічних змін має включати наступні складові:

- неврологічний огляд в складі комплексного клінічного огляду, який розпочинається вже з тієї миті, коли хворий перетнув поріг кабінету лікаря (а ще точніше – коли тільки відчиняє двері кабінету сімейного лікаря);

- визначення наявності та ступеню відхилень функцій нервової системи від норми та їхня інтерпретація;

- збір анамнезу, визначення причинно-наслідкового зв'язку, в тому числі визначити – чи ці зміни з'явилися вперше, або вони вже були раніше;

- якщо об'єктивні та суб'єктивні симптоми виникли раніше, слід визначити їхню динаміку, яка може залежати від прогресування основного захворювання, через ко- або поліморбідність, шкідливі звички, відсутність або неадекватність лікування, побічні ефекти;

При виявленні причинно-наслідкового зв'язку з іншими захворюваннями:

- а) первинне ураження нервової системи (інфекція, травма, вроджена аномалія, тощо);

- б) клінічні зміни в НС є ускладненням інших захворювань (наприклад, полінейропатія при діабеті, інсульт при серцевій аритмії, дисциркуляторна енцефалопатія при артеріальній гіпертензії тощо):

в) нейрогенні соматичні синдроми (наприклад: гіпоталамічний синдром, вертеброгенні вегетативні соматичні синдроми – кардіалгії, дискінезії шлунково-кишкового тракту, тощо);

- планування подальшої тактики ведення хворого (характер додаткових обстежень, визначення показань до направлення або обґрунтування ненаправлення на другу ланку МД);

- пояснення пацієнтові характеру проблеми, можливих ускладнень обговорення характеру лікування та профілактичних заходів (позбавлення шкідливих звичок, чітке виконання лікарських призначень тощо), а також визначення безпосередньої ролі самого пацієнта у їхньому виконанні;

Тактикою викладача у викладанні неврології для лікарів первинної ланки мають бути:

- викладання інтегрованої методики неврологічного огляду в загальноклінічній огляд пацієнта;

- аналіз клінічних випадків за принципом «від клініки до топіки»;

- навчити вмінню пошуку причинно-наслідкових зв'язків між неврологічною дисфункцією та іншими захворюваннями;

- виявляти роль неврологічної дисфункції у формуванні соматичних захворювань;

- клінічний розбір хворих при навчанні сімейного лікаря має включати не тільки виявлення клініко-топічних ознак патології та диференційну діагностику, але й аналіз маршруту пацієнта та роль у його забезпеченні лікаря первинної ланки та спеціалістів другого рівня МД, що могло мати певний вплив на терапевтичний результат.

Таким чином, медична допомога при неврологічних захворюваннях на первинній ланці має свої особливості, що пов'язане як зі специфікою патогенезу первинних та вторинних неврологічних уражень, так і кваліфікацією лікаря щодо технічного виконання клініко-неврологічного обстеження, клінічного аналізу, визначення лікувально-профілактичних заходів та маршруту пацієнта. Безумовно, успішне забезпечення цих питань покладає додаткові вимоги на викладачів як до-, так і післядипломної медичної освіти.

Перспективним і найоптимальнішим залишається модель навчання сімейного лікаря не декількома викладачами «вузьких» напрямків, а комплексна підготовка спеціалістом з загальної практики-сімейної медицини [2, 4].

Література

1. Матюха Л.Ф., Гойда Н.І., Слабкий В.Г., Олійник М.В. Науково обґрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики-сімейного лікаря з позиції компетентісного підходу. Методичні рекомендації. – 2010. – 27 с.

2. European Society of General Practice/Family Medicine WONCA Europe. The European definitions of the key features of the discipline of general practice and the role of the general practitioner. A description of the core competencies of the general practitioner/family physician. London: ESGP/FM; 2002, 2005, 2011.

3. EURACT educational agenda. European Academy of. Teachers in General Practice EURACT. Leuven 2005.

4. Матюха Л.Ф., Коваленко О.Є. Мультидисциплінарний підхід на кафедрі сімейної медицини: пріоритети та перспективи. - Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика. - К.: 2013. – вип. 22, - кн. 2.

5. Міщенко Т.С. Епідеміологія неврологічних захворювань в Україні // Нейро News. – 2008. - №3. – С. 76-78.

О.Е.Коваленко, Л.Ф.Матюха

Актуальные вопросы деятельности врача и преподавателя по оптимизации медицинской помощи больным с неврологической патологией на первичном уровне

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика

Резюме. Авторы выражают свой взгляд на актуальную проблему – оптимизацию деятельности и подготовки врачей первичного звена, в частности, в области неврологических знаний, где рассматривают ряд требований как к врачам ОП-СМ, так и преподавателям медицинских ВУЗов по их подготовке. Отмечено, что медицинская помощь при неврологических заболеваниях на первичном уровне имеет свои особенности, что связано как со спецификой патогенеза первичных и вторичных неврологических поражений, так и квалификацией врача по техническому исполнению клинико-неврологического обследования, клинического анализа, определения лечебно-профилактических мероприятий и маршрута пациента. Безусловно, успешное обеспечение этих вопросов возлагает дополнительные требования на преподавателей как до-, так и последипломного медицинского образования, где приоритетное значение имеет практическая подготовка, неразрывно связанная с усвоением теоретических знаний. Перспективной рассматривается подготовка врачей не несколькими «узкими» специалистами, а непосредственно преподавателем ОП-СМ.

Ключевые слова: первичное звено медицинской помощи, семейная медицина, семейный врач, общая практика - семейная медицина (ОП-СМ), нервная система (НС), медицинская помощь (МП).

O. Ye. Kovalenko, L. F. Matyukha

Teaching Physicians' Activities Topical Issues for Optimizing Primary Medical Care for Patients With Neurological Disorders

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Summary. The authors focus on the actuality of optimizing the activities and training of primary care physicians, particularly, in the field of neurological knowledge, which covers a number of requirements to general practitioners - family doctors and medical school teachers who train them. The primary neurological care is mentioned to have its own characteristics, this is due to both the specifics of the pathogenesis of primary and secondary neurological lesions and a doctor's main-

tenance proficiency in performing clinical and neurological examinations, clinical analyses, laying down the guidelines for preventive and curative interventions and a patient's route. Certainly, solving the issues successfully makes demands on the medical teachers of pre-graduate and postgraduate education; it considers the practical training which is going hand in hand with the acquisition of theoretical knowledge to be priority. Training the doctors not by several highly specialized doctors but exclusively by general practice - family medicine teachers is considered to be promising.

Key words: primary care, family medicine, family doctor, general practice - family medicine, the nervous system, medical care.

Відомості про авторів:

Коваленко Ольга Євгенівна – д.мед.н., професор кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: Київ, вул. Сакаганського, 100, тел.: (044) 288-10-34

Матюха Лариса Федорівна – д.мед.н., професор, завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: Київ, вул. Сакаганського, 100, тел.: (044) 288-10-34

УДК 61:37;615.1:37

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2014

І.П.Козярін, О.П.Івахно, Ю.В.Нємцева

**НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ
ЛІКАРІВ З ГІГІЄНИ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НА
СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
Національна медична академія післядипломної
освіти імені П.Л. Шупика**

Резюме. В статті висвітлені навчально-методичні підходи до підвищення рівня підготовки санітарних лікарів зі спеціальності «Гігієна дітей та підлітків» та формування готовності їх до самостійної діяльності.

Ключові слова: гігієна, діти, санепідемслужба.

ВСТУП

Реформування системи вищої освіти в Україні здійснюється на основі ряду нормативних документів, таких як Накази Міносвіти і науки від 30.12.2005 р. № 774 «Про впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу», від 13.07.2007 р. № 612 «Про затвердження плану дій щодо забезпечення якості вищої освіти України та її інтеграції в європейське і освітнє співтовариство на період до 2010 р.»; Наказ МОЗ і АМН України від 12.09.2008 р. № 522/51 «Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні» та інші. Система післядипломного навчання лікарів передбачена Наказом МОЗ України від 10.12.2010 р. «Про удосконалення післядипломної освіти лікарів» [2].