

*O.I.Yemelianova*

## Practical training in pharmacognosy: features of the organization and methodological support

National medical University named after A. A. Bogomolets, Kiev

**Introduction.** Practical training in pharmacognosy is an important step in the preparation of a pharmaceutical chemist and an integral part of the educational process. The strength of professional knowledge and their effectiveness is the main task of the educational activity of future pharmacists.

**Purpose.** Analysis of the characteristics of the organization and methodical support of educational practice in pharmacognosy to optimize the educational process. Materials and methods. Program and curriculum for students of the third course of pharmaceutical faculty of the specialty "Pharmacy".

**Results.** Practical training in pharmacognosy is the logical completion of the theoretical training of students, to deepen theoretical knowledge and practical skills by using them in professional activities of a pharmacist.

**Key words:** teaching practice, pharmacognosy, credit-modular system.

### *Відомості про автора:*

**Смельянова Оксана Іванівна** - к.мед.н., доцент кафедри фармакогнозії та ботаніки Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця. Адреса: м. Київ, вул. Пушкінська, 22, тел.: (044) 235-90-66.

УДК 616.831-021

© А.І.ЗОЗУЛЯ, І.С.ЗОЗУЛЯ, 2015

*А.І.Зозуля, І.С.Зозуля*

## ОРГАНІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ІНСУЛЬТОМ

Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П.Л.Шупика

**Мета.** Ознайомити лікарів медицини невідкладних станів, неврологів, нейрохірургів, лікарів загальної практики – сімейної медицини з питаннями організації реабілітаційної допомоги хворим з інсультом.

**Результати.** В клінічній лекції представлені сучасні дані щодо надання реабілітаційної допомоги з інсультом. У публікації висвітлені питання: основні етапи, методи реабілітації, стратегія вторинної профілактики перенесеного інсульту, хірургічне лікування після перенесеного інфаркту та ін.

**Ключові слова:** хворі, інсульт, організація, реабілітаційна допомога.

Лекція з організації реабілітаційної допомоги хворим з інсультом включає наступні питання:

1. Актуальність проблеми.
2. Основні етапи реабілітації хворих після перенесеного інсульту.
3. Методи реабілітації.
4. Вазоактивна терапія.
5. Психотерапія.
6. Стратегія вторинної профілактики інсульту.
7. Хірургічне лікування після перенесеного інсульту.

8. Психіатричні аспекти медико-соціальної реабілітації пацієнтів в після-інсультному періоді.

В різних країнах Заходу і США мозкові інсульти (МІ) являються третьою по частоті причиною смерті. У всьому світі від МІ щорічно помирають біля 4,5 млн. чоловік. За даними Російської національної асоціації по боротьбі з інсультом до 25% хворих з МІ умирають протягом першої доби після розвитку захворювання, 50% становляться тяжкими інвалідами і тільки 20% повертаються до своєї професії. В 1/3 випадків МІ розвиваються у осіб працездатного віку, у 15-17% випадків – серед людей у віці 40-45 років. Додаткову гостроту проблемі додає висока вірогідність повторного МІ – 30%.

Не дивлячись на велику кількість факторів ризику виникнення МІ, суттєву роль потрібно приділяти профілактиці і ефективному лікуванню артеріальної гіпертензії і тромбоцитарно-судинному ланцюгу гомеостазу. ВООЗ і Європейська Рада по інсульту розробили цільову Програму з підвищення ефективності медичної допомоги хворим з МІ (Helsingborg, 2006). Програма передбачає створення спеціальних відділень для лікування МІ (Stroke Unit-SU) з метою їх доступності для хворих в перші години після розвитку інсульту, бажано в перші 30-60 хвилин.

Цільові умови Програми:

1. Протягом першого місяця після розвитку інсульту повинні залишатися живими біля 85% хворих.

2. Через 3 місяці більше 70% хворих, що вижили протягом першого місяця повинні мати повну незалежність в повсякденному житті.

3. Через 2 роки мають виживати більше 80% хворих з числа тих, що вижили протягом першого місяця.

4. В 2-річний період після розвитку інсульту забезпечувати скорочення повторних МІ до 10% і нижче.

Суттєву роль в досягненні положень цієї Програми можуть зіграти профілактичні та реабілітаційні заходи.

**Мета:** висвітлення питань організації реабілітаційної допомоги хворим з інсультом.

Для здійснення реабілітаційної допомоги хворим з інсультом необхідним є створення: інсультних відділень; ангіоневрологічних або неврологічних відділень; реабілітаційних відділень; домашні або спеціалізовані установи за доглядом; реабілітаційні кабінети поліклінік; санаторії.

**Основні методи реабілітації при рухових порушеннях:** кінезотерапія, включаючи навчання ходьбі; побутова реабілітація, в неї включено навчання навичкам самообслуговування; електростимуляція нервово-м'язового апарату; боротьба зі спастикою, в тому числі застосування міорелаксантів (сирдалуд, баклофен, мідокалм), теплові процедури (аплікації парафіна, озокерита), вибіркового або точкового масажу, вібромасажу; метод біоуправління; іглорефлексотерапія; профілактика контрактур (аплікації парафіну, озокерит, електрофізіопроцедури, електро- або фонофорез лікарських засобів); ортопедичні заходи (використання лангеток, спеціальних застосувань для ходьби, ортопедичного взуття). **При мовних порушеннях** застосувати заняття з логопедом – афазіологом, читання, письмо, рахування. **При центральному післяінсультному больовому синдромі** призначити антидепресанти (амітриптілін) і карбоназепін (тегретол, фінлепсін, депакін) в індивідуальній дозировці.

**Нейротрофічна медикаментозна терапія.** Вона призначається хворим при порушенні мови, когнітивних порушеннях, зниженні психічної і руховій активності: церебралізін по 10-15 мл внутрішньовенно на 200 мл ізотонічного розчину натрію хлориду 20-30 діб; пірацетам 2,4-4,8 г на добу. **Вазоактивна терапія:** вінпоцетин (кавінтон по 10-20 мг внутрішньовенно крапельно 1 раз на добу протягом 10 днів; циннаризин 0,025 по 2 таб. 3 рази в день. Хворі потребують проведення психотерапії, особливо включення її в практику логопеда-афазіолога, невролога-реабілітолога, ерготерапія (домашня реабілітація). Проводяться додаткові методи реабілітації у вигляді біоуправління, трудотерапії в спеціально оснащених майстернях.

**Стратегія вторинної профілактики інсульту.** В цьому ракурсі необхідно визначити підтип інсульту або ТІА. Відповідно до цього виконується корекція факторів ризику, нормалізація артеріального тиску та застосування статинів, антитромбоцитарних препаратів, антикоагулянтів у хворих з кардіоемболічним інсультом або ТІА. При необхідності проводиться хірургічна корекція – ендартеректомія. Із антитромбоцитарних препаратів при ТІА і інсульті використовують аспірин 325 мг в день або діпірідамолом 200 мг і аспірин 25 мг 2 рази в день, клопідогрель 75 мг в день, тіклопідін 205 мг 2 р. в день. В разі непереносимості аспірину призначають кардіомагнітолу 75 мг в день або тіклопідін 205 мг 2 р. в день (при атеротромболітичному інсульті). При кардіоемболічному інсульті рекомендують варфарин 2,5 мг або аспірин 50-325 мг в день (якщо протипоказаний варфарин).

**Хірургічне лікування після перенесеного ішемічного інсульту.** Хірургічні методи використовуються при стенозі магістральних артерій більше 70%, в тому числі асимптомні; стеноз артерій більше 50%, зумовлений атеросклеротичною бляшкою; стеноз артерій до 30%, якщо бляшка становить джерелом повторних церебральних емболій; патологічна звивистість артерій, що приводить до стенозу більше 70%; оклюзія магістральних артерій мозку; синдром хребетно-підключичного обкрадання при гемодинамічно значимому стенозі. **Психіатричні аспекти медико-соціальної реабілітації пацієнтів в післяінсультному періоді.** *Гострий період* – перші 7-10 днів. В цей період спостерігаються порушення свідомості у вигляді оглушення, сопор, кома, апалічний синдром, синдром оніризму та синдром психомоторного збудження. *Відновний період* – перші 1-6 місяців. В цей період спостерігаються зворотні розлади пам'яті, мислення, сприйняття. Може бути гострий психоорганічний синдром, корсаковський амнестичний синдром, гострий галюцинаторний синдром. *Період віддалених наслідків* – 7-12 місяців. Спостерігаються хронічний психоорганічний синдром, деменція, а також патологічні синдроми – депресивний, хронічний бредовий синдром.

**Ознаки патологічних синдромів.** *Синдром пригнічення.* Характеризується підвищенням порогу сприйняття зовнішніх подразників, зниження утворення асоціацій, затруднення орієнтації, погіршення аналізу перцептивної інформації. Ступінь вираженості цього синдрому може бути від обнуляції до астенічної сплутаності свідомості. *Синдром сплутаності* супроводжується вираженим приглушенням свідомості, фрагментарністю (інконвергентністю) мислення, різкою виснаженістю уваги, дезорієнтацією в місті і часі; може бути нереальне впізнання, нестійкі конфабуляції. *Синдром делірію* характеризується дезорієнтацією в часі і місці, парейдомією,

справжніми зоровими галюцинаціями, руховим збудженням, окремими бредовими ідеями. Синдром психомоторного збудження супроводжується руховим збудженням, приглушенням і звуженням поля свідомості.

**Терапія наведених синдромів.** Терапія виконується неврологом за участю консультації психіатра при вираженості збудження, сплутаності, делірія застосовуються транквілізатори у вигляді атаракса 25-50 мг на добу, клоназепам 1-4 мг на добу, апо-лоразепам 2,5 мг на добу, апо-оксазепам до 30 мг на добу, сібазон по 10 мг на добу. Проводиться психотерапія з родичами хворого.

**Гострий психоорганічний (мозковий) синдром.** Він проявляється періодами приглушення свідомості, когнітивними розладами (виражена виснаженість уваги, зниження пам'яті, брадипсихізм, зниження аналізу і синтезу), афективна лабільність з чергуванням тривожної метушливості і ейфорії, істеричні поведінкові реакції. Перебіг супроводжується поступовим стиханням симптомів або трансформацією в хронічний психоорганічний синдром чи деменцію.

**Корсаковський (амнестичний) синдром.** Характеризується фіксаційною амнезією, псевдоремінісценцією або конфабуляціями, частковим усвідомленням своєї слабості. Перебіг симптомів може бути ремітуючим або прогресуючим аж до деменції.

**Гострий галюцинаторний синдром.** Супроводжується зоровими або слуховими галюцинаціями, ілюзорно-вичурними поясненнями навколишнього, когнітивними розладами після чого настає недорозуміння ситуації, може бути зворотній розвиток з частковою амнезією.

Терапія проводиться неврологом при активній консультації психіатра. Призначаються транквілізатори і антиконвульсанти (карбомазепін 100-300 мг на добу), антидепресанти з мінімальними холінергічними і норадренергічними ефектами (ципраміл 10-20 мг на добу, докsepін до 100 мг на добу), нейрорептики з м'якою дією (сонопакс по 10-30 мг на добу, клопіксон по 10 мг на добу, хлорпротіксен 5-25 мг на добу, рісполект 0,5-2 мг на добу).

**Пізній відновний період і період віддалених наслідків.** В цей період зустрічається **хронічний психоорганічний синдром**, який проявляється зниженням механічної і оперативної пам'яті, виснаженням і затрудненням перевантаження (переключення) уваги, брадипсихізмом, емоційною лабільністю, астеною, епізодами приглушення свідомості, дерелізаційними, психосенсорними і соматовегетативними розладами, загостренням преморбідних особливостей особистості. Перебіг може бути безперервно-хвилеподібним з чергуванням періодів компенсації і декомпенсації, прогресивним перебігом аж до деменції, регресивним з компенсацією порушених функцій.

**Синдром деменції** характеризується різким зниженням пам'яті на теперішні та минулі дні, різким зниженням можливості до синтезу, аналізу, абстрагування, зниженням всіх психічних процесів, відсутністю критики, епізодами приглушення свідомості, деліріозними галюцинаціями, маренням, депресією. Синдром має декілька варіантів: дисамнестичний, амнестичний, псевдопаралітичний, мультиінфарктний, асимічний. В цих випадках терапія проводиться психіатром при консультації невропатологом. Тактика лікування не відрізняється від такого при гострому психоорганічному синдромі: когнітивно-біхевіріальна психотерапія, сімейна психотерапія, групова психотерапія.

**Патологічний розвиток.** Формування його пов'язано з особливостями структури преморбідної особистості і має затяжний перебіг або хронічний з періодами загострення симптоматики і компенсації.

**Депресивний синдром** характеризується переважно тривожно-депресивним або дисфоричним афектом, відсутністю моторної загальмованості і типових добових коливань настрою, іпохондричні скарги, когнітивні порушення. Синдром має перебіг: тривожний, дисфоричний, гіпотимічний, іпохондричний.

Терапія проводиться психіатром при консультуванні невропатологом. Призначають антидепресанти з анксиолітичним ефектом (декселін 75-150 мг на добу, міансерин 10-30 мг на добу, мапротилін 25-75 мг на добу, тіанептин 12,5-37,5 мг на добу, ципраміл 10-30 мг на добу). Призначають м'які нейролептики (сонопакс 10-75 мг на добу, хлорпротиксен 5-25 мг на добу, клопиксол по 10 мг на добу, тизерцин до 50 мг на добу). Проводиться когнітивно-біхевіріальна психотерапія пацієнта, сімейна психотерапія, група психотерапія.

**Хронічний бредньовий синдром** супроводжується фрагментарністю і нестійкістю марення, в основному бред «збітка», отруєння, переслідування, а також іпохондричний і бред ревності, ілюзорно-бредньові пояснення всього, що з'являється, фрагментарні зорові, слухові і гіпологічні галюцинації, когнітивні розлади. Терапія проводиться психіатром при консультуванні невропатолога. В терапії застосовуються нейролептики (сонопакс по 100 мг на добу, клопиксон 20-30 мг на добу, трифтазин 2,5-5 мг на добу, рисполепт 0,5-2 мг на добу), психотерапія.

#### **Запитання для контролю**

1. Основні методи реабілітації.
2. Яка стратегія вторинної профілактики інсульту?
3. Коли застосовуються хірургічні методи лікування?
4. Які основні синдроми зустрічаються у хворих з інсультом в гострий період, проміжний, відновний та віддалених результатів?
5. Перебіг та лікування синдромів у хворих з інсультом (делірій, психомоторного збудження, психоорганічний синдром, корсаківський, гострий галюцинаторний синдром, синдром деменції, депресивний синдром, хронічний бердовий синдром).

**А.И.Зозуля, И.С.Зозуля**

### **Организация реабилитационной помощи больным с инсультом**

**Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика**

**Цель.** Познакомить врачей медицины неотложных состояний, неврологов, нейрохирургов, врачей общей практики – семейной медицины по вопросам организации реабилитационной помощи больным с инсультом.

**Результаты.** В клинической лекции представлены современные данные относительно оказания реабилитационной помощи с инсультом. В публикации освещены вопросы: основные этапы и методы реабилитации стратегия вторичной профилактики перенесенного инсульта и др.

**Ключевые слова:** больные, инсульт, организация, реабилитационная помощь.

## Organization of rehabilitation care of patients with stroke

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

**Aim.** To acquaint the doctors of medicine of emergency conditions, neurologists, neurosurgeons, general practitioner of family medicine concerning the organization of rehabilitation care of patients with stroke.

**Results.** Current data regarding the provision of rehabilitation care of stroke are presented in clinical lecture. The publication highlights the questions as the main stages and methods of rehabilitation strategy of secondary prevention of stroke and others.

**Key words:** patients, stroke, organization, rehabilitation care.

### *Відомості про авторів:*

**Зозуля Андрій Іванович** – д.мед.н., професор кафедри медицини невідкладних станів НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: м. Київ, вул.. Братиславська, 3, тел.: (044) 456-80-50.

**Зозуля Іван Савович** - д.мед.н., професор кафедри медицини невідкладних станів НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: м. Київ, вул.. Братиславська, 3, тел.: (044) 456-80-50.

УДК 614.2.07:614.8:378

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2015

*Н.І.Іскра<sup>1</sup>, В.Ю.Кузьмін<sup>1</sup>, В.П.Печиборць<sup>2</sup>*

## ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ З НАПРЯМКУ «МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ» НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П.Л. Шупика,

<sup>2</sup>Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної  
медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони  
здоров'я України»

**Мета.** Визначити шляхи покращення підготовки слухачів основним елементам надання екстреної медичної допомоги з елементами домедичної допомоги (самота взаємодопомоги) на догоспітальному етапі на кафедрі медицини катастроф НМАПО імені П.Л. Шупика.

**Матеріал та методи.** Робота базується на даних наукової та практичної роботи кафедри медицини катастроф. Наукова частина є результатом аналізу проблем, які мають місце за умов ситуації, яка склалась в країні протягом останнього року та відповідним включенням до програм навчання актуальних питань. Практична частина включає аналіз результатів навчання слухачів, які проходили заняття на кафедрі медицини катастроф протягом року за вдосконаленими програмами, що включають активні форми навчання та моделювання ситуацій максимально наближених до реальних.

**Результати.** Встановлено, що втілення даної форми навчання дозволяє стимулювати мотивацію до удосконалення професійної компетенції лікарів до ситуації, що склалась в країні. Комплексний підхід та використання на заняттях різноманітних сучасних технічних засобів і наближення ситуації до реальних умов – дозволяють стимулювати пізнавальну діяльність, формувати емоційну зацікавленість, продуктивну діяльність та, як результат, значно покращити результати, що до першочергових заходів з надання екстреної медичної та домедичної допомоги та питань дотримання особистої безпеки.