

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

Березень 2022 № 3 (212)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

В НОМЕРІ:

- | | | | |
|---|---------|--|---------|
| ● Разом — до Перемоги | стор. 1 | ● Постковідний синдром | стор. 4 |
| ● Режим роботи Університетських клінік | стор. 2 | ● Поради психолога | стор. 5 |
| ● Перша невідкладна допомога при кровотечах | стор. 3 | ● Трави на захисті психологічного здоров'я | стор. 7 |

РАЗОМ — ДО ПЕРЕМОГИ!

Шановні колеги і студенти!

Триває війна. У воєнний час одними з найважливіших фахівців є медики.

Серця наших колег переповнені бажанням зробити все від нас залежне для Перемоги, надати різнобічну високопрофесійну допомогу кожному, хто її потребує.

ОНМедУ виступив організатором безкоштовних дистанційних консультацій для хворих дітей як Одеси та області, так і для тих, хто вимушений перебувати у небезпечних регіонах, де медична допомога може бути відсутня. Співробітники кафедри педіатрії № 1 спільно з Одеською асоціацією лікарів-педіатрів надають таку допомогу.

Враховуючи кризову ситуацію, ОНМедУ об'єднав психологів різних університетів Одеси та запровадив роботу Центру безкоштовної психологічної підтримки для одеситів, які через постійний тиск небезпеки та переживання за близьких перебувають у стресі та депресії, відчувають панічні атаки.

Фахівці ОНМедУ проводять тренінги для цивільних осіб з надання домедичної допомоги — як в очному, так і в дистанційному режимі.

Дуже активно працює наш студентський профком. Студенти з перших днів війни стали волонтерами. Вони допомагають мешканцям міста продуктами, медикаментами, організували пункт прийому гуманітарної допомоги, надають біженцям першу медичну допомогу на залізничному вокзалі та роблять ще багато корисних справ для допомоги людям. Нашими студентами можна пишатися!

Хочу підкреслити, що всі Університетські клініки повністю готові до надання медичної допомоги пораненим у разі бойових дій.



Останні тижні переконали у високому рівні патріотизму українського суспільства. Ми всі єдині як ніколи і прагнемо одного — аби ця війна закінчилася якомога швидше. І все робимо для цього.

Дуже вдячний усім співробітникам університету за їхню високу патріотичну позицію.

Разом — до Перемоги!

Валерій ЗАПОРОЖАН

РЕЖИМ РОБОТИ УНІВЕРСИТЕТСЬКИХ КЛІНІК НА ПЕРІОД ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

В зв'язку з повномасштабною війною, яку розв'язала російська федерація проти України, був змінений режим роботи університетських клінік Одеського національного медичного університету.

У Центрі реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) ОНМедУ припинена планова госпіталізація хворих (виняток — онкохворі), проведена підготовка відділень стаціонару для прийому постраждалих: 60 ліжок хірургічного профілю, 12 ліжок у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії, 50 ліжок терапевтичного профілю, а у разі необхідності госпіталізація буде здійснюватись і до неврологічного відділення (60 ліжок).

На території цокольного поверху Центру створені умови для перебування пацієнтів та співробітників, а також для надання медичної допомоги хворим у разі бомбарду-

вань нашого міста (хірургічна палата, реєстраційна, маніпуляційний кабінет, кабінети функціональної діагностики, ліжка, кушетки, лікарські засоби, витратні матеріали, запаси води, харчування, туалетні кімнати тощо).

Забезпечено цілодобове чергування посиленних хірургічних та анестезіологічних бригад, операційне відділення знаходиться в постійній готовності до виконання ургентних оперативних втручань.

У Багатопрофільному медичному центрі ОНМедУ відновлено цілодобове чергування хірургічної та діагностичної служб. Сформовані хірургічні бригади зі складу працівників хірургічних відділень центру, бригади екстреного реагування, також до чергувань долучено волонтерів — студентів Одеського національного медичного університету.

У відділеннях Багатопрофільного медичного центру припинено

планову госпіталізацію та проведено підготовку до масового прийому постраждалих. Наразі 85 ліжок хірургічного та 50 ліжок офтальмологічного профілів підготовлено до прийому постраждалих, у разі потреби госпіталізація буде проводитись до відділень гінекологічного профілю (70 ліжок) та кардіоревматологічного корпусу (70 ліжок).

Відділення Університетської клініки та Багатопрофільного медичного центру ОНМедУ забезпечені лікарськими засобами та виробами медичного призначення на обмежений час роботи в умовах військової агресії. Завдяки сприянню КНП «Одеська обласна станція переливання крові ООР» на базі клінік створено банк крові.

Єдиним невирішеним питанням на цей час є забезпеченість імунобіологічними препаратами, особливо препаратами для екстреної профілактики правця.

СИМУЛЯЦІЙНІ КЛАСИ ОНМедУ: ТРЕНІНГИ ДЛЯ БІЙЦІВ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ОБОРОНИ

Кафедри симуляційних медичних технологій та медицини катастроф та військової медицини Одеського національного медичного університету за підтримки Литовського медичного університету (Lithuanian University of Health Sciences) спільно з Буковинським медичним університетом та Ужгородським національним університетом з 26 лютого по 4 березня провели професійну підготовку викладачів кафедр як тренерів з міжнародних стандартів Тактичної медичної допомоги пораненим в бою (Tactical Combat Casualty Care, TCCC). З 7 березня на базі кафедри симуляційних медичних технологій проведено підготовку близько 80 тренерів-інструкторів з TCCC за міжнародними стандартами серед студентів 6 курсу та інтернів.

Університетом забезпечено всі технічні умови для проведення тренінгів для бійців територіальної оборони, зокрема високореалістичні симулятори поранених, симулятори умов бойових дій, реальні військові аптечки для самодопомоги та додаткова електронна програма підтримка.



Потужності симуляційних класів дозволяють щодня навчати від 40 до 60 бійців.

О. П. РОГАЧЕВСЬКИЙ,
д. мед. н., доцент,
зав. кафедри стимуляційних медичних технологій

Сьогодні ми живемо в умовах воєнного стану, тому знати що таке перша допомога повинен кожний свідомий громадянин. Студенти, лікарі-інтерни та лікарі в Одесі вміють ефективно працювати і у лікарнях, і за їхніми межами. Цей матеріал підготовлений для тих, хто опинився на вулиці з постраждалими.

Нагадаємо, якою є перша допомога при активній кровотечі, особливо якщо ви знаходитесь на вулиці.

ПЕРША НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ КРОВОТЕЧАХ

Почнемо з класифікації кровотеч. Існує закрыта кровотеча і відкрита. При закритій кровотечі зробити щось для постраждалого буде вкрай важко. Що скоріше він прибуде до приймального відділення, то краще для нього. В усіх випадках травм, що супроводжуються кровотечами, говоримо про правило «золотої години».

Другий тип — це відкриті кровотечі, або їх ще називають активними, особливо у контексті бойових травм. Ці кровотечі можна умовно поділити на три типи: капілярна, венозна, артеріальна кровотеча. Останні дві є загрозливими для життя постраждалого і потребують миттєвої самопомоги або допомоги того, хто поряд.

Отже, ми опинились поряд із постражданим, нам безпечно, починаємо з'ясувати, чи є в нього кровотеча. Якщо він може сам сказати, проводимо огляд місця травми. Якщо без свідомості, тоді починаємо первинний травмоогляд постраждалого із перевіркою вітальних функцій.

При роботі з постражданим потрібно обов'язково піклуватися про власну безпеку, тому одягаємо рукавички ще до того, як його торкнутись. Якщо бачимо венозну кровотечу, неглибоку різану рану, з якої рівномірно витікає кров, слід застосувати такі кроки: пряме натискання, накладен-

ня стисної пов'язки (або компресійного биндажа), перевірка на припинення кровотечі та наявність інших травм у постраждалого.

При великих різаних ранах або глибоких ранах, які супроводжуються венозною масивною кровотечею або змішаним типом (разом з артеріальною), використовуємо тампонаду рани і подальше накладання стисної пов'язки.

Існує багато варіантів тампонади, спеціальні бинти, в тому числі просочені гемостатичним порошком. Пам'ятайте, що ми не тампонуємо грудну й абдомінальну порожнини. Послідовність кроків при тампонаді: пряме натискання (пальцеве натискання у рані, якщо є артеріальна кровотеча), використання спеціальних засобів для тампонади, накладання стисної пов'язки (або компресійного биндажа), перевірка на припинення кровотечі, наявність інших травм у постраждалого.

Зауважуємо, що чим менше часу витрачено, тим більше крові залишилось в організмі постраждалого.

Коли використовувати джгути (турнікети)? Якщо йдеться про неефективність тампонади і стисної пов'язки, велику кількість постраждалих одночасно, про ампутацію кінцівки.

Джгут повинен бути не менше ніж 2 сантиметри у своїй пласкій поверхні, яка буде використана по відношенню до шкіри. Дуже ефективними і простими у накладанні й фіксації є турнікети CAT і SICH.



Джгути накладаються тільки на тканину! Джгутами не можуть бути: презерватив, капронові колготи та дрiт. Після ефективного накладання джгута необхідно обов'язково вказати час, коли він був накладений, а саме — дату, години і хвилини.

Джгут накладається у чотирьох точках, якщо йдеться про кінцівки. Верхня третина плеча правого, лівого. Верхня третина стегна правого, лівого. Найбільш ефективні місця для накладання саме ці. Максимально критичний час накладання — 2 години.

При ампутації кінцівки накладаємо джгут максимально низько до травмованої зони.

При масивній крововтраті та відсутності свідомості треба перевіряти і контролювати вітальні функції організму постраждалого. За необхідності — розпочати серцево-легеневу реанімацію.

О. О. БУДНЮК,
д. мед. н., професор, зав. кафедри анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів

Ю. О. ПОТАПЧУК,
асистент кафедри анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів

На фото: джгут Есмарха.

ПОСТКОВІДНИЙ СИНДРОМ

Дослідницькі групи багатьох країн, як і раніше, працюють над точним визначенням терміну та основних симптомів наслідків перенесеної коронавірусної інфекції. Уточнення визначень і симптомів триватиме ще довгий час, але вже сьогодні результати спостережень дозволяють багатьом лікувальним закладам запропонувати пацієнтам якісну медичну допомогу, спрямовану на відновлення якості життя після перенесеного коронавірусу.

Епідемія COVID-19 (Coronavirus disease 2019), що спалахнула у місті Ухань і перейшла в пандемію, етіологічно пов'язана з вірусом тяжкого гострого респіраторного синдрому 2 типу (SARS-CoV-2-Severe acute respiratory syndrome 2). Як відомо, перший коронавірус людини, HCoV-B814, був ізольований в 1965 році. У 2002-му вірус тяжкого гострого респіраторного синдрому (SARS-CoV-Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus) проник у популяцію людей з популяції летючих мишей 2012 року — на території Аравійського півострова були відкриті природні осередки вірусу Близькосхідного респіраторного синдрому (MERS-CoV-Middle East respiratory syndrome-related coronavirus).

Після описаних епідемій було відкрито велику кількість нових представників Coronaviridae, з подальшим переглядом. Пандемія COVID-19, що триває нині, — це проблема глобального значення, яка забрала життя багатьох людей у всьому світі. Спочатку вважалося, що захворювання обмежується дихальною системою; проте перебіг пандемії показує інші сторони прояву інфекції COVID-19. Відбувається ураження шлунково-кишкового тракту, центральної та периферичної нервових систем (ПНР), міокарда, нирок. Неврологічні прояви інфекції SARS-CoV-2 можуть швидко наростати. Існує кілька механізмів, які відповідають за такі



прояви. Залучаються постінфекційні імунно-опосередковані процеси, пряма вірусна інфекція центральної нервової системи (ЦНС) та ПНР, індуковані вірусом гіперзапальні та гіперкоагуляційні стани.

Численними прикладами ураження ЦНС і ПНС при COVID-19 є: геморагічний та ішемічний інсульт, енцефаліт, менінгіт, енцефалопатія, гострий дисемінований енцефаломієліт, ендотеліт і тромбоз венозних синусів, синдром Гієна — Барре тощо. Багатофакторність та складність патогенетичних механізмів COVID-19 визначає масштабну загрозу для багатьох структур нервової системи. Систематичний огляд існуючих баз даних виявив 1963 дослідження та 87 публікацій, присвячених наслідкам коронавірусної інфекції (КВІ), що достав останнім часом назву «постковідний» синдром.

У включених дослідженнях кількість випадків КВІ, включаючи SARS або MERS, становила 3559, в діапазоні від 1 до 997, а середній вік учасників досліджень варіював 12,2 до 68,0 років. Дослідження проводились у Китаї, Гонконгу, Південній Кореї, Канаді, Саудів-

ській Аравії, Франції, Японії, Сінгапурі, Великій Британії та США. Час спостереження після хвороби варіював від 60 днів до 12 років. Ретроспективно проаналізовано перебіг гострого захворювання у пацієнтів, госпіталізованих з приводу SARS або MERS. Сплутаність свідомості наявна у 36 із 129 пацієнтів [27,9 %; 95 % ДІ 20,5–36,0], пригнічений настрій — у 42 [32,6 %; 24,7–40,9], тривога — у 46 [35,7 %; 27,6–44,2], порушення пам'яті — у 44 [34,1 %; 26,2–42,5] і безсоння — у 54 [41,9 %; 22,5–50,5]. Стероїдно-індукована манія та психоз були зареєстровані у 13 (0,7 %) з 1744 пацієнтів з атиповою пневмонією на гострій стадії в одному дослідженні. У стадії реконвалесценції у різних дослідженнях отримано дані про розвиток депресивного настрою — у 35 із 332 хворих [10,5 %; 95 % ДІ 7,5–14,1], безсоння — у 34 з 280 [12,1 %; 8,6–16,3], тривожність — у 21 із 171 [12,3 %; 7,7–17,7], дратівливість — у 28 з 218 [12,8 %; 8,7–17,6], погіршення пам'яті — у 44 з 233 [18,9 %; 14,1–24,2], втома — у 61 з 316 [19,3 %; 15,1–23,9] та в одному дослідженні травматичні спогади

— у 55 із 181 [30,4 %; 23,9–37,3] та порушення сну — 14 з 14 [100,0 %; 88,0–100,0]. Метааналіз показав, що в періоді реконвалесценції точкова поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) сягала 32,2 % (95 % ДІ 23,7–42,0; 121 із 402 випадків з чотирьох досліджень), точкова поширеність депресії — 14,9 % (12,1–18,2; 77 із 517 випадків у п'яти дослідженнях), тривожних розладів — 14,8 % (11,1–19,4; 42 з 284 випадків із трьох досліджень); 446 (76,9 %; 95 % ДІ 68,1–84,6) з 580 пацієнтів із шести до-сліджень повернулися до роботи при середньому періоді спостереження 35,3 місяця (SD 40,1).

При вивченні даних про пацієнтів з COVID-19, були виявлені ознаки делірію (сплутаність свідомості у 26 (65 %) з 40 пацієнтів та порушення у 40 (69 %) з 58 пацієнтів відділення інтенсивної терапії. В іншому дослідженні: зміна свідомості у 17 (21 %) з 82 пацієнтів, які згодом померли, депресії, тривоги, стомлюваності, ПТСР та більш рідкісних психоневрологічних синдромів у довгостроковій перспективі. Проведено оцінку довгострокових наслідків перенесеної інфекції SARS-CoV-2 щодо адекватного когнітивного функціонування. «Когнітивний COVID» —

це неофіційний термін, вигаданий для взаємозамінного позначення гострих змін когнітивних функцій під час COVID-19 та/або когнітивних наслідків. Вони можуть виявлятися у вигляді змінених рівнів свідомості, симптомів, подібних до енцефалопатії, марення та втрати різних доменів пам'яті. Дисек'ютивний синдром (порушення розумової гнучкості) також є своєрідним проявом «когнітивного COVID». У 8 хворих спостерігалось лептомєнінгеальне контрастне посилення, у всіх пацієнтів виявлено білатеральну фронтотемпоральну гіперперфузію. В одного пацієнта діагностовано підгострий ішемічний інсульт.

Таким чином, слід враховувати наявність різних прямих та непрямих механізмів ушкодження структур головного мозку та утворень ПНЗ, з урахуванням нейротропізму SARS-CoV-2, наявності загального прозапального стану та пов'язаних з пандемією психосоціальних стресорів у причинно-наслідковому зв'язку розвитку «когнітивного COVID». Нейротропізм пов'язаний з різними механізмами, включаючи ретроградну нейрональну передачу через нюховий шлях, загальне гематогенне поширення та використання вірусом імунних клітин як вектори.

Велика кількість запалень, спричинених COVID-19, у поєднанні з потенційною інтубацією також пов'язана зі згубним впливом на когнітивні функції. Нарешті, унікальна психосоціальна дія пандемії викликала тривогу через її можливий вплив на когнітивні функції. У тому числі з появою повідомлень про поствакцинальні когнітивні порушення після введення вакцин, що містять мРНК, які кодують шипоподібний глікопротеїн SARS-CoV-2, висунуто гіпотезу про їхній причинно-наслідковий зв'язок та способи зниження ризику. Потенційний вплив на якість життя людини і той факт, що навіть незначна частина випадків COVID-19, у яких розвиваються когнітивні порушення, може стати значним тягарем для системи охорони здоров'я, підкреслюють важливість оцінки даних про поширеність, подання, кореляцію та причинно-наслідковий зв'язок для забезпечення раннього виявлення, ведення та реабілітації пацієнтів з постковідним синдромом.

Є. В. СМЕРЕЧИНСЬКА,
д. мед. н., доцент, зав. кафедри
загальної та клінічної
епідеміології та біобезпеки

Поради психолога

ТЕ, ЩО НАС НЕ ВБИВАЄ, – РОБИТЬ НАС СИЛЬНІШИМИ!

Смерть, війна, переїзд — три найбільш стресові ситуації у житті будь-якої людини.

У складних надзвичайних ситуаціях, інколи ж і в повсякденному житті, людині доводиться долати небезпеки, що загрожують її життю, що викликає страх, жах, паніку. Це проявляється у вигляді короткочасного або тривалого емоційного процесу. Страх викликає

неприємні відчуття, але при цьому він може бути сигналом до захисту, тому що головна мета, яка стоїть перед людиною, — залишитися живою. Небезпечно, коли відповідно на страх можуть бути необдумані або несвідомі дії людини, викликані панікою — проявом сильної тривоги. Перебіг емоції страху в різних ситуаціях у різних людей може істотно відрізнятись як за си-

лою, так і за впливом на поведінку. Страх може виявлятися як збуджений чи пригнічений емоційний стан. Дуже сильний страх часто супроводжується пригніченим станом, короткочасний і сильний страх, викликаний сильним раптовим подразником, називають «переляком», а тривалий, слабо виражений, дифузний страх — «тривогою». Такі психічні >6

5 розлади, як фобії, можуть призводити до частого та сильного переживання страху людиною. Фобією називають нав'язливий, ірраціональний страх, пов'язаний з певним предметом або ситуацією, з яким людина не може впоратися самостійно. Найпопулярніші фобії — це соціальна (страх виступати публічно), акрофобія (страх висоти), кінофобія (страх собак), авіафобія (страх перед польотом), астралофобія (страх грози), ніхтофобія (страх темряви), агорафобія (страх відкритих просторів), клаустрофобія (страх невеликих просторів).

Переживаючи страх, людина зазнає стресу. Основоположником вчення про стрес був канадець Ганс Сельє, який встановив, що при дії найрізноманітніших подразників на організм виникає універсальна відповідь, яка призводить до збільшення здатності організму ефективно реагувати в умовах, які вимагають зростання ресурсів, щоб упоратися з обставинами.

Наприклад, до короткочасних стрес-факторів належать — страх унаслідок загрози, очікування фізичної небезпеки. 24 лютого життя всіх українців змінилося: у нашій країні розпочалася війна. Безліч обстрілів, зруйновані будинки та долі, смерті та тисячі вимушених переселенців. Тому всі ми переживаємо найсильніший стрес.

Сучасні уявлення про стрес виділяють першу фазу як фазу шоку, яка триває зазвичай до доби. Людина не розуміє, як такі важкі події могли статися, що взагалі відбувається. Це з нами сталося 24 лютого о 5-й годині ранку, коли нас почали бомбити. Симптоми можуть поступово наростати або виникати раптово протягом кількох хвилин. З'являються напади тривоги, занепокоєння, паніки, які зазвичай тривають недовго, перебігають у вигляді емоційних вибухів, що супроводжуються почуттям жаху та такими реакціями організму, як посилене серцебиття та потіння. Потім поступово розвивається тривожний стан, який супроводжується м'язовим напруженням, втомою, дратівливістю, нетерплячістю, безсонням. У деяких людей похилого віку відзначаються труднощі з концентрацією уваги, занепад настрою, або, навпаки, перезбудження, гнів, порушення пам'яті, підвищена стомлюваність.



Фаза шоку виникає при різкому посиленні секреції глюкокортикоїдів, але в тканинах їхній рівень падає через посилений метаболізм. У цю фазу виникає відносна недостатність глюкокортикоїдів. У фазі шоку спостерігається недостатність кровообігу в периферичних органах і тканинах, м'язова та артеріальна гіпотензія, гіпотермія, гіпоглікемія, згущення крові, еозінопенія. Якщо організм адаптується, не гине, то поступово виникає гіпертрофія, гіперплазія пучкової зони кори надниркових залоз, рівень глюкокортикоїдів у крові та тканинах підвищується, починаються зміни у зворотному напрямку (стадія противошоку).

Друга фаза — це адреналіновий період. Він настає через 1 добу після стадії шоку та триває приблизно тиждень. У людини виникає почуття, що вона може все, що вона сильна. У цей час ми активно допомагаємо одне одному, нам здається, що ми непереможні. Але ця адреналінова фаза не вічна. Для мозку енергетично важко працювати в такому стані, на постійній межі своїх можливостей. Тому він включає функцію захисту, і ми відчуваємо спустошення, виснаження.

Адреналін вичерпується швидко — і виникає фаза спустошення, організм людини відчуває виснаження. Люди зневіряються, у них з'являється паніка, вони не можуть опанувати свої почуття. Однак це спустошення теж не вічне. Проходить час, і у багатьох можливий вихід на період плато. У цьому періоді більшість людей діють найбільш ефективно. Приходить розуміння, що ситуація швидко не зміниться і потрібно пристосувати до неї своє повсякденне життя. Стає очевидним, що необхідно викону-

вати свою роботу, тому що наша рутинна робота — це якір, який тримає нас на цій землі. Більше того, за тиждень адреналінового періоду ми здебільшого організуємо собі більш-менш безпечне життя, і після спустошення і туги за своїм колишнім життям розуміємо, що треба рухатися далі. Тому слід якнайшвидше почати ефективно працювати, робити свою роботу, вставати на захист своєї землі, не панікувати, опанувати себе. І зрозуміти, що життя продовжується.

Психологи виділяють 6 типів особистостей, які по-різному реагують стрес.

1. Честолюбний тип — до цього типу належать люди із сильною потребою досягнення чогось та успіху. В основному це менеджери, які енергійні, рухливі, домінуючі, агресивні та орієнтовані на справу. Причинами стресу для них є навантаження, велика інтенсивність діяльності та міжособистісних відносин, недостатнє розуміння себе. Основними симптомами стресу є безсоння, високий кров'яний тиск, проблеми із серцем, надмірне куріння та споживання алкоголю.

2. Спокійний тип — до нього належать безтурботні та спокійні люди; вони орієнтовані на минуле, мрійливі та малоактивні, дотримуються балансу між роботою та будинком, відрізняються низькою вразливістю до стресу. Причинами стресу можуть стати інші люди або вимоги професійної діяльності, які порушують розмірений перебіг життя.

3. Сумлінний тип — до цього типу належать люди дріб'язкові, скрупульозні, педантичні, ретельні, догматичні та стабільні, консервативні та обов'язкові. Вони вірять авторитетам та підкоряються традиціям. Для них причинами стресу

є насамперед інші люди, які порушують їхні плани та стереотипи поведінки. Для них зазвичай характерний середній рівень вразливості щодо стресу, але вони дуже чутливі до змін їхньої звичної життєдіяльності.

4. Невідстоюючий тип — до цього типу належать люди, які не можуть постояти за себе та відстояти свої права. Такі люди прагнуть догоджати іншим та уникають міжособистісних конфліктів, бояться конфронтації та проблемних стосунків з іншими. Взагалі відчують внутрішнє напруження на ґрунті міжособистісних відносин, що є частою причиною стресу.

5. Життєлюбний тип — люди, що належать до цього типу, життєлюбні, сильні, енергійні, живуть повноцінним життям, прагнуть нових подій та вражень, імпульсивні та ризиковані, для них характерна часта зміна інтересів. Причинами стресу для людей цього типу є рутинна та нудна робота, надмірне внутрішнє напруження, яке суттєво підвищує вразливість до стресу.

6. Тривожний тип — люди, що належать до цього типу, відрізня-

ються високою вразливістю до стресу, відчувають занепокоєння можливими невдачами, орієнтовані на майбутнє і надмірно рефлексують, характеризуються високим внутрішнім напруженням при низькій самооцінці. Причинами стресу для тривожного типу особистості є відповідальна робота та різкі зміни у житті.

Головне завдання для виходу зі стресу для всіх психологічних типів — це максимально швидкий перехід з фази виснаження і спустошення до плато.

Психологи рекомендують повноцінно спати. Якщо це необхідно — слід випити заспокійливе. Потрібно пити багато води, бо зневоднений організм не може боротися зі стресом. Потрібно менше читати новини, давати мозку відпочити від інформаційного навантаження.

Найголовніше при тривалих стресах — відволіктися від почуття страху. І в цьому випадку всі засоби добрі (якщо ви любите грати в ігри — швидше запускайте улюблену гру, почитайте книгу, увімкніть музику). Будь-яка з цих дій вимагає концентрації уваги, отже,

послаблює відчуття страху. Необхідно спробувати перестати відчувати жаль про втрату будь-яких матеріальних благ. Цей жаль підживлює тривогу і «вимикає» мозок. Розробіть план, «що я зроблю після війни». Це спонукатиме мозок працювати на порятунок, а не на самознищення.

Мені як фізіологу здається важливим та ефективним застосування дихальних практик. Наприклад, якщо дуже страшно: дихайте глибоко, затримайте повітря в легенях на кілька секунд, а потім видихніть. З видихом має піти і відчуття страху та скутості в тілі. Для закріплення результату повторіть цикл вдихів та видихів приблизно 3–5 разів. При цьому потрібно постаратися максимально розслабитися, підняти підборіддя і злегка відхилитися назад.

Дозвольте собі іноді посміятися та навіть сміятися. Гумор рятує: знижує гормон стресу. Обіймайтеся більше і кажіть близьким: «Я тебе люблю».

Г. О. ВОЛОХОВА,
доцент кафедри фізіології

НАРОДНА МЕДИЦИНА

ЦІЛЮЩІ ТРАВИ УКРАЇНСЬКОЇ ЗЕМЛІ НА ЗАХИСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Студенти фармацевтичного факультету, члени гуртка кафедри технології ліків провели захід «Стоп, паніка! Зберігаємо спокій».

Під час заходу була приділена увага поняттю тривоги та її розумінню студентами. Практично всі зазначили, що «тривога — це емоція, з якою ми часто стикаємося сьогодні. Вона з'являється при передчутті небезпеки або в ситуаціях, коли нам дійсно щось загрожує».

Кафедра технології ліків давно займається пошуком перспективних біологічно-активних сполук, з

метою розробки препаратів для корекції поведінки при депресивних і тривожних станах, оскільки проблема тривожності особистості, у більшості випадків, є деструктивним психічним станом і нині є однією з найактуальніших.

Цікаву доповідь підготувала студентка 3-го курсу 1-ї групи Обруч Анастасія Сергіївна, під керівництвом доцента кафедри, к. фарм. н. Н. С. Фізор.

Анастасія навела низку теорій, що пояснюють природу і суть тривожності. Також ґрунтовно пояс-

нила, як працює тривога: «Тривога викликає певні реакції в організмі. Вона спонукає до боротьби, опору, нападу. Активізується симпатична нервова система, через що ми відчуваємо страх, хвилювання, неспокій. Частішає серцебиття, підвищується артеріальний тиск. Так, тривога може бути навіть корисною. Вона допомагає акумулювати сили і діяти в небезпечних ситуаціях. Також сприяє прискоренню мислення, орієнтації та реакції на зовнішні подразники».



7 < Під час обговорення, студенти змогли класифікувати симптоми тривожності та віднести їх до фізіологічних (утруднене дихання, підвищений пульс, відчуття здавленості у грудях, біль у серці, головний біль, запаморочення, тремтіння, загальна слабкість, підвищене потовиділення, нудота, біль у шлунку, оніміння кінцівок, порушення терморегуляції) або психологічних (дезорієнтація, відчуття страху).

Було розглянуто багато цікавих методів покращення самопочуття. Однак ми рекомендуємо згадати та звернутись до цілющих джерел біологічно активних речовин, які доступні у всіх куточках України. Нижче наведені прописи, які мають м'яку дію та перевірені століттями.

1. М'ята перцева (листя) — 30 г
Собача кропива п'ятилопатева (трава) — 30 г
Валеріана лікарська (корінь) — 20 г
Хміль звичайний (шишки) — 20 г
Приймати по 1/2 склянки настою 3 рази на день при нервовому збудженні, дратівливості, безсонні.

2. Валеріана лікарська (корінь) — 25 г
Собача кропива п'ятилопатева (трава) — 25 г
Кмин звичайний (плоди) — 25 г
Фенхель звичайний (плоди) — 25 г
Приймати по 1/2 склянки настою 3 рази на день при нервовому збудженні та прискореному серцебитті.

3. Валеріана лікарська (корінь) — 30 г
М'ята перцева (листя) — 30 г
Вахта трилистна (листя) — 40 г
Приймати по 1/2 склянки настою при нервовому збудженні та дратівливості.

4. Хвощ польовий (трава) — 20 г
Спориш пташиний (трава) — 30 г
Глід криваво-червоний (квітки) — 50 г
Приймати по 1/3–1/4 склянки 3–4 рази на день при прискореному серцебитті, дратівливості, безсонні.



5. Валеріана лікарська (корінь) — 20 г
Ромашка аптечна (квітки) — 30 г
Кмин звичайний (плоди) — 50 г
Приймати по 1/2 склянки настою 2 рази на день при нервовому збудженні, дратівливості, безсонні.

6. Ромашка лікарська (квітки) — 20 г
М'ята перцева (листя) — 20 г
Фенхель звичайний (плоди) — 20 г
Валеріана лікарська (корінь) — 20 г
Кмин звичайний (плоди) — 20 г
Приймати у вигляді відвару вранці по 1/2 склянки, увечері — по 1 склянці при безсонні.

Також наші студенти поділились особливостями приготування даних прописів у домашніх умовах: «лікарську рослину (або збір), з якої треба приготувати відвар, або її частину попередньо подрібнюють, кладуть в емальовану каструлю необхідної місткості і заливають потрібною кількістю води кімнатної температури, щільно закривають

кришкою. Потім її ставлять у каструлю з кип'ячою водою так, щоб вона була занурена у воду не більше ніж на 3/4 і настоюють протягом 30 хв, час від часу помішуючи вміст. Далі відвар знімають і через 10 хв проціджують через подвійний шар марлі, віджимаючи рослину. Якщо не вистачає відвару, до об'єму доводять звичайною кип'яченою водою, промиваючи вижимку.

Настой готують так само, як і відвари, але настоюють витяжку протягом 15 хв. Після цього витяжку охолоджують при кімнатній температурі протягом 45 хв. Потім проціджують через подвійний шар марлі, злегка віджимають і кількість рідини, що не вистачає, доливають кип'яченою водою».

Не забули вони відмітити, що перед споживанням відвари або настої збовтують, а також зберігають у темному прохолодному місці, бо в інших умовах вони швидко псуються.

Наостанок зазначимо: явною перевагою таких заспокійливих засобів є зниження рівня нервового напруження, що запобігає ризику можливих ускладнень, які виникають на тлі стресу. Запам'ятайте або запишіть — можливо, знадобиться.

І. Ю. БОРИСЮК,
д-р фарм. н., зав. кафедри
технології ліків

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 24.03.2022. Тираж: 300. Замовлення 2382.
Надруковано у видавництві Одеського національного
медичного університету, 65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.