

РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ПАЛІАТИВНА МЕДИЦИНА



**Хоспісна та паліативна
допомога в Україні: права людини**
Стор. 20

**Науково-практична конференція
«Паліативна допомога в Україні:
складові та шляхи розвитку»**
Стор. 60

**Обговорюємо проект Концепції
комплексної медико-соціальної реабілітації
дітей з обмеженнями життєдіяльності**
Стор. 118



СОЦІАЛЬНИЙ ПРОЕКТ ЗУПИНИМО ГЕПАТИТ РАЗОМ!

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ЛІКАРІВ

Лікування хронічного гепатиту В та хронічного гепатиту С
при відсутності декомпенсації захворювання печінки.



ПЕГФЕРОН
ПЕГ-інтерферон альфа-2а,
розчин для ін'єкцій по 180 мкг/1мл у флаконах №1
(виробництво з пакування «in bulk»
Ф.Хоффманн Ля Рош Лтд.,
Швейцарія (Базель); Ф.Хоффманн Ля Рош Лтд.,
Швейцарія (Кайсераугст))
Сертифікат № 842/11-300200000



ЮНІТРОН

Пегінтерферон альфа-2b, порошок ліофілізований для розчину для ін'єкцій
по 50 мкг/0,5 мл, 80 мкг/0,5 мл, 100 мкг/0,5 мл, 120 мкг/0,5 мл, 150 мкг/0,5 мл
у флаконах у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій)
по 0,7 мл в ампулах по 1 флакону та 1 ампулі в пачці

(пакування із «in bulk» фірми-виробника Шерінг-Плау (Брінні) Компані, Ірландія; Шерінг-Плау Лабо Н.В., Бельгія)

Реєстраційне посвідчення: UA/12589/01/01, UA/12589/01/02, UA/12589/01/03, UA/12589/01/04, UA/12589/01/05

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ
ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я

ВСЕУКРАЇНСЬКА ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «УКРАЇНСЬКА ЛІГА СПРИЯННЯ РОЗВИТКУ
ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ»
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА
ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «ГРУПА КОМПАНІЙ МЕД ЕКСПЕРТ»

МІЖНАРОДНИЙ ЖУРНАЛ «РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ПАЛІАТИВНА МЕДИЦИНА» Науково-практичний журнал

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЖУРНАЛ «РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА» Научно-практический журнал

Головний редактор – Князевич В.М.,

Голова правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та hospісної допомоги», д.мед.н., зав. кафедри управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентіві України

Заступник Головного редактора – Моїсеєнко Р.О.,

д.мед.н., зав. кафедри дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації НМАПО ім. П.Л. Шупика, заступник Голови правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та hospісної допомоги», заслужений лікар України

Науковий редактор – Губський Ю.І.,

д.мед.н., проф., член-кор. НАМН України, зав. кафедри паліативної та hospісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика, заступник Голови правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та hospісної допомоги»

Відповідальний секретар – Царенко А.В.,

к.мед.н., доцент кафедри паліативної та hospісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика

Директор проекту – Бахтіярова Д.О.,

Генеральний директор ТОВ «Група компаній Мед Експерт»

Випускаючий редактор – Шейко І.О.

Верстка, дизайн – Молодика Т.К.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Антипкін Ю.Г. (м. Київ)

Вороненко Ю.В. (м. Київ)

Гречаніна О.Я. (м. Харків)

Губенко І.Я. (м. Черкаси)

Децик О.З. (м. Івано-Франківськ)

Донская С.Б. (м. Київ)

Колеснік О.О. (м. Київ)

Колупаєва А.А. (м. Київ)

Лісний І.І. (м. Київ)

Мартинюк В.Ю. (м. Київ)

Матюха Л.Ф. (м. Київ)

Міщенко Т.С. (м. Харків)

Пінчук І.Я. (м. Київ)

Слугоцька І.В. (м. Івано-Франківськ)

отець Ігор Бойко (м. Львів)

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Бабов К.Д. (м. Одеса)

Болтівець С.І. (м. Київ)

Вайнилович (Беларусь)

Гойда Н.Г. (м. Київ)

Глумчер Ф.С. (м. Київ)

Хубертус фон Фосс (Німеччина)

Глушко Л.В. (м. Івано-Франківськ)

Козявкін В.І. (м. Трускавець)

Корж О.М. (м. Харків)

Максименко С.Д. (м. Київ)

Місяк С.А. (м. Київ)

Мясоедов С.Д. (м. Київ)

Міклош Лукаш (Угорщина)

Нетяженко В.З. (м. Київ)

Омельченко Л.І. (м. Київ)

Пальчик А.Б. (Росія)

Семігін Т.В. (м. Київ)

Стаднюк Л.А. (м. Київ)

Христина де Вальден-Галушко (Польща)

Хусейнов З.Х. (Таджикистан)

Ціалковська-Риж О. (Польща)

Шафер Юдіт (Угорщина)

Шекера О.Г. (м. Київ)

Чайковська В.В. (м. Київ)

Черенько С.О. (м. Київ)

Яковенко І.В. (м. Київ)

Ястремська С.О. (Тернопіль)

ВИДАВЕЦЬ ТОВ «ГРУПА КОМПАНІЙ МЕД ЕКСПЕРТ»

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №21105-10905Р від 31.12.2014 р.

Видається з червня 2015 р.

Періодичність виходу – 6 разів на рік

Затверджено вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

Протокол № 6 від 17.06.2015 р.

Підписано до друку 18.06.2015 р.

Адреса для листування:

а/с 80, м. Київ, 04211, Україна

Тел./факс (044) 498-08-80; (044) 498-08-34

E-mail: pediatr@med-expert.com.ua

http://med-expert.com.ua

Формат 60x90/8. Папір офсетний.

Умовно- друк. арк. 17. Обл.-вид. арк. 13,95.

Загальний наклад 1000 прим.

Зам. № 27.04/01 від 27.04.2015 р.

Видруковано з готових фотоформ у друкарні «Аврора-принт».

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи А00 №777897 від 06.07.2009 р.

м. Київ, вул. Причальна, 5. Тел (044) 550-52-44

Статтям журналу «МІЖНАРОДНИЙ ЖУРНАЛ «РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ПАЛІАТИВНА МЕДИЦИНА» присвоюється DOI

Усі статті рецензовані. Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

© Всеукраїнська громадська організація «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та hospісної допомоги», 2015

© Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 2015

© Товариство з обмеженою відповідальністю «Група компаній Мед Експерт», 2015

КИЇВ 2015

UKRAINIAN PUBLIC ORGANIZATION "UKRAINIAN LEAGUE TO PROMOTE PALLIATIVE AND HOSPICE CARE"
NATIONAL MEDICAL ACADEMY OF POSTGRADUATE EDUCATION BY P.L. SHUPIK, MINISTRY OF HEALTH
OF UKRAINE

GROUP OF COMPANIES MEDEXPERT, LLC

INTERNATIONAL JOURNAL «REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE»

Scientific and practical journal

Head Editor – Knyazevych V.M.,

doctor of medicine, professor, chairman of Ukrainian public organization «Ukrainian League to promote palliative and hospice care», head of the department of Public Health Care Management of National academy for Public Administration under the President of Ukraine

Deputy Editor – Moiseyenko R.O.,

doctor of medicine, professor, head of the department of Pediatric Neurology and Medical Social Rehabilitation of National Medical Academy of Postgraduate Education by P.L. Shupik, deputy chairman of Ukrainian public organization «Ukrainian League to promote palliative and hospice care», Honoured Doctor of Ukraine

Scientific Editor – Hubsyy Yu.I.,

doctor of medicine, professor, corresponding member National Academy of Medical Sciences of Ukraine, head of the department of palliative and hospice medicine of National Medical Academy of Postgraduate Education by P.L. Shupik, deputy chairman of Ukrainian public organization «Ukrainian League to promote palliative and hospice care», Honoured Doctor of Ukraine

Executive secretary – Tsarenko A.V.,

PhD, associate professor of the department of palliative and hospice medicine of National Medical Academy of Postgraduate Education by P.L. Shupik

Project director – Bakhtiyarova D.O.,

General director of the Group of companies MedExpert, LLC

Publishing editor – Sheyko I.O.

Design editor – Molodyka T.K.

EDITORIAL BOARD

Antypkin Yu.H. (Kyiv)
Voronenko Yu.V. (Kyiv)
Hrechanina O.Ya. (Kharkiv)
Hubenko I.Ya. (Cherkasy)
Detsyk O.Z. (Ivano-Frankivsk)

Donskaya S.B. (Kyiv)
Kolesnik O.O. (Kyiv)
Kolupayeva A.A. (Kyiv)
Lisnyy I.I. (Kyiv)
Martynyuk V.Yu. (Kyiv)

Matyukha L.F. (Kyiv)
Mishchenko T.S. (Kyiv)
Pinchuk I.Ya. (Kyiv)
Sluhotska I.V. (Ivano-Frankivsk)
Priest Ihor Boyko (Lviv)

EDITORIAL COUNCIL

Babov K.D. (Odesa)
Boltivets S.I. (Kyiv)
Vaynylovych (Belarussia)
Hoyda N.H. (Kyiv)
Hlumcher F.S. (Kyiv)
Hubertus fon Foss (Germany)
Hlushko L.V. (Ivano-Frankivsk)
Kozyavkin V.I. (Kyiv)
Korzh O.M. (Kyiv)

Maksymenko S.D. (Kyiv)
Misyak S.A. (Kyiv)
Myasoyedov S.D. (Kyiv)
Miklosh Lukash (Hungary)
Netyazhenko V.Z. (Kyiv)
Omelchenko L.I. (Kyiv)
Palchyk A.B. (Russia)
Semyhina T.V. (Kyiv)
Stadnyuk L.A. (Kyiv)

Khrystyna de Valden-Halushko (Poland)
Khuseynov Z.Kh. (Tadzhikystan)
Tsialkovska-Ryzh O. (Poland)
Shafer Yudit (Hungary)
Shekera O.H. (Kyiv)
Chaykovska V.V. (Kyiv)
Cherenko S.O. (Kyiv)
Yakovenko I.V. (Kyiv)
Yastremska S.O. (Ternopil)

PUBLISHER – GROUP OF COMPANIES MEDEXPERT, LLC

Certificate of registration of KB №21105-10905P of 31.12.2014.

Published since June, 2015

Periodicity – 6 times a year

Recommended by the P.L. Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education, Protocol №6 from 17.06.2015 y.

Signed for publication 18.06.2015 p.

Address for correspondence:

a/c 80, Kyiv, 04211, Ukraine

Tel/ Fax: (044) 498-08-80; (044) 498-08-34

E-mail: pediatr@med-expert.com.ua

http://med-expert.com.ua

Format 60x90/8. Offset paper.

Conventional printed sheet. 13,95.

Total circulation is 8 000 copies.

Ord.№27.04/01 from 04.022015

Printed in the «Aurora-print» printing house,

5, Prichalnaya Str., Kiev, tel. (044) 550-52-44

Certificate of registration of A00 №777897 of 06.07.2009.

The articles in the International journal «REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE» are assigned a Digital Object Identifier (DOI)

All articles are peer-reviewed. The entire or partial multiplication of materials, published in this edition, are authorized only with the written permission from the publisher. Responsibility for the content of advertising material is under advertiser.

- © Ukrainian public organization «Ukrainian League to promote palliative and hospice care», 2015
- © National Medical Academy of Postgraduate Education by P.L. Shupik, Ministry of Health of Ukraine, 2015
- © Group of companies MedExpert, LLC, 2015

KYIV 2015

Зміст

Contents

Привітання	6
Вниманию авторов.....	12
Анонс Другого національного конгресу з паліативної допомоги.....	14

Актуальна тема

Жити гідно до останньої хвилини: чи зуміємо так в Україні?	17
--	----

Організація паліативної та реабілітаційної допомоги

<i>Ю.І. Губський</i> Інституціональні питання стану та перспектив надання паліативної медичної допомоги в Україні: соціальні, медико-правові та клініко-фармацевтичні аспекти	20
--	----

<i>Ю.В. Вороненко, Р.О. Моїсенко, В.М. Князевич, В.Ю. Мартинюк</i> Питання розвитку паліативної допомоги дітям в Україні	27
---	----

<i>В.І. Козьявкін</i> Значення вертеброгенного компоненту в патогенезі церебральних паралічів	34
--	----

<i>В.А. Поберская, А.А. Шаповалова, А.В. Макаренко</i> Научное обоснование применения физических факторов на этапе реабилитации детей, перенесших онкологические заболевания	37
---	----

<i>Е.Я. Гречанина, Ю.Б. Гречанина, Е.В. Бугаева</i> Гено- и фенотипическая характеристика и подходы к комплексной реабилитации мукополисахаридозов в Восточной Украине	42
---	----

<i>В.О. Свистільник, Т.В. Коноплянко</i> Енцефаліт Расмуссена у дитячому віці.....	48
---	----

<i>Д. Осинський, С. Бучинський</i> Реабілітація – невід’ємна складова процесу лікування онкологічних хворих	51
--	----

<i>О.З. Децик, Ж.М. Золотарьова</i> Паліативна допомога: проблеми сімей інкурабельних хворих	55
---	----

Матеріали конференції

Матеріали науково-практичної конференції «Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку»	60
--	----

<i>В.М. Князевич, А.В. Царенко І.В. Яковенко</i> Стан, проблеми і перспективи впровадження «Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року»	62
--	----

Greetings.....	6
To authors	12

Announcement Announcement of the Second National Congress of Palliative Care	14
--	----

Topics

To live with dignity until the last minute, is it possible in Ukraine?	17
--	----

Management of Palliative and Rehabilitation Care

<i>Yu.I Gubskiy</i> Institutional questions of the state and prospects of palliative medical care in Ukraine: social, medical and legal, clinical and pharmaceutical aspects	20
---	----

<i>Yu.V. Voronenko, R.O. Moiseyenko, VM. Knyazevych, VYu Martyniuk</i> The problem of development of palliative care for children in Ukraine	27
---	----

<i>VI. Kozyavkin</i> Vertebral Component in the Pathogenesis of Cerebral Palsy	34
---	----

<i>VA. Poberskaya, A.A. Shapovalova, A.V. Makarenko</i> The scientific ground of use of physical factors on the stage of rehabilitation of children who had oncologic diseases	37
---	----

<i>E.Ya. Grechanina, Yu.B. Grechanina, E.V. Bugaeva</i> Geno- and phenotypic characteristics and approaches to the complex rehabilitation of mucopolysaccharidosis in the Eastern Ukraine	42
--	----

<i>V.O. Svystilnyk, T. V. Konoplyanko</i> The Rassmussen’s encephalitis in children’s age	48
---	----

<i>D. Osinsky, S. Buchinskyi</i> Rehabilitation – an inseparable component of process of treatment of oncological patients	51
---	----

<i>O.Z. Detsyk, Jh.M. Zolotareva</i> Palliative care: problems of incurable patients’ families	55
---	----

Conference Proceedings

Proceedings of the conference “Palliative Care in Ukraine: composition and ways of development”	60
---	----

<i>VM. Knyazevych, A.V. Tsarenko I.V. Yakovenko</i> State, problems and prospects of implementation of the “National Strategy for development of palliative care in Ukraine by 2022”	62
---	----

<i>Ю.І. Губський, Н.Г. Гойда, А.В. Царенко</i> Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні: організаційні, юридичні та медичні аспекти.....	<i>Yu.I. Hubs'kyy, N.H. Hoyda, A.V. Tsarenko</i> Development of palliative and hospice care in Ukraine: institutional, legal and medical aspects.....	68	68
<i>О.Г. Шекера, А.В. Царенко, Ю.І. Губський</i> Організаційні аспекти залучення лікарів загальної практики – сімейної медицини до надання паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам вдома	<i>O.H. Shekera, A.V. Tsarenko, Yu.I. Hubs'kyy</i> Institutional aspects of the involvement of general practitioners in family medicine to provide palliative and hospice care for patients at home	75	75
<i>Ю.В. Авдосьєв, А.С. Дудниченко</i> Интервенционная радиология в терапии боли при опухолях органов брюшной полости и забрюшинного пространства	<i>Yu.V. Avdos'ev, A.S. Dudnychenko</i> Interventional radiology in the treatment of pain in tumors of abdominal cavity and retroperitoneal space.....	80	80
<i>Л.І. Андрійшин, Р.М. Мельник, І.В. Слугоцька, З.О. Ціхонь</i> Досвід створення першого в Україні стаціонару паліативної допомоги дітям	<i>L.I. Andriyishyn, R.M. Melnyk, I.V. Sluhotska, Z.O. Tsikhon</i> Experience of the establishment of the first hospital in Ukraine for children palliative care	81	81
<i>Н.В. Барабаш</i> Методика застосування активних методів навчання принципам паліативної допомоги на додипломному етапі	<i>N.V. Barabash</i> Application of intensive learning methods of the principles of palliative care on undergraduate stage.....	83	83
<i>А.С. Дудниченко, В.Е. Белецький</i> Оценка тяжести болевого синдрома как этап оказания паллиативной помощи детям с онкопатологией	<i>A.S. Dudnychenko, V.E. Beletskyy</i> Evaluation of intensity of pain syndrome as a stage in providing of palliative care in children with oncopathology	84	84
<i>О.М. Корж</i> Паліативна допомога у діяльності лікаря загальної практики – сімейної медицини.....	<i>O.M. Korzh</i> Palliative care in the activities of a general practitioner in family medicine	86	86
<i>Л.В. Лебедь</i> Особенности психоэмоционального состояния больных туберкулезом, получающих паллиативное лечение	<i>L.V. Lebed'</i> Features of mental and emotional status of patients with tuberculosis receiving palliative care	87	87
<i>Р. Марабьян, А. Панков, О. Рига, Т. Гавриш, Н. Коновалова, О. Кизенко</i> Чи є локальні протоколи паліативної допомоги для дітей в установах?	<i>R. Marabyan, A. Penkov, O. Riga, T. Gavrysh, N. Konovalova, O. Kizenko</i> Are present the local palliative care protocol for children in institutions?.....	88	88
<i>В.О. Радіонова, В.О. Шаповалова, В.В. Шаповалов, Є.В. Капельнікова</i> Медичне та фармацевтичне право: використання лікарських засобів при наданні паліативної допомоги наркозворим жінкам з ВІЛ-інфекцією в Україні	<i>V.O. Radionova, V.O. Shapovalova, V.V. Shapovalov, Ye. V. Kapvelnikova</i> Medical and Pharmaceutical Legislation: the use of drugs in palliative care in addicted women with HIV in Ukraine	89	89
<i>Ю.К. Резуненко, О.М. Ковальова, Н.А. Сафаргаліна-Корнілова</i> Проблеми підготовки фахівців з паліативної та хоспісної медицини у вищих медичних навчальних закладах	<i>Yu.K. Rezunenکو, O.M. Kova'ova, N.A. Safarhalina-Kornilova</i> Challenges in training of the specialists in palliative and hospice medicine in medical universities	91	91
<i>Д.Э. Рыспаева, А.С. Дудниченко</i> Новые подходы к адекватному обезболиванию у онкологических пациентов	<i>D.E. Ryspaeva, A.S. Dudnychenko</i> Innovative approaches of adequate anesthesia in oncologic patints	93	93
<i>В.В. Фролков, Т.В. Головня, А.В. Царенко, Н.И. Чегодаева, Ю.Н. Чалый, Н.В. Чалая</i> Особенности биологического возраста сотрудников отделения паллиативной и хосписной помощи Донецкой ГКБ № 21	<i>V.V. Frolkov, T.V. Holovnya, A.V. Tsarenko, N.Y. Chehodaeva, Yu.N. Chalyy, N.V. Chalaya</i> Features of biological age of employees in departments of palliative and hospice care in Donetsk clinical city hospital № 21	96	96

<i>Д.В. Черепов, И.В. Монастырская, С.М. Граматюк, Я.В. Набойченко</i> Оценка качества анальгезии и побочных реакций пациента при применении фентанилового пластыря в условиях отделения «Хоспис»	100	<i>D.V. Cherepov, Y.V. Monastyrskaya, S.M. Hramatyuk, Ya. V. Naboychenko</i> Assessment of quality of analgesia and adverse reactions in the patient using a fentanyl patch in a department “Hospice”	100
<i>Д.В. Черепов, Р.С. Шевченко, С.А. Мищан, И.В. Монастырская, С.М. Граматюк, В.В. Юрченко</i> Эффективность различных вариантов анальгезии и аналгоседации у пациентов отделения «Хоспис»	102	<i>D.V. Cherepov, R.S. Shevchenko, S.A. Myshchan, Y. V. Monastyrskaya, S. M. Hramatyuk, V.V. Yurchenko</i> Effectiveness of the various options of analgesia and analgosedation in patients in the department “Hospice”	102
<i>В.В. Шаповалов, О.О. Рищенко, В.В. Шаповалов, В.О. Шаповалова</i> Організаційно-правові та медико-фармацевтичні особливості надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні на засадах медичного та фармацевтичного права	104	<i>V.V. Shapovalov, O.O. Ryshchenko, V.V. Shapovalov, V.O. Shapovalova</i> Institutional and medical-pharmaceutical characteristics of palliative and hospice care in Ukraine on the basis of medical and pharmaceutical legislation	104
<i>В.В. Шаповалов, В.В. Шаповалов, В.О. Шаповалова, Ю.В. Васіна, Н.М. Рязанцева, М.О. Хмелевський</i> Фармацевтичне і медичне право як складова державної політики в організації належного забезпечення пацієнтів наркотичними лікарськими засобами	106	<i>V.V. Shapovalov, V.V. Shapovalov, V.O. Shapovalova, Yu. V. Vasina, N.M. Ryazantseva, M.O. Khmelevskyy</i> Pharmaceutical and medical law as part of state policy in the organization of reliable provision of patient with narcotic drugs	106
<i>О.С. Шевченко, П.И. Потейко, Л. Д. Тодорико</i> Проблемы и перспективы развития паллиативной помощи фтизиатрическим больным	109	<i>O.S. Shevchenko, P.Y. Poteyko, L. D. Todoryko</i> Problems and prospects of the development of palliative care for TB patients	109
<i>А.И. Экзархова, И.А. Баглаенко, О.Е. Ельцова</i> Медико-психологическое сопровождение терминальных больных специалистами выездной службы «Хоспис на дому», г. Харьков	110	<i>A.Y. Ekzarkhova, Y.A. Bahlayenko, O.E. Yeltsova</i> Medical and psychological support to terminally ill by experts of visiting service “Hospice at home”, Kharkiv	110
<i>В.А. Экзархов, А.А. Гончаренко, В. П. Муравьев</i> Роль Харьковского областного центра паллиативной медицины в развитии службы паллиативной и хосписной помощи в Харьковской области	111	<i>V.A. Ekzarkhov, A.A. Honcharenko, V.P. Muravyov</i> The role of the Kharkiv regional center of palliative medicine in the development of palliative and hospice care in the Kharkiv region	111
<i>В.В. Экзархова, О.В. Тарасова</i> Стационарная хосписная помощь больным с конечной стадией недостаточности кровообращения	114	<i>V.V. Ekzarkhova, O.V. Tarasova</i> Inpatient hospice care for patients with end-stage failure of blood circulation	114
<i>В.А. Экзархов, Б.В. Шевченко</i> Опыт купирования болевого синдрома у онкологических больных в условиях ХОЦПМ «Хоспис»	115	<i>V.V. Ekzarkhova, O.S. Shevchenko</i> Experience in relief of the pain in cancer patients in the department “Hospice”	115
<i>Т.В. Яроцька, Л.В. Пойда</i> Проблеми спеціальної підготовки медичних сестер у ВМНЗ I–II рівня акредитації Дніпропетровської області	116	<i>T.V. Yarotska, L.V. Poyda</i> Challenges of special training of medical nurses I-II level of accreditation in medical universities in Dnepropetrovsk region	116
Обговорюємо проект		Discuss the project	
КОНЦЕПЦІЯ соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності)	118	The concept of social pediatrics (integrated medical and social rehabilitation of disabled children)	118

Шановні колеги!

У наш час стрімкого розвитку інформаційних технологій важко переоцінити роль медичних видань, які були й залишаються надійними провідниками між науковими розробками та практикою охорони здоров'я.

У процесі євроінтеграції України наукова література допомагає медичним працівникам іти у ногу з часом, підвищувати професійний рівень, удосконалювати навички, активно співпрацювати зі світовою медичною спільнотою.

Новий Міжнародний журнал «Реабілітація та паліативна медицина», впевнений, посяде належне місце серед спеціалізованих видань, стане джерелом наукових та практичних знань для фахівців.

Сподіваюсь, що актуальність інформації, висвітлення вітчизняного та світового досвіду, високий фаховий рівень респондентів дозволять журналу стати провідним у своїй галузі.

Колективу редакції бажаю ініціювати та втілювати у життя передові ідеї, робити вагомий внесок у справу подальшого розвитку медичної науки та практики.

А читачам журналу бажаю, щоб видання стало помічником тим сподвижникам, які розвивають реабілітацію та паліативну допомогу в Україні, впроваджують в охорону здоров'я оптимальні організаційно-методологічні форми, методи та нові технології, які покликані покращити життя пацієнтів.

З повагою

Президент Національної академії
медичних наук України

А.М. Сердюк



Шановні читачі журналу «Реабілітація та паліативна медицина»!

Від імені Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика вітаю нас усіх з народженням нового науково-практичного журналу «Реабілітація та паліативна медицина»!

Ви тримаєте в руках унікальне видання, метою якого є не лише поширення інформації з актуальних питань паліативної медицини та реабілітації, які, безперечно, мають зв'язок із сучасними проблемами вітчизняної охорони здоров'я, але й запровадження та розвиток інтегрованої міжсекторальної допомоги тяжко хворим пацієнтам, об'єднання задля досягнення цієї мети широких медичних верств та громадськості.

Я впевнений, що нове видання не лише стане одним з елементів інформаційної складової у створенні системи реабілітації та паліативної допомоги в Україні, але й консолідує навколо себе медичну спільноту та

широкі верстви громадськості для вирішення проблем охорони здоров'я, що дасть змогу поліпшити якість життя пацієнтів. Хочеться сподіватись, що науково-практичний журнал «Реабілітація та паліативна медицина» стане не лише трибуною для передової наукової думки, але й стане у нагоді практикуючим

лікарям, середньому медичному персоналу, організаторам закладів охорони здоров'я, соціальним працівникам, педагогам та усім, хто працює з людьми, яким необхідна реабілітація та паліативна допомога.

Перекоаний, що журнал «Реабілітація та паліативна медицина» сприятиме формуванню спільної стратегії в галузі медико-соціальної реабілітації та паліативної медичної допомоги, стане інформаційною базою для розробки та впровадження в охорону здоров'я оптимальних організаційно-методологічних форм, методів і нових технологій, покликаних поліпшити якість життя пацієнтів. Окрім того, видання такого рівня гідно представлятиме Україну на міжнародному рівні.

Дуже приємно, що одним із співзасновників журналу «Реабілітація та паліативна медицина» є Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Впевнений, що у цього видання буде довге і плідне життя, що воно виконає свою місію. Запорукою тому є об'єднання навколо цього журналу провідних фахівців вітчизняної медицини, громадських діячів та інтерес до журналу громадськості.

Бажаю Вам, шановні читачі, щоб журнал «Реабілітація та паліативна медицина» став вашою настільною книгою, надійним другом та помічником у благородній справі, підтримував у вирішенні професійних та правових питань, допомагав упоратись із найскладнішими завданнями. Миру, здоров'я, натхнення та творчої наснаги усім нам!

З повагою

Ректор НМАПО імені П.Л. Шупика,
академік НАМН України, д.мед.н.,
професор

Ю.В. Вороненко

Дорогі читачі!

Вітаю усіх нас із виходом міжнародного журналу «Реабілітація та паліативна медицина», який є початком наукової дискусії та свідченням того, що Україна стала на шлях розвитку високоморального, етичного та гуманного суспільства.

Напрямок «паліативна допомога» – відносно новий у світовій медицині. Такі поняття, як «паліативна медицина», «паліативний догляд», «паліативна допомога», «паліативне лікування» з'явилися лише у 80-ті роки ХХ століття. У перекладі з латини слово

«pallium» означає «покриття», «покрив». Тобто йдеться про всебічну допомогу хворим, які страждають на прогресуючі захворювання на пізніх стадіях розвитку. Основне завдання паліативної допомоги – наскільки можливо полегшити страждання пацієнтів, вирішити їхні психологічні, соціальні і духовні проблеми.

Паліативна допомога – це підхід, який дозволяє покращити якість життя пацієнтів із невиліковними захворюваннями та членів їхніх родин шляхом



Dear readers!

I congratulate all of us on the release of the magazine «Palliative Care», which will be the beginning of scholarly discussion in Ukraine and the evidence that we are developing moral, ethical and humane society.

The term «palliative care» is relatively new for Ukraine. Palliative (from Latin pallium, cloak) is an area of healthcare that focuses on relieving and preventing the suffering of patients.

According to WHO Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

In 1967, Cicely Saunders opened the first modern St. Christopher's Hospice in the suburbs of London. Since then started the development of palliative care system.

запобігання та полегшення страждань невиліковно хворої людини (ВООЗ, 2002). Головною метою паліативної допомоги є підтримка якості життя у його фінальній стадії, максимальне полегшення фізичних та моральних страждань пацієнта та його близьких, а також збереження людської гідності пацієнта наприкінці земного життя.

У 1967 році в передмісті Лондона в притулку Святого Христофора Сесілія Сандерс організувала перший хоспіс сучасного зразка. З цього часу почалось створення системи хоспісної допомоги.

Хоспіс (англ. Hospice) – медичний заклад, в якому перебувають пацієнти на термінальних (прикінцевих) стадіях перебігу важких хвороб.

Перші хоспіси в Україні з'явилися у м. Івано-Франківську (1996), Коростені Житомирської області (1998), Львові (1997). Зараз в Україні нараховується близько 20 хоспісів та центрів паліативної допомоги, що діють на різних засадах, як самостійні комунальні установи, так і в складі лікарняних, соціальних закладів та громадських організацій. Звичайно, не всі вони ще відповідають стандартам.

Визначивши на колегії МОЗ України в березні 2008 року розвиток паліативної допомоги як один з пріоритетів роботи, ми почали свій рух у напрямку високих світових стандартів соціально-медичної допомоги. Я і мої однодумці розуміли, що це – довга дорога, і для розбудови системи потрібен не один рік.

Крім створення матеріально-технічної бази і забезпечення фінансової складової, надзвичайно важливим завданням було формування у суспільстві нової філософії підтримки важкохворих, інкурабельних, пацієнтів, забезпечення етично-правових засад, введення ціннісних понять про життя та смерть.

З метою створення інструменту для провадження нової політики було прийнято наказ МОЗ України №159-0 від 24.07.2008 р. щодо створення Державного підприємства (ДП) «Інститут паліативної та хоспісної медицини МОЗ України» як базового науково-методичного та клінічного закладу з питань допомоги людям з невиліковними хворобами та обмеженим строком (прогнозом) життя. Інститут очолив член-кореспондент Національної академії медичних наук України, професор Юрій Іванович Губський.

Інститутом та фахівцями МОЗ були підготовлені заходи, затверджені наказом МОЗ України від 26.06.2009 р. № 463 «Про затвердження заходів щодо розвитку паліативної допомоги в Україні на 2009–2010 рр.», що стало підставою для створення кафедри паліативної та хоспісної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Перший випуск курсантів кафедри відбувся у 2010 році.

Hospice care is a type and philosophy of care that focuses on the palliation of a terminally ill or seriously ill patient's pain and symptoms, and attending to emotional and spiritual needs of patients and their families.

First hospices in Ukraine were established in Ivano-Frankivsk, 1996; Lviv, 1997; Korosten, 1998.

Now there are about 20 hospices and palliative care units in Ukraine that function on different principles: national, charitable, community. Of course, not all of them meet international standards of palliative care.

Defining the development of palliative care as one of the priorities of the Ministry of Health on collegiate organ of the Ministry of Health in March 2008, the country started a movement towards high international standards of social and health care. My associates and I understood it's a long way to build this system, and it will take years.

In addition to the material and technical base and ensuring financial component, essential task was to create a new philosophy of social support for seriously ill, incurable patients, providing moral and legal principles, understanding concepts of life and death.

It was necessary to implement a new policy, that's why Order of Ministry of Health of Ukraine № 159-0 of July 24, 2008 on the establishment of the State Enterprise «Institute of Palliative and Hospice Medicine of Ministry of health of Ukraine» as the basic methodological and clinical facility on issues concerning care giving for terminally ill patients was adopted. Institute is headed by a member of the Academy of Medical Sciences of Ukraine, Professor Yuriy Gubskiy.

Institute and Ministry of Health experts have prepared measures approved by Order of Ministry of Health of Ukraine № 463 of June 26, 2009 «On approval of palliative care development in Ukraine for 2009-2010», which became the basis for the creation of the Department of Palliative and Hospice Medicine at National Medical Academy of Postgraduate Education.

For further efforts consolidation of state and community Ukrainian Palliative and Hospice Care League was founded. Its establishment was initiated by community and took place in December 2011. The League was created with the aim to facilitate the development of palliative care in Ukraine and to ensure the observance of a human right to decent living conditions and medical care. Among the founders of League are community activists involved in the development and provision of palliative care in Ukraine.

Since its inception, the League held a number of social, political, scientific, information events, roundtables, conferences, charity events in Kyiv and

Для подальшого розвитку та об'єднання зусиль громадськості і держави 17 грудня 2010 р. була створена Всеукраїнська громадська організація «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» (далі – Ліга). Осередки Ліги з'явилися у всіх регіонах України. До цього громадського руху приєдналися усі, хто виявив бажання займатися розвитком паліативної допомоги.

За час своєї діяльності Ліга організувала низку суспільно-політичних, наукових, інформаційних, благодійних заходів, круглих столів, конференцій як у столиці, так і по всій Україні, і почала лобювати та підтримувати законотворчий процес щодо створення системи паліативної допомоги. Наприкінці 2010 року Ліга стала колективним членом Європейської асоціації паліативної допомоги (ЄАПД).

Як окремий вид медичної допомоги паліативна допомога була проголошена Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я «ст. 35-4. Паліативна допомога»» від 7 липня 2011 року №3611-VI.

Під егідою Ліги 2 лютого 2012 року у Києві відбулася міжконфесійна конференція на тему «Роль церкви в розвитку та наданні паліативної допомоги», яка об'єднала представників усіх церков і продемонструвала готовність усіх, без винятку, конфесій держави об'єднатися заради тих, хто стоїть на порозі життя і смерті. На конференції було задекларовано, що Ліга не підтримуватиме евтаназію в Україні.

Головною віхою розвитку паліативної допомоги в Україні і діяльності Ліги зокрема став Перший національний конгрес, що відбувся 26–27 вересня 2012 року. У заході взяли участь близько 300 осіб – фахівці паліативної допомоги з усіх областей України, керівники закладів охорони здоров'я, державні діячі, представники громадських і благодійних організацій, духовенства, гості з восьми країн світу – Бельгії, США, Італії, Австрії, Польщі, Єгипту, Росії та Білорусі. Учасники Конгресу обговорили та прийняли Національну стратегію розвитку паліативної допомоги до 2022 р. та Резолюцію, яку було направлено керівництву держави, лідерам найбільших політичних партій. Було прийнято рішення проводити Конгрес раз на три роки.

У резолюції однією з найбільших проблем вважався доступ до знеболення. Саме тому експерти Ліги разом з фахівцями ДСКН, МФ «Відродження» і представниками МОЗ зайнялись вирішенням цієї проблеми. Результатом спільної роботи став випуск вітчизняного морфіну сульфату ТДВ «Інтерхім», що є важливим досягненням у напрямку покращення доступу до знеболювальних препаратів.

Революційним для розв'язання проблеми доступу до знеболення є прийняття Кабінетом Міністрів України постанови № 333 від 13 травня 2013 року

throughout Ukraine; systematically lobbied and supported the legislative process for the establishment of palliative care.

At the end of 2010 the League became collective member of the European Association of Palliative Care (EAPC).

For the first time in the history of Ukraine, palliative care has been recognized as a separate medicare with the Law of Ukraine № 3611 -VI of July 7, 2011 «On Amendments to Fundamental Principles of Legislation of Ukraine on Health Care for Improvement of Medical Care».

Under the auspices of the League on February 2, 2012 interfaith conference on «The role of the church in the development and provision of palliative care» took place in Kyiv, which brought together representatives of all churches and demonstrated willingness of all confessions to unite the state for those who stand in threshold of life and death. The League declared not to support euthanasia in Ukraine.

The main milestone of palliative care development in Ukraine and the League's activities was the first National Congress, 26-27th of September, 2012, with financial support from International Renaissance Foundation. The Congress was included in the event list of the Ministry of Health of Ukraine (Newsletter number 29-C – 2012). The Congress was attended by almost 300 participants, including foreign partners from Austria, Italy, Belgium, Poland, Russia, Belarus, the USA. As a result, Resolution on the Development of Palliative Care in Ukraine was adopted and submitted to Executive Office of the President, the Cabinet of Ministers of Ukraine and Parliament of Ukraine. The decision was made to conduct national congress each 3 years.

The resolution considered access to pain relief to be one of the biggest problems. That's why experts together with League's specialists, representatives of the State Narcotics Control Board, International «Renaissance» Foundation and Ministry of Health engaged in addressing this problem. As a result, Ukrainian ALC «InterChem» output morphine sulfate improving access to pain reliefs.

A revolutionary solution for the problem of access to pain relief was the Order of the Cabinet of Ministers № 333 of May 13, 2013 «Procedure for acquisition, transportation, storage, delivery, use and disposal of narcotic drugs, psychotropic substances and precursors in health care institutions».

More than 600 thousand terminally ill patients require palliative care in Ukraine annually. These are mostly cancer patients, elderly people, people living with HIV/AIDS, those who have diabetes, tuberculosis and other terminal illnesses.

«Порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я».

Щороку в Україні паліативної допомоги потребують понад 600 тис. невиліковних хворих – це онкохворі, літні люди, хворі на ВІЛ/СНІД, цукровий діабет, туберкульоз та інші хвороби. На превеликий жаль, потреба у паліативній допомозі задовольняється лише для незначної частки пацієнтів. У результаті – декілька сотень тисяч людей у термінальній стадії захворювань помирають, страждаючи від болю, депресії, інших симптомів, за відсутності необхідного знеболення, професійного догляду, соціальної та психологічної підтримки.

Надзвичайно гострою проблемою є підготовка і підбір кадрів у сучасних складних соціально-економічних умовах. Вимагає системного підходу питання підготовки соціальних працівників, психологів, медичних капеланів та волонтерів.

Сьогодні перед нами стоїть завдання побудови соціально привабливої європейської держави України. На часі створення нової системи охорони здоров'я, що поєднає у собі історико-культурну спадщину та новітні підходи і гарантуватиме допомогу кожному, хто її потребує, у тому числі наприкінці життєвого шляху. Необхідно будувати державу, у якій ми будемо довго і добре жити, а останні дні зустрінемо з гідністю.

Хотів би окремо назвати тих, хто нас підтримав. Це перший Президент України Л.М. Кравчук, міністр закордонних справ України (2007–2009) В.С. Огризко, виконавчий директор МФ «Відродження» Є.К. Бистрицький, Патріарх УПЦ Філарет, Блаженніший кардинал Любомир Гузар, директор ініціативи з паліативної допомоги МФ «Відродження» Мері Керавей.

І не можу не назвати тих, хто є основною рушійною силою в розвитку вітчизняної паліативної допомоги: Є.Й. Москвяк, Л.І. Андрієшин, Ю.І. Губський, Л.П. Брацюнь, В.О. Екзархов, В.І. Бачинський, А.В. Царенко, О.О. Вольф, К.Ю. Шаповал, В.А. Тимошенко, Я.Б. Чуловський, А.С. Редер, Р.О. Моїсеєнко, Н.О. Венгрин.

«Реабілітація та паліативна медицина» – це науково-практичний журнал, метою якого є поширення у медичних та громадських колах інформації з актуальних питань реабілітації та паліативної медицини, що пов'язані із сучасними проблемами вітчизняної охорони здоров'я.

Основну увагу журнал приділяє методам паліативного супроводу, обміну досвідом щодо поліпшення якості життя та реабілітації хворих з різними нозологічними формами прогресуючих хронічних захворювань.

Unfortunately the need for palliative care is met only for a small proportion of patients. As the result, hundreds of thousands of patients in the terminal stage of cancer and many chronic incurable diseases, who require palliative and hospice care, are dying suffering from pain, depression, and other symptoms in the absence of required analgesia, professional care, social and psychological support.

Another urgent issue is to develop training system for those specialists involved in providing of palliative and hospice care. There is a lack of specialists with appropriate professional training in palliative care, lack of medicines, equipment, etc., not to mention inadequate sanitary conditions because of lack of relevant standards and regulations. Medical universities introduced recently the programme for under and post-graduate training for doctors and nurses on palliative care, although social workers, psychologists, chaplains and volunteers lack of appropriate education.

That is our challenge to build socially attractive, European Ukraine.

It's time to create a new health care system, based on new approaches, which combine historical and cultural heritage; system that ensures the weak and dying an appropriate care the end of the life. There is a need to build the state in which we would like to live long and happy life, and last days are met with dignity.

I would like to name those who supported us: the First President of Ukraine Leonid Kravchuk; Minister of Foreign Affairs (2007-2009) - Volodymyr Ogrzyzko; Executive Director of the International «Renaissance» Foundation Yevhen Bystrytskiy, Patriarch of the Ukrainian Orthodox Church Filaret, His Beatitude Cardinal Lubomyr Husar, Mary Callaway, Director, International Palliative Care Initiative, OSF, Dr. Erich Roesch, Palliative and Hospice Care Association of Bavaria.

I would also like to name those who prime movers in palliative care development in Ukraine: Yevhen Moskvayak, Liudmyla Andriyishyn, Yuriy Gubskiy, Lesia Bratsyun, Vitaliy Ekzarhov, Volodymyr Bachynskiy, Anatoliy Tsarenko, Olexander Wolf, Ksenia Shapoval, Volodymyr Tymoshenko Yaroslav Chulovskyy, Anatoliy Reder, Raisa Moiseenko, Nadia Venhryn.

«Rehabilitation and Palliative Medicine» is a scientific journal the aim of which is spreading in the medical and public circles information about topical issues of rehabilitation and palliative medicine related to the modern problems of national health care.

The main task of the journal is to pay attention on the methods of palliative support, exchanging of experiences connected with the quality of life and rehabilitation of patients with different nosological forms of chronic progressive diseases.

Журнал покликаний сприяти консолідації медичної спільноти у вирішенні проблем охорони здоров'я, професійної та правової підтримки фахівців, зайнятих у сфері паліативної медичної допомоги; розробки та впровадження в охорону здоров'я оптимальних організаційно-методологічних форм, методів і нових технологій, покликаних поліпшити якість життя пацієнтів.

Цільовою аудиторією журналу є широке коло лікарів усіх спеціальностей, медичних працівників, психологів, педагогів, соціальних працівників, пацієнтів та їхніх родичів.

Головними темами журналу є лікування, реабілітація пацієнтів з тяжкою вродженою та спадковою патологією, захворюваннями, які не завжди піддаються сучасним засобам інтенсивного лікування і потребують паліативного супроводу, як амбулаторного, так і стаціонарного, хоспісної підтримки самого хворого і членів його родини, мультидисциплінарні підходи до побудови допомоги.

Редакція журналу запрошує усіх фахівців, які надають медико-соціальну допомогу хворим з важкими прогресуючими захворюваннями у системі охорони здоров'я, соціальної допомоги, освіти і науки, громадських діячів та представників духовенства до спільної роботи на сторінках нашого видання.

Головний редактор міжнародного журналу
«Реабілітація та паліативна медицина»,
Голова Української Ліги сприяння розвитку
паліативної та хоспісної допомоги,
завідувач кафедри управління охороною
суспільного здоров'я Національної академії при
Президентіві України
д.мед.н. **В.М. Князевич**

The journal was specially designed to further consolidation of the medical community in order to solve health care problems and provide professional and legal support for specialists working in the palliative health care field. It is also intended to develop and implement best possible conditions in the public healthcare through optimized organization and methodological forms, methods and new technologies to improve patients' quality of life.

The target audience of the journal is a wide range of physicians of all specialties, medical workers, psychologists, teaching staff, social workers, patients and their relatives.

The main topics of the journal is the treatment and rehabilitation of patients with severe congenital and hereditary pathologies, diseases resistant to the modern intensive care medications and requires palliative support, as an outpatient so inpatient, hospice support of the patient and his family and also multidisciplinary approaches to the health care scheme.

Editors of the journal invite all professionals who are providing medical and social assistance to patients with severe progressive diseases in the health care system, social care, education and science, public figures and representatives of the clergy for cooperative work in our publication.

Chief Editor of the international journal
«Rehabilitation and Palliative Medicine»
Chairman of the Ukrainian League from promoting
of palliative and hospice care development,
Head of management of public health care
department of the National Academy under the
President of Ukraine
V.M. Kniazevych MD

План семінарів на II півріччя 2015 р. на тему «Реабілітація та паліативна допомога»

Дата	Області	Місто проведення
<i>вересень</i>		
25.09	м. Одеса, Одеська область, Миколаївська область, Херсонська область	м. Одеса
<i>листопад</i>		
27.11	м. Львів, Львівська область, Тернопільська область, Івано-Франківська область	м. Львів

Запрошуємо до участі лікарів-невропатологів, лікарів-неврологів дитячих, лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих, лікарів-онкологів, лікарів-ортопедів-травматологів, лікарів загальної практики – сімейних лікарів закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління МОЗ України, співробітників профільних кафедр вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти.

ГРУППА КОМПАНИЙ «МедЭксперт»



Группа компаний
МЕД-ЭКСПЕРТ
медицинские издания,
конференции и семинары,
маркетинговые исследования

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ!

Издательство Группы компаний МедЭксперт вошло в систему библиографических ссылок CrossRef и стало членом Международной ассоциации издателей научной литературы Publishers International Linking Association (PILA), получив универсальный идентификатор цифрового объекта Digital Object Identifier (DOI)

CrossRef объединяет издательские организации со всего мира, представляющие 20 тыс. научных изданий и 1500 библиотек, обеспечивая перекрестную связь между публикациями в научных журналах более чем 2800 издательств с помощью цифровой идентификации объектов.

Использование DOI позволит представить отечественные научные достижения мировой науке, улучшит обмен научной информацией между учеными, будет способствовать повышению рейтинга и индекса цитирования ученых Украины за рубежом, позволит вывести отечественные журналы в международное информационное поле.

Внедрение системы DOI в издательскую деятельность повышает публикационную активность изданий, увеличивает доступность научных публикаций за пределами Украины и дает возможность авторам быть представленными в известных наукометрических базах данных. Ценность идентификатора DOI для авторов заключается в том, что его использование в любое время обеспечивает быстрый поиск научной статьи, книги и другой печатной продукции без необходимости проведения поиска на сайтах журналов или поисковых систем.

Идентификатор цифровых объектов DOI является необходимым звеном доступности для анализа научной продукции, который осуществляется информационно-аналитическими системами наукометрических баз данных.

Теперь каждой статье, публикуемой издательством Группы компаний МедЭксперт, может быть присвоен уникальный идентификатор DOI.

Также напоминаем, что все журналы издательства Группы компаний «МедЭксперт»:

[«Современная педиатрия»](#)

[«Перинатология и педиатрия»](#)

[«Здоровье женщины»](#)

[«Социальная педиатрия и реабилитология»](#)

входят в международные наукометрические базы РИНЦ, Science index (eLIBRARY.RU), Google Scholar и реферативную базу данных «Україніка наукова» (РЖ «Джерело»). В настоящее время издательство работает над входением в наукометрические базы DOJD, Index Copernicus, Scopus, Pub med и др.

По вопросу присвоения вашей статье индекса DOI, обращайтесь в редакцию журнала.

Адрес для переписки: ГК «МедЭксперт», а/я 80, г. Киев, 04211, Украина;

контактный телефон редакции +38 044 498-08-80; +38 044 498-08-34

сайт www.med-expert.com.ua

e-mail: pediatr@med-expert.com.ua

контактное лицо: Шейко Ирина Александровна

DOI (digital object identifier) — инновационная система индексирования и поиска научной информации

Широкое распространение современных информационных технологий привели к необходимости создания единой международной системы учета информационных ресурсов, связанной не только с издательским процессом, но и методологией поиска научной информации. Первым этапом в этом направлении было создание системы ISBN в конце 1960-х. Однако в конце прошлого века возникла необходимость расширения информационного учета, который бы охватывал и электронные ресурсы, а также внедрения унифицированного инструментария для учета разнородных, с информационной точки зрения, объектов: статей, книг, нормативных документов, статистических отчетов и т.д. С этой целью в конце 1990-х годов была разработана и внедрена для использования система универсального идентификатора цифрового объекта Digital Object Identifier (DOI).

В настоящее время более 90 миллионов цифровых объектов индексируются в системе DOI, из которых значительный процент относится к научным публикациям. Из зарегистрированных участников насчитывается около 9500 организаций (ассоциации, крупные издательства, научные центры и институты). Объекты регистрируются с помощью уникальных идентификаторов и связаны ссылками с адресами интернета, где эти объекты (или информация о них) могут быть найдены. Идентификация может присваиваться книгам или отдельным ее главам, диссертациям, материалам конференций, монографиям, статьям, вплоть до отдельных схем, рисунков, таблиц, любым объектам, с которыми может быть ассоциирован URL адрес.

Функциональность системы DOI довольно глубоко интегрирована в информационные системы, которые являются носителями научно-информационных ресурсов. За последние 10 лет система получила довольно широкое распространение во многих сферах информационной деятельности, но более всего укрепилась в практике научно-издательской деятельности США, Европы, Кореи и Китая. Известные издательства по всему миру активно используют в работе своих электронных библиотек систему DOI, которая выполняет важную роль в реализации существующего наукометрического обеспечения. Среди известных медицинских издательств следует назвать такие, как Elsevier, Karger, Blackwell и др.

Структурно, идентификатор DOI представляет собой алфавитно-цифровую строку, присвоенную цифровому объекту (книга, статья), и состоящую из трех компонентов: директория, префикс, суффикс, которые разделяются символом пунктуации «косая черта». DOI директория <http://dx.doi.org> может не указываться в печатной версии статьи. Префикс присваивается регистрационным агентством издателю, является уникальным и соответствует названию издателя. Так, суффикс издательства Elsevier — 10.1016/. При смене владельца издания индекс DOI не меняется. Суффикс присваивается издателем каждой конкретной публикации или ее части. Формат суффикса определяет издатель, при этом можно использовать буквы латинского алфавита, цифры и определенные символы. Полный индекс DOI статьи издательства Elsevier выглядит DOI: 10.1016/j.asar.2009.04.005.

Связь с исходным документом при наличии идентификатора DOI осуществляется через службу распределения (HTTP-прокси-сервер DOI — <http://dx.doi.org/>), которая направляет запросы в зависимости от тех данных, которые содержатся в ее базе данных, т.е. к реальному адресу URL, по которому доступен цитируемый документ. Таким образом, для выполнения запроса оформляются гиперссылки в виде <http://dx.doi.org/10.1016/j.asar.2009.04.005>, где 10.1016/j.asar.2009.04.005 является идентификатором документа или объекта поиска.

Внедрение системы DOI в издательскую деятельность повышает публикационную активность изданий, увеличивает доступность научных публикаций за пределами Украины и расширяет возможности быть представленными в известных наукометрических базах данных. Ценность идентификатора DOI для пользователей заключается в том, что его использование в любое время обеспечивает быстрый поиск научной статьи, книги без необходимости проведения поиска на сайтах журналов или поисковых систем.

Многие известные наукометрические базы данных, такие как Scopus, Web of Science, Google Scholar и др. располагают техническими возможностями автоматического анализа активности издательств, их издательской продукции, количественной оценки деятельности различных научных организаций и отдельных исследователей. Идентификатор цифровых объектов DOI является необходимым звеном доступности для анализа научной продукции, который осуществляется информационно-аналитическими системами этих наукометрических баз данных.

Таким образом, использование DOI позволит более широко представлять отечественные научные достижения мировой науке, улучшит обмен научной информацией между учеными, будет способствовать повышению рейтинга отечественных научных журналов за рубежом, а также индексов цитирования ученых Украины.

Р.В. Марушко

Заведующий научным отделением
медико-информационных технологий
в педиатрии, акушерстве и гинекологии
ДУ «ИПАГ АМН Украины»

Шановні колеги!

Інформуємо Вас про підготовку до проведення

ДРУГОГО НАЦІОНАЛЬНОГО КОНГРЕСУ З ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ,

який відбудеться 1-3 жовтня 2015 року у м. Києві.

Установи-організатори проведення Конгресу:

ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги»
Національна академія державного управління при Президентові України
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України

за підтримки:

Міністерства охорони здоров'я України,
Міністерства соціальної політики України,
Національної академії медичних наук України,
Департамент охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації,
МБФ «Відродження»,
Редакції журналу «Реабілітація і паліативна медицина»

Місце проведення Конгресу:

*Національна академія державного управління при Президентові України
(03057, Київ, вул. Ежена Потье, 20)*

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України
(04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9).*

Мета проведення Конгресу: сприяння створенню і розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги в Україні.

ТЕМАТИЧНІ РОЗДІЛИ КОНГРЕСУ:

1. Організаційні аспекти системи паліативної і хоспісної допомоги

- 1.1. Організаційна модель надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах
- 1.2. Залучення лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання паліативної допомоги
- 1.3. Виїзна служба паліативної і хоспісної допомоги: досвід та проблеми
- 1.4. Організаційна модель надання паліативної і хоспісної допомоги в стаціонарних умовах
- 1.5. Особливості організації надання паліативної допомоги дітям в умовах стаціонару та виїзними бригадами вдома
- 1.6. Особливості надання паліативної допомоги в міській та сільській місцевості
- 1.7. Стандарти надання паліативної допомоги вдома та в стаціонарі
- 1.8. Професійна підготовка медичного персоналу з питань надання паліативної і хоспісної допомоги
- 1.9. Нормативно-правова база розвитку паліативної і хоспісної допомоги
- 1.10. Контроль за обігом наркотичних засобів у медичній сфері: перешкоди доступу до лікарських засобів та шляхи вирішення

- 1.11. Мультидисциплінарна та міжсекторальна співпраця фахівців при надання паліативної і хоспісної допомоги
- 1.12. Роль та місце лікаря загальної практики-сімейної медицини, лікарів спеціалістів (онкологів, психіатрів, неврологів, ендокринологів тощо) в обслуговуванні паліативних пацієнтів
- 1.13. Наукові дослідження та підготовка наукових кадрів за напрямком «Паліативна і хоспісна допомога»
- 1.14. Економічні засади системи паліативної і хоспісної допомоги

2. Клінічні аспекти системи паліативної і хоспісної допомоги

- 2.1. Показання для переведення пацієнтів на паліативний догляд та хоспісну допомогу у дорослого населення та у педіатрії
- 2.2. Ведення хронічного больового синдрому при наданні паліативної і хоспісної допомоги дорослим та дітям
- 2.3. Симптоматичне паліативне лікування у термінальних стадіях захворювань
- 2.4. Фармацевтичне забезпечення надання паліативної і хоспісної допомоги
- 2.5. Особливості надання паліативної допомоги дітям
- 2.6. Особливості надання паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам з психіатричними, онкологічними, неврологічними захворюваннями тощо
- 2.7. Особливості надання паліативної і хоспісної допомоги геріатричним пацієнтам
- 2.8. Реабілітація та догляд за паліативними пацієнтами, які постраждали під час АТО
- 2.9. Робота медсестер та молодших медичних працівників з паліативними пацієнтами: складності та основні навички догляду
- 2.10. Оптимізація та стандарти догляду за паліативними пацієнтами
- 2.11. Особливості паліативної допомоги інкрабельних хворим з хронічними інфекційними захворюваннями (туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД, вірусні гепатити тощо)

3. Психологічні аспекти надання паліативної і хоспісної допомоги.

- 3.1. Сучасні підходи та методи психологічної підтримки паліативних пацієнтів та членів їхніх родин
- 3.2. Роль і місце медичного психолога при наданні паліативної і хоспісної допомоги
- 3.3. Профілактика професійного вигорання при наданні паліативної і хоспісної допомоги

4. Соціальна складова паліативної допомоги.

- 4.1. Взаємодія медичної та соціальної служб при наданні паліативної допомоги
- 4.2. Фандрейзінг у паліативній допомозі
- 4.3. Висвітлення питань паліативної допомоги у ЗМІ та формування громадської думки

5. Філософські та етичні аспекти паліативної і хоспісної допомоги. Філософські та медичні засади танатології. Права паліативних пацієнтів.

6. Роль громадських організацій та суспільства у розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги. Розвиток волонтерства, благодійництва та соціально-відповідального бізнесу.

7. Духовні засади паліативної і хоспісної допомоги. Роль Церков та релігійних організацій в системі паліативної і хоспісної допомоги. Впровадження системи капеланства.

Робочі мови Конгресу: українська, російська, англійська.

Технічні засоби: мультимедійний проєктор.

Під час роботи Конгресу відбудуться:

- пленарні засідання;
- секційні засідання;
- сателітні сесії;
- стендові доповіді.

Для участі у конференції необхідно до 1 вересня 2015 р. надіслати заявку, статті та тези для публікації матеріалів конгресу в Міжнародному журналі «Реабілітація та паліативна медицина» відповідно до вимог публікації наукових матеріалів у журналі.

З питань, пов'язаних з організацією і проведенням конференції, звертатися за тел. (044) 482 36 75; liga hp@ukr.net; (044) 455 62 92; natvasus@gmail.com; atsarenko@gmail.com

Ініціативна група Конгресу:

Князевич Василь Михайлович – Голова правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», завідувач кафедри управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентові України, доктор медичних наук; (044) 482 36 75; liga hp@ukr.net.

Моїсеєнко Раїса Олександрівна – Перший заступник Голови правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», завідувач кафедри дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, доктор медичних наук; v-moiseenko@ukr.net.

Губський Юрій Іванович – заступник Голови правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», директор Державного навчально-методичного центра паліативної та хоспісної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор; тел. (044) 205-48-61; info@palliativecare.gov.ua.

Царенко Анатолій Володимирович – член правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», в.о. завідувача кафедри паліативної та хоспісної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, кандидат медичних наук, доцент.

Васюк Наталія Олегівна – доцент кафедри управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентові України, кандидат наук з державного управління; тел. (044) 455 62 92; natvasus@gmail.com.

Яковенко Ігор Валентинович – радник голови правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги»; (044) 482 3675.

Чайківська Дзвенислава Романівна – ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги»; (044) 482 3675.

**РЕЄСТРАЦІЙНА КАРТКА
(заповнити та надіслати разом з тезами)**

ПІБ (повністю):	
Місце роботи:	
Посада:	
Вчене звання, науковий ступінь:	
Адреса для листування:	
Телефони – роб., дом., моб.:	
Бажана форма участі: стаття, стендова доповідь, усна доповідь.	
Назва статті:	
Назва доповіді:	

Жити гідно до останньої хвилини: чи зуміємо так в Україні?

Паліативна медицина – поняття відносно нове не тільки для нашої країни, але й для всього світу. Про допомогу людям із невиліковними хворобами, медикаментозну, соціальну і психологічну підтримку тих, хто не чекає одужання, почали говорити лише у 80-х роках минулого століття. Втім, якщо у західних країнах напрямок паліативної допомоги став однією зі складових класичної медицини приблизно 30 років тому, у нас такі терміни, як «паліативний догляд» та «хоспіс» вживають трохи більше десяти років. Лише наприкінці 2010 року, коли про своє створення оголосила Всеукраїнська громадська організація «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», в Україні почали здійснюватися реальні кроки із впровадження у повсякденну медичну практику досягнень європейських колег. Осередки Ліги сьогодні працюють в усіх регіонах країни, за чотири повні роки роботи було реалізовано чимало важливих проектів, але справа паліативної та хоспісної допомоги все ще не посіла того місця, на яке заслуговує...

Власне, заслуговують на неї люди. Звичайні люди. Абсолютно кожен громадянин із будь-яким рівнем доходів, незалежно від віку, статі, соціального статусу, релігійних переконань, кольору шкіри, сімейного стану чи роду занять, має право жити гідно до останньої відведеної долею хвилини. У 1981 році Всесвітня організація охорони здоров'я ухвалила так звану Лісабонську декларацію. Вона включала перелік прав кожного пацієнта. До цього переліку були включене й право на смерть з гідністю.

У різних країнах національні стандарти із надання хоспісної допомоги невиліковно хворим почали впроваджувати у 2002 році. ВООЗ вважає необхідним мінімумом 1000 ліжок паліативної допомоги на 1 000 000 населення. Мінімальна потреба у таких ліжках в Україні оцінюється в 4500 стаціонарних місць. Два роки тому вітчизняна система паліативної та хоспісної допомоги мала лише ... 850 ліжок для невиліковних хворих. За даними на початок 2013-го існували лише 10 хоспісів та 15 спеціалізованих паліативних відділень у різних медичних закладах країни. Незважаючи на всі зусилля, більшість невиліковних хворих в Україні помирають вдома. Щорічно число тих, хто в нашій країні потребує допомоги у збереженні звичайної людської гідності в останні тижні або дні життя,

сягає 600 000 осіб. Це не завжди люди похилого віку. Серед онкохворих, які потребують хоспісної допомоги, є діти й зовсім молоді люди. Та й туберкульоз, ВІЛ/СНІД, цукровий діабет чи інші термінальні хвороби теж не надто поблажливі до молоді й людей працездатного віку...

Перед Українською лігою сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги стоїть надзвичайно важке завдання: суспільство в цілому і медичні працівники зокрема мають прийняти необхідність існування якісної паліативної допомоги як норму. Це нормально в усіх цивілізованих країнах, тож має бути нормою, звичною практикою й у нас. Щоб справа розвивалася, необхідно усвідомлювати, що навіть той, хто помре через кілька годин, має право ці години ЖИТИ, а не СТРАЖДАТИ. Причому йдеться не лише про страждання від болю (проблемам забезпечення термінальних хворих знеболювальними препаратами Ліга приділяє дуже багато уваги, обстоюючи право на знеболення, у тому числі й на законодавчому рівні). Йдеться і про страждання моральні та психологічні, адже паліативна допомога включає різні аспекти співпраці із хворим до останнього подиху та з його рідними, які теж потребують підтримки, причому іноді не тільки психологічної, але й юридичної.

Починаючи у 2010 році свою роботу, члени Ліги поставили перед собою амбітну мету: сприяти розвитку системи паліативної допомоги в Україні, боротися за можливість надання професійного догляду та підтримки невиліковно хворим, проводити різноманітні акції та впроваджувати різні проекти, покликані інформувати суспільство про надзвичайну важливість цієї проблеми. Один із вагомих напрямків роботи Ліги – забезпечення психологічної, духовної та етичної підтримки хворих та їхніх родичів. У цьому напрямку Ліга багато робить для консолідації зусиль усіх церков та конфесій, представлених в Україні, щоб забезпечити духовну опіку хворих та членів їхніх родин, допомогти у пошуку духовного й психологічного спокою.

Різні напрямки роботи потребують різної активності від членів Ліги. Зокрема постійно триває удосконалення чинного законодавства щодо паліативної допомоги. Фахівці, що входять до Ліги, працюють над розробкою програм із надання різного роду підтримки людям із невиліковними хворобами. Власне, для реалізації усіх аспектів паліативної допомоги в масштабах країни необхідне затвердження



Підписання угоди



Меморандум Карітас–Червоний_Хрест



Міжнародна співпраця з колегами з Німеччини



Угода з посольством Республіки Польща

Державної програми з паліативної допомоги, і в цьому напрямку Ліга веде активну роботу. Необхідне також створення навчально-методичної бази для підготовки відповідних кадрів.

Надзвичайно важливими досягненнями Ліги є реєстрація морфіну у таблетованій формі (це сталося на початку 2013 року) та підписання наказу МОЗ України 21 січня 2013 року «Про організацію паліативної допомоги в Україні». Не менш важливими є кроки, здійснені Лігою не на державному, а на локальному рівні. Це, зокрема, благодійні вечори та акції, кошти від проведення яких скеровувалися паліативним хворим. Такі заходи Ліга проводить щороку. Дуже важливу подію приніс 2012-й рік – за сприяння Ліги відбувалася підготовка та проведення Першого Національного конгресу з паліативної допомоги. Він проходив 26–27 вересня 2012 року за грантової підтримки Міжнародного фонду «Відродження». Вагомими результатами роботи Конгресу стала Резолюція щодо розвитку паліативної допомоги в Україні, презентація результатів всеукраїнського дослідження оцінки потреб у паліативній допомозі, розробка Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на 2013–2022 роки.

Окрема, дуже велика ділянка роботи, якою опікується Ліга, – освітня. Освіти у цій сфері потребують, як не дивно, насамперед медичні працівники. Завдяки зусиллям Ліги вдалося організувати семінар, присвячений організації системи паліативної допомоги у Німеччині (співпраця з німецькими колегами із Баварської хоспісної та паліативної асоціації триває донині). Також був проведений семінар, присвячений питанням надання паліативної допомоги дітям в місті Києві, проводилася міжконфесійна конференція для представників духовенства, присвячена ролі церков та релігійних організацій у розвитку та наданні паліативної допомоги. Закордонним досвідом під час конференції, зокрема, поділився спеціальний гість з Італії, в якій допомозі невиліковно хворим приділяють велику увагу. Проводяться освітні заходи, під час яких необхідну інформацію можуть отримати пацієнти із термінальними захворюваннями та члени їхніх родин.

Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги реалізує різноманітні проекти у партнерстві з іншими організаціями. Зокрема у 2012 році представники Ліги були учасниками кампанії «СТОП-біль», яку ініціював Міжнародний фонд «Відродження». У рамках кампанії Ліга здійснювала адвокацію реєстрації та виробництва в Україні таблетованого морфіну для знеболення паліативних пацієнтів. Як уже зазначалося, ці зусилля стали успішними – офіційна реєстрація морфіну у таблетованій формі була закріплена відповідним наказом Міністерства охорони здоров'я України.

Одним із надзвичайно яскравих і вражаючих проєктів, в яких Ліга брала участь, є документальний фільм «Крок за обрій», в якому про проблеми людей із невиліковними хворобами розповідають самі паліативні пацієнти. Героями фільму стали пацієнти хоспісів Севастополя та Херсона, а також дитячого хоспісу Санкт-Петербурга. Вперше стрічку продемонстрували у жовтні 2012 року в Києві, на офіційному заході, присвяченому відзначенню Всесвітнього дня паліативної допомоги. Відтоді фільм брав участь у конкурсній програмі 37 кінофестивалів.

За чотири роки зроблено багато, але попереду ще більше завдань і проблем, які необхідно розв'язати, щоб паліативна та хоспісна допомога стала в Україні таким само нормальним і загальноприйнятним явищем, як і в Європі. «На жаль, нині хоспіси та паліативні відділення в Україні дуже обмежені в ресурсах, – говорить про одну з найнагальніших проблем Голова Ліги Василь Князевич. – Немає найнеобхіднішого: медичного обладнання, ефективних знеболюючих, засобів медичного призначення, які роблять можливим повноцінний догляд за лежачими хворими, немає протипролежневих матраців і ще безлічі речей, без яких неможливо увияти паліативний догляд в західних країнах. Виходить, що навіть права тієї невеликої кількості українських пацієнтів, які проводять останні дні

свого життя в хоспісах, порушуються через невідповідні умови перебування в закладі. На подолання цих проблем потрібні роки. Зрештою, вони будуть вирішені. Але треба, щоб це сталося якнайшвидше, адже безцінним є кожен день життя. Особливо це відчувають люди, що мають термінальні хвороби». Про одну з обов'язкових умов прогресу у цій сфері говорить перший заступник Голови правління Ліги Раїса Моїсеєнко: «Досі залишається не затвердженою та не профінансованою Державна Програма розвитку системи паліативної допомоги, розроблена ще у 2008 році. Власне, нині система фінансування галузі не регулюється жодними документами чи розпорядженнями. Немає державного регулювання створення та функціонування паліативних відділень».

Кожна людина, незалежно від місця проживання і рівня доходів, має право до останнього подиху залишатися людиною. Сучасна паліативна та хоспісна допомога на тому рівні, на якому вона нині надається в Європі, – єдиний можливий спосіб дати людині змогу зберегти гідність, внутрішню рівновагу й віру в найважчі моменти. Йдеться не тільки про самого хворого, йдеться і про його родину. Без якісної паліативної допомоги європейських стандартів життя не досягти. Адже гідно зустріти смерть – це невід'ємне право кожного, якого дотримується весь цивілізований світ.



Інституціональні питання стану та перспектив надання паліативної медичної допомоги в Україні: соціальні, медико-правові та клініко-фармацевтичні аспекти

Державний навчально-науково-методичний Центр паліативної та хоспісної медицини
НМАПО імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.1(1):20-26; doi 10.15574/IJRP.2015.01.20

Проаналізовано сучасний стан та організацію надання паліативної та хоспісної медичної допомоги в Україні на початку XXI ст. Незадовільна медико-демографічна ситуація, зокрема високі показники захворюваності на хронічні хвороби та смертності населення, зумовлює необхідність створення національної системи паліативної та хоспісної допомоги. Висвітлено основні міжнародні (чинні в Україні) та національні медико-юридичні документи, що складають нормативно-правову основу становлення та розвитку в Україні паліативної допомоги населенню. Охарактеризовано головні кроки у цьому напрямку урядових структур та недержавних громадських організацій в Україні.

Ключові слова: організація медичної допомоги, паліативна та хоспісна допомога, нормативно-правова основа, діяльність урядових структур.

*Ти маєш значення тому, що ти існуєш, і ти існуєш (ти – є)
до кінця свого життя. Ми зробимо все, що ми зможемо, не
тільки щоб допомогти тобі вмерти в спокої, а й щоб ти
жив, поки не підеш з життя.*

Сесілія Сондерс

Щороку у світі йдуть з життя близько 52 мільйонів осіб, при цьому десятки мільйонів з цих людей вмирають від хронічних невиліковних хвороб, відчуваючи в останній період життя важкі фізичні та моральні страждання, що значною мірою стосується смертей від довготривалих неінфекційних хвороб, притаманних людям похилого та старечого віку.

У цивілізованому світі стан здоров'я населення, що характеризується, насамперед, такими показниками, як тривалість життя, смертність та захворюваність, а також доступність медичної допомоги, вважається у XXI столітті сучасним інтегральним показником соціального благополуччя в будь-якій країні.

Медико-демографічна ситуація в Україні протягом останніх двох десятиріч характеризується

постійним зменшенням тривалості життя, особливо у чоловіків, загальної чисельності населення (депопуляцією), постарінням популяції та високим рівнем смертності від хронічних хвороб, пов'язаних з патологією системи кровообігу, злоякісних новоутворень, туберкульозу та хронічних неспецифічних хвороб органів дихання, цукрового діабету тощо [2,3,10]. Продовжує зростати кількість осіб, що страждають на нейродегенеративні захворювання головного мозку, зокрема хворобу Альцгеймера. Загальний показник смертності в Україні (близько 16‰) суттєво збільшився протягом останніх 20 років і значно перевищує такий у США та у розвинених європейських країнах.

Таким чином, як зазначалося у щорічних доповідях МОЗ України про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію протя-

гом 2000-х років, а також за експертними даними [2,3,5,10], протягом 1990-х років минулого та на початку XXI ст. в Україні, як і в більшості інших пострадянських країн, стали домінувати вкрай негативні демографічні тенденції, серед яких найбільш деструктивним є безпрецедентне зростання смертності (рис. 1) [8]. Щороку від різних причин в Україні помирає близько 800 тис. людей, з яких понад 90 тис. – від онкологічних захворювань. Викликає занепокоєння той факт, що за останні п'ять років рівень захворюваності на злоякісні новоутворення у нашій країні збільшився з 333 до 349 на 100 тис. населення [3].

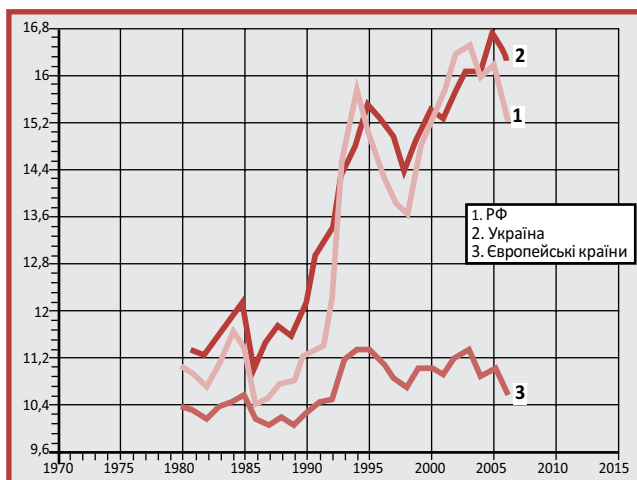


Рис. 1. Динаміка загальної смертності (на 1000 населення) у Російській Федерації, Україні та Європейських країнах з 1980 року (*Здоров'я і здравоохранение в Украине. Часть 1. Статистические характеристики.* - <http://www.experts.in.ua> - цит. згідно з [7])

Усе вищезазначене покладає особливі та складні обов'язки на всю систему охорони здоров'я та наукової медицини в Україні, тому урядом країни та експертами наразі активно розробляються проекти реформування галузі, спрямовані на суттєве поліпшення функціонування національної системи охорони здоров'я шляхом її структурної перебудови, наближення медичної допомоги до пацієнта. Одним із таких інноваційних проектів є розробка та впровадження спеціального медико-соціального комплексу паліативної допомоги для осіб з важкими хронічними невиліковними хворобами в термінальний період життя [3,6,7,10].

Паліативна та хоспісна допомога: основні дефініції та концепції

За визначенням ВООЗ (2002), паліативна допомога є підходом, що покращує якість життя пацієнтів та членів їхніх сімей у ситуації, пов'язаній із

хворобою, що загрожує життю пацієнта, через попередження та послаблення його страждань шляхом ранньої ідентифікації, точної, бездоганної, оцінки та лікування болю і полегшення інших фізичних, психосоціальних та духовних проблем.

Про глобальність проблеми паліативної допомоги населенню свідчать її розгляд та прийняття відповідних рекомендацій низкою урядових та міжнародних неурядових громадських організацій. Це, зокрема, Рекомендації № 14 (1999) «Про захист прав людини та гідності термінально хворих та помираючих осіб», що були схвалені Парламентською Асамблеєю Ради Європи 25 червня 1999 р., відповідний документ прийнятий на засіданні Комітету Міністрів держав – членів Ради Європи у 2003 р.; Паризька хартія по боротьбі з раком (2000) – міжнародний нормативно-правовий документ, в якому містяться основні засади та вимоги до контролю хронічного больового синдрому у онкологічних пацієнтів, – до якої Україна приєдналася у 2007 р.; спеціальна Резолюція Парламентської Асамблеї Ради Європи (2008), що 04.11.2008 р. за доповіддю Голови Комітету з питань соціальної політики, охорони здоров'я та сім'ї Mr. Wolfgang WODARG (Germany, Socialist Group) прийняла спеціальний документ: «Palliative care: a model for innovative health and social policies» («Паліативна допомога: модель інноваційної політики в галузі охорони здоров'я та соціальних питань»). Важливі положення містяться також у Рекомендаціях Європейського регіонального бюро ВООЗ «Паліативна допомога. Переконливі факти» (2005) і «Паліативна допомога літнім людям: кращий досвід» (2011).

Для вирішення усіх особистих проблем пацієнта, як фізичних, так і духовно-психологічних, у сучасній паліативній допомозі наголошується та використовується цілісний міждисциплінарний (холістичний) підхід, який досягається за рахунок координації з боку лікарів, медичних сестер та інших фахівців медичного та немедичного профілю усіх аспектів допомоги пацієнту.

Таким чином, згідно із сучасними уявленнями та практикою застосування, паліативна та хоспісна допомога населенню має наступні функціональні та організаційні компоненти:

- професійну медичну складову, для здійснення якої потрібні медичні працівники, що отримали спеціальну професійну освітню підготовку (суто *паліативна та хоспісна медицина*);
- соціальну складову, що реалізується соціальними працівниками;
- професійну психологічну допомогу, яка стосується також членів сім'ї пацієнта, у тому числі в найближчий період після його смерті;

- духовну складову, що здійснюється душпастирями відповідної релігійної конфесії (медичне капеланство).

Отже паліативну допомогу можна розглядати як медико-соціальний напрямок зусиль держави та суспільства, головною метою якого є підтримка якості життя людини в її термінальному періоді, максимальне полегшення фізичних та моральних страждань пацієнта та його близьких, збереження людської гідності пацієнта на порозі неминучого. Водночас, згідно із ширшим визначенням, прийнятим у заключному документі Комітету Міністрів Ради Європи на нараді з організації паліативної допомоги (2003), *«Паліативна допомога не є допомогою хворим з якимось певним захворюванням і охоплює період з моменту встановлення діагнозу невиліковного захворювання до кінця періоду важкої втрати; тривалість цього періоду може варіювати від декількох років до тижнів (або рідше – діб). Вона не є синонімом термінальної допомоги, але включає в себе останню».* (Рекомендації Res (2003) 24 Комітету Міністрів Ради Європи державам – учасникам наради з паліативної допомоги, 12.11.2003 р.).

Суб'єктами надання паліативної допомоги є пацієнти з важкими, хронічними невиліковними хворобами – онкологічними, серцево- та церебросудинними захворюваннями, хворі на ВІЛ/СНІД, туберкульоз, психічні хвороби нейродегенеративного генезу, пацієнти з ускладненнями цукрового діабету, віковими ураженнями опорно-рухового апарату, периферичної нервової системи та сполучної тканини тощо, переважно в термінальній стадії життя, коли можливості специфічного, етіопатогенетичного лікування є вичерпаними.

За оцінками міжнародних експертів, із загальної кількості людей, які щодня вмирають у світі (близько 150.000 осіб), біля двох третин (тобто 100.000) вмирають від хвороб, пов'язаних з віком. В індустріально розвинених країнах їх частка становить близько 90%, що наближує соціальну значущість паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) до такої, що повинна здійснюватися представниками геріатричної служби [4,13], а в умовах сучасного реформування надання первинної медичної допомоги – лікарями загальної практики/сімейної медицини.

Під **термінальним періодом** (термінальною фазою) невиліковної хвороби розуміють період (як правило, декілька тижнів або місяців), коли активне лікування основної хвороби (наприклад, намагання зупинити пухлинний процес за допомогою хіміотерапевтичних засобів) вже неможливе або недоцільне, і головне завдання лікаря полягає у намаганні максимально полегшити страждання та покращити якість життя людини, що помирає. Тривалість цього

періоду, який завершується декомпенсацією та летальним кінцем, є різною для різних хвороб і різних клінічних ситуацій і встановлюється на підставі медико-статистичних спостережень.

Протягом термінального періоду спектр клінічних симптомів визначається, окрім проявів, що пов'язані з основним захворюванням, також наявністю супутньої патології, побічними ефектами терапії та психологічними і соціальними наслідками тривалого перебігу хронічної хвороби. «Траєкторія» хвороби, що в цілому характеризується прогресуванням, може мати певні проміжки ремісії, які звичайно відсутні у пацієнтів із злоякісними новоутвореннями [8]. Принципово важливою дефініцією та медико-юридичною категорією в паліативній та хоспісній медицині є також поняття «обмежений прогноз життя», яке відповідає науково обґрунтованому припущенню, що тривалість життя хворого при типовому перебігу захворювання обмежена 6–12 місяцями.

Складові та організація системи паліативної допомоги

Вивчення світових тенденцій у розвитку допомоги особам з важкими невиліковними хворобами та обмеженим терміном (прогнозом) життя дозволяє зробити висновок, що, згідно із сучасними концепціями, усі пацієнти, які відповідають означеній категорії (а не тільки хворі в IV стадії онкологічного захворювання), у термінальному періоді життя (від 6 місяців до року) повинні обов'язково підлягати професійному паліативному медико-соціальному та психологічному нагляду та опікуванню, що здійснюються в спеціалізованих установах стаціонарного типу – хоспісах, так званих «паліативних відділеннях» шпиталів різного типу або в домашніх умовах.

Як зазначається у «Рекомендаціях Res (2003) 24-го Комітету Міністрів Ради Європи державам – учасникам наради з паліативної допомоги»: *«Паліативна допомога повинна надаватися у вигляді різних організаційних форм: допомога вдома, стаціонарна допомога у спеціалізованих або традиційних медичних установах, денних стаціонарах та поліклініках, невідкладної допомоги, «допомоги вихідного дня» (respite care), яка надає можливість дати відпочинок особам, що постійно доглядають за хворою людиною. Форми організації повинні бути різносторонніми та пристосованими до тієї чи іншої системи охорони здоров'я та культури, і повинні бути націленими на задоволення потреб та бажань пацієнтів, що можуть змінюватися».*

Хоспіс – це установа (заклад) охорони здоров'я, що призначена для надання медичної, соціальної

та психологічної допомоги особам з невиліковними хворобами в останні місяці життя. Головна мета перебування пацієнта в хоспісі – покращення останніх днів життя пацієнта, полегшення фізичних та моральних страждань пацієнта та членів його родини. Структура, фінансові та юридичні засади функціонування та утримання хоспісів доволі різні та мають свої особливості у різних країнах світу.



Сесилія Марі Сондерс
(1918–2005)

Перший хоспіс сучасного типу був створений у Великій Британії медичною сестрою, лікарем та письменницею Сесилією Сондерс (*Dame Cicely Mary Saunders*) у 1967 р. Сесилія Сондерс є видатною жінкою, яку за життя було вшановано найвищими нагородами світу та фахових медичних організацій Заходу. Королевою Єлизаветою II їй було присвоєно титул «*Dame*» («*Дейм*» – найпочесніший титул жінки, яка нагороджена орденом Британської імперії). Саме Сесилією Сондерс були сформульовані основні принципи ПХД, які прийняті сьогодні усім цивілізованим медичним світом.

Паліативна та хоспісна медицина

Таким чином, *паліативна допомога* не є синонімом *паліативної медицини*, а лише включає в себе останню. На підставі концептуального аналізу існуючих дефініцій медичної складової ПХД вперше запропоновано, апробовано в навчальному процесі НМАПО імені П.Л. Шупика та уведено у науково-педагогічний обіг таке визначення: «*Паліативна та хоспісна медицина – розділ (напрямок) клінічної медицини та системи охорони здоров'я, завданнями якого є використання (застосування) концепцій, методів та досягнень сучасної медичної науки для здійснення лікувальних процедур та маніпуляцій, що ставлять на меті полегшення фізичного та психологічного стану людини (пацієнта) в умовах, коли можливості*

радикальної (етіопатогенетичної) терапії вже вичерпано.» (Ю.І. Губський, 2010) [5-7,10].

В Україні надання паліативної медичної допомоги регламентується такими основними медико-правовими документами:

- Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я» від 07.07.2011 р. № 3611-VI, ст. 35-4 «Паліативна допомога»;
- наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі», п. V – «Розрахунок потреби населення у паліативній допомозі»;
- наказ МОЗ України від 07.11.2011 р. №768 «Про затвердження табелів матеріально-технічного оснащення та примірних штатних нормативів закладу охорони здоров'я «Хоспіс», виїзної бригади з надання паліативної допомоги «Хоспіс вдома», паліативного відділення»;
- наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні».

Згідно з наказом МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41, вводяться такі медико-юридичні дефініції:

Паліативна допомога – вид медичної допомоги, який дозволяє покращити якість життя паліативного пацієнта та допомогти членам його родини шляхом запобігання та полегшення страждань невиліковно хворої людини.

Паліативне лікування – складова частина паліативної допомоги, яка включає надання адекватного ефективного знеболення, медикаментозної терапії, медико-психологічної реабілітації, хірургічних та інших методів лікування, догляду.

Паліативний пацієнт – пацієнт усіх вікових груп, хвороба якого не піддається лікуванню, спрямованому на одужання.

Вважаємо, що на сьогоднішній день нагальним завданням медичної спільноти та громадянського суспільства в Україні в цілому є подальший розвиток нормативної бази паліативної та хоспісної допомоги та безумовне втілення в практику охорони здоров'я положень вищезначеного Закону України від 07.07.2011 р. та відповідних нормативних актів МОЗ України.

Клініко-фармацевтичні аспекти паліативної допомоги

Пріоритетною проблемою у наданні паліативної допомоги, особливо пацієнтам в термінальних стадіях злоякісних новоутворень, є лікарське забезпечення контролю найбільш обтяжливих клінічних симптомів, зокрема в паліативній онкології – хронічного больового синдрому (рис. 2) [8].

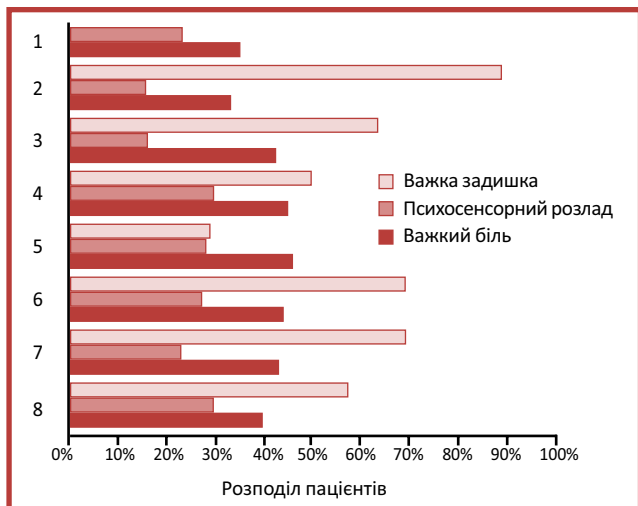


Рис. 2. Частота важких симптомів у пацієнтів за три дні до смерті (за спостереженнями лікаря та свідченнями близьких померлих) (J. Lynn, J.M. Teno, R.S. Phillips et al., 1997; – цит. згідно [8]):

1 – загальна вибірка пацієнтів, старших за 80 років; 2 – хронічні обструктивні захворювання легень; 3 – серцева недостатність; 4 – цироз печінки; 5 – рак товстої кишки; 6 – рак легенів; 7 – множинна недостатність функцій органів та систем на тлі ракової хвороби; 8 – гостра респіраторна недостатність на тлі сепсису

З метою покращення доступу паліативних пацієнтів до використання в якості знеболювальної терапії сучасних опіоїдних анальгетиків робочою групою МОЗ України (наказ від 10.03.2011 р. № 62-Адм) була здійснена розробка медико-технологічної документації (настанова та клінічний протокол) з контролю больового синдрому в паліативній онкології згідно з рекомендаціями ВООЗ та на базі сучасних наукових принципів доказової медицини (затверджено наказом МОЗ України від 25.04.2011 р. №311).

Крім того, на базі номенклатури зареєстрованих в Україні лікарських засобів анальгетичної дії, у тому числі лікарських опіоїдів, згідно з наказом МОЗ України від 22.07.2009 р. № 529 (п. 2.27), було створено перший Формуляр лікарських засобів (ЛЗ) для надання ПХД («Державний формуляр лікарських засобів»). Додаток 8. «Лікарські засоби для надання паліативної допомоги» – випуски Державного Формуляру України 2010, 2011, 2012, 2013 та 2014 рр.). [9,12].

Визначним кроком у напрямку збільшення доступності паліативних хворих до сучасних знеболювальних препаратів стало рішення науково-експертної ради Державного експертного центру (ДЕЦ) МОЗ України 31.01.2013 р. стосовно дозволу для реєстрації і медичного застосування в Україні нового вітчизняного препарату – таблетованого морфіну сульфату, що було прийнято на підставі експертного висновку консультативно-експертної комісії (КЕК) ДЕЦ з ЛЗ для надання хоспісної та паліативної допомоги (голова комісії – чл.-кор. НАМН України Ю. І. Губський). Згідно з наказом

МОЗ України № 77 від 01.02.2013 р. «Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів та внесення змін до реєстраційних матеріалів», вітчизняний опіоїдний анальгетик «МОРФІНУ СУЛЬФАТ» (таблетки по 0,005 г та 0,010 г; виробник – ТДВ «ІнтерХім») був зареєстрований та дозволений для клінічного застосування в Україні (наказ МОЗ України №77 від 01.02.2013 р.).

Наказом МОЗ України № 1153 від 27.12.2013 р., на підставі консультативно-експертного висновку КЕК ДЕЦ МОЗ України, був зареєстрований та дозволений для клінічного застосування другий препарат морфіну для перорального застосування – «МОРФІН-3Н» (виробник – ТОВ «Харківське фармацевтичне підприємство «Здоров'я народу»).

Таким чином, на сьогодні питання наявності на фармацевтичному ринку України сучасних неін'єкційних лікарських засобів з класу ефективних опіоїдів, що, згідно з рекомендаціями ВООЗ, необхідне для контролю больового синдрому в паліативній онкології, є принципово вирішеним. Однак питання застосування опіоїдних анальгетиків у повсякденній медичній практиці, особливо в амбулаторних умовах, потребують як подальшої діяльності з боку державних та адміністративних структур, так і цілеспрямованої роз'яснювальної роботи фахівців у галузі паліативної медицини, онкологів, лікарів загальної практики/сімейної медицини тощо серед лікарів і населення.

Розвиток системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні

В Україні перші хоспіси – заклади для надання стаціонарної медичної, соціальної, психологічної та духовної допомоги хворим у термінальній стадії та їхнім родинам були створені у 1997–1998 рр. у Івано-Франківську (Л.І. Андріішин) та Львові (Є.Й. Москвяк). На сьогодні в Україні функціонує понад 15 стаціонарних хоспісів та відділень паліативної медичної допомоги в онкологічних та багатопрофільних клінічних лікарнях, в яких розгорнуто близько 600 ліжок для паліативних хворих, зокрема у м. Києві (А.В. Воронін, О. В. Калачьов, Д.Є. Добуш), Харкові (В.О. Екзархов), Луцьку (В.І. Бачинський), Донецьку (В.В. Фролков). Але, на жаль, ні кількість таких закладів, ні матеріально-технічна база багатьох хоспісів та відділень паліативної допомоги та умови перебування хворих у цих закладах не відповідають сучасним міжнародним медичним та соціальним стандартам.

Тільки починаючи з 2008 р., за ініціатииви неурядових громадських організацій (Всеукраїнська Рада захисту прав та безпеки пацієнтів – Ю. І. Губський, В. Г. Сердюк, А. В. Царенко, О. О. Вольф;

Всеукраїнська Асоціація паліативної допомоги – С. М. Мартинюк-Гресь), активної підтримки МОЗ України (В.М. Князевич, З. М. Митник, Р.О. Моїсеєнко) та сприяння Міжнародного фонду «Відродження» (Є.К. Бистрицький, В. Тимошевська, К. Шаповал) був прийнятий ряд дієвих заходів із становлення та розвитку системи паліативної допомоги в Україні на державному рівні [5,6]. Серед останніх слід зазначити:

- відкриття у 2008–2009 рр. спеціальної фахової державної інституції — Інституту паліативної та хоспісної медицини (ІПХМ) МОЗ України (з 2013 р. – Державний навчально-науково-методичний Центр паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України), головною метою якої стала науково-методична, організаційна та нормативно-правова діяльність у напрямку створення в Україні сучасної служби паліативної та хоспісної медицини;

- створення та початок роботи з 2010 р. у НМАПО ім. П. Л. Шупика першої в Україні кафедри паліативної та хоспісної медицини, яка розпочала свій викладацький процес з підготовки лікарів та середнього медичного персоналу для роботи у цій надзвичайно актуальній та важливій галузі громадської охорони здоров'я [1-3];

- створення фундаментальних засад стосовно нормативно-правової бази та організації надання паліативної медичної допомоги в Україні (див. вище);

- початок досліджень клінічних, фундаментальних біомедичних та фармакотерапевтичних аспектів розвитку та контролю больового синдрому, як найбільш розповсюдженого фізичного та психоемоційного страждання в паліативній онкології (НМАПО імені П.Л. Шупика, Інститут фармакології та токсикології НАМН України);

- розробка співробітниками ІПХМ та ДЕЦ МОЗ України протягом 2010–2012 рр. сучасних медико-

технологічних документів, що регламентують надання фармакотерапевтичної допомоги пацієнтам у паліативній онкології – формулярів лікарських засобів та клінічного протоколу контролю больового синдрому із застосуванням сучасних опіоїдних анальгетиків та затвердження ДЕЦ МОЗ України вітчизняних препаратів таблетованого морфіну;

- створення у 2011–2012 рр. та активна діяльність ВГО «Українська Ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» (В.М. Князевич, Р.О. Моїсеєнко, Ю.І. Губський, А.В. Царенко, Л.П. Брацюнь);

- проведення Першого Національного конгресу та Першої і Другої Всеукраїнської науково-практичних конференцій «Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні».

Висновки

1. Розглянуто інституціональні питання сучасного стану та організації надання паліативної та хоспісної медичної допомоги в Україні на початку ХХІ ст.

2. Охарактеризовано як незадовільні сучасний стан медико-демографічної ситуації, захворюваності на головні хронічні хвороби та смертність населення в Україні, що визначає необхідність створення сучасної системи паліативної та хоспісної допомоги.

3. Висвітлено основні міжнародні (чинні в Україні) та національні медико-юридичні документи, що складають нормативно-правову основу становлення та розвитку в Україні паліативної допомоги населенню.

4. Охарактеризовано головні кроки в діяльності урядових структур та НГО в Україні на початку 2010-х років ХХІ ст., що спрямовані на створення в нашій державі нормативно-правових та медико-фармацевтичних засад побудови сучасної національної системи паліативної та хоспісної медичної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги населенню / А. В. Царенко, Ю. І. Губський, О. Г. Шекера, О. І. Толстих // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти : матеріали ІІ Всеукр. наук.-практ. конф., 20–21 листоп. 2013 р.; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : Талком, 2013. – С. 49–62.
2. Вороненко Ю. В. Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Ю. В. Вороненко // Матеріали Першої наук.-практ. конф. : наук. видання; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К., 2012. – 280 с.
3. Вороненко Ю. В. Створення системи паліативної і хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Наука і практика. – 2014. – № 1. – С. 63–75.
4. Губський Ю. І. Оптимізація медико-соціальної допомоги людям літнього віку в Україні шляхом розвитку служби паліативної та хоспісної допомоги / Ю. І. Губський, В. В. Чайковська, А. В. Царенко // Проблеми старення и долголетия. – 2010. – Т. 19, № 3. – С. 310.

5. Губський Ю. І. Паліативна та хоспісна медицина [Електронний документ] / Ю. І. Губський. – Режим доступу: <http://uk.wikipedia.org/wiki>. – Назва з екрану.
6. Губський Ю. І. Розвиток паліативної та хоспісної медицини, як інтегральна складова реформування системи охорони здоров'я в Україні / Ю. І. Губський // *Сімейна медицина*. – 2011. – № 3. – С. 16–18.
7. Губський Ю. І. Розвиток служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова покращання доступності та якості медичної допомоги паліативним пацієнтам / Ю. І. Губський, А. В. Царенко // *Мед. перспективи*. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 26–28.
8. Губський Ю. І. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині. Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти: монографія / Ю. І. Губський, М. К. Хобзей. – К.: Здоров'я, 2011. – 352 с.
9. Застосування лікарських засобів у паліативній геріатрії: фармакологічні та медико-правові аспекти / Ю. І. Губський, Т. А. Бухтіарова, О. М. Марченко [та ін.] // *Проблеми старения и долголетия*. – 2010. – Т. 10, № 3. – С. 268.
10. Князевич В. М. Паліативна і хоспісна медицина: концепція, складові, розвиток в Україні (за даними наукової літератури). / В. М. Князевич, З. М. Митник, Ю. І. Губський // *Україна – здоров'я нації*. – 2009. – № 3 (11/09). – С. 55–63.
11. Нормативно-правова база та застосування наркотичних (опіоїдних) анальгетиків в паліативній та хоспісній медицині в Україні: стан та проблеми / Ю. І. Губський, М. К. Хобзей, А. В. Царенко, О. М. Бабійчук // *Фармацевт. журн.* – 2011. – № 1. – С. 3–9.
12. Формулярна система в паліативній та хоспісній медицині: концептуальні підходи та досвід створення першого державного формуляру; анальгетичні засоби / Ю. І. Губський, А. М. Морозов, О. Є. Бобров [та ін.] // *Фармацевт. журн.* – 2011. – № 2. – С. 14–17.
13. Царенко А. В. Організація міжвідомчої співпраці сімейних лікарів при наданні амбулаторної паліативної допомоги пацієнтам похилого віку / А. В. Царенко, Ю. І. Губський // *Сімейна медицина*. – 2013. – № 1 (45). – С. 14–17.

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОСТОЯНИЯ И ПЕРСПЕКТИВ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ: СОЦИАЛЬНЫЕ, МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ И КЛИНИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Ю.И. ГУБСКИЙ

Государственный учебно-научно-методический Центр паллиативной и хосписной медицины НМАПО имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Проанализированы современное состояние и организация оказания паллиативной и хосписной медицинской помощи в Украине в начале XXI в. Неудовлетворительная медико-демографическая ситуация, в частности высокие показатели заболеваемости хроническими болезнями и смертности населения, обуславливает необходимость создания национальной системы паллиативной и хосписной помощи. Освещены основные международные (действующие в Украине) и национальные медико-юридические документы, составляющие нормативно-правовую основу становления и развития паллиативной помощи населению. Охарактеризованы главные шаги в этом направлении правительственных структур и негосударственных общественных организаций в Украине.

Ключевые слова: организация медицинской помощи, паллиативная и хосписная помощь, нормативно-правовая основа, деятельность правительственных структур.

INSTITUTIONAL QUESTIONS OF THE STATE AND PROSPECTS OF PALLIATIVE MEDICAL CARE IN UKRAINE: SOCIAL, MEDICAL AND LEGAL, CLINICAL AND PHARMACEUTICAL ASPECTS

YU.I GUBSKIY

State Educational and Scientific and Methodological Center of Hospice and Palliative Medicine, P.L. Shupik NMAPE, Kiev, Ukraine

The current state of the organization of palliative and hospice care provision in Ukraine at the beginning of the XXI century is analyzed. Inadequate medical and demographic situation, especially the high incidence of chronic disease and mortality of population provide the need of creation of a national system of palliative and hospice care. The main international (operating in Ukraine) and national medical and legal documents which are compound the legal basis of formation and development of palliative care are highlighted. The main steps of government agencies and non-governmental public organizations in Ukraine in this direction are described.

Key words: organization of medical care, palliative and hospice care, legal and regulatory framework, government structures activity.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Губський Юрій Іванович – д.мед.н., проф., чл.-кор. НАМН України, директор Державного навчально-науково-методичного центру паліативної та хоспісної медицини, зав. каф. паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел. (044) 205-48-61.

Стаття надійшла до редакції 13.02.2015 р.

Ю.В. Вороненко¹, Р.О. Моїсеєнко¹, В.М. Князевич², В.Ю. Мартинюк³

Питання розвитку паліативної допомоги дітям в Україні

¹Національна Медична Академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Національна академія державного управління при Президентові України, м. Київ, Україна

³Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2015.1(1):27-33; doi 10.15574/IJRP.2015.01.27

Проведений аналіз нормативних актів міжнародних організацій та європейських країн щодо досвіду організації паліативної і хоспісної допомоги дітям, показано особливості надання паліативної допомоги дитячому населенню. Наведені розрахунки потреб для населення у паліативній допомозі дітям. Обґрунтована необхідність створення центрів паліативної допомоги дітям, показана їх орієнтовна структура та окремі завдання.

Ключові слова: паліативна, хоспісна допомога дітям, розрахунки потреби, структура центру.

Вступ

Паліативна допомога дітям суттєво відрізняється від такої у дорослих, що пояснюється невеликим відсотком дітей у структурі загальної смертності, відмінною структурою смертності, повною залежністю від оточення, сім'ї, іншими духовними потребами дитини, потребою розвиватися тощо. Це зумовило суттєво пізніший за часом розвиток паліативної допомоги дітям у різних країнах світу.

Головною передумовою виникнення паліативної педіатрії стали успіхи та ефективність дорослого паліативного руху після відкриття у 1967 р. у Великобританії першого в світі хоспісу Св. Христофора. Хоча засновники хоспісів спочатку орієнтувалися на дорослих з онкологічними захворюваннями, незабаром стало зрозуміло, що існує також потреба у створенні хоспісів для дітей. Створена наприкінці 1970-х років в США служба догляду вдома за хворими на рак дітьми стала однією з перших моделей, що використовувалися у розвитку подальших програм педіатричної допомоги в хоспісах (Edmarc Hospice for Children – хоспіс, який пропонував догляд вдома для місцевого населення Вірджинії, вперше став приймати дітей у 1979 р.). Одним з центральних питань дитячої

паліативної допомоги з самого початку було питання надання батькам або опікунам права вибору місця, де буде здійснюватися догляд, і забезпечення адекватної підтримки та догляду, як вдома, так і в умовах стаціонару. Крім Едмарк, серед лідерів створення дитячого хоспісу були Хелен Хаус – програма стаціонарного лікування, що забезпечує тимчасовий догляд (Оксфорд, Англія, 1982), і дитяча лікарня Св. Марії – в рамках програми комплексного стаціонарного паліативного лікування (Бейсайд, Нью-Йорк, 1985) [1,2,3].

У Росії появу паліативної педіатрії можна пов'язати з організацією у Москві у 1993 р. «Хоспісу на дому для дітей з онкологічними захворюваннями» з ініціативи онколога-педіатра професора Е.І. Моїсеєнко. Пізніше на цій основі виникла автономна некомерційна організація «Перший хоспіс для дітей з онкологічними захворюваннями», науковою базою для якого став Інститут дитячої онкології Російського онкологічного центру ім. Н.Н. Блохіна РАМН. Ця організація зробила величезний внесок у становлення паліативної допомоги дітям в Росії [4].

Україна, на жаль, має суттєво менший досвід роботи з питань організації паліативної допомоги дітям. Сьогодні паліативну допомогу в Україні

дітям надають невеликі осередки громадських організацій, частково хоспіси для дорослих. Нагальною є необхідність розробки нормативних документів та створення Центрів паліативної допомоги дітям на основі досвіду інших країн, де цій проблемі традиційно приділяється велика увага. Так, ВООЗ у своїх директивах щодо паліативного догляду дітей ще у 1998 р. визначила: «Паліативний догляд за дітьми включає в себе активну турботу щодо фізичних, психічних і духовних потреб дітей, починаючи з моменту встановлення діагнозу, а також підтримку сім'ї. Люди, що забезпечують догляд, повинні розпізнавати і зменшувати фізичні та психосоціальні страждання дитини. Ефективний паліативний догляд потребує мультидисциплінарного підходу, який включає в себе членів сім'ї пацієнта і використовує наявні можливості підтримки на регіональному рівні».

Об'єкт і методи дослідження

Об'єкт дослідження – система, мережа, потреба та принципи паліативної і хоспісної допомоги дітям в різних країнах світу і в Україні, наявні нормативні документи, що регламентують діяльність дитячого хоспісу. При підготовці статті використано національні та міжнародні підходи до створення системи паліативної допомоги дітям. Використано методи системного підходу, структурно-логічного, змістовного аналізу, інформаційно-аналітичного методу та методу моделювання.

Результати та їх обговорення

У глобальному плані дій ВООЗ з профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними на 2013–2020 рр. і у відповідній глобальній системі моніторингу плану дій надання паліативної медичної допомоги входить до переліку варіантів політики, запропонованих державам-членам.

У 2002 р експерти ВООЗ сформулювали наступне визначення паліативної допомоги [5]: «Паліативна допомога – це підхід, який покращує якість життя пацієнтів та членів їхніх сімей, що зіткнулися з проблемами, пов'язаними із загрозливими для життя захворюваннями, завдяки попередженню та полегшенню страждань, ранній діагностиці і бездоганній оцінці та лікуванню болю та інших фізичних, психологічних і духовних проблем.

Паліативна допомога включає:

- забезпечення полегшення болю та інших симптомів, що турбують хворого;
- утвердження життя і прийняття смерті як нормальних процесів;

- визнання рішення не квапити і не відкладати смерть;
- включення психологічних і духовних аспектів у загальний план догляду;
- пропозицію пацієнтові такої підтримки, яка дозволить йому жити настільки активно, наскільки це можливо, до самої смерті;
- пропозицію системи підтримки, яка допоможе упоратися з проблемами, що виникають в період хвороби пацієнта і після його смерті в зв'язку з горем втрати;
- використання міждисциплінарного підходу для допомоги пацієнтам та членам їхніх сімей, включаючи підтримку після смерті хворого, якщо це необхідно;
- готовність покращувати якість життя пацієнта і позитивно впливати на перебіг хвороби;
- підключення її якомога раніше протягом розвитку хвороби, поряд з різними формами основного лікування, такими як хіміо- або променева терапія, що ставлять завдання подовження життя».

Різні варіанти паліативної допомоги дітям можуть і повинні надаватися на різних етапах лікування та спостереження хворої дитини та її сім'ї – від встановлення діагнозу до її смерті і після неї [6,7].

У 2014 р. ВООЗ дала більш розширене визначення паліативної допомоги – це підхід, що дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів (дітей і дорослих) та їхніх сімей, що зіткнулися з проблемами, пов'язаними з небезпечним для життя захворюванням, шляхом запобігання та полегшення страждань за рахунок раннього виявлення, ретельної оцінки та лікування болю та інших фізичних симптомів, а також надання психосоціальної та духовної підтримки. Надання паліативної допомоги засноване на принципі поваги до рішень пацієнтів і спрямоване на надання практичної підтримки членам їхніх сімей, зокрема щодо подолання горя у зв'язку втратою близької людини, як протягом хвороби, так і у випадку смерті пацієнта [8].

У законодавстві Баварії (Німеччина) визначено: «Паліативна медицина/паліативний догляд націлені на поліпшення якості життя пацієнтів та їхніх близьких, які стикаються з проблемами, викликаними важкою хворобою. Ця мета реалізується шляхом запобігання та зменшення страждань пацієнта за допомогою ранньої діагностики, ретельної оцінки та лікування болю, а також інших проблем фізичного, психосоціального і духовного характеру. Комплексний підхід повинен зменшити страждання пацієнта і тим самим допомогти йому та його близьким у подоланні хвороби, а також поліпшити якість їхнього життя» [9,10].

З огляду на імплементацію законодавства України до європейського законодавства, слід врахувати, що Комітет Міністрів Ради Європи прийняв у 2003 р. Рекомендацію щодо національного розвитку та імплементації паліативного догляду в європейських країнах. Рекомендацією 24 Ради Європи Комітет Міністрів визначив урядам усіх 47 членів Ради Європи чіткі кроки в різних сферах догляду за важко хворими і вмираючими людьми. У них наведені критерії, які можуть вважатися основоположними для паліативного догляду.

Країни світу, які мають досвід організації паліативної допомоги дітям, зазначають недоцільність створення дитячого хоспісу як аналогу хоспісу для дорослого населення. Щодо дітей більш прийнятним є створення паліативної служби, що враховує психологічні потреби батьків і персоналу з огляду на значно триваліший період організації паліативного догляду для дітей та його етапність [11,16].



Рис.1. Залежність між паліативною допомогою та лікуванням, спрямованим на подовження життя [14]

В Україні на даний час надзвичайно недосконала система паліативного догляду за дітьми: допомога надається в лікувальних закладах за профілем захворювання дитини медичним персоналом, який зазвичай не має достатніх навичок і умов для

надання саме такої допомоги. При цьому наявні нормативні документи стаціонарів взагалі не передбачають надання такої довготривалої допомоги, що змушує виписувати пацієнтів у домашні умови, які зовсім не пристосовані для забезпечення життєдіяльності хворої дитини. Амбулаторна допомога надається сьогодні лікарем загальної практики, чи, в окремих випадках, лікарем-педіатром дільничним, які не мають достатньої спеціальної підготовки для консультування, як хворого, так і, головне, сім'ї, що забезпечує догляд. У невідкладних випадках бригада швидкої допомоги надає певну підтримку, але завдання паліативної допомоги вона виконувати також не може. Значну частину паліативної допомоги сьогодні надають дитячі будинки-інтернати системи соціального захисту, де є певна частина дітей, які не мають батьківської опіки або передані батьками під догляд державі. Проте слід зазначити, що в цих закладах абсолютно недостатньо як медичного персоналу взагалі, так і підготовленого для надання паліативної допомоги дітям зокрема.

Чи такий стан речей притаманний лише Україні? Ні. За даними ВООЗ, із 234 досліджуваних країн лише у 20 паліативна допомога належним чином інтегрована у систему охорони здоров'я, у 42% такий вид допомоги взагалі відсутній, понад 80% пацієнтів не мають достатнього доступу до медикаментозного забезпечення, зокрема знеболення.

У 2012 р. ВООЗ прийняла «Керівництво по фармакологічному лікуванню хронічного болювого синдрому у дітей при соматичних захворюваннях», в якому розглядається і питання паліативної медичної допомоги дітям [10].

Проте паліативний догляд за дітьми включає в себе активну турботу не тільки про фізичні, але й психічні і духовні потреби дітей, починаючи з моменту встановлення діагнозу, та підтримку сім'ї. Люди, що залучені до догляду, повинні розпізнавати і зменшувати фізичні та психосоціальні страждання дитини. Ефективний паліативний догляд потребує мультидисциплінарного підходу, який включає членів сім'ї пацієнта і використовує наявні можливості підтримки на рівні громади.

Мультидисциплінарний, інтегративний підхід за даними – це така система, яка координує роботу лікарів загальної практики, вузькопрофільну медичну допомогу та спеціалізовану медицину і немедичну допомогу для надання та координації послуг найвищої якості у вирішенні медичних та інших проблем.

Послуги повинні включати:

1. Медичну допомогу фахівців дитячої паліативної допомоги та лікарів загальної практики за територіальним принципом.

2. Цілодобовий сестринський догляд кваліфікованими сестрами за допомогою фахівців у разі потреби.

3. Соціальну підтримку.

4. Заняття, такі як музична терапія, арт-терапія, додаткові види занять.

5. Відпочинок для сім'ї при догляді за хворим спеціально підготовленими кадрами.

6. Освіту, ігрову діяльність та організацію дозвілля.

7. Емоційну підтримку під час хвороби і в період жалоби в необхідному обсязі та спектрі послуг.

За даними спеціалістів з Баварії, що мають сталу систему догляду, надзвичайно важливо інтегрувати цей догляд у систему охорони здоров'я. Вони вважають, що важливими аспектами медичного паліативного догляду за дітьми та підлітками є те, що паліативна медицина для дітей є активною пропозицією. Вона не припускає, що пацієнти самі звертатимуться за підтримкою, коли відчувають свою безпорадність і непомірне навантаження, а пропонує її.

Догляд починається в ході обговорення діагнозу, при якому батьків і дітей (у відповідній їхньому віку формі) інформують про їхні хвороби і прогнози. Супровід триває протягом усього процесу терапії і включає в себе і фазу жалоби після смерті дитини. Центральним завданням паліативної медицини є якомога ефективніше лікування хвороби і відновлення/поліпшення фізичного стану. Це є передумовою для того, щоб діти та підлітки могли висловлювати і задовольняти важливі психологічні, соціальні і духовні потреби.

Паліативна медицина завжди залучає соціальне оточення пацієнта в процес супроводу. Чуйне ставлення до потреб батьків, а також братів і сестер, може допомогти уникнути розривів, важкої скорботи і фізичних захворювань.

У дітей особливе значення має більш тривалий, порівняно з дорослими, перебіг захворювання, що вимагає розбудови системи не лише стаціонарного паліативного догляду, але й значною мірою амбулаторної, виїзної допомоги спеціалізованими бригадами паліативного догляду.

У світі потреба у паліативній та хоспісній допомозі для всіх оцінюється на рівні 80–100 місць на 1 млн населення. У Німеччині доступні понад 3000 місць у стаціонарних хоспісах та паліативних станціях (відділеннях стаціонарів), тобто 40 місць на 1 млн жителів.

Досвід таких країн, як Великобританія та Німеччина, які визнано в Європі кращими щодо розвитку паліативної допомоги взагалі, важко хворі діти та їхні близькі бажають по можливості отримувати догляд та супровід вдома. У зв'язку з цим особ-

ливу увагу потрібно звернути на розвиток дитячого амбулаторного паліативного догляду, який включає у подальшому і хоспісну допомогу. Для стаціонарних дитячих центрів паліативної допомоги важливим є подальше вивчення попиту, враховуючи їх відмінність за видами захворювань у маленьких пацієнтів від контингенту хоспісів для дорослих.

Яка ж потреба у паліативній допомозі дітям в Україні? На сьогодні відсутні чіткі розрахунки такої потреби, проте, якщо взяти досвід Баварії, де побудована стала система паліативної допомоги дітям і навіть наявний окремий хоспіс для дітей, то вони зазначають цифру 0,1% від кількості дитячого населення. Так, у Баварії на один стаціонар паліативної допомоги (паліативна станція) розраховується шість мультидисциплінарних бригад виїзної паліативної допомоги. Але слід зазначити, що країна має 140 хоспісів для дорослих, які також можуть надавати відповідну допомогу дітям та їхнім сім'ям. У Великобританії, яка має найбільший досвід створення системи паліативної допомоги дітям, потребу у паліативній допомозі мають близько 0,16% дитячого населення [9,11,12,13].

Згідно з Інструкцією з розвитку служби паліативної допомоги дітям, що підготовлена у Великобританії за редакцією М. Джонсон, паліативна допомога дітям відрізняється від паліативної допомоги дорослим за кількома показниками [14]:

- Кількість вмираючих дітей невелика порівняно з дорослими.
- Багато станів є надзвичайно рідкісними при захворюваннях, характерних для дитячого періоду, хоча дитина може дожити до раннього дорослого стану (до 19 років і старше).
- Період часу, протягом якого триває дитяче захворювання, відрізняється від перебігу хвороби дорослої людини; паліативна допомога може тривати всього кілька днів або місяців, або навпаки розтягуватися на багато років.
- Багато захворювань мають сімейний характер – у сім'ї може бути більше, ніж одна дитина, що страждає від певного захворювання.
- Допомога охоплює всю сім'ю. Усі члени сім'ї можуть страждати, тому що вони стоять перед необхідністю змінити своє життя через хвору дитину. Батьки, а також брати і сестри, є особливо уразливими, батьки несуть важкий особистий тягар із догляду за хворою дитиною.
- Характерною рисою дитинства є постійний фізичний, емоційний та інтелектуальний розвиток. Особи, які здійснюють паліативну допомогу дітям, мають усвідомлювати і відповідним чином реагувати на постійно змінний рівень комунікації хворої дитини та усвідомлення нею своєї хвороби,

лікування та прогнозу перебігу захворювання. Діти, що переживають стани, які обмежують їхнє життя або загрожують їхньому життю, проходять через безліч перехідних періодів протягом їхнього життя.

- Дуже важливо забезпечити можливість освіти та ігор для хворої дитини; отримання освіти – її законне право. Це вводить додатковий вимір і підвищує складність надання паліативної допомоги.

Надання паліативної допомоги дітям має суттєво відрізнятися, тому що діти – це не «маленькі дорослі» та мають зовсім інші потреби і структуру захворюваності, що формує потребу у допомозі. Якщо у хоспісі для дорослих до 90% – це пацієнти з онкологічними хворобами у термінальній стадії, то у дітей інша структура. З досвіду такої країни, як Великобританія, 40% дітей і молодих дорослих помирають від онкологічних і 60% – від неонкологічних хвороб (наприклад, метаболічних, дегенеративних, кардіологічних захворювань тощо).

Так, згідно з положеннями Асоціації з питань дітей з високим ризиком летального результату, а також їхніх сімей («Association for Children with life-threatening or terminal Conditions and their Families»), дітей з невиліковними хворобами підрозділяють на чотири групи, залежно від перебігу хвороби і потреби у паліативному догляді:

- Група 1. Захворювання, що загрожують життю, для яких існують лікувальні заходи, але при цьому ймовірно є їх неефективність (наприклад, пухлини).

- Група 2. Можлива терапія, яка збільшує тривалість життя, але прогноз для пацієнта несприятливий (наприклад, муковісцидоз).

- Група 3. Прогресує протягом багатьох років захворювання без можливості ефективного лікування, виключно паліативна терапія (наприклад, лейкоцистоз, спінальна атрофія м'язів 1-го типу).

- Група 4. Важке неврологічне порушення, як правило, не прогресує, несприятливий прогноз внаслідок ускладнень.

Таким чином, беручи до уваги ці дані, в Україні близько восьми тисяч дітей потребують паліативного догляду.

Слід зазначити, що досвід діяльності паліативних центрів в США вказує на повільне зростання кількості звернень за паліативною допомогою протягом трьох років, коли у два-чотири рази зростає кількість звернень за допомогою і змінюється структура звернень, коли звертається вдвічі більше неонкологічних пацієнтів [15]. Слід враховувати, що паліативна допомога – особливий вид допомоги, який може бути затребуваний, лише поступово

завойовуючи авторитет у батьків дітей, що отримують паліативну допомогу у конкретному центрі чи відділенні.

Ураховуючи адміністративно-територіальний устрій країни, особливості фінансування, відсутність потужних фондів та громадських організацій, які сьогодні готові взяти на себе співфінансування цих центрів та повноцінну волонтерську допомогу, кожна область повинна мати власний центр у комунальній власності з мінімум однією спеціалізованою бригадою амбулаторної паліативної допомоги для формування системи паліативної допомоги дітям з перспективою її розвитку.

Досвід дитячого хоспісу у м. Мюнхені свідчить, що кризові стани, що потребуватимуть госпіталізації, будуть вимагати штучної вентиляції легенів у 25% пацієнтів, а умов інтенсивного догляду – усі госпіталізовані у відділення. Виходячи з цього, центр паліативної допомоги дітям має створюватися у багатопрофільній лікарні третинного рівня надання допомоги, де наявне відділення анестезіології/інтенсивної терапії.

До складу центру, враховуючи досвід роботи української системи охорони здоров'я, повинно входити стаціонарне відділення на 6–12 ліжок, можливо, денний стаціонар на три ліжка для проведення окремих процедур пацієнтам, які неможливо виконати у домашніх умовах, але які не потребують постійного перебування дитини у відділенні. Надважливою структурою є відділення амбулаторного догляду з цілодобовими виїзними спеціалізованими бригадами паліативної допомоги. При центрі бажано мати умови для проведення навчання персоналу в регіоні. Дитячі центри паліативного догляду можуть взяти на себе важливі завдання у сфері спеціалізованого навчання та розвитку системи стандартів у цій галузі.

Персонал стаціонару може складатись з двох посад лікарів-педіатрів (можливо, вузьких спеціалістів – анестезіолога, невролога, онколога тощо), один з яких є керівником центру паліативної допомоги дітям – завідувачем відділення паліативної допомоги стаціонару; середній медичний персонал – одна посада на ліжку, молодший медичний персонал – три посади на стаціонар.

З урахуванням цілодобового режиму роботи пропозиції до штату бригади спеціалізованої амбулаторної паліативної допомоги наступні: три посади лікарів-педіатрів (керівник і заступник, а також один висококваліфікований лікар); три посади для середнього медичного персоналу з навичками догляду; одна посада для координатора (наприклад, соціальний працівник/соціальний педагог або досвідчена медсестра зі знаннями у сфері менеджменту) для координації наявних на місцях

пропозицій у сфері надання допомоги, а також інститутів, задіяних у супроводі сімей пацієнтів.

До важливих завдань входить також інформування та консультування щодо соціально-правових можливостей отримання фінансової підтримки, допомоги при заповненні клопотань, консультування клінік і лікуючих лікарів, а також контакти з психосоціальними і консультаційними центрами і соціальними установами на місцях.

Крім цього необхідні 0,5 посади адміністратора (помічник лікаря/секретар) для ведення документації та управління роботою бригади.

Усі ці співробітники повинні мати відповідну кваліфікацію – додаткову освіту у сфері паліативної медицини/паліативного догляду.

Бажано також задіяти психолога в рамках догляду – або як співробітника бригади, або, за необхідності, для того, щоб забезпечити комплексний догляд за вмираючими дітьми та підлітками, а також їхніми сім'ями. Він повинен мати додаткову освіту у сфері паліативного догляду, а також знання в галузі психології розвитку, діагностики та втручання у кризових ситуаціях і посттравматичних реакціях у дітей і дорослих.

Висновки

В Україні існує нагальна потреба у створенні Центрів паліативної допомоги дітям у кожній адміністративній території з огляду наявності близько 8 тисяч дітей, що мають тяжкі захворювання, що загрожують їх життю.

Центр паліативної допомоги дітям спеціалізується на лікуванні, догляді та супроводі паліативних пацієнтів, яким потрібна лікарняне лікування в спеціалізованому відділенні та постійний амбулаторний (вдома) супровід протягом всього життя від встановлення захворювання, що може швидко призвести до загибелі дитини у терміни від місяця до іноді можливого досягнення дорослого віку, що відрізняє особливості паліативної допомоги дітям.

ЛІТЕРАТУРА

1. Паллиативная помощь в педиатрии – мировой опыт и развитие в России ФГУ «Центр спортивной медицины» ФМБА России, Москва / Информ. центр Танатогнозия. – 11 с.
2. Дом для Жизни / С. О. Ключников, А. А. Сонькина, А. В. Гнездилов, А. Я. Иванюшкин, В. В. Миллионщикова // Человек. – 1994. – №5. – С. 116-121.
3. Инициатива по улучшению паллиативной помощи [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://prci.choosinghope.info/>. – Название с экрана.
4. О создании системы паллиативной помощи детям с онкологическими заболеваниями (лекция) [Электронный ресурс] / М. А. Бялик, А. Ф. Бухны, С. А. Волох, Г. Я. Цейтлин. – Режим доступа : <http://prci.choosinghope.info/> – Название с экрана.
5. David Clark Transition in And of Life Care. Hospice and related developments in Eastern Europe and Central Asia / David Clark, Michael Wright. – Open University Press, 2003.

У центрі повинні надаватись мультидисциплінарні послуги та задіяватися фахівці різного профілю зі спеціальною освітою – це команда, куди входять лікарі-педіатри (лікарі загальної практики/сімейної медицини), консультанти-лікарі-дитячі неврологи, психіатри, онкологи тощо, соціальні працівники/соціальні педагоги, представники духовенства, психологи. Робота центру потребує суттєвої підтримки волонтерів, які мають отримати спеціальну підготовку для роботи у паліативній медицині. Волонтерська допомога очікується як від медичних, так і від немедичних спеціалістів.

Метою стаціонарного етапу є полегшення стану, обумовленого хворобою або терапією, і, за можливості, стабілізація стану пацієнта для того, щоб він міг бути виписаний з лікарні.

Створення таких центрів потребує регламентації Міністерством охорони здоров'я України. Для забезпечення цієї діяльності надзвичайно важливе вирішення питання фінансування, у тому числі із залученням благодійних коштів, виділення державою ресурсу у вигляді приміщень, обладнання у лікарнях, автотранспорту, кадрового потенціалу та створення умов для функціонування таких центрів.

Крім цього, слід ввести в програми медичних вузів паліативну медицину як обов'язкову освітню програму, забезпечити навчання студентів усіх спеціальностей елементам паліативного догляду. З урахуванням діяльності мультидисциплінарних команд є нагальна потреба навчання всіх спеціалістів-немедиків паліативному догляду, це стосується і соціальних робітників, психологів, медичних сестер та волонтерів. Для кожної групи спеціалістів є потреба у розробці і впровадженні самостійної освітньої програми.

У багатьох країнах існує рамкова політика щодо паліативної допомоги, яка визначає основи діяльності держави у цьому напрямку, що для України стало б дуже важливим кроком на шляху євроінтеграції.

6. *Transition in End of Life Care. Hospice and related developments in Eastern Europe and Central Asia* / David Clark, Michael Wright, Open University Press, 2003.
7. *When Children Die. Improving Palliative and End-of-Life Care for Children and Their Families* / Institute of Medicine; Field M., Behrman R. editors. – Washington, DC: The National Academies Press, 2003.
8. Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла. Доклад Секретариата ВОЗ, 67 Сессия ВОЗ, А67/31, 4 апреля 2014 г. – 11 с.
9. Специализированная программа «Паллиативный уход в больницах» (Бавария) от 28.11.2011 г.
10. Рамочная концепция хосписного и паллиативного ухода «Система сопровождения и ухода за тяжело больными и умирающими людьми, а также их родственниками в Баварии». [Электронный ресурс]
11. Введенская Е. С. Палиативная помощь: содержание, определяющее подходы к формированию службы и контингентов больных / Е. С. Введенская, Е. Г. Соколова, П. К. Петрушов // Росмедпортал. ком. – Т. 3, 2012 г. 136-144 с.
12. Хартия по уходу за тяжело больными и умирающими людьми в Германии. 2010 г., - 20 с. [Электронный ресурс]
13. Паллиативная медицина для детей и подростков в Баварии, - 10 с. [Электронный ресурс]
14. Инструкции по развитию службы паллиативной помощи детям / под ред. М. Джонсон. – 3-е изд., 2009. – 42 с.
15. Wolf J., Duncan J. Helping children live as well as possible for as long as possible (Устное сообщение на Первом общенациональном симпозиуме организации The Initiative for Pediatric Palliative Care «Enhancing Family-Centered Care for Children Living with Life-Threatening Conditions»). 6–7 ноября 2003). [Электронный ресурс]
16. Введенская Е. С. Палиативная помощь детям: определение, содержание, перспективы / Е. С. Введенская // Материалы конференции «Развитие палиативной и хосписной помощи взрослым и детям», 20–23 окт. 2014 г.

ВОПРОС РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УКРАИНЕ

Ю.В. ВОРОНЕНКО, Р.О. МОЙСЕЕНКО, В.М. КНЯЗЕВИЧ, В.Ю. МАРТИНЮК

Проведен анализ нормативных актов международных организаций и европейских стран относительно опыта организации паллиативной и хосписной помощи детям, показаны особенности оказания паллиативной помощи детскому населению. Приведены расчеты потребностей для населения в паллиативной помощи. Обоснована необходимость создания центров паллиативной помощи детям, показаны их ориентировочная структура и отдельные задачи.

Ключевые слова: паллиативная, хосписная помощь детям, расчеты потребности, структура центра.

THE PROBLEM OF DEVELOPMENT OF PALLIATIVE CARE FOR CHILDREN IN UKRAINE

YU.V. VORONENKO, R.O. MOISEYENKO, V.M. KNYAZEVYCH, V.YU. MARTYNIUK

The analysis of regulations of international organizations and European countries according to the experience of the organization of palliative and hospice care for children is carried out. The features of palliative care for children's population are shown. The calculation of requirements for population in palliative care is shown. The need in building of palliative care centers is proved. Its approximate structure and individual tasks are shown.

Key words: palliative, hospice care for children, calculations of requirements, design center.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ:

Вороненко Юрій Володимирович – д.мед.н., проф., академік НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел. (044) 440-30-56. E-mail: office@nmapo.edu.ua.

Моїсеєнко Раїса Олександрівна – д.мед.н., зав. каф. дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Князевич Василь Михайлович – д.мед.н., Голова правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги». Адреса: м. Київ, вул. Пимоненка, 10А, оф. 321; тел./факс: (044) 482 36 75.

Мартинюк Володимир Юрійович – директор Українського медичного центру реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України. Адреса: м. Київ, вул. Богатирська, 30; тел. (044)412-05-78.

Стаття надійшла до редакції 16.01.2015 р.

В.І. Козявкін

Значення вертеброгенного компоненту в патогенезі церебральних паралічів

Міжнародна клініка відновного лікування, м. Трускавець, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.1(1):34-36; doi 10.15574/IJRP.M.2015.01.34

При церебральних паралічах усі структури хребта, особливо суглоби, піддаються вторинним змінам, порушуються їхні рухові функції, формуються функціональні блокади хребцево-рухових сегментів. Ці порушення викликають супутні запальні реакції, анатомічні та біохімічні зміни, що додатково сповільнює та спотворює моторний розвиток дитини з церебральним паралічем. Методика біомеханічної корекції хребта, спрямована на відновлення рухливості суглобів хребта, сприяє усуненню вертебрального сублюксаційного комплексу та елімінації його негативного впливу на організм людини. Ця методика стала основою формування цілісної мультимодальної системи із застосуванням різних методів впливу на пацієнта – системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації.

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, лікування, корекція хребта.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є однією з найпоширеніших причин дитячої інвалідності. У світі існує багато підходів до лікування цього захворювання. Доволі широко відомі методи нейророзвиткового лікування Бобата, рефлекс-локомоції Войта, кондуктивної педагогіки Петьо, динамічної пропріоцептивної корекції Семенової.

Останній часом з'являється багато публікацій, спрямованих на вивчення ефективності порівняно нових методів лікування. Жвавий інтерес викликають результати застосування обумовленого обмеження лікування (constraint induced treatment). Численні дослідження вказують на ефективність цього методу, який стимулює компенсаторну реорганізацію нервової системи. Немає одностайності щодо покращення рухових функцій при тренування сили у пацієнтів з ДЦП. Є багато досліджень із застосування ботулінового токсину, інколи спонсорованих фармацевтичними компаніями. Дослідження вказують, що при локальній спастичності він може ефективно знижувати тонус м'язів у верхніх та нижніх кінцівках, проте докази стосовно функ-

ціональних покращень є суперечливими. Дослідники також вказують, що віддалені ефекти ботулінового токсину у лікуванні ДЦП не доведені.

Ці реабілітаційні програми охоплюють різні напрямки корекції порушень центральної нервової системи, але всі вони недооцінюють значення патологічного впливу з боку суглобово-м'язового апарату та, особливо, структур хребта на подальший моторний та психічний розвиток дитини.

Ураження нервової системи супроводжується порушенням контролю за роботою м'язів, порушенням їх тону, вторинними змінами з боку суглобів, трофічними змінами. Ці явища досить детально вивчені на м'язах та суглобах кінцівок. Проте хребту людини, який налічує понад 100 суглобів та велику кількість м'язів, приділялося недостатньо уваги. Адже хребет є основною віссю людського організму, і в процесі філогенезу навколо нього за сегментарно-метамерним принципом формувалися всі основні системи організму.

При церебральних паралічах усі структури хребта, особливо суглоби, піддаються вторинним змінам, порушуються їхні рухові функції, формуються

функціональні блокади хребцево-рухових сегментів (інша назва – вертебральні сублюксації – vertebral subluxation). За визначенням ВООЗ (2005), вертебральна сублюксація – це пошкодження чи дисфункція суглоба або рухового сегменту, при якому змінюється співставлення поверхонь суглоба, цілісність руху та фізіологічна функція, але контакт між суглобовими поверхнями залишається не порушеним. По суті, це є функціональна категорія, яка може впливати на біомеханічну та неврологічну цілісність. Слід зазначити, що це визначення відрізняється від медичного визначення сублюксації, при якому сублюксація трактується як структурне зміщення, видиме на статичних рентгенівських знімках. Вертебральні сублюксації не обмежуються руховими порушеннями, вони викликають цілу групу патологічних змін, які називаються «вертебральний сублюксаційний комплекс». Цей комплекс, детально описаний Чарльзом Ланцом та Антонієм Роснером, включає декілька компонентів – м'язовий, сполучнотканинний, судинний, неврологічний та лімфатичний. Згідно з цією моделлю, порушення рухів хребта викликають цілий комплекс змін, які включають насамперед неврологічні зміни (патологічну аферентацію), м'язові зміни, зміни сухожилок і зв'язок та судинні зміни. Ці порушення викликають, у свою чергу, супутні запальні реакції, анатомічні та біохімічні зміни. Усі ці зміни взаємно посилюють одна одну, і формується патологічний порочний круг. Це ще більше уповільнює та спотворює моторний розвиток дитини з церебральним паралічем.

Відновлення рухливості суглобів хребта сприяє усуненню вертебрального сублюксаційного комплексу та ліквідує ті негативні впливи, які він має на організм людини. При цьому в організмі дитини формується новий функціональний стан, який супроводжується нормалізацією м'язового тону, кровообігу, обміну речовин, трофіки тканин, що в свою чергу відкриває нові функціональні можливості для подальшого моторного та психомовленевого розвитку дитини. Власне на цих засадах і була побудована розроблена нами методика полісегментарної біомеханічної корекції хребта, адаптована до анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму та спрямована на усунення функціональних блокад хребцево-рухових сегментів та відновлення нормальної рухливості суглобів хребта. Корекція хребта проводиться після мануальної діагностики та відповідної підготовки послідовно у всіх відділах хребта – поперековому, грудному та шийному. У поперековому відділі маніпуляція проводиться одномоментно на всіх заблокованих сегментах, при цьому застосовується розроблена нами методика «ротації назад». Корек-

ція заблокованих сегментів грудного відділу здійснюється спеціальними імпульсними методиками послідовно згори донизу на фазі видиху. Корекція шийного відділу здійснюється із застосуванням руху по складній траєкторії, який забезпечує одномоментний вплив на заблоковані сегменти. За наявності блокад ілеосакрального з'єднання застосовуються імпульсні методики мобілізації. Паралельно використовуються спеціальні прийоми релаксації м'язів.

Методика біомеханічної корекції хребта стала основою формування цілісної мультимодальної системи із застосуванням різнобічних методів впливу на пацієнта. Дія одних методик доповнює та потенціює інші. Адже людський організм є складною самоорганізованою системою, яка складається з багатьох підсистем, що мають свій запас міцності та резерви самовідновлення і пластичності.

У процесі реабілітації, після нормалізації м'язового тону, збільшення об'єму активних та пасивних рухів, важливим завданням є використати досягнутий новий функціональний стан для руйнування старих патологічних стереотипів та формування нових правильних рухів.

Основний комплекс лікувальних заходів включає у себе поряд з біомеханічною корекцією хребта також мобілізацію суглобів кінцівок, рефлексотерапію, мобілізуючу гімнастику, спеціальну систему масажу, ритмічну гімнастику, апітерапію та механотерапію.

Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації складається з двох підсистем – підсистеми інтенсивної корекції та підсистеми стабілізації і потенціювання ефекту. Інтенсивна корекція проводиться в умовах реабілітаційного центру і триває протягом двох тижнів. У період стабілізації та потенціювання ефекту лікування рекомендовано продовжувати у домашніх умовах. Цей період триває 4-6-8 місяців, після чого проводиться повторний курс інтенсивної корекції.

Висновки

Функціональні зміни з боку хребта у пацієнтів з церебральними паралічами недостатньо вивчені. Усунення функціональних блокад та відновлення рухливості хребта сприяє формуванню нового функціонального стану – нормалізації м'язового тону, покращенню мікроциркуляції та трофіки тканин. Новий функціональний стан прискорює моторний та психічний розвиток та сприяє активності пластичних та компенсаторних можливостей організму. Біомеханічна корекція хребта стала основою формування інтегральної багатокомпонентної реабілітаційної системи.

ЗНАЧЕНИЕ ВЕРТЕБРОГЕННОГО КОМПОНЕНТА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ПАРАЛИЧЕЙ

В.И. КОЗЯВКИН

Международная клиника восстановительного лечения, г. Трускавец, Украина

При церебральных параличах все структуры позвоночника, особенно суставы, подвергаются вторичным изменениям, нарушаются их двигательные функции, формируются функциональные блокады позвоночно-двигательных сегментов. Эти нарушения вызывают сопутствующие воспалительные реакции, анатомические и биохимические изменения, что дополнительно замедляет и искажает моторное развитие ребенка с церебральным параличом.

Методика биомеханической коррекции позвоночника, направленная на восстановление подвижности суставов позвоночника, способствует устранению вертебрального сублюксационного комплекса и элиминации его негативного воздействия на организм человека. Эта методика стала основой формирования целостной мультимодальной системы с применением разносторонних методов влияния на пациента – системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, лечение, коррекция позвоночника.

VERTEBRAL COMPONENT IN THE PATHOGENESIS OF CEREBRAL PALSY

V.I. KOZYAVKIN

Міжнародна клініка відновного лікування, м. Трускавець, Україна

In cerebral palsy all structures of the spine and especially joints, are exposed to secondary changes that are violating movements and forming functional vertebral blockages. These disorders are causing concomitant inflammatory reaction, anatomical and biochemical changes, and further delay and distort motor development of a child with cerebral palsy.

The method of biomechanical correction of the spine, that is aimed at the restoration of joint mobility and removal of vertebral subluxations is eliminating these negative influences on the human body. This technique became the basis for the development of an integrated multimodal systems that incorporate different treatment methods - Intensive Neurophysiological Rehabilitation. System.

Key words: cerebral palsy, treatment, spinal correction.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Козявкін Володимир Ілліч – директор Реабілітаційного центру «Еліта», чл.–кор. НАМ України, д.мед.н., проф. каф. реабілітації НМАПО ім. П. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Стаття надійшла до редакції 6.02.2015 р.

НОВОСТИ

24 июня 2015 г. состоялась пресс-конференция на тему: «Научный прорыв: в Украине создан единственный в мире препарат для лечения причин возникновения опасного вида рака». Украинские ученые получили убедительные результаты 32-х доклинических и 20-ти клинических исследований, которые оказались сенсационными: испытуемый препарат отечественного производства показал высокие результаты эффективности по влиянию на вирус папилломы человека (ВПЧ), в том числе на его онкогенные типы. Фармацевтическими лабораториям ни в одной стране мира до сих пор не получено действующего вещества, способного противодействовать ВПЧ. То есть Украина первой создала уникальный препарат, который имеет доказанное прямое противовирусное действие на ВПЧ и дает возможность вылечить некоторые болезни, имеющие онкологическую перспективу, в частности, дисплазию шейки матки у женщин, которая почти гарантированно приводит к раку шейки матки. Участники: Вячеслав Каминский, директор Киевского Центра репродуктивной и перинатальной медицины, Алла Корнадская, зав. отделением «Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» Светлана Рыбалко, зав. лабораторией экспериментальной химиотерапии вирусных инфекций Института эпидемиологии и инфекционных заболеваний им. Л. Громашевского, Владислав Онищенко, председатель ОО «Союз потребителей медицинских услуг, лекарственных средств и изделий медицинского назначения», Анатолий Новик, председатель наблюдательного совета ООО «НПК «Экофарм», Александр Гриневич, зам. генерального директора ООО «НПК «Экофарм».

В.А. Поберская¹, А.А. Шаповалова², А.В. Макаренко¹

Научное обоснование применения физических факторов на этапе реабилитации детей, перенесших онкологические заболевания

¹ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова», г. Ялта, РК

²ГУ «Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии МЗ Украины»

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.1(1):37-41; doi 10.15574/IJRP.2015.01.37

На основании научных исследований показана возможность применения минеральных вод разного химического состава, процедур электросна, камерных вихревых ванн, суховоздушных углекислых ванн в санаторно-курортных комплексах у детей в период ремиссии онкогематологических заболеваний и отдельных солидных опухолей. Обоснованное назначение комплекса физических факторов с учетом клинко-функциональных изменений в состоянии основных систем организма направлено на формирование восстановительных реакций, повышение компенсаторных возможностей и качества жизни детей, перенесших онкологические заболевания.

Ключевые слова: реабилитация, физические факторы, дети, онкологические заболевания, период ремиссии.

Становление санаторно-курортной реабилитации детей по завершении специальных протоколов лечения онкогематологических и онкологических заболеваний впервые проходило в Украине на государственном уровне в соответствии с государственной программой «Детская онкология» (2006–2010 гг.), общей государственной программой борьбы с онкозаболеваниями на период 2009–2016 гг.

С разработкой пакета нормативной, методической документации параллельно организована коечная сеть в отдельных санаториях Министерства здравоохранения Украины в южном и западном регионах. Научно-методическое обеспечение становления процесса санаторно-курортной реабилитации осуществлялось Украинским НИИ медицинской реабилитации и курортологии. За этот период утверждены показания и противопоказания к направлению на санаторно-курортное лечение детей в периоде ремиссии онкогематологических заболеваний и солидных опухолей, кли-

нические протоколы санаторно-курортного лечения [13-15]. Разработаны основные принципы санаторно-курортной реабилитации детей с учетом периода ремиссии онкологических заболеваний [1, 3, 6, 11, 17].

Рассматривая подходы к реабилитации детей в периоде ремиссии онкогематологических заболеваний и отдельных солидных опухолей (опухоль центральной нервной системы, почки, глаза и его придатков) с учетом изменений психосоматического статуса, определены характерные и длительно сохраняющиеся нарушения в состоянии гепатобилиарной системы, астеноневротические проявления на фоне психовегетативного дисбаланса. Установлены определенные изменения в состоянии ферментативных процессов, гормональной активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, дисбаланс в состоянии клеточного и гуморального звеньев иммунной системы [16]. На основании выявленных нарушений психосоматического статуса, особенностей течения периода

ремиссии онкологических заболеваний у детей, наличия сопутствующих заболеваний, в Украинском НИИ медицинской реабилитации и физиотерапии с 2007 г. продолжают научные исследования по обоснованию и разработке дифференцированных подходов к использованию физических факторов в общем санаторно-курортном комплексе. Впервые обоснована эффективность внутреннего применения отдельных минеральных вод Украины разного химического состава для уменьшения проявлений эндогенной интоксикации, улучшения метаболических, гормональных процессов, формирования гепатопротекторного, нефропротекторного эффектов, повышения общей резистентности организма [4]. Показана целесообразность использования в санаторно-курортном комплексе отдельных минеральных вод малой минерализации для питьевых курсов лечения: кремниевая хлоридно-гидрокарбонатная, сульфатно-хлоридно-гидрокарбонатная Кременчугского месторождения (скв. №1093, фасованная «Лайф»); гидрокарбонатно-хлоридная натриевая Евпаторийского месторождения (скв. №13, бюветная); гидрокарбонатно-сульфатно-хлоридная натриевая Вознесенского месторождения (скв. №674, фасованная «Вознесенская»); гидрокарбонатно-сульфатно-хлоридная натриевая вода Одесского месторождения (скв. №5069, фасованная «Аква Либра»); минеральная вода гидрокарбонатная, сульфатно-гидрокарбонатная, хлоридно-гидрокарбонатная разного катионного состава Помярецкого месторождения и месторождения Янчурки (фасованная «Трускавецкая Аква-Эко»). Питьевой курс указанных минеральных вод способствовал улучшению гормонально-метаболических процессов (снижение уровня тимоловой пробы, повышение содержания липазы в сыворотке крови, активности лактатдегидрогеназы, повышение сниженного уровня адренкортикотропного гормона, формирование баланса антиоксидантной и прооксидантной систем) на фоне относительно устойчивого состояния иммунной системы [5,18]. Выявлено более активное влияние санаторно-курортного лечения с применением питьевых курсов минеральной воды с повышенным содержанием органических веществ гидрокарбонатной хлоридной натриевой разного катионного состава Трускавецкого месторождения (скв. №122-РГ, бюветная «Нафтуся»), поэтому показаниями к ее применению определен безрецидивный период ремиссии онкозаболеваний более пяти лет. Питьевой курс лечения минеральной водой «Нафтуся» способствовал регуляции гормонально-метаболических процессов, улучшению перекисного окисления липидов и процессов антиоксидантной защиты [7,12].

В случаях астеноневротических, психовегетативных нарушений показана эффективность применения процедур электросна в общем санаторно-курортном комплексе с учетом индивидуальной переносимости процедур. При наличии сочетанных психовегетативных нарушений и хронических заболеваниях верхних дыхательных путей обосновано назначение камерных вихревых ванн. В данных случаях механизм формирования эффекта санаторно-курортной реабилитации сопряжен с повышением компенсаторных возможностей организма путем регуляции вегетативного баланса и активности симпатoadреналовых процессов, эмоциональной устойчивости, повышения общей резистентности организма [8,9].

На этапе санаторно-курортной реабилитации детей с функциональными нарушениями гепатобилиарной, вегетативной нервной и сердечно-сосудистой систем в периоде ремиссии онкогематологических заболеваний и отдельных солидных опухолей (опухоли центральной нервной системы, почки, глаза и его придатков) выявлены характерные нарушения клинко-функционального статуса: изменения отдельных показателей состояния метаболических процессов (в пределах нижнего допустимого уровня содержание общего белка в сыворотке крови, повышенный уровень содержания АлАТ, АсАТ, повышенный уровень креатинина). По результатам иммуноферментного анализа определено изменение содержания тиреоидных гормонов в сыворотке крови, как в период ремиссии до пяти лет, так и свыше пяти лет, снижение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) до предела нижних допустимых значений, повышение концентрации трийодтиронина (Т3) в сыворотке крови. К особенностям изменений сократительной функции желчного пузыря отнесены замедленный тип опорожнения желчного пузыря за счет спазма сфинктеров. На фоне бессимптомной клинической симптоматики выявлены нарушения отдельных параметров кардиогемодинамики у детей в период ремиссии до пяти лет: преимущественное уменьшение фракции выброса левого желудочка и фракции укорочения, изменение времени изоволюмического расслабления левого желудочка. В период ремиссии свыше пяти лет морфометрические показатели сердца отражали изменение параметров, характерных для процесса формирования компенсаторных возможностей сердечной деятельности. Вегетативный дисбаланс характеризовался повышением активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, в отдельных случаях – симпатикотонической активностью. Наличие изменений в состоянии функциональной активности желчевыводящих путей,

гормонально-метаболического статуса, вегетативного дисбаланса и кардиогемодинамики у детей, перенесших онкогематологические заболевания и отдельные солидные опухоли, явилось основанием к разработке комплексных подходов к санаторно-курортной реабилитации детей с расширением спектра применения физических факторов.

Для расширения спектра внутреннего применения минеральных вод Украины на основе комплексных клиничко-экспериментальных исследований показана возможность использования минеральных вод Царичанского и Березовского месторождений [2]. Минеральная вода Царичанского месторождения относится к маломинерализованным водам без специфических компонентов, по химическому составу – гидрокарбонатно-хлоридная натриевая. Минеральная вода Березовского месторождения относится к водам малой минерализации с повышенным составом органических веществ, гидрокарбонатная, разного катионного состава. Применение питьевых курсов лечения с минеральной водой Царичанского месторождения на этапе санаторно-курортной реабилитации детей с функциональными нарушениями состояния гепатобилиарной системы в период ремиссии до пяти лет способствовало улучшению ферментативной активности (снижение повышенных значений АлАТ, АсАТ, соотношения активности трансфераз сыворотки крови), повышению сниженного уровня билирубина общего на фоне устойчивых допустимых значений уровней билирубина прямого и непрямого. Отмечали снижение повышенного содержания креатинина в сыворотке крови. Формирование гепатопротекторного и мембраностабилизирующего эффектов, улучшение белкового обмена, фильтрационной и выделительной функции почек на фоне удовлетворительного клинического статуса сопряжено с повышением активности желчного пузыря за счет уменьшения спазма сфинктеров. Отмечали повышение содержания тромбоцитов, лимфоцитов, устойчивые допустимые значения показателей клинического анализа крови. Следует отметить влияние данного комплекса на состояние гормональной активности щитовидной железы: снижение повышенной концентрации Т3 в сыворотке крови, повышение концентрации тироксина (Т4) в пределах допустимых значений. Улучшение вегетативного баланса проявлялось в регуляции повышенной активности симпатического отдела вегетативной нервной системы. Применение питьевых курсов минеральной воды Березовского месторождения у детей в безрецидивном периоде ремиссии более пяти лет способствовало формированию аналогичного эффекта с улучшением метаболических процессов, гормональной активности

щитовидной железы, желчевыделительной функции билиарной системы. Основные составляющие механизма формирования эффекта санаторно-курортной реабилитации с внутренним применением минеральных вод разного химического состава у детей с функциональными нарушениями билиарной системы обусловлены регулирующим влиянием состояния метаболических процессов с улучшением ферментативных процессов, гепатопротекторным и нефропротекторным эффектом. При этом санаторно-курортный комплекс способствовал нормализации функциональной активности щитовидной железы на фоне регуляции вегетативного баланса и благоприятного клинического статуса. При наличии сочетанных функциональных нарушений в состоянии билиарной системы и процессов кардиогемодинамики, психовегетативном дисбалансе использован комплексный подход к расширению спектра применения физических факторов с использованием суховоздушных углекислых ванн. Дополнительное назначение суховоздушных ванн, наряду с внутренним приемом вышеуказанных минеральных вод, способствовало улучшению общего самочувствия детей с уменьшением астеноневротических проявлений, формированию психоземotionalной устойчивости. Результаты ультразвуковой диагностики указывали на повышение активности сократительной функции желчного пузыря в 67 % после применения минеральной воды Царичанского месторождения и в 50% случаях после питьевого курса лечения с минеральной водой Березовского месторождения вследствие уменьшения спазма сфинктеров. Однонаправленная положительная динамика отмечалась у детей в периоде ремиссии гемобластозов и указанных солидных опухолей. Определено регулирующее влияние данного санаторно-курортного комплекса на состояние вегетативного баланса. На фоне бессимптомной клинической симптоматики выявлена тенденция повышения сниженных параметров фракции укорочения и фракции выброса левого желудочка. На фоне устойчивых объемных параметров щитовидной железы и ее структуры регистрировали повышение сниженной концентрации ТТГ в сыворотке крови, снижение повышенного уровня Т3. Содержание Т4 в сыворотке крови соответствовало допустимым значениям. Подобная направленность динамики гормональной функции щитовидной железы отмечалась у детей в период ремиссии до и свыше пяти лет гемобластозов и указанных солидных опухолей [10]. Использование индивидуальных подходов к методологии психологической поддержки позволило достичь нивелирования степени выраженности проявлений тревожности и отдельных видов агрессии.

Оценивая основные составляющие в формировании эффекта санаторно-курортной реабилитации детей, перенесших онкозаболевания, с применением комплексных подходов к назначению физических факторов, индивидуализацией психологической поддержки, следует обратить внимание на необходимость дифференцированного назна-

чения физических факторов с учетом изменений психосоматического статуса, особенностей длительно сохраняющихся нарушений в функционировании основных систем организма. Санаторно-курортное лечение на разных этапах реабилитации детей направлено на восстановление нарушенных функций организма, повышение качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Визначення проблеми щодо перспективного розвитку санаторно-курортної реабілітації дітей після завершення спеціального лікування онкологічних захворювань / В. О. Поберська, К. Д. Бабов, О. К. Толстанов, Т. С. Янченко [та ін.] // *Клин. онкол.* – 2013. – № 3 (11). – С. 1–3.
2. Диференційовані підходи до санаторно-курортної реабілітації дітей з супутніми захворюваннями органів травлення після лікування онкогематологічних захворювань та злоякісних новоутворень / В. О. Поберська, Т. В. Польщакова., Г. А. Шаповалова, [та ін.] // *Мед. реабілітація, курортол., фізіотерапія.* – 2014. – С. 27–29.
3. Концепція створення системи етапної реабілітації дітей з онкологічними захворюваннями / Р. О. Моїсеєнко, К. Д. Бабов, В. О. Поберська [та ін.] // *Совр. педіатрія.* – 2009. – № 6. – С. 25–28.
4. Минеральные воды в санаторно-курортной реабилитации детей с онкологическими заболеваниями: монография / под ред. В. А. Поберской, К. Д. Бабова. – К. : КИМ, 2013. – 196 с.
5. Минеральные воды Украины в восстановительном лечении пациентов с онкологическими заболеваниями / К. Д. Бабов, В. А. Поберская, Т. С. Янченко [и др.] // *Вестн. физиотерапии и курортол.* – 2011. – № 2. – С. 77–79.
6. Особливості реабілітації дітей у періоді ремісії злоякісних новоутворень в санаторіях України / В. О. Поберська, Т. С. Янченко, Н. А. Хаджинова, А. В. Макаренко // *Совр. педіатрія.* – 2012. – № 2 (42). – С. 147–150.
7. Оценка показателей гормонально-метаболического и адаптационного потенциала у детей онкологической группы после реабилитации на курорте Трускавец / В. А. Поберская, Т. С. Янченко, С. Н. Саранча, Д. М. Томашевская // *Мед. гідрогеол. та реабілітація.* – 2012. – № 1. – С. 55–59.
8. Патент на «Способ санаторно-курортной реабилитации детей с онкологическими заболеваниями» №52780(UA), МПК А61 Н33/4, бюл. №17, 2010 г.
9. Патент на «Способ санаторно-курортной реабилитации детей с онкологическими заболеваниями» №66978(UA), МПК А 61N 1/18, бюл. №2, 2012 г.
10. Поберская В. А. Комплексное применение минеральных вод и суховоздушных ванн на разных этапах реабилитации детей, перенесших онкологические заболевания / В. А. Поберская, А. В. Макаренко, С. Л. Евсеева // *Мед. реабилитация, курортол., физиотерапия.* – 2014. – № 3. – С. 33–37.
11. Поберская В. А. Психологический статус детей, излеченных от злокачественных новообразований, после санаторно-курортной реабилитации / В. А. Поберская, Т. С. Янченко, С. Л. Евсеева // *Совр. педіатрія.* – 2012. – № 4 (44). – С. 174–176.
12. Поберская В. А. Санаторно-курортная реабилитация детей в периоде ремиссии онкологических заболеваний с применением минеральной воды «Нафтуся» / В. А. Поберская, Т. С. Янченко // *Мед. реабилитация, курортол., физиотерапия.* – 2012. – № 1. – С. 13–16.
13. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 12 січня 2009 року № 4 : наказ МОЗ України від 22.10.2012 №825 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
14. Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування дітей в санаторно-курортних закладах України наказ МОЗ України від 28.05.2009 №364 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
15. Про направлення дітей на санаторно-курортне лікування : наказ МОЗ України від 12.01.2009 №4 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
16. Реабілітація дітей з онкогематологічними захворюваннями в санаторно-курортних умовах : посібн. / за ред. К. Д. Бабова, В. О. Поберської. – Одеса : Оптимум, 2010. – 162 с.
17. Санаторно-курортные комплексы реабилитации детей в периоде ремиссии онкологических заболеваний в условиях южного и западного регионов Украины / К. Д. Бабов, В. А. Поберская, Т. С. Янченко, А. В. Макаренко // *Вестн. физиотерапии и курортол.* – 2012. – № 1. – С. 78–83.

18. Янченко Т. С. Порівняльна динаміка основних показників здоров'я дітей з онкологічними захворюваннями після комплексів санаторно-курортної реабілітації з питним застосуванням мінеральної води / Т. С. Янченко // *Вестн. физиотерапии и курортол.* – 2011. – № 4. – С. 58–61.

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ НА ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ОНКОЛОГІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ

В.А. ПОБЕРСЬКА¹, А.А. ШАПОВАЛОВА², А.В. МАКАРЕНКО¹

¹ГБУЗ РК «Академічний НДІ фізичних методів лікування, медичної кліматології і реабілітації ім. І.М. Сеченова», м. Ялта, РК

²ДУ «Український НДІ медичної реабілітації і курортології МОЗ України»

На підставі наукових досліджень показано можливість застосування мінеральних вод різного хімічного складу, процедур електросну, камерних вихрових ванн, сухоповітряних вуглекислих ванн у санаторно-курортних комплексах у дітей у період ремісії онкогематологічних захворювань та окремих солідних пухлин. Обґрунтоване призначення комплексу фізичних факторів з урахуванням клініко-функціональних змін у стані основних систем організму спрямоване на формування відновних реакцій, підвищення компенсаторних можливостей і якості життя дітей, що перенесли онкологічне захворювання.

Ключові слова: реабілітація, фізичні фактори, діти, онкологічні захворювання, період ремісії.

THE SCIENTIFIC GROUND OF USE OF PHYSICAL FACTORS ON THE STAGE OF REHABILITATION OF CHILDREN WHO HAD ONCOLOGIC DISEASES

V.A. POBERSKAYA¹, A.A. SHAPOVALOVA², A.V. MAKARENKO¹

¹SBEI CR «I.M. Sechenov Academic Scientific -Research Institute of Physical Methods of Treatment, Medical Climatology and Rehabilitation»

²SI «Ukrainian Scientific- Research Institute of Medical Rehabilitation and Balneology of the Ministry of Health of Ukraine»

On the base of scientific studies the possibility of use of mineral waters of different chemical composition, electrosleep procedures, chamber whirlpools, dry-air carbon dioxide baths in the sanatorium-and-spa complexes in children in the period of remission hematologic diseases and certain solid tumors is shown. Substantiation of application of the complex of physical factors taking into account the clinical and functional changes in the major body systems is focused on formation of redox reactions, increasing of the compensatory opportunities and quality of life of children who had oncologic diseases.

Key words: rehabilitation, physical factors, children, oncologic diseases, period of remission.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Поберська Валентина Олександрівна – д.мед.н., проф. ДБНЗ РК «Академічний НДІ фізичних методів лікування, медичної кліматології та реабілітації ім. І.М. Сеченова».

Шаповалова А.А. – ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України». Адреса: м. Одеса, Лермонтовський пров., 6; тел. (048) 728-06-53.

Макаренко А.В. – ДБНЗ РК «Академічний НДІ фізичних методів лікування, медичної кліматології та реабілітації ім. І.М. Сеченова».

Стаття надійшла до редакції 21.02.2015 р.

Е.Я. Гречанина, Ю.Б. Гречанина, Е.В. Бугаева

Гено- и фенотипическая характеристика и подходы к комплексной реабилитации мукополисахаридозов в Восточной Украине

*Харьковский национальный медицинский университет, Украина
Харьковский специализированный медико-генетический центр, Украина*

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.1(1):42-47; doi 10.15574/IJRP.2015.01.42

В статье приведен ряд клинических примеров нарушения обмена гликозаминогликанов у детей. Акцентируется внимание, что при наличии у пациентов органомегалии, лицевых дисморфий необходимо провести обследование для исключения лизосомной болезни накопления. Обнаружение клинического полиморфизма нарушения обмена гликозаминогликанов позволяет индивидуализировать тактику лечения и реабилитации пациентов, которая должна стать обязательной для всех пациентов с мукополисахаридозами.

Ключевые слова: мукополисахаридоз, гликозаминогликаны, лечение, реабилитация.

Введение

Среди болезней накопления мукополисахаридозы занимают одно из первых мест. Патология обусловлена недостаточностью лизосомальных ферментов, которая приводит к нарушению катаболизма основного вещества соединительной ткани – гликозаминогликанов [3]. Их накопление в лизосомах вызывает грубые клеточные изменения и возникновение характерной клинической картины [1]. В зависимости от ферментативных дефектов и тяжести клинической симптоматики различают семь типов мукополисахаридозов, среди которых существуют несколько подтипов [1-6].

Цель исследования: изучить клинический полиморфизм различных вариантов нарушения обмена гликозаминогликанов, уточнить возможность феномена фено- и генотипической синтропии для индивидуализации лечения и реабилитации.

Материалы и методы. Исследование проведено в Украинском институте клинической генетики ХНМУ. Использовано многопараметрическое клиничко-генетическое исследование с применением клиничко-генеалогического, соматогенетического, биохимического, молекулярно-генетического,

инструментальных и других методов исследования (высокоэффективная жидкостная хроматография аминокислот, газовая хроматография, масс-спектрометрия, молекулярно-генетический, цитогенетический).

Результаты и их обсуждение. Среди 52077 первично обследованных пациентов (2008–2013 гг.) обнаружено 263 (0,5%) с клиническими и биохимическими признаками вовлечения в патологический процесс мукополисахаридов. Среди 263 только у 6 (2,28%) обнаружены синдромальные формы, в том числе и с феноменом фенотипической синтропии.

Под нашим наблюдением находятся три семьи, имеющие детей с мукополисахаридозом II типа (синдром Хантера), который подтвержден с помощью ферментноуточняющей диагностики (отсутствие активности фермента идуронатсульфатазы).

Пробанд О., 5 лет. Диагноз МПС II установлен в возрасте двух лет на основании клинических проявлений – макроцефалия, гротескные черты лица, задержка психофизического развития, кифосколиоз грудного и поясничного отдела позвоночника, гепатомегалия, нарушение зрения – и ферментноуточняющей диагностики, выявившей

отсутствие активности фермента идуронатсульфатазы. В процессе наблюдения за больным отмечено наличие у ребенка признаков сосудистой патологии – микроангиопатии, признаков ликворно-гипертензионного синдрома. Для уточнения причины сосудистых нарушений проведено исследование полиморфных вариантов генов ферментов фолатного цикла, при котором выявлена мутация гена MTHFR. Данные подтверждены исследованием уровня гомоцистеина, который в динамике был высоким (16,9 мкмоль/л).

Пробанду М., 6 лет, диагноз МПС II установлен в возрасте трех лет на основании клинических проявлений (макроцефалия, гротескные черты лица – выступающий лоб и надбровья, монголоидный разрез глаз, короткий седловидный нос, короткая шея, широкая грудная клетка, увеличен живот, диастаз прямых мышц живота, пупочная грыжа, брахидактилия, крыловидные лопатки, гипертрихоз в области спины, контрактуры) и подтвержден ферментативно. У этого пациента с тяжелым течением болезни имеют место задержка развития, эпилептические приступы, поведенческие нарушения в виде гиперактивности, агрессивности, нарушения сна, неврологический регресс. Эти данные свидетельствуют о наличии «нейропатической» формы заболевания.

У одного из пациентов Ф., 13 лет, с грубыми чертами лица (утолщенные надбровные дуги, широкий мясистый нос, длинный фильтр, полные губы, гипертрофия десен, увеличенный, с отпечатками зубов, язык, дисморфичные ушные раковины), сухой, «мраморной», кожей, с цианотичными ладонями, выраженным гипертрихозом, укороченной шеей, грудной клеткой бочкообразной формы, контрактурами суставов, ограничением движений туловища и конечностей, имеет место мукополисахаридоз, II тип (болезнь Хантера), X-сцепленный рецессивный тип наследования, который манифестировал в результате взаимодействия точечной мутации и мутации гена MTHFR на фоне нарушенного эпигенетического статуса. В связи с вышеперечисленным, в тактику лечения была введена фолатная терапия с целью нормализации процессов эпигенетического статуса, на фоне которой была отмечена стабилизация процесса.

С июля 2014 года двум пациентам с МПС II типа начата ферментозаместительная терапия препаратом «Идурсульфаз» («Элапраза») в индивидуальной возрастной дозировке.

Один пациент с МПС IV B (синдром Моркио B) с резким снижением активности фермента b-D-галактозидазы (5 нмоль/мг/ч (референтный уровень – 8–240 нмоль/мг/ч) (Dr. B.J.H.M. Poorthuis), на фоне полиморфизма MTRR 66GG («аллель ри-

ска» дефицита кобаламина), гипертауринемии гипогомоцистеинемии.

Синдром Моркио – генетически гетерогенное заболевание, подразделяющееся на два типа с аутосомно-рецессивным типом наследования, ген которого картирован на 3p21-3pter [1]. Мутантный фермент является мультимером и контролирует строго специфическое отщепление терминального остатка десульфатированной галактозы в молекуле кератансульфата, который входит в состав не только хрящевой ткани и роговицы, но также и в молекулы других галактозосодержащих соединений. Кератансульфат, катаболизм которого избирательно нарушен при МПС IV B, входит в число гликозаминогликанов. Поскольку галактоза находится в составе только кератансульфата, при данном заболевании нарушена внутрилизосомная деградация именно этого ГАГ (накопление хондроитин-6-сульфата в лизосомах) [3]. Тип течения заболевания прогредиентный. Возраст начала классической формы болезни варьирует от 1 года до 3,5 лет. Болезнь манифестирует прогрессирующей вальгусной деформацией коленных суставов, кифозом, отставанием в росте на фоне диспропорционального укорочения туловища и шеи, «утиной» походкой. В клинической картине заболевания доминируют скелетные деформации в виде спондилоэпифизарной дисплазии с вторичными неврологическими осложнениями. Спондилоэпифизарная дисплазия при МПС IV типа включает: диспропорциональную карликовость, кифоз, сколиоз, лордоз, овоидную деформацию тел позвонков, вальгусную деформацию коленных суставов, ультраную девиацию запястий, вальгусную деформацию локтевых суставов, короткие фаланги, плоскостопие, гиперподвижность крупных и мелких суставов, нестабильность шейного отдела позвоночника. Как правило, наблюдаются мелкие зубы, дисплазия эмали и часто формируется кариес, а также помутнение роговицы, гепатоспленомегалия, пороки сердца (поражение аортального клапана), тугоухость.

Даже на примере одного наблюдения можно увидеть все указанные признаки, свойственные синдрому Моркио. В ХСМГЦ обратилась семья С. с девочкой семи лет для уточнения диагноза в связи с соединительнотканной дисплазией, MASS-фенотипом, спондилоэпифизарной дисплазией. Жалобы на нарушение походки ребенка, утомляемость после физической нагрузки, которая после отдыха проходит. Из анамнеза известно, что ребенок единственный в семье. Родилась в сроке 39 недель от физиологических родов. Вес при рождении 3300,0 г, рост 53 см. Оценка по шкале Апгар 8–9 баллов. Этапы психомоторного развития согласно

возрасту. Привита согласно календарю. Болела ОРВИ, фарингитами. С 5-летнего возраста отмечены тошноты, снижение аппетита на фоне выявленной дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВШ).

В шесть лет при прохождении медицинского осмотра в школу у педиатра выслушан систолический шум в сердце. При УЗИ сердца обнаружено уплотнение створок митрального клапана, аберрантная хорда левого желудочка, нерезко выраженная аортальная недостаточность, минимальная митральная недостаточность. Полости сердца не увеличены. Сократительная функция обоих желудочков удовлетворительная.

При УЗИ внутренних органов выявлена гепатомегалия (+1 см), ДЖВШ.

На рентгенограмме грудного отдела позвоночника в двух проекциях определяется уплощение тел грудных и поясничных позвонков, умеренная клиновидная деформация в передних отделах, сужение межпозвоночных щелей в грудном отделе, передние отделы позвонков неровные. Уменьшение в объеме тела позвонка L2 на 1/2, смещение тел позвонков L2 кзади на 7 мм, L5 кпереди до 1 см. Заключение: спондилоэпифизарная дисплазия.

Консультирована профессором В.В. Поворознюком, установлен диагноз: «Дисплазия соединительной ткани, MASS-синдром. Системная остеопения». Для уточнения диагноза семья направлена в ХСМГЦ.

При осмотре в фенотипе обращают внимание: рост – 120 см, вес – 21 кг, на коже – единичные невусы, мраморность кожных покровов, узкое лицо, мелкие зубы, кариес, короткий нос, короткий фильтр, высокое небо, короткая шея, узкая грудная клетка, деформированная, гипермобильность локтевых суставов, узкие кисти, кифосколиоз грудного отдела позвоночника.

При исследовании фракций гликозамингликанов мочи методом ТСХ выявлена фракция кератансульфата, что может быть маркером МПС IV типа. ЦПХ-тест 213,7 Ед ЦПХ г/креат (при референтном значении до 161 Ед ЦПХ г/креат.)

Проведено молекулярно-генетическое исследование МПС IV типа – диагностирован мукополисахаридоз IVB типа, снижение энзима β-галактозидазы.

При исследовании мочи методом газовой хроматографии и масс-спектрометрии выявлены изменения метаболитов цикла Кребса.

Обнаружены полиморфизмы гена MTRR A66G в гомозиготном состоянии и гена MTR A2756G в гетерозиготном состоянии.

При абдоминальной эхографии выявлены: умеренная гепатоспленомегалия, умеренное повыше-

ние эхоплотности паренхимы печени, признаки ДЖВП по гипотоническому типу. При УЗИ почек: метаболические изменения (включения 1,3 мм). Двусторонний гидрокаликоз. Надпочечники не увеличены. В неврологическом статусе: мышечная гипотония, двусторонняя пирамидная недостаточность.

На основании полученных данных установлен диагноз: «Мукополисахаридоз IV B типа на фоне полиморфизма MTRR 66GG («аллель риска» дефицита кобаламина), гипертауринемия, гипогомоцистеинемия».

У одного пациента установлено сочетание МПС-подобного фенотипа с синдромом Элерса-Данлоса: грубые черты лица, диспропорциональное телосложение, килевидная деформация грудной клетки, кифосколиотическая деформация позвоночника, крылоподобные лопатки, повышенная растяжимость кожи, ее мягкость, бархатистость, мышечная гипотония, гипермобильность суставов, варикозное расширение вен, отек нижних конечностей. При обследовании выявлены гепатоспленомегалия, метаболические, диспластические изменения в почках, пролапс митрального клапана, дополнительная хорда левого желудочка, признаки повышенной деградации коллагена (оксипролин суточной мочи – 155,4 мг/сут), повышение экскреции гликозаминогликанов до 148 Ед ЦПХ/г креат., гиперпролинемия, гиперглицинемия, гиперпролинурия, гипергомоцистеинемия – 26,6 мкмоль/л. У матери пробанда: диспропорциональное телосложение, грубые черты лица, кифосколиотическая деформация позвоночника, мягкая, тестообразная, гиперэластичная кожа, гипермобильность суставов, варикозное расширение вен, лимфотический отек нижних конечностей. У пробанда и его матери выявлен полиморфизм MTHFR G1793A/MTRR A66G.

Наиболее сложным было сочетание у больной К. хромосомной аномалии с метаболическим нарушением (МПС-подобного фенотипа с генотипом 45X/46XX, полиморфизмом мтДНК (8697GA, 8860G, в тРНК-лизин), с «аллелями риска» MTHFR 677TT, с повышением уровня хондроитин-4-сульфата, хондроитин-6-сульфата.

Жалобы на боли в позвоночнике, коленных, локтевых, плечевых суставах, скованность движений, быструю утомляемость, слабость, отсутствие самостоятельных менструаций, задержка роста и полового развития, деформация позвоночника, грудной клетки.

Анамнез: больна с рождения, когда родители отметили отек нижних конечностей, который через две недели прошел без лечения. Через год родители обратили внимание, что девочка несколько

отстает в росте, хотя психически развивается с опережением. Физическое развитие с 11 лет характеризовалось снижением ростовесовых показателей, интеллектуальное развитие было высоким, хорошо училась в школе и университете. Психологическое развитие также было нормальным. В 12-летнем возрасте ушибла правый голеностопный сустав, в связи с чем лечилась в стационаре. Вскоре появились боли в левом голеностопном суставе, которые нарушали ходьбу. Лечилась в НИИ ОЗДП, был установлен диагноз хронического артрита, дисгенезия гонад, мозаичная форма синдрома Шерешевского–Тернера. Из перенесенных заболеваний в детстве отмечает острые респираторные инфекции, экссудативный диатез на фоне кормления смесями, травма левой голени и лба. В 1993 г. установлен диагноз ревматоидного артрита, суставная форма, медленно прогрессирующее хроническое течение, хронический тонзиллит. С 15 лет, в связи с первичной аменореей, получала гормональное лечение микрофоллином, после чего появились менструалоподобные выделения, в 18 лет самостоятельно прекратила гормональное лечение. В 19 лет появились изменения со стороны позвоночника, кифосколиоз, диффузный остеопороз, контрактуры крупных суставов. Сформировалась вторичная кардиомиопатия, пролапс митрального клапана. В 2004 г. произошел энергетический перелом бедра, после чего резко развилась мышечная гипотония, остеопороз, дислокация С4–С5, усилились боли в суставах и появились ограничения движения в них. Больная потеряла способность самостоятельно передвигаться. Совместно с ортопедами-травматологами проводятся реабилитационные мероприятия, направленные на нормализацию энергетического обмена и обмена соединительной ткани, который характеризуется поражением ее межклеточного вещества. Заподозрено формирование у больной с мозаичной формой синдрома Шерешевского–Тернера вторичной митохондриопатии, нарушения обмена межклеточного вещества соединительной ткани по типу мукополисахаридоза.

При эхографии органов брюшной полости отмечены переваскулярная инфильтрация в печени, избыток соединительнотканых структур в перипортальной области, признаки панкреатопатии, косвенные признаки дуоденита. Почки – двусторонний нефроптоз, диспластические и метаболические изменения, гидрокаликоз. При гинекографии: резко выраженная гипоплазия матки, дисгенетические яичники.

При рентгенографии черепа и грудного отдела позвоночника: в грудном отделе определяется кифосколиоз Th6–T7, в Th8–Th9 – частичный анкилоз,

в сегментах С3–С7 и Th6–Th10 определяется явление спондилоартроза и остеохондроза. На фоне диффузного остеопороза отмечается завуалированность крестцово-подвздошных сочленений, кости таза без особенностей.

В клиническом анализе мочи – без патологических изменений, лишь в отдельных порциях умеренное количество оксалатов. В скрининг-тестах мочи изменений не выявлено.

Клинический анализ крови характеризовался в динамике анемией от 104 г/л до 116 г/л и ускоренной СОЭ от 20 до 50 мм/ч, остальные показатели не изменены.

В ТСХ мочи в динамике высокий уровень пролина – 52,36 мг/сут (норма 11,2–38,6), аргинин-аргинин-гистидинурия.

При высокоэффективной жидкостной хроматографии определяется снижение уровня гистидина и треонина, остальные аминокислоты – в пределах референтных значений.

Биохимический профиль в динамике характеризовался повышением уровня щелочной фосфатазы от 209,1 Е/л до 240,7 Е/л (при норме до 104 Е/л), повышением холестерина до 66,58 ммоль/л, АСТ от 41,4 до 60,2; снижением уровня альбумина до 32,19.

Исследование серомукоидов в динамике: сиаловые кислоты – 327–415–980 Ед. (норма до 200), гликопротеиды – 0,74–0,79 (норма 0,25–0,45), кальций – 2,3–3,0 ммоль/л (норма 2,2–3,2), щелочная фосфатаза – 10,5–12,1–13,0 Ед. (норма 2–5), холестерин 4,5 ммоль/л (норма 3,6–6,2), тимоловая проба 12,0 Ед. (норма 0–4), β -липопротеиды 41 Ед. (норма 35–45); глобулины $\alpha 1$ – 5,0% (норма 4–7), $\alpha 2$ – 13,5% (норма 7–9), β – 16,2% (норма 9–14), γ – 18,7% (норма 14–19).

Свертывающая система – без изменений.

В иммунограмме: в клеточном звене иммунитета снижение Т-лимфоцитов с сохранением реактогенности на иммуностимулирующие препараты. Увеличение лимфоцитотоксических аутоантител на фоне незначительного снижения комплементарной активности, что свидетельствует об аутоиммунном компоненте. Отмечается сенсibilизация к антигену вируса герпеса. Резкое нарушение соотношения иммунорегуляторных клеток, приводящее к дисбалансу (за счет снижения СД4 и повышения СД8). Повышение иммуноглобулинов А и G на фоне высокого СОЭ (52 мм/ч) свидетельствует об активности воспалительного процесса. Несмотря на резкое снижение хелперного звена иммунитета, имеющее, скорее всего, компенсаторный характер, на фоне аутоиммунного процесса иммуностимулирующая терапия не показана.

При ЯМРТ шейного и грудного отдела позвоночника структурных изменений в костях не выявлено. Грубая кифотическая деформация оси на уровне верхнего грудного отдела (вероятнее всего, за счет нарушений в связочном аппарате) с умеренно выраженными гипотрофическими изменениями в дисках, без дискогенной компрессии позвоночного канала. За счет усиления кифоза отмечается снижение высоты тел позвонков в передних отделах. Спинальный мозг не поражен, ликвороток не нарушен.

Проведена молекулярная диагностика в лаборатории молекулярной антропологии Пенсильванского университета (Теодор Шурр, Сергей Жадапов) с использованием секвенирования и ПДРФ-анализ мтДНК, выделенной из образцов крови и волос. Обнаружены полиморфизмы 8697G/A, 8860G в гене тРНК-лизин.

На основании проведенного обследования установлен диагноз: «Мозаичная форма синдрома Шерешевского–Тернера в сочетании с недифференцированной формой мукополисахаридоза и вторичной митохондриопатией». Назначенное лечение включало уникальную хирургическую коррекцию, биоэнергетическую терапию, ортопедическую реабилитацию. Разработана индивидуальная диетотерапия, массаж, кинезотерапия, позволившие стабилизировать клиническую манифестацию.

Указанное наблюдение иллюстрирует наше предположение о том, что мозаичные формы хромосомных болезней несут в себе потенциал мани-

фестации того или иного метаболического нарушения, который и определяет дальнейшее развитие клинических признаков. Имевшая место тяжелая травма послужила иницирующим фактором заложенного нарушения обмена веществ, в данном наблюдении – гликозаминогликанов. Митохондриопатия присоединилась на фоне тяжелой дезорганизации обмена соединительной ткани, а назначенная биоэнергетическая терапия оказалась эффективной в комплексном симптоматическом лечении.

Выводы

При наличии у пациентов органомегалии, лицевых дисморфий следует провести обследование для исключения лизосомной болезни накопления. Необходимо исследование уровня гликозаминогликанов и проведение ферментноуточняющей и молекулярной диагностики для разработки тактики коррекции метаболических нарушений и индивидуализации реабилитационных мер. Обнаружение клинического полиморфизма нарушения обмена гликозаминогликанов позволяет индивидуализировать тактику лечения и реабилитации пациентов, которая должна стать обязательной для всех пациентов с мукополисахаридозами, хотя часто и носит паллиативный характер. Использование подходов к нормализации главного эпигенетического маркера в комплексной терапии мукополисахаридозов завоевывает позиции, что мы надеемся обсудить в следующих публикациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Болезни накопления, сопровождающиеся нарушением нервно-психического развития. Наследственные нарушения нервно-психического развития детей. Руководство для врачей / под ред. П. А. Темина, Л. З. Казанцевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 139–49.*
2. *Воскобоева Е. Ю. ДНК-диагностика наследственных мукополисахаридозов / Е. Ю. Воскобоева // Мед. генетика. – 2006. – Т. 5, № 10. – С. 33–37.*
3. *Краснопольская К. Д. Наследственные лизосомные болезни / К. Д. Краснопольская. – Информ. письмо. – М., 2002. – С. 5.*
4. *Мукополисахаридозы у детей / А. Н. Семячкина [и др.] // Рос. вестн. перинат. и педиатрии. – 2007. – № 4. – С. 22–29.*
5. *Dangel J. Cardiovascular changes in children with mucopolysaccharide storage diseases and related disorders: clinical and echocardiographic findings in 64 patients / J. Dangel // Eur. J. Pediatr. – 1998. – Vol. 157. – P. 534–538.*
6. *Recognition and diagnosis of mucopolysaccharidosis II (Hunter syndrome) / R. Martin [et al.] // Pediatrics. – 2008. – Vol. 121, № 2. – P. 377–386.*

ГЕНО- І ФЕНОТИПОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ МУКОПОЛІСАХАРИДОЗІВ У СХІДНІЙ УКРАЇНІ

Е.Я. ГРЕЧАНІНА, Ю.Б. ГРЕЧАНІНА, Е.В. БУГАЄВА

Харківський національний медичний університет, Україна

Харківський спеціалізований медико-генетичний центр, Україна

У статті наведено ряд клінічних прикладів порушення обміну глікозаміногліканів у дітей. Акцентується увага, що за наявності у пацієнтів органомегалії, лицевих дисморфій необхідно провести обстеження для виключення лізосомної хвороби накопичення. Виявлення клінічного поліморфізму порушення обміну глікозаміногліканів дозволяє індивідуалізувати тактику лікування і реабілітації пацієнтів, що повинна стати обов'язковою для усіх пацієнтів з мукополісахаридозами.

Ключові слова: мукополісахаридоз, глікозаміноглікани, лікування, реабілітація.

GENO- AND PHENOTYPIC CHARACTERISTICS AND APPROACHES TO THE COMPLEX REHABILITATION OF MUCOPOLYSACCHARIDOSIS IN THE EASTERN UKRAINE

E.YA. GRECHANINA, YU.B. GRECHANINA, E.V. BUGAIEVA

Kharkiv National Medical University, Ukraine

Kharkiv Specialized Medical Genetics Center, Ukraine

In the article a number of clinical examples of glycosaminoglycans metabolism in children are presented. It is marked that due to the presence of organomegaly and facial dysmorphism in patients it is necessary to conduct examination for elimination of lysosomal storage diseases. Detection of clinical polymorphism of glycosaminoglycans metabolism allowed us to personalize the tactics of treatment and rehabilitation of patients, which will be obligative for all patients with mucopolysaccharidosis.

Key words: mucopolysaccharidosis, glycosaminoglycans, treatment, rehabilitation.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Гречаніна Олена Яківна – чл.-кор. НАМН України, д.мед.н. проф. каф медичної генетики Харківського національного медичного університету, Харківський спеціалізований медико-генетичний центр. Адреса: м. Харків, пр. Правди, 13; тел. (057) 700-32-17; (057) 705-16-74, e-mail: mgc@ukr.net.

Гречаніна Юлія Борисівна – д.мед.н., проф., зав. каф медичної генетики Харківського національного медичного університету, Харківський спеціалізований медико-генетичний центр. Адреса: м. Харків, пр. Правди, 13; тел. (057) 700-32-17; (057) 705-16-74, e-mail: mgc@ukr.net.

Бугайова Олена Валеріївна – к.мед.н. доц. каф медичної генетики Харківського національного медичного університету, Харківський спеціалізований медико-генетичний центр. Адреса: м. Харків, пр. Правди, 13; тел. (057) 700-32-17; (057) 705-16-74, e-mail: mgc@ukr.net

Стаття надійшла до редакції 2.03.2015 р.

НОВОСТИ

Ученые используют бактерии для обнаружения рака и диабета

В первом исследовании, ученые из Массачусетского технологического института (MIT) и Калифорнийского университета в Сан-Диего использовали безвредный штамм кишечной палочки под названием Ниссле 1917. Бактерии производили люминесцентные сигналы, когда они сталкивались с опухолью, которая затем была обнаружена с помощью простого анализа мочи. Животным, которым были даны эти бактерии, не показали каких-либо вредных побочных эффектов, говорят исследователи.

Исследователи заявили, что они были в состоянии обнаружить опухоль печени, размером около одного кубического миллиметра. Этот вид диагностики может быть наиболее полезным для мониторинга пациентов, после удаления толстой кишки, поскольку они имеют больший риск для рецидива.

Во втором исследовании, инженеры использовали бактерии, под названием E.coli с целью обнаружения биологических сигналов в моче, которые генерируют видимые цветовые изменения. Исследователи продемонстрировали свои так называемые bactosensors в образцах мочи от пациентов с сахарным диабетом и обнаружили, что они точно и надежно обнаруживали аномальные уровни глюкозы в моче.

Источник: med-expert.com.ua

В.О. Свистільник, Т.В. Коноплянко

Енцефаліт Расмуссена у дитячому віці

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.1(1):48-50; doi 10.15574/IJRP.2015.01.48

Незважаючи на використання нових антиепілептичних препаратів (АЕП), проблема терапії епілепсій та епілептичних синдромів у дітей, їх соціальної дизадаптації та інвалідізації, залишається актуальною. Наведений клінічний випадок пацієнта з енцефалітом Расмуссена. Прогресуючий тяжкий перебіг хвороби, резистентність до протисудомної терапії обумовлює необхідність надання таким дітям паліативної допомоги.

Ключові слова: епілепсії, епілептичні синдроми, енцефаліт Расмуссена, фармакологічна резистентність.

Вступ

Епілепсії та епілептичні синдроми є одними з найбільш поширених захворювань нервової системи у дітей і призводять до тяжкої соціальної дизадаптації, а в деяких випадках – до інвалідності пацієнтів. Енцефаліт Расмуссена (ЕР) є органічною патологією головного мозку аутоімунного генезу, що характеризується прогресуючим тяжким перебігом.

Метою роботи був аналіз клінічних особливостей та ефективності терапії пацієнта з ЕР.

Матеріал і методи дослідження

У дитини Ч. (14 років) з клінічним діагнозом хронічного прогресуючого вогнищового енцефаліту Расмуссена дебют захворювання відбувся у віці 9 років у формі частих простих, складних парціальних моторних епілептичних нападів, до яких через два тижні приєдналися вторинно-генералізовані тоніко-клонічні напади. Протягом перших місяців від початку захворювання виявився постнападний лівобічний геміпарез (парез Тодда). Через десять місяців після дебюту ЕР у пацієнта були зафіксовані тривалі (протягом трьох діб), а потім – постійні, локалізовані у лівій половині тулуба і кінцівок, міоклонічні напади, які через чотири тижні трансформувалися у генералізовані міоклонічні напади.

До дебюту хвороби мовний та руховий розвиток дитини відповідав віковій нормі. Протягом першого року після дебюту захворювання перебіг ЕР у хворого ускладнювався епілептичним статусом внаслідок значного зростання частоти нападів. Другий рік перебігу захворювання характеризувався частими тривалими епілептичними нападами, постійним епілептичним міоклонусом, як під час неспання, так і у вісні, у лівій половині м'язів мускулатури, лівих кінцівках, м'язах передньої черевної стінки. У неврологічному статусі виявлено перманентний помірний лівобічний геміпарез з рівномірним ураженням руки і ноги, геміпаретична хода, розвиток чутливих порушень по центральному типу гетеролатерально ураження головного мозку. Протягом другого року після дебюту захворювання до клінічної картини захворювання додавалися також гомонімна геміанопсія зліва і порушення мови у вигляді псевдобульбарної дизартрії і когнітивні розлади, що відповідало ІІ стадії клінічного перебігу ЕР за J. Bancaud.

На ЕЕГ зареєстровано порушення базових кіркових ритмів, зафіксовано уповільнення кіркових ритмів і пік-хвильову активність в лобно-скроневих відведеннях справа.

На підставі МРТ головного мозку в динаміці виявлена прогресуюча геміатрофія правої півкулі мозку, яка визначалася по асиметрії мозку за рахунок зменшення розміру ураженої гемісфери,

гомолатеральної вентрикуломегалії і розширення арахноїдальних просторів справа.

За даними магнітно-резонансної спектроскопії (МРС) головного мозку відмічено зниження рівня співвідношення церебральних метаболітів (NAA/Cr) у лобно-скроневій ділянці мозку справа, що відображає падіння рівня функціонально активних нейронів у гомолатерально ураженій гемісфері.

Клінічний діагноз ЕР у даного хворого встановлювався на підставі характерних клінічних даних і результатів параклінічних інструментальних обстежень.

Результати дослідження та їх обговорення

Терапія пацієнту призначалася відповідно до протоколу лікування епілепсії та епілептичних синдромів [1,3]. Препаратами першої черги були карбамазепіни (доза 25 мг/кг): отримано неповний контроль епілептичних нападів протягом місяця. Препарати другої черги – вальпроати, лікування якими розпочиналося з початкової терапевтичної дози 10 мг/кг і поступово проводилося підвищення дози до 35 мг/кг на добу. Контроль нападів був частковим, і далі підбір терапії продовжувався іншими АЕП: топіроматом (9 мг/кг) і ламотриджином (10 мг/кг). Однак дані препарати у пацієнта в монотерапії виявилися неефективними: частота нападів знизилася менше, ніж на 25%. Призначена комбінована терапія (вальпроат – 30 мг/кг і карбамазепін – 25 мг/кг) була найбільш ефективною: протягом трьох місяців у хворого зафіксовано зменшення частоти нападів більше, ніж на 50%. Однак внаслідок прогресування хвороби і наступного зростання частоти й інтенсивності нападів використовувалися інші схеми політерапії АЕП: вальпроат (30 мг/кг) і ламотриджин (5 мг/кг); вальпроат (30 мг/кг) і то-

піромат (30 мг/кг); леветирацетам (60 мг/кг). Зазначена терапія давала неповний контроль нападів: зменшення їх частоти менше, ніж на 25%. Застосована терапія стероїдами (дексаметазон у дозі 3 мг/кг) протягом двох тижнів суттєво не вплинула на частоту нападів.

Резистентність нападів до протиепілептичної терапії обумовила необхідність проведення нейрохірургічного лікування: правобічної гемісферотомії. Протягом 6 місяців після оперативного втручання відмічено зменшення частоти нападів на понад 50%. Однак наступний період життя хворого характеризувався зростанням частоти нападів, грубими когнітивними розладами, порушеннями ковтання, відсутністю можливості самостійних рухів пацієнта, що обумовило його тяжку інвалідизацію. Симптоматична (протисудомна, знеболювальна терапія), догляд за дитиною сприяли запобіганню ускладнень (травмувань під час нападів, аспірації, пролежнів тощо), пов'язаних з органічним прогресуючим захворюванням нервової системи.

Висновки

Енцефаліт Расмуссена – тяжке прогресуюче захворювання головного мозку, що потребує консервативного і нейрохірургічного лікування. Терапія антиепілептичними препаратами має симптоматичну (підтримувальну) дію. За даними літератури [2, 5], єдиним радикальним методом допомоги хворим є нейрохірургічне лікування, можливість проведення якого потребує інформованої згоди батьків дитини на ранніх стадіях перебігу хвороби. Зважаючи на невпинне прогресування ЕР, тяжку інвалідизацію хворих, питання паліативної допомоги таким пацієнтам є надзвичайно важливими.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лікування епілепсії та епілептичних синдромів у дітей: метод. реком. / Мартинюк В. Ю., Коноплянко Т. В. [та ін.]. – К., 2012. – 18 с.
2. Мухин К. Ю. Эпилептические синдромы. Диагностика и терапия / К. Ю. Мухин, М. Б. Миронов, А. С. Петрухин. – М., 2014. – 376 с.
3. Уніфікований клінічний протокол первинної (екстреної), вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при епілепсії у дітей : наказ МОЗ України від 17.04.2014 №276 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
4. Engel J. Epilepsy: A comprehensive textbook, second edition / J. Engel, J. R. Timothy A. Pedley. – Philadelphia, 2008. – 529 p.
5. Sander J. W. A practical guide to epilepsy. Lecture Notes / J. W. Sander, F. J. Rugg-Gunn. – Oxford, 2009. – 505 p.

ЭНЦЕФАЛИТ РАСМУССЕНА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

В.А. СВИСТИЛЬНИК, Т.В. КОНОПЛЯНКО

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Несмотря на применение новых антиэпилептических препаратов, проблема терапии эпилепсий и эпилептических синдромов у детей, их социальной дизадаптации и инвалидизации, остается актуальной. Представлен клинический случай пациента с энцефалитом Расмуссена. Прогрессирующее течение заболевания, резистентность к противосудорожной терапии обуславливают необходимость оказания таким детям паллиативной помощи.

Ключевые слова: эпилепсии, эпилептические синдромы, энцефалит Расмуссена, фармакологическая резистентность.

THE RASSMUSSEN'S ENCEPHALITIS IN CHILDREN'S AGE

V. SVYSTILNYK, T. KONOPLYANKO

National medical academy of postgraduate education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

Although the using new antiepileptic drugs, the problem of therapy epilepsies and epileptic syndromes in children, their social adaptation of disturbances and their disability has been staying actual. The necessity of palliative aid for such patients is conditioned by the clinical case of patient with Rasmussen's encephalitis in form a progressive severe disease and a low efficiency of antiepileptic drugs.

Key words: epilepsies, epileptic syndromes, Rasmussen's encephalitis, pharmacological resistance.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Свистильник Вікторія Олександрівна – к.мед.н., доц. каф. дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Коноплянко Тамара Віталіївна – к.мед.н., доц. дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2014 р.

НОВОСТИ

Ученые разработали вакцину от высокого давления

Возможно, скоро людям с гипертонзией не придется ежедневно принимать таблетки. Пока вакцина проходит испытания на животных.

Новая генная вакцина нацелена на ангиотензин II — гормон, вызывающий констрикцию (сужение) кровеносных сосудов, и тем самым повышающий кровяное давление и нагрузку на сердце. Механизм действия вакцины совпадает с работой ингибиторов АПФ (ангиотензинпревращающего фермента) — это вазодилатация, или расслабление сосудов. Ранее уже тестировали подобные вакцины, однако их действие было очень непродолжительным, и они вызывали ряд побочных эффектов.

В ходе нового исследования крысам с повышенным давлением три раза за две недели вводили вакцину. Это позволило снизить артериальное давление на период до полугода, а также сократить повреждение тканей сердца и сосудов, вызванных гипертонией. Также исследователи не выявили негативного воздействия на другие органы.

Авторы исследования считают, что вакцина может быть очень эффективна в борьбе с несоблюдением предписаний, которое представляет собой одну из главных проблем в лечении пациентов с гипертонией.

Источник: med-expert.com.ua

Д. Осинський¹, С. Бучинський²

Реабілітація – невід’ємна складова процесу лікування онкологічних хворих

¹ Київський міський клінічний онкологічний центр, Україна

² Консультативно-діагностичний центр Шевченківського району м. Києва, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.1(1):51-54; doi 10.15574/IJRP.M.2015.01.51

Реабілітація – важливий та необхідний етап у процесі лікування онкологічних хворих, метою якого є відновлення функцій органів та систем організму хворого та зменшення побічних проявів спеціального лікування.

Ключові слова: реабілітація, відновлювання терапія, онкологічний хворий.

Проблема онкологічних захворювань залишається актуальною, незважаючи на певні успіхи у діагностиці та лікуванні. На кінець 2013 року в Україні на диспансерному обліку перебувало понад 1 млн (2402,7 на 100 тис. населення) онкологічних хворих. В Україні щорічно спостерігається збільшення кількості виявлених злоякісних новоутворень. За даними Національного канцер-реєстру, у 2012 році в Україні було зареєстровано понад 173 тис. нових випадків захворювання на злоякісні новоутворення, загальний грубий показник захворюваності досяг 380,7 на 100 тис. населення та порівняно з попереднім роком збільшився на 2,7%. При цьому показник смертності населення України від онкологічної патології в 2012 р. досяг 192,4 на 100 тис. населення (87 468 померлих), що на 3,3% вище, ніж у попередньому 2011 році. При вивченні вікової структури захворілого та померлого від онкологічних захворювань населення встановлено, що у 2012 р. 21,1% захворілих і 18,2% померлих чоловіків становили особи віком до 55 років, а серед жінок – 27,5% і 19,4% відповідно. Отже ці показники мають серйозний вплив на працездатне населення України у розквіті творчих сил. Наприклад, пухлини кісток виявляються у віці до 30 років, рак легені зустрічається у хворих віком від 40 до 55 років, а хоріонкарцинома матки виникає у жінок від 20 до 40 років. Спеціальне лікування – хірургічне, хіміо- та променеву терапію – отримують лише 69,5% хворих. Дані види ліку-

вання залишаються провідними у терапії злоякісних новоутворень, проте слід зазначити, що за останні два десятиліття характер зазначених методів, наприклад хірургічного, став більш агресивним за рахунок збільшення обсягу оперативних втручань, виконання розширених комбінованих операцій, впровадження нових складних технологій, а також частішого застосування перед- або післяопераційної хіміотерапії чи опромінення. Активно впроваджуються у клінічну практику нові, іноді досить складні, методи лікування раку, які потребують від хворого наявності задовільного соматичного стану. Застосування комбінованих та комплексних методів лікування, нових підходів та схем хіміотерапії, використання кількох хіміотерапевтичних лікарських засобів або інтенсивних курсів опромінення подовжують тривалість лікування, яке супроводжується певними побічними ускладненнями, що потребують додаткового застосування відновної терапії після закінчення основного курсу лікування. Протягом багатьох років до відновної терапії або реабілітації онкологічних хворих ставилися з певним скептицизмом. Проте методи реабілітації все частіше входять до спектра рекомендацій, які надають хворому лікарі. Необхідність розробки методів реабілітації онкологічних хворих, впровадження їх у щоденну практику лікувально-профілактичних закладів також обумовлена збільшенням кількості хворих, яким проведено лікування не тільки на I–II стадіях

онкологічного процесу (до 53,1%), коли застосовуються менш агресивні та травматичні методи лікування, але й у III–IV стадіях (17,3% та 14,4% відповідно), коли відсоток інвалідизації після складного комбінованого лікування значно вищий. Слід зазначити, що онкологічні захворювання включені Секцією фізичної та реабілітаційної медицини Спільки європейських медичних спеціалістів (UEMS) до 100 нозологічних форм інвалідизуючих захворювань, що потребують відновного лікування. Таким чином, реабілітація та відновне лікування, повернення хворим працездатності, соціальна реабілітація мають важливе значення.

Одним із провідних показників ефективності протипухлинного лікування є показник 5-річної виживаності, проте це не є поняття повного одужання, тому що методи спеціального лікування, які застосовуються в онкологічній практиці, можуть призводити до серйозних порушень різних функцій організму, які потребують тривалої відновної терапії.

Так, у високорозвинених країнах Заходу система охорони здоров'я поєднує профілактичні, лікувальні та реабілітаційні заходи. Принципи охорони здоров'я мають значення як для профілактики, так і для реабілітації, як системи державних соціально-економічних, медичних, психологічних та інших заходів, спрямованих на ефективне та раннє повернення хворих та інвалідів до суспільства.

Авторитетне в Європі видавництво White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe (2007) дає наступне визначення реабілітації: «Реабілітація – активний процес повного відновлення блокованих пошкоджень чи хворобою функцій у пацієнта, або, якщо повне їх відновлення неможливе, реалізація оптимального фізичного, розумового та соціального потенціалу, припустимого його відповідним оточенням».

Реабілітаційна медицина зосереджена на вирішенні проблеми покращення фізичного функціонування людини (самостійність), а також на можливості людей брати активну участь у житті суспільства (незалежність).

Відмінність реабілітаційної медицини від інших медичних напрямків полягає у «філософії лікування», тому що діагноз практично завжди відомий, і лікування спрямоване на вторинні ускладнення первинного захворювання та побічні ефекти від проведеного лікування. Критеріями ефективності реабілітаційних заходів є не медична або клінічна стабільність, а функційна адекватність. Відомо, що якщо у хворого відсутні функційні наслідки захворювання, він не потребує реабілітації. Проте слід зазначити, що кожний онкологічний хворий, якщо і не потребує фізичних методів

реабілітації (наприклад, хворі на рак молочної залози ранніх стадій або новоутворення шкіри), потребує психологічної підтримки, тому психологічна реабілітація у онкологічних хворих повинна застосовуватися обов'язково. Відомо, що хворі, у яких вилучають будь-який внутрішній орган з приводу раку, легше переносять даний стрес, ніж хворі, яким видалили грудну залозу, верхню або нижню кінцівку або провели операцію на голові та шиї. Слід наголосити, що психологічна робота із пацієнтом повинна починатися з моменту обстеження та встановлення діагнозу та проводитися протягом всього періоду лікування і після його закінчення. Для зменшення психологічного тиску хвороби на хворого, зняття психологічної напруженості та проявів депресії, лікуючому лікарю необхідно проводити щоденні бесіди із пацієнтом, скеровувати хворого для участі в індивідуальних та групових заняттях із психологом.

Розглядаючи місце реабілітаційних заходів у процесі лікування онкологічних хворих, спочатку можливо виділити три групи пацієнтів відповідно до стадії захворювання та характеру лікування: хворі I–II стадії онкологічного процесу, які мають високий відсоток одужання, провідним методом лікування у них є хірургічний, а останніми роками він має функційно- та органозберігаючий характер. У другу групу включаються хворі з III стадією онкологічного захворювання, де комбіновані методи лікування мають досить агресивний характер, а хірургічне втручання призводить до інвалідизації. Остання, третя група, це хворі з IV стадією раку, з несприятливим прогнозом або з прогресуванням хвороби. Мета застосування спеціального лікування у цих хворих – це уповільнення росту злоякісної пухлини шляхом застосування паліативних курсів хіміо- або променевої терапії. Оперативне втручання у хворих з поширеним пухлинним процесом загалом спрямоване на ліквідацію ускладнень пухлинного процесу (наприклад, накладання колостоми при непрохідності товстої кишки або дренажування жовчних шляхів при механічній жовтяниці) та відновлення порушених функцій органів або систем (наприклад, накладання шлунково-кишкового анастомозу при непрохідності вихідного відділу шлунка). Важливим питанням у цій групі хворих є застосування знеболювальних препаратів та ліквідація хронічного больового синдрому.

Беручи до уваги особливості лікування та прогнозу перебігу захворювання в кожній групі, можливо виділити наступні складові мети реабілітації:

– відновна – це повне відновлення працездатності для хворих зі сприятливим прогнозом перебігу захворювання;

– підтримуюча – спрямована на адаптацію хворого, який після хірургічного лікування втратив працездатність, до нового психічного та фізичного стану, перебування в суспільстві та родині. У цій групі хворих є можливість зменшити прояви непрацездатності шляхом застосування адекватної терапії та ЛФК (тренування). Підтримуюча задача реабілітації безпосередньо стосується хворих із III стадією онкологічного процесу, коли застосовуються методи лікування, що призводять до втрати працездатності та інвалідизації;

– паліативна – це заходи, спрямовані на створення якісних умов існування хворого при прогресуванні хвороби та попередження розвитку ускладнень – больового синдрому, психічних розладів, пролежнів тощо.

Дані задачі вирішуються на таких етапах реабілітації:

1. Підготовчий етап, на якому повинна проводитися психологічна підготовка хворого. Як правило, у онкологічного хворого виникають різного роду психогенні порушення, а депресивний стан вважається найбільш поширеним. Мета психологічної бесіди лікаря із хворим – підтримати його, розповісти про сучасні успіхи у терапії раку, налаштувати хворого на позитив, відвести погані думки про неефективність лікування, його безперспективність та можливість швидкої смерті. За необхідності на даному етапі можуть бути застосовані заспокійливі лікарські засоби.

2. Лікувальний – період проведення спеціального лікування (операції, хіміотерапії або опромінення).

3. Ранній відновний – період реабілітаційних заходів, що проводяться після отримання спеціального лікування, у період до трьох тижнів, та може включати методи ЛФК, обмежений перелік фізіотерапевтичних методів, які не здійснюють нагріву тканин, інші методи, спрямовані на відновлення тканини та органів.

4. Пізній відновний етап починається безпосередньо після раннього і включає ЛФК та відновлення функції оперованого органу. Даний етап може бути довготривалим, іноді до 6 місяців, тому він повинен гармонійно поєднуватися із курсами післяопераційної хіміотерапії та променевої терапії.

5. Соціальний – повернення хворого до того життя та роботи, які були до початку хвороби. На даному етапі важлива психологічна підтримка, як з боку лікаря, так і членів родини, товаришів, колеги по роботі.

Організм кожної людини індивідуальний, і незважаючи на те, що різні локалізації раку мають однакові симптоми розвитку, застосовуються одні й ті самі методи лікування, відновна терапія (реабілітація) повинна плануватися для кожного хво-

рого окремо, з урахуванням його загального стану, супутньої соматичної патології, локалізації пухлини, її характеристик, обсягу виконаної операції, застосованих схем хіміотерапії або дози опромінення, психічного стану хворого, особливостей його роботи, відносин у сім'ї. На сьогодні за більшістю локалізацій раку можливо приблизно передбачити прогноз його перебігу після проведеного оперативного лікування, що повинно впливати на рішення лікаря у складанні індивідуального плану реабілітації конкретного онкологічного хворого. Лікаря треба виділити пріоритетні напрямки у відновленні функції органу або системи, виявити найбільш можливі причини втрати працездатності, щоб зменшити або попередити їх прояви.

Загалом процесом відновлення повинна займатися реабілітаційна команда або міждисциплінарна реабілітаційна бригада, в яку входять лікарі-клініцисти (кардіолог, невролог, травматолог, ортопед тощо, залежно від патології), лікарі фізіотерапії та ЛФК, парамедичні спеціалісти (психолог). Важлива роль у проведенні реабілітаційних заходів у онкологічних хворих належить оточенню – родичам, друзям, людині, яка їх доглядає.

Значну частину відновного періоду хворий знаходиться вдома, причому роль рідних та близьких полягає у проведенні з хворим занять, а також створенні сприятливого психологічного клімату в родині. Надопіка або байдужість, пасивне ставлення до онкологічного хворого родича вкрай уповільнюють процес відновлення та одужання. Поєднання вимогливості та доброзичливості обов'язкове для оточення хворого, це позитивно впливатиме на хід відновлення порушених функцій та допоможе повернути його до звичайного життя.

Тривалий час пріоритетним напрямками медицини була діагностика, лікування та профілактика захворювань. Але зі збільшенням віку населення почали переважати хронічні захворювання, до яких належать і злоякісні новоутворення. Суспільство зіткнулося з медико-соціальними наслідками цих проблем, для вирішення яких потрібний цілий комплекс медичних, соціальних, освітніх та професійних заходів для відновлення біосоціальної функції людини.

Таким чином, медичній реабілітації, як і паліативній медицині, в світі приділяється все більше уваги, вона є окремою сферою охорони здоров'я, покликання якої – поліпшення якості життя пацієнта, коли обмежені можливості спеціалізованого лікування. Реабілітація онкологічних хворих – це багатоетапний і безперервний відновлювальний процес, що поєднує в собі багато компонентів та спрямований на відновлення соціальної активності хворого.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мисьяк С. А. *Практическое пособие по медицинской, социальной и трудовой реабилитации онкологических больных и инвалидов* / С. А. Мисьяк. – Херсон : Айлант, 2002. – 216 с.
2. *Рак в Україні, 2012-2013* / Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л. О. [та ін.] // Бюлетень Національного канцеррестру України. – 2014. – № 15. – С. 26–27.
3. Cole R. P. *Does rehabilitation have a place in oncology management?* / R. P. Cole, S. J. Scialla // *Ann. Oncol.* – 2002. – № 13. – P. 185–186.
4. *Longitudinal evaluation of restricted mouth opening (trismus) in patients following primary surgery for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma* / Scott B., D'Souza J., Perinparajah N. [et al.] // *Br. J. Oral. Maxillofac. Surg.* – 2011. – Vol. 49, № 2. – P. 106–111.
5. Okamura H. *Importance of Rehabilitation in Cancer Treatment and Palliative Medicine* / H. Okamura // *Jpn. J. Clin. Oncol.* – 2011. – Vol. 41, № 6. – P. 733–738.
6. *Prevention and management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline* / Hershman D. L., Lacchetti C., Dworkin R. H. [et al.] // *J. Clin. Oncol.* – 2014. – Vol. 32, № 18. – P. 1941–1967.
7. Ronson A. *Psychosocial rehabilitation of cancer patients after curative therapy* / A. Ronson, J. Body // *Support. Care. Cancer.* – 2002. – Vol. – P. 281–291.
8. Silver J. K. *Impairment-driven cancer rehabilitation: an essential component of quality care and survivorship* / J. K. Silver, J. Baima, R. S. Mayer // *CA Cancer. J. Clin.* – 2013. – Vol. 63, № 5. – P. 295–317.
9. Spence R. R. *Exercise and cancer rehabilitation: a systematic review* / Spence R. R., Heesch K. C., Brown W. J. // *Cancer. Treat. Rev.* – 2010. – Vol. – P. 1851–94.
10. *The development of an evidence-based physical self-management rehabilitation programme for cancer survivors* / van Weert E., Hoekstra-Weebers J. E., May A. M., [et al.] // *Patient. Educ. Couns.* – 2008. – Vol. 71. – P. 169–90.
11. Tozzo P. *The Rehabilitation Setting of Terminal Cancer Patients: Listening, Communication, and Trust* / P. Tozzo, V. Ananian, L. Caenazzo // *J. Clin. Res. Bioeth.* – 2014. – Vol. 5. – P. 175.
12. *White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe* / Gutenbrunner C., Ward A. B., Chamberlain M. A. editors // *J. Rehabil. Med.* – 2007. – Vol. 39, Suppl. 45. – P. 1–48.

РЕАБИЛИТАЦИЯ – НЕОТДЕЛИМАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОЦЕССА ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Д. ОСИНСКИЙ¹, С. БУЧИНСКИЙ²

¹ Киевский городской клинический онкологический центр, Украина

² Консультативно-диагностический центр Шевченковского района г. Киева, Украина

Реабилитация – важный и необходимый этап в процессе лечения онкологических больных, целью которого является восстановление функций органов и систем организма больного и уменьшение побочных эффектов специального лечения.

Ключевые слова: реабилитация, восстановительная терапия, онкологический больной.

REHABILITATION – AN INSEPARABLE COMPONENT OF PROCESS OF TREATMENT OF ONCOLOGICAL PATIENTS

D. OSINSKY¹, S. BUCHINSKYI²

¹ Kyiv City Clinical Cancer Center, Ukraine

² Advisory and Diagnostic Center of Shevchenkivskyi district, Kiev, Ukraine

Rehabilitation in oncology is an important and necessary stage in treatment of cancer patients which purpose is restoration of functions of bodies and systems of an organism of the patient and reduction of expressiveness of side effects from the carried-out special treatment.

Key words. Rehabilitation, recovery therapy, cancer patients.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Осинський Дмитро Сергійович – заступник головного лікаря з амбулаторно-поліклінічної роботи Київського міського клінічного онкологічного центру. Адреса: м. Київ, вул. Верховинна, 69; тел. (044) 424-68-18.

Бучинський С. – Консультативно-діагностичний центр Шевченківського району м. Києва.

Стаття надійшла до редакції 24.11.2014 р.

Паліативна допомога: проблеми сімей інкурабельних хворих

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.1(1):55-59; doi 10.15574/IJRP.2015.01.55

Мета: вивчити медико-соціальні особливості родичів невиліковних хворих для визначення напрямів поліпшення надання паліативної допомоги.

Матеріали і методи. Використано соціологічний (опитано 146 родичів невиліковних пацієнтів медичних закладів м. Івано-Франківська) та медико-статистичний метод.

Результати. Встановлено, що основний тягар догляду за невиліковними хворими припадає на плечі жінок (70,5% опитаних) працездатного віку (91,8%). З появою у родині невиліковно хворого погіршується якість життя родичів внаслідок фінансових труднощів (рівень матеріального добробуту респондентів знизився у 1,5–2 рази), обмеження соціальної активності (72,5%), погіршення сімейних взаємин (51,4%) та відчуття психологічного дискомфорту через страх захворіти (77,1%), невпевненість у майбутньому (76,4%), тривогу (67,1%), незадоволеність станом власного здоров'я (61,0%) тощо. Виявлено високий рівень потреби родичів у допомозі з догляду за невиліковно хворим членом родини (92,4%), спеціальних знаннях із догляду за важкохворими (63,2%) та відповідному навчанню (53,5%).

Висновки. З метою задоволення потреб родичів невиліковно хворих у допомозі з догляду, спеціальних знаннях із догляду за важкохворими та відповідному навчанні, а також для формування у них навичок протидії і полегшення психологічних страждань необхідно організовувати при закладах та підрозділах паліативної допомоги на принципах мультидисциплінарного підходу спеціальні тренінги для членів родин інкурабельних пацієнтів.

Ключові слова: організація паліативної допомоги, члени сімей інкурабельних пацієнтів.

Вступ

Особливістю паліативної допомоги (ПД) є надання відповідних послуг не лише інкурабельному пацієнту, але і його родині [2;5-6]. Адже з появою у сім'ї невиліковно хворого перед його рідними постає комплекс складних проблем. Так, на думку міжнародних та вітчизняних експертів, близькі, зазвичай, психологічно травмовані – для них характерні прояви почуття провини перед хворим; інколи агресії до медичних працівників, держави; депресія, у зв'язку з хворобою чи втратою близької людини; канцерофобія; суїцидальні думки від почуття страху та приреченості на самотність; загроза втрати робочого місця тощо [2-6].

Крім того, на плечі близьких та родичів хворого здебільшого лягає й тягар повсякденного догляду: від забезпечення його особистої гігієни (миття, допомога при перевдяганні, відправлення фізіологічних потреб, годування) до фізично досить тяжких дій (піднімання, обертання тощо) [3-4]. З часом виконання родичами психологічно та фізично важких обов'язків з догляду за таким хворим може призвести до різкого звуження діапазону їхніх життєвих можливостей, виникнення суперечливої емоційної реакції на зміну особистості та поведінку хворого, а також до виснаження матеріальних ресурсів та появи нерівності в соціальному благополуччі [3-5].

Логічно, що за таких обставин члени родин невиліковно хворого потребують всебічної підтримки –

медичної, соціальної, психологічної тощо, а також навчання основним навичкам догляду за таким хворим, оскільки більшість паліативних пацієнтів лікуються амбулаторно [2–6].

Мета дослідження: вивчити медико-соціальні особливості родичів невиліковних пацієнтів для визначення напрямів поліпшення надання паліативної допомоги.

Матеріал і методи дослідження

За спеціально розробленою програмою опитано 146 родичів невиліковних пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні в різних закладах охорони здоров'я м. Івано-Франківська: обласному клінічному центрі паліативної допомоги (хоспіс), обласному онкологічному диспансері та центральній міській клінічній лікарні.

Оскільки за результатами дослідження отримані переважно категорійні (якісні) дані, для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного чинника на 100 опитаних і похибки репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію χ^2 [1].

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що опитані родичі здебільшого були міськими мешканцями – 67,1 \pm 3,9% проти 32,9 \pm 3,9% жителів сіл ($p < 0,001$). Традиційним для таких життєвих ситуацій виявився статевий розподіл респондентів, оскільки догляд за хворими родичами, головним чином, здійснюють жінки – 70,5 \pm 3,8% проти 29,5 \pm 3,8% чоловіків.

Важливо підкреслити, що більшість опитаних мали значний стаж такого догляду: 46,1 \pm 4,6% респондентів здійснювали його в межах від декількох місяців до року, а 25,2 \pm 4,0% – взагалі декілька років.

Слід зазначити, що більшість (91,8 \pm 2,3%) опитаних родичів невиліковних хворих були працездатного віку. Зрозуміло, що наявність важкохворого члена родини, необхідність доглядати чи організовувати догляд за ним, пов'язані з цим психологічні переживання знижують продуктивність праці, а отже поглиблюють соціально-економічні збитки.

Мало того, частина родичів інкурабельних хворих, очевидно, була вимушена працювати неповний робочий день, а частина – взагалі втратили роботу. Адже відповіді респондентів свідчать, що лише 69,2 \pm 3,8% з них працювали, у тому числі ко-

жен десятий (8,2 \pm 2,3%) мав тимчасову роботу. Третина (30,8 \pm 3,8%) респондентів не працювали взагалі. Привертає увагу та обставина, що практично кожен десятий (8,9%) незайнятий респондент заявив, що не працює через необхідність догляду за своїм важкохворим родичем.

Також встановлено, що кожен четвертий (24,8 \pm 3,7%) працюючий родич у зв'язку з необхідністю догляду за хворим членом родини оформляв листок непрацездатності. Зрозуміло, що це прямі збитки для держави.

Крім того, поява невиліковно хворого призводить до значного погіршення матеріального добробуту сім'ї. І це на тлі загалом невисокого рівня благополуччя, коли навіть до появи в сім'ї некурабельного хворого кожен п'ятий (21,9 \pm 3,4%) респондент вважав свої статки низькими. За результатами оцінки респондентів матеріального добробуту після встановлення діагнозу невиліковного захворювання їхнім рідним визначено, що розглянутий показник зріс удвічі – до 40,4 \pm 4,1%. І навпаки, частки тих, що оцінювали свої доходи до і після появи в родині важкохворого як середні і вищі за середні, знизились з 73,3 \pm 3,7% і 4,8 \pm 1,8% до 56,2 \pm 4,1% та 3,4 \pm 1,5% відповідно.

У результаті дослідження встановлено, що лише 10,3 \pm 2,5% з опитаних родичів інкурабельних хворих проживали в комфортних умовах, більшість (80,8,9 \pm 3,3%) – у задовільних і кожен десятий (8,9 \pm 2,4%) респондент, незалежно від віку, статі та місця проживання, скаржився на незадовільні умови проживання.

При аналізі сімейного стану показано, що більшість опитаних родичів невиліковно хворих пацієнтів перебували в шлюбі (71,9 \pm 3,7%), кожен десятий був розлучений (13,0 \pm 2,8%), 8,2 \pm 2,3% ніколи не були одружені і 6,8 \pm 2,1% овдовіли.

Характеризуючи свої внутрішньосімейні стосунки, лише третина (35,6 \pm 4,0%) респондентів назвали їх доброзичливими, понад половина (56,2 \pm 4,1%) оцінили відносини в сім'ї як задовільні. Проте досить високою була частка тих, хто скаржився на конфліктні стосунки в родині, – практично кожен десятий (8,2 \pm 2,3%). На наш погляд, це може бути проявом саме психотравмуючого впливу появи в сім'ї невиліковно хворого. Адже половина опитаних (51,4 \pm 4,2%) пов'язували суттєве погіршення сімейних стосунків саме з цією обставиною.

З встановленням фатального діагнозу більшість родичів (72,5 \pm 3,7%) хворих змушені були згорнути й свою звичну соціальну активність (відвідування театрів, кіно, гуртків, церкви, зустрічі з друзями тощо). Однією із причин може бути високий рівень почуття відповідальності за важкохворого члена

своєї сім'ї (93,8±2,0%), а також недосконалість системи паліативної допомоги в нашій державі, коли значну частину обов'язків по догляду за такими хворими змушені брати на себе їхні родичі. Як наслідок, більшість (70,5±3,8%) респондентів відчували себе самотніми у боротьбі за життя дорогої для них людини.

Не дивно, що абсолютна більшість (95,9±1,6%) опитаних родичів вказали, що страждають від постійних дистресів. Їхнє життя стали супроводжувати: страх захворіти (77,1±3,5%), невпевненість у майбутньому (76,4±3,5%), постійна тривога (67,1±3,9%), відчай (55,2±4,2%), страх втратити роботу (54,2±4,2%). Для значної кількості опитаних їх складна життєва ситуація призводила до відчуття безвиході (41,3±4,1%), провини перед хворим родичем (39,9±4,1%), злості (28,6±3,8%), соціальної ізоляції (26,8±3,7%).

У результаті майже половина (44,8±4,1%) респондентів вказали, що потребують підтримки психолога. Водночас досить вагома частка (46,2±4,1%) опитаних родичів просто не знали, де вони можуть отримати таку допомогу, що, як відомо, є важливою складовою паліативної допомоги.

Такий важкий психологічний стан, на тлі практично не сформованої системи психологічної допомоги, культурних стереотипів (психолога часто плутають з психіатром) тощо, може бути додатковим чинником, що спонукає респондентів шукати шляхи «зняття стресу», зокрема через шкідливі звички. Третина (32,9±3,9%) опитаних родичів зазначили, що курять, і майже стільки ж (29,7±3,8%) регулярно (декілька разів на місяць і частіше) вживають алкоголь. Головним чином – це респонденти чоловічої статі ($p < 0,001$), серед яких курили 76,7±6,4% (проти 14,6±3,5%) і досить часто вживали алкоголь 60,5±7,5% (проти 16,7±3,7%).

Висока стресогенність складної життєвої ситуації і значне поширення шкідливих звичок є загальновідомими чинниками ризику хронічних захворювань. Вивчення цього питання показало, що більше страждає психологічна компонента здоров'я родичів хворого. Більшість (61,0±4,0%) респондентів з їх числа негативно оцінювали власне здоров'я, що у 1,5 рази частіше, ніж об'єктивна наявність хронічних захворювань (37,3±4,1%). При цьому понад половина (55,9±4,2%) опитаних прямо пов'язували погіршення самопочуття та стану

здоров'я саме з появою у родині інкурабельного хворого.

Цим можна пояснити, чому абсолютна більшість (92,4±2,2%) респондентів потребували допомоги з догляду за невиліковним хворим. Крім того, 63,2±4,0% родичів вказали на потребу в спеціальних знаннях із догляду за важкохворим, а 53,5±4,2% хотіли б пройти з цією метою необхідне навчання. Рекомендації міжнародних експертів свідчать, що найкращою формою отримання таких знань і вмінь є спеціально організовані тренінги на базі хоспісів, центрів чи інших підрозділів паліативної допомоги [5,6]. Крім того, враховуючи загальновізнаний мультидисциплінарний підхід до організації паліативної допомоги, до навчання, як правило, залучають психологів, священнослужителів, волонтерів тощо для формування навичок протидії та полегшення психологічних страждань родичів невиліковно хворих пацієнтів.

Досвід запровадження таких тренінгових центрів у регіональних закладах паліативної допомоги України (Київ, Львів, Івано-Франківськ) довів їх популярність та дієвість.

Висновки

1. Встановлено, що поява в родині невиліковно хворого призводить до погіршення її матеріального стану та соціально-психологічного клімату, оскільки внаслідок нерозвиненості інституту паліативної допомоги в державі догляд змушені здійснювати члени сімей хворих (переважно жінки працездатного віку), що негативно відбивається на основних аспектах якості їхнього життя (фінансові труднощі, погане самопочуття, обмеження соціальної активності, тривога тощо).

2. З метою задоволення потреб родичів невиліковно хворих у допомозі по догляду, в спеціальних знаннях із догляду та відповідному навчанні, а також для формування навичок протидії і полегшення психологічних страждань необхідно організувати при закладах та підрозділах паліативної допомоги спеціальні тренінги для членів родин інкурабельних пацієнтів на принципах мультидисциплінарного підходу.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці заходів з організації навчання по догляду за невиліковно хворим та захисту від психологічних дистресів для членів родини.

Література

1. Децик О. З. Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікар. вісн. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 5–8.
2. Князевич В. М. Паліативна та хоспісна медицина: концепція, складові, розвиток в Україні (за даними наукової літератури) / В. М. Князевич, З. М. Митник, Ю. І. Губський // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 3 (11). – С. 55–62.
3. Кужель І. Р. Система психологічної допомоги особам, які здійснюють догляд за інкурабельними онкологічними хворими / І. Р. Кужель, М. В. Маркова, О. В. Калачов // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції, м. Київ, 8–9 листоп. 2012 р.; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : Ун-т «Україна», 2012. – С. 153–155.
4. Кужель І. Р. Система психологічної допомоги сім'ї інкурабельного онкологічного хворого / І. Р. Кужель, О. В. Калачов // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції, м. Київ, 8–9 листоп. 2012 р.; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : Ун-т «Україна», 2012. – С. 150–152.
5. Palliative care for older people: better practices [Electronic resource] // Regional Office for Europe, WHO. – 2011. – Access mode: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf.
6. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care [Electronic resource] / Council of Europe. – 2003. – Access mode: [http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)

ПАЛІАТИВНА ПОМОЦЬ: ПРОБЛЕМИ СЕМЕЙ ИНКУРАБЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

О.З. ДЕЦИК, Ж.Н. ЗОЛОТАРЕВА

ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет» МЗ Украины

Цель: изучить медико-социальные особенности родственников неизлечимых больных для определения направлений улучшения оказания паллиативной помощи.

Материалы и методы. Использованы социологический (опрошено 146 родственников неизлечимых пациентов медицинских учреждений г. Ивано-Франковска) и медико-статистический методы.

Результаты. Установлено, что основное бремя ухода за неизлечимыми больными приходится на женщин (70,5% опрошенных) работоспособного возраста (91,8%). С появлением в семье неизлечимо больного ухудшается качество жизни родственников вследствие финансовых трудностей (уровень материального благополучия респондентов снизился в 1,5–2 раза), ограничения социальной активности (67,1%), неудовлетворенности состоянием собственного здоровья (61,0%) и т.п. Выявлен высокий уровень потребности родственников в помощи по уходу (92,4%), специальных знаниях по уходу за тяжелобольными (63,2%) и в соответствующем обучении (53,5%).

Выводы. С целью удовлетворения потребностей родственников неизлечимо больных в помощи по уходу, специальных знаниях по уходу за тяжелобольными и в соответствующем обучении, а также для формирования у них навыков противодействия и облегчения психологических страданий необходимо организовывать при учреждениях и подразделениях паллиативной помощи на принципах мультидисциплинарного подхода специальные тренинги для членов семей инкурабельных пациентов.

Ключевые слова: организация паллиативной помощи, члены семей инкурабельных больных.

PALLIATIVE CARE: PROBLEMS OF INCURABLE PATIENTS' FAMILIES

O.Z. DETSYK, JH.M. ZOLOTAREVA

SHNI «Ivano-Frankivsk national medical university» MOH of Ukraine

Aim of study.

Materials and methods. The sociological survey has been performed by interviewing 146 incurable and severely diseased patients' family members at different in-patient health care facilities in Ivano-Frankivsk (Western Ukraine): Regional clinical centre of palliative care (Hospice), Regional oncology hospital, Central clinical city hospital.

Results. There was established that the main burden of caring for the terminally ill falls on the shoulders of women (70.5% of respondents) of working age (91.8%). The appearance of incurable ill family member impacts on worsening quality of life his/her relatives due to destitution (level of material well-being of the respondents fell 1.5-2 times), limiting social activity (in 72.5% of cases), deterioration of family relationships (51.4%) and psychological discomfort for fear getting sick (77.1%), uncertainty in the future (76.4%), anxiety (67.1%),

dissatisfaction with their health (61.0%) and others. There was displayed the high level of family needs to help care for the terminally ill family member (92.4%), special knowledge of the care of seriously ill (63.2%) and appropriate training (53.5%).

Conclusions. In order to satisfy the terminally ill patients' relatives needs of to help care, special knowledge of the seriously ill care and appropriate training, as well as the formation of their skills of combating and facilitate psychological suffering the special trainings for incurable patients' family members should be organized in facilities and units of palliative care on the principles multidisciplinary approach.

Key words: palliative care, incurable patients' family members.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Децик Орина Зенонівна – проф. каф. соціальної педіатрії ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.

Золотарьова Жанна Миколаївна – асистент каф. соціальної педіатрії ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.

Стаття надійшла до редакції 10.03.2015 р.

НОВОСТИ

Пилуля, снабженная иголочками – «шприц XXI века»

В основе изобретения, которое совершили сотрудники Массачусетского технологического института, лежит описанный еще Джеком Лондоном метод охоты на белых медведей, который когда-то применяли коренные жители Аляски.

В данном случае роль замороженного жира выполняет специальное покрытие пилули, снабженной несколькими десятками тончайших игл.

Диаметр игл столь мал, что они в отличие от свернутого в трубочку китового уса, которые применяли эскимосы в XIX веке, не только не пробивают слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, но и вообще не вызывают никаких ощущений.

Покрытие таблетки mPill полностью растворяется только после того как она попадет в кишечник – это предотвращает разрушение лекарства желудочным соком.

Во время движения по кишечнику миниатюрные иглы введут в его стенки весь препарат, который немедленно поступит в кровь. В дальнейшем таблетка выводится из организма естественным образом вместе с отходами жизнедеятельности. Длина такой капсулы 2 см. а ее диаметр – 1 см.

Пилуля-шприц уже прошла испытания на животных – в этом случае в организмы свиней вводили инсулин.

Исследование кишечника животных, которое было проведено после того, как капсула покинула их организмы, не выявило ни малейших повреждений слизистой оболочки. Вместе с тем «пилули» выполнили задачу – полностью ввели заданную дозу инсулина.

По мнению авторов изобретения, оно будет полезно в первую очередь людям, страдающим диабетом 1-го типа, и больным другими заболеваниями, для лечения которых требуются ежедневные инъекции препаратов.

После начала промышленного производства таблеток mPill и их удешевления пилули можно будет применять и для массовой вакцинации препаратами, которые сейчас вводятся с помощью обычных инъекций.

Источник: med-expert.com.ua

*ВГО «УКРАЇНСЬКА ЛІГА СПРИЯННЯ РОЗВИТКУ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ»
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П.Л. ШУПИКА
ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ*

МАТЕРІАЛИ науково-практичної конференції «Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку»

**18 – 19 вересня 2014 р.
м. Харків**

Від імені ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» щиро вітаю учасників науково-практичної конференції «Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку», яка, без сумніву, стане наступним кроком у напрямку розвитку в Україні системи паліативної та хоспісної допомоги, що відповідатиме кращим світовим стандартам та підходам.

Особливі вітання – колективу Харківського обласного центру паліативної медицини «Хоспіс» та його засновнику і незмінному керівнику Віталію Олександровичу Екзархову. Адже у ці дні 15 років назад було створено цей один з найкращих закладів паліативної та хоспісної допомоги в Україні, який впродовж півтора десятиліття забезпечує право невиліковно хворих мешканців міста Харкова і Харківської області на гідне людині завершення земного життя.





Незважаючи на значні досягнення сучасної медичної науки і практики, в Європі та розвинених країнах світу, а також в Україні, вмирання і смерть є обов'язковим заключним етапом життя будь-якої людини. Жоден з нас не може уникнути смерті – ні верховний правитель, ні відомий вчений, письменник чи артист, ні жебрак. Збільшення у суспільстві кількості людей похилого віку, пацієнтів з онкологічними захворюваннями, наслідками інсультів та інфаркту міокарда, іншими хронічними невиліковними захворюваннями зумовлює значну потребу населення у спеціалізованій паліативній та хоспісній допомозі. На жаль, несподівано в українському суспільстві з'явилася значна категорія паліативних пацієнтів – люди, які стали інвалідами через поранення під час бойових дій на Донбасі.

Враховуючи сучасний мультидисциплінарний підхід до надання паліативної та хоспісної допомоги, особливої актуальності набуває проблема оптимізації підготовки з питань паліативної та хоспісної допомоги медичних і соціальних працівників, психологів і священнослужителів, волонтерів. Ці питання, а також проблеми ефективного знеболення і фармакотерапії, симптоматичного лікування пацієнтів у декомпенсованих та термінальних стадіях захворювань, паліативної та хоспісної допомоги дітям, психологічного супроводу, залучення лікарів загальної практики – сімейних лікарів до надання паліативної та хоспісної допо-

моги вдома, обмін досягненнями та кращим українським і міжнародним досвідом та інші питання, що обговорювалися на конференції, представлені на сторінках цих матеріалів.

Від кожного з нас сьогодні залежить, щоб чим скоріше в Україні паліативна та хоспісна допомога стала ефективною та доступною, перш за все для найбільш вразливих груп населення – громадян похилого віку, які віддали свої сили та здоров'я заради життя сучасних поколінь. І сьогодні громадянська і держава повинні зробити усе від нас залежне, створити їм нормальні умови, щоб вони могли гідно, без болю і страждань, завершити біологічне життя і з миром відійти у Вічність.

ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», готуючись до Другого Національного Конгресу з паліативної допомоги, який заплановано на вересень 2015 року, запрошує усіх зацікавлених осіб до співпраці та консолідації зусиль.

Бажаю усім миру, добробуту, здоров'я та благополуччя!

З повагою

В.М. Князевич

*Голова Правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги»,
доктор медичних наук*

Стан, проблеми і перспективи впровадження «Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року»

¹ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги»

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

³Київський університет імені Бориса Грінченка

У статті аналізується стан, найбільш суттєві проблеми і перспективи впровадження «Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року», розглядаються оптимальні підходи щодо сприяння створенню та розвитку в Україні ефективної та доступної системи паліативної та хоспісної допомоги, що сьогодні є актуальною медико-соціальною проблемою суспільства.

Ключові слова: Національна стратегія розвитку системи паліативної допомоги, система надання паліативної та хоспісної допомоги, заклад паліативної та хоспісної допомоги, хоспіс, нормативно-правова база, протоколи та стандарти надання паліативної та хоспісної допомоги, громадські організації.

Всеукраїнська громадська організація «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» (далі – Ліга), готуючись до Другого Національного Конгресу з паліативної допомоги, який заплановано на вересень 2015 року, постійно аналізує стан, найбільш суттєві проблеми і перспективи впровадження «Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року» (далі – Стратегія), що була розроблена експертами Ліги, обговорена і затверджена 26–27 вересня 2012 р. на Першому Національному Конгресі з паліативної допомоги [5] та надіслана до органів державної виконавчої та представницької влади, народних депутатів України, наукових установ, громадських організацій та інших зацікавлених закладів і установ.

У статті аналізуються результати та проблеми впровадження Стратегії впродовж останніх двох років, визначаються оптимальні шляхи створення та розвитку в Україні сучасної та ефективної системи надання паліативної та хоспісної допомоги (далі – ПХД).

Враховуючи значення сучасної нормативно-правової бази, яка б відповідала кращому міжнародному досвіду, одним з пріоритетних завдань

Стратегії було визначено забезпечення необхідного нормативно-правового регулювання в сфері паліативної допомоги. Адже після того, як 7 липня 2011 р. у Законі України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (ст. 35-4 «Паліативна допомога») вперше в історії незалежної України паліативна допомога була визначена як окремий вид медичної допомоги [6], виникла гостра потреба у розробці та прийнятті цілого ряду нормативних документів, які б регулювали впровадження та розвиток ПХД у державі. За два роки, що минули після прийняття Стратегії, в Україні були видані важливі нормативно-правові акти, що регулюють розвиток системи надання ПХД. Так, 21 січня 2013 р. МОЗ України видало наказ № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 07 лютого 2013 року за № 230/22762 [11], який, безперечно, є важливим кроком до створення у нашій державі сучасної та ефективної системи ПХД. А 23 травня 2014 р. Міністерство соціальної політики України та Міністерство охорони здоров'я України видали спільний наказ № 317/353 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів

при наданні соціальної послуги паліативного догляду вдома невиліковно хворим», який зареєстрований у Міністерстві юстиції України 13 червня 2014 р. за № 625/25402 [8], що, на нашу думку, сприятиме покращанню міжвідомчої співпраці при наданні ПХД в амбулаторних умовах.

Наказ МОЗ України від 01.02.2013 р. № 77 «Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів та внесення змін до реєстраційних матеріалів» дозволив внести таблетовані форми морфіну сульфату до Державного реєстру лікарських засобів України [7], наказ МОЗ України від 25.04.2012 р. № 311 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі», яким було затверджено «Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю» [10], та Постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.2013 р. № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» [9] дозволили значно полегшити доступність паліативним пацієнтам з хронічним больовим синдромом ефективного знеболення, особливо в амбулаторних умовах, зменшити страждання і покращити якість життя невиліковно хворих та їхніх рідних. На виконання зазначеної Постанови також потрібно прийняти низку відомчих актів МОЗ України та регіональних органів охорони здоров'я, що дозволить покращити доступність ефективного знеболення і зменшити страждання сотень тисяч пацієнтів з хронічним больовим синдромом.

Сьогодні в Україні одним з нагальних питань розвитку системи ПХД є «термінове розроблення національних стандартів ПХД, протоколів, методичних рекомендацій та інструкцій для фахівців, які надають ПХД в закладах охорони здоров'я та вдома», що визначено у Стратегії. Це, зокрема, прийняття нормативно-правових актів:

- про порядок надання ПХД;
- про порядок міжвідомчої координації та співпраці з надання ПХД;
- про затвердження стандартів надання ПХД, посадових інструкцій, кваліфікаційних характеристик та вимог до медичного персоналу тощо;
- юридичне визначення необхідних понять та термінів ПХД, зокрема ідентифікація «статусу паліативного пацієнта», поняття «обмеженого прогнозу життя», визначення «хоспісної допомоги» тощо;
- визначення мотиваційних заходів та забезпечення відповідних умов праці для заохочення

надання ПХД медичними і соціальними працівниками, психологами, священнослужителями, юристами, волонтерами тощо.

Важливо, щоб відповідні протоколи та стандарти обов'язково визначали медичну, соціальну, психологічну та духовну складові паліативної допомоги. Експерти Ліги підготували проекти цілої низки нормативних документів, але більшість з них, на жаль, ще не затверджені профільними міністерствами, а відсутність відповідної нормативної бази суттєво гальмує процес розвитку системи ПХД в Україні. Вважаємо за необхідне ще раз опрацювати кожен з проектів документів, залучивши до цієї роботи експертів Ліги, фахівців, наукові установи, громадські організації, релігійні громади, духовенство, та офіційно направити їх до МОЗ та до Мінсоцполітики України.

Важливо, щоб при розробці нормативно-правової бази була врахована сучасна світова концепція ПХД, яка знайшла своє відображення у низці міжнародних документів, зокрема у Рекомендаціях Комітету Міністрів Ради Європи (Rec (2003) 24) державам-учасницям «Про організацію паліативної допомоги» (2004), у Резолюції Парламентської Асамблеї Ради Європи № 1649 «Паліативна допомога: модель для інноваційної медичної та соціальної політики» (2009), у Рекомендаціях Європейського регіонального бюро ВООЗ «Паліативна допомога. Переконливі факти» (2005) та «Удосконалення паліативної допомоги літнім людям» (2005), у Резолюції 67-ї сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я «Зміцнення системи надання паліативної допомоги як компонента комплексного лікування в системі догляду за хворими» (2014), що свідчить про глобальну актуальність проблеми розвитку системи ПХД. Також важливими міжнародними документами, які необхідно враховувати, є «Паризька хартія по боротьбі з раком» (2000), рекомендації ВООЗ «Паліативна допомога: рекомендації ВООЗ для здійснення ефективних програм» (2007), Настави Європейської Асоціації паліативної допомоги «Біла книга стандартів і норм паліативної допомоги в Європі» (2009, 2010), «Празька хартія «Отримання паліативної допомоги – право людини» (2013) та інші [1–4,12,13]. Згідно з цими документами, метою діяльності служб охорони здоров'я та соціального захисту населення, громадських, благодійних та релігійних організацій, священнослужителів, волонтерів та громад у галузі ПХД є досягнення максимально можливої якості життя паліативних пацієнтів, а також підтримка родичів інкурабельного хворого під час його хвороби та після його смерті. ПХД надається інкурабельним пацієнтам усіх вікових груп і нозологічних форм у стадії декомпенсації або в термінальній фазі

захворювань на підставі кваліфікованої оцінки прогресування захворювання та обмеженого прогнозу тривалості життя, інтенсивності больового синдрому та ступеня втрати спроможності пацієнта до самообслуговування, розладу функцій органів і систем організму, з урахуванням конкретних фізичних, психічних та духовних потреб паліативних пацієнтів та членів їхніх родин.

Необхідне лікування та підтримку обов'язково мають отримувати також і члени сім'ї паліативного хворого, особливо під час термінальної стадії захворювання і після смерті родича, адже очікування неминучої близької кончини та переживання процесу вмирання і смерті рідної людини ставить інших членів родини у кризове становище, у сім'ях відбуваються порушення звичного сімейного укладу. Робота із сім'ями є складною, забирає багато часу, але вкрай необхідна, адже це дасть можливість підвищити рівень та якість життя паліативного хворого та його родини, що є найголовнішим завданням ПХД.

Наступним завданням, що було визначено у Стратегії, є «визначення реальної потреби в наданні паліативної допомоги». Це передбачає розробку та затвердження методичних підходів щодо визначення контингенту осіб, які потребують ПХД, проведення диспансеризації пацієнтів за «паліативними нозологіями» і створення регіональних та Національного реєстру паліативних хворих. Це потребує визначення офіційного статусу паліативного хворого, що дозволило б вирішувати нагальні питання щодо надання ПХД пацієнтам, які отримали цей статус, включаючи застосування наркотичних і психотропних лікарських засобів, забезпечення стаціонарного та амбулаторного паліативного лікування, догляду, правові питання тощо. На жаль, у цьому напрямку відбулося небагато змін. Тому перед фахівцями та громадськістю стоять серйозні завдання на найближчий період.

Важливою складовою зазначеної Стратегії є «реальна оцінка та планові розрахунки створення мережі спеціальних закладів паліативної допомоги на період 2013–2022 рр.», що передбачає створення:

- спеціалізованих закладів ПХД – хоспісів та центрів ПХД;
- спеціалізованих відділень ПХД в існуючих лікарнях;
- спеціалізованих палат ПХД у терапевтичних, онкологічних, психоневрологічних та інших відділеннях в існуючих закладах охорони здоров'я;
- спеціалізованих бригад ПХД для обслуговування хворих вдома;
- відділень паліативної допомоги у закладах соціальної сфери – геріатричних пансіонатах та

інтернатах, територіальних центрах соціального обслуговування населення тощо.

Найближчим часом необхідно за участі експертів Ліги провести інвентаризацію та скласти реєстр закладів, що надають ПХД, які підпорядковані МОЗ України, Міністерству соціальної політики України, іншим відомствам, а також приватного сектору. Важливо, щоб у регіонах створювалися не тільки різноманітні організаційні форми закладів та служб ПХД, але й, головне, щоб було дотримано основних принципів філософії Хоспісного Руху та міжнародних стандартів паліативної допомоги. Необхідно сприяти розробленню та затвердженню відповідних наказів, рекомендацій та інших нормативних документів щодо надання ПХД у:

- хоспісі або центрі паліативної та хоспісної допомоги;
- відділенні/палатах паліативної та хоспісної допомоги/медицини у спеціалізованому або багатопрофільному закладі охорони здоров'я (онкологічного, психоневрологічного, наркологічного, протитуберкульозного профілю, центрі профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІД тощо);
- спеціалізованій лікарні для ветеранів війни;
- хоспісі або відділенні/палатах паліативної допомоги для дітей;
- лікарні сестринського догляду;
- вдома із залученням мультидисциплінарної виїзної бригади паліативної допомоги вдома або лікаря загальної практики-сімейного лікаря;
- закладах соціальної сфери (інтернаті/пансіонаті для людей похилого віку, інвалідів тощо);
- інших закладах і установах, у яких перебувають паліативні пацієнти.

У 2012 р. МОЗ України ініціювало підготовку проекту Державної програми «Здоров'я 2020: український вимір». Експерти Ліги взяли активну участь у розробці цієї програми, надавши обґрунтування, розрахунки та пропозиції щодо впровадження самостійного напрямку, який стосується розвитку ПХД, однак на разі робота у цьому напрямку значно сповільнилася.

Сьогодні у деяких областях, зокрема у Полтавській, Дніпропетровській, Львівській, відбувається передача дільничних та сільських лікарень у підпорядкування органів Міністерства соціальної політики України. Тобто десятки закладів охорони здоров'я змінили статус на заклади соціальної сфери. У цілому такий процес можна було б вітати, за умови, що частина з цих лікарень буде перепрофільована у заклади ПХД. Проте жодних таких змін за останні два роки не відбулося. На базі колишніх дільничних лікарень не створено жодного нового хоспісу або іншого закладу ПХД.

Також не відбулося відчутних зрушень у питанні переобладнання відділень в існуючих лікарнях на відділення паліативної допомоги/медицини. Отже, сьогодні актуальним завданням Ліги є разом із місцевими органами влади опрацювати питання щодо створення закладів ПХД на базі лікарень, які змінюють свій статус. По кожній області необхідно визначити чіткий план із зазначенням місця розташування закладів ПХД та територій, які вони будуть обслуговувати, їх потужності та особливостей функціонування, з урахуванням потреб, бюджетних, демографічних та епідеміологічних особливостей регіону.

Ще актуальнішою за ці два роки стала проблема створення закладів ПХД у системі соціального забезпечення населення. У ряді регіонів України, зокрема в місті Києві, влада дала доручення службам соціального захисту щодо відкриття паліативних відділень або навіть хоспісів у геріатричних пансіонатах та інтернатах. Система закладів соціального захисту населення має значний досвід роботи з обслуговування та догляду за людьми, які потребують сторонньої опіки, але тут виникають дві дуже гострі проблеми. Перша проблема полягає у тому, що, на відміну від системи охорони здоров'я, система соціального захисту – платна. У ряді випадків існує правове поле навіть забороняє надання безкоштовних послуг. Друга проблема полягає у тому, що, відповідно до вимог чинного законодавства, надавати медичну допомогу можуть тільки заклади охорони здоров'я, які отримали відповідну ліцензію та пройшли необхідну акредитацію. Заклади соціальної сфери не мають ні ліцензій, ні акредитації. Тому необхідно знайти на законодавчому рівні вирішення цього питання або підготувати пропозиції щодо внесення змін до законодавства, щоб забезпечити кваліфіковану, якісну та безпечну паліативну допомогу у закладах, що підпорядковані Міністерству соціальної політики України. Сподіваємося, що спільний наказ Мінсоцполітики та МОЗ України від 23.05.2014 р. № 317/353 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальної послуги паліативного догляду вдома невиліковно хворим» [8], про який ми згадували вище, буде важливим кроком на шляху координації зусиль.

Також Стратегія передбачає опрацювання цілої низки важливих заходів, зокрема:

- **пошук найбільш ефективних організаційних форм надання ПХД**, серед яких створення комунальних підприємств, корпорацій із закладами системи соціального захисту населення, громадськими, благодійними, релігійними організаціями та іншими юридичними та фізичними особами – приватними партнерами;

- **розробку уніфікованого порядку акредитації закладів, що можуть надавати ПХД**, включаючи вимоги до приміщення/будівель, обладнання, площі, технічних засобів, кваліфікації кадрів, оздоблення тощо;

- **апробацію та впровадження нової моделі надання ПХД – центрів медико-соціальних послуг**, які будуть створюватись спільно громадськими, благодійними та приватними структурами-інвесторами та надавати широкий комплекс послуг щодо обслуговування паліативних пацієнтів та членів їхніх родин;

- **законодавче закріплення усіх можливостей для залучення іншого, крім бюджетного, фінансування** – платних послуг, благодійної допомоги, участі інших установ у діяльності закладів ПХД, що дозволить запровадити нові механізми фінансування, моніторингу та контролю якості надання ПХД на основі принципу «гроші ходять за клієнтом».

Наступне завдання, що передбачене Стратегією, – це «створення і розвиток інформаційно-технічного забезпечення надання паліативної допомоги» шляхом:

- створення єдиного в регіоні/місті інформаційного поля стосовно надання ПХД, що дасть можливість оптимізувати і скоординувати усі заходи лікувального, соціального та фінансового характеру;

- забезпечення отримання оперативної ПХД через модель «мобільний офіс», «єдине вікно», що сприятиме комплексному вирішенню проблем паліативного хворого і членів його сім'ї та профілактики утримання;

- проведення соціологічних досліджень для визначення існуючого рівня надання ПХД, виявлення задоволеності населення доступністю та якістю ПХД та реальних потреб громади, визначення пріоритетів у запровадженні нових форм надання ПХД;

- формування громадської думки, що передбачає розширення участі як громадян, так і державних організацій та місцевих органів влади, у роботі з паліативними хворими, забезпечення співпраці з громадськими, благодійними, релігійними, волонтерськими організаціями під час надання ПХД.

Правлінню та регіональним і місцевим осередкам Ліги разом з іншими громадськими організаціями та волонтерами необхідно більш активно звертатися як до благодійників, так і до представників органів влади, та пояснювати актуальність та медико-соціальне значення служби ПХД, що сприятиме вирішенню питань фінансування заходів щодо розвитку ПХД.

Завданнями Стратегії також важливе місце відводиться «розвитку кадрових ресурсів, як однієї з головних умов ефективної системи ПХД», зокрема:

- оптимізації штатних розписів закладів ПХД відповідно до міжнародних рекомендацій та стандартів, що сприятиме мотивації та залученню фахівців до надання ПХД;
- створенню та розвитку системи підвищення кваліфікації та перепідготовки медичних та соціальних працівників, що виявили бажання працювати у системі надання ПХД;
- удосконаленню навчально-методичної бази до- та післядипломної підготовки фахівців, зокрема навчальних програм, навчальних посібників, рекомендацій тощо;
- створенню у вищих медичних навчальних закладах (далі – ВМНЗ) кафедр та навчально-методичних центрів ПХД для адекватного забезпечення безперервного навчання спеціалістів на основі професійних потреб та підготовки волонтерів.

Впродовж останніх років у ВМНЗ України накопичено певний досвід післядипломної підготовки медичних працівників з питань надання ПХД населенню. Ми вважаємо, що до надання ПХД різним контингентам населення повинні залучатися: лікарі паліативної медицини, лікарі загальної практики – сімейні лікарі, терапевти, онкологи, геріатри, гематологи, психотерапевти та медичні психологи, невропатологи, пульмонологи, гастроентерологи, анестезіологи, педіатри, психіатри, фізіотри, інфекціоністи (зокрема ті, що працюють у центрах профілактики і боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІД) тощо, а також фельдшери сільських ФАПів, медичні сестри амбулаторій сімейної медицини та інші середні медичні працівники.

Завдяки активізації зусиль фахової громадськості та органів державної влади щодо реалізації цих завдань, було запроваджено викладання питань надання ПХД для студентів багатьох ВМНЗ, зокрема інститутів медсестринства і медичних коледжів, а також для лікарів і середніх медичних працівників у деяких закладах післядипломної освіти. Сьогодні курс ПХД включено у навчальні плани підготовки лікарів та молодших медичних спеціалістів деяких ВМНЗ, зокрема Івано-Франківського національного медичного університету, Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, Черкаського, Дубенського, Львівського, Полтавського медичних коледжів та інших. У 2013 р. співробітники Івано-Франківського НМУ розробили «Типову наскрізну навчальну програму з питань паліативної та хоспісної допомоги» для додипломної підготовки студентів ВМНЗ IV рівня акредитації.

З метою підготовки фахівців для надання ПХД населенню належної якості вважаємо за необхідне розпочати викладання наскрізних або окремих курсів «Паліативна та хоспісна медицина» для студентів усіх ВМНЗ I–IV рівнів акредитації, що вимагає розробки та затвердження типових навчальних програм, удосконалення і розробки сучасного навчально-методичного забезпечення та професійної підготовки викладачів з питань ПХД. МОЗ України слід оголосити конкурс на створення підручників «Паліативна та хоспісна медицина» для студентів ВМНЗ I–III та IV рівнів акредитації. Правлінню Ліги необхідно налагодити співпрацю з Міністерством освіти та науки, Міністерством охорони здоров'я та Міністерством соціальної політики України із зазначених питань.

Висновки. Уряд України задекларував європейську орієнтацію розвитку країни та побудову соціально орієнтованої держави, тому особлива увага має приділятися вразливим групам населення, однією з яких є паліативні пацієнти та члени їхніх сімей. Саме завдяки співпраці політиків і державних службовців, практичних лікарів і науковців, соціальних працівників і представників духовенства, психологів і педагогів, юристів, представників громадських організацій і волонтерів та усіх, кому не байдужа проблема створення і розвитку системи ПХД, можна забезпечити в Україні максимально можливу якість життя паліативних хворих і членів їхніх родин. Відповідно до сучасних міжнародних стандартів та концепцій, цього можна досягти шляхом запобігання та полегшення страждань, завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню симптомів болю та розладів функцій органів та систем, проведення адекватних лікувальних заходів, симптоматичної терапії та професійного догляду, надання психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки, – тобто повноцінної мультидисциплінарної паліативної допомоги, яка довела свою ефективність у багатьох розвинених країнах світу. Саме на це спрямовані завдання та заходи Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року, виконання якої Правління Ліги планує обговорити на Другому Національному Конгресі з паліативної допомоги у вересні 2015 року.

Вважаємо за доцільне рекомендувати МОЗ України ввести до рейтингових показників розвитку охорони здоров'я регіонів показники про доступність та забезпеченість населення ПХД та поновити діяльність Координаційної Ради з ПХД при МОЗ України.

МОЗ України необхідно зобов'язати департаменти/управління охорони здоров'я ОДА забезпечити

в кожному районі області діяльність хоча б одного аптечного закладу, який має відповідну ліцензію, що дасть змогу пацієнтам отримувати знеболювальні засоби за рецептом суворої звітності №3 (ФЗ).

Якщо вдасться вирішити зазначені проблеми, то в Україні впродовж 10–15 років можна сформулювати оптимальну та ефективну систему ПХД населенню. Паліативна та хоспісна допомога повин-

на стати ефективною та доступною, перш за все для найбільш вразливих груп населення – громадян похилого віку, які віддали свої сили та здоров'я заради життя сучасних поколінь. Тому сьогодні громадськість і держава повинні зробити усе залежне, створити нормальні умови, щоб вони могли гідно, без болю і страждань, завершити біологічне життя і з миром відійти у Вічність.

Література

1. ВОЗ. Палліативная помощь / под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – ЕРБ ВОЗ, 2005. – 32 с.
2. ВОЗ. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям / под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – ЕРБ ВОЗ, 2005. – 40 с.
3. ЄАПД. Біла книга стандартів з паліативної допомоги. Рекомендації Європейської Асоціації паліативної допомоги, 2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ligalife.com.ua/2011/paliativna-standart/4parent-kontekst-ta-metodologiya/>. – Назва з екрану.
4. ЄАПД. Празька хартія «Отримання паліативної допомоги – право людини». – ЄАПД, 2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://eapcspeaksrussian.eu.aspx>. – Назва з екрану.
5. Національна Стратегія створення та розвитку системи паліативної допомоги в Україні (проект) / Князевич В. М., Царенко А. В., Яковенко І. В., Брацюнь О. П. // Матеріали Першого Національного Конгресу з паліативної допомоги (м. Ірпінь, 26–27 вер. 2012 р.). – К. : ВД «Калита», 2013. – С. 7–14.
6. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>. – Назва з екрану.
7. Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів та внесення змін до реєстраційних матеріалів : наказ МОЗ України від 01.02.2013 р. № 77 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130201_0077.html. – Назва з екрану.
8. Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальної послуги паліативного догляду вдома невиліковно хворим : наказ Міністерства соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України від 23.05.2014 р. № 317/353, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 13.06.2014 р. № 625/25402 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0625-14/print1404296002737850#n14>. – Назва з екрану.
9. Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 р. № 333 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/333-2013-%D0%BF>. – Назва з екрану.
10. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі : наказ МОЗ України від 25.04.2012 р. № 311 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120425_311.html. – Назва з екрану.
11. Про організацію паліативної допомоги в Україні : наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 07.02.2013 р. № 230/22762 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0229-13>. – Назва з екрану.
12. Рекомендации (Res (2003) 24) Комитета Министров Совета Европы к государствам-членам по организации паллиативного ухода. – Совет Европы, 2004. – 89 с.
13. WHO. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care. The Resolution of the 67-th World Health Assembly // Eighth meeting, 23 January 2014; EB134/SR/8. – World Health Assembly, 2014 [Electronic resource]. – Access mode : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R7-en.pdf. – Title from a screen.

Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні: організаційні, юридичні та медичні аспекти

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (м. Київ)

У статті аналізуються медико-статистичні дані, міжнародні та вітчизняні нормативно-правові документи і наукова література, що визначають актуальність системи надання паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) в Україні й у світі. Багаторічний міжнародний досвід свідчить, що система ПХД, застосовуючи мультидисциплінарний та міжсекторальний підхід, найбільш адекватно забезпечує потреби та належну якість життя паліативних пацієнтів та їхніх рідних, сприяє збереженню гідності наприкінці біологічного життя. Визначаються потреби населення України у ПХД, наголошується на важливості мультидисциплінарної підготовки кадрів з питань ПХД, даються пропозиції щодо оптимізації організації системи ПХД.

Ключові слова: система надання паліативної та хоспісної допомоги; паліативна і хоспісна медицина; мультидисциплінарний та міжсекторальний підхід; паліативні пацієнти; якість життя паліативних пацієнтів; додипломна і післядипломна освіта медичних працівників; мультидисциплінарна виїзна бригада паліативної та хоспісної допомоги.

Вступ. Створення та розвиток системи надання паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) населенню сьогодні є однією з найбільш пріоритетних медико-соціальних та гуманітарних проблем України та багатьох країн світу. Це зумовлено невпинно зростаючою кількістю інкурабельних хворих з обмеженим прогнозом тривалості життя, як похилого, так і працездатного віку, а також дітей. Про це свідчать численні міжнародні та національні документи і наукові публікації. Досвід багатьох країн світу переконливо доводить, що ПХД найбільш адекватно забезпечує потреби та належну якість життя паліативних пацієнтів та їхніх рідних, сприяє збереженню гідності наприкінці біологічного життя [2–6,14,10–12,16,19,20].

Мета дослідження – проаналізувати організаційні, юридичні та медичні аспекти сучасного стану розвитку системи ПХД в Україні.

Матеріали, що були використані для виконання роботи: вітчизняна та закордонна наукова література, вітчизняні та міжнародні нормативно-правові документи, медико-статистичні дані.

Методи дослідження: інформаційно-аналітичний, порівняльний контент-аналіз, статистичний, системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення. Сучасна світова концепція надання ПХД визначає,

що метою діяльності служб охорони здоров'я та соціального захисту населення, громадських, благодійних та релігійних організацій, священнослужителів, волонтерів та громад є досягнення максимально можливої якості життя паліативних пацієнтів, а також підтримка родичів інкурабельного хворого під час його хвороби і після його смерті. ПХД надається інкурабельним пацієнтам усіх вікових груп і нозологічних форм у стадії декомпенсації або у термінальній фазі захворювань на підставі:

- кваліфікованої оцінки прогресування захворювання;
- обмеженого прогнозу тривалості життя;
- інтенсивності та характеру больового синдрому;
- ступеня втрати спроможності до самообслуговування;
- характеру та ступеня розладу функцій органів і систем організму;
- урахування конкретних фізичних, психічних та духовних потреб паліативних пацієнтів та членів їхніх родин.

Основними потребами паліативних пацієнтів є:

- 1) адекватне симптоматичне лікування, ефективне знеболення та професійний догляд;
- 2) морально-психологічна підтримка;

- 3) соціальна допомога;
- 4) духовний супровід.

Одержувати ПХД пацієнти та члени їхніх родин повинні у хоспісах або у спеціалізованих відділеннях паліативної медицини багатoproфільних лікарень, онкологічних, геріатричних, психоневрологічних, протитуберкульозних диспансерів, центрах профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, у лікарнях та відділеннях сестринського догляду або вдома, за участі мультидисциплінарних виїзних бригад паліативної та хоспісної допомоги, медичних працівників ПМСД або працівників закладів соціальної опіки.

Аналіз багатьох документів авторитетних міжнародних організацій, зокрема ВООЗ, Парламентської Асамблеї Ради Європи (РАСЕ), Європейської Асоціації паліативної допомоги (ЕАРС), Міжнародної Асоціації хоспісної і паліативної допомоги (ІАНРС), дозволяє визначити головну парадигму сучасної системи надання ПХД, яка полягає у тому, що обов'язок урядів держав забезпечити доступність професійної ПХД усім верствам населення, незалежно від захворювання, статі, віку, соціального статусу та національності, релігійних та політичних переконань, місця проживання інкурабельних хворих та членів їхніх родин. Відповідно до сучасних концепцій та стандартів [2, 3, 8, 9, 11, 17–20], ПХД повинна мати чотири обов'язкові складові:

1. Медичну складову, що дозволяє забезпечити ефективний контроль хронічного больового синдрому і симптомів захворювань та професійний догляд інкурабельних пацієнтів.

2. Психологічну складову, що дозволяє зменшити відчуття страху і тривоги, здійснювати контроль депресивних станів і стресу у паліативних пацієнтів та їхніх рідних, а також впроваджувати заходи щодо запобігання синдрому професійного/емоційного вигорання у персоналу та волонтерів, які залучені до надання ПХД.

3. Соціальну складову, що забезпечує матеріальну підтримку сім'ї паліативного хворого, надає побутові та ритуальні послуги, правове консультування та допомогу в оформленні документів тощо.

4. Духовну складову, яка забезпечується священнослужителями різних релігій, церков та конфесій, відповідно до побажань і потреб паліативного хворого та членів його сім'ї.

Особливостями сучасної медико-демографічної ситуації в Україні впродовж останніх десятиліть є швидке постаріння населення, високий рівень захворюваності та смертності від онкологічних та тяжких ускладнень хронічних неінфекційних захворювань, значне поширення захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД, туберкульоз, вірусні гепатити

В і С, наслідки аварії на Чорнобильській АЕС тощо. Цим зумовлений один з найвищих у світі рівень смертності, який у 2013 році становив 15,75 на 1000 населення [9, 13]. Слід додати, що зазначені вище та інші інкурабельні захворювання, особливо у декомпенсованих та у термінальних стадіях перебігу, супроводжуються виразним больовим синдромом та іншими важкими розладами життєдіяльності, що завдають значних фізичних і моральних страждань, суттєво знижують якість життя пацієнтів та членів їхніх родин. Це вимагає створення та розвитку в Україні доступної та ефективної системи надання ПХД населенню [4–8, 14, 16, 18].

Одним з найбільш вагомих чинників, що зумовлюють зростання потреби у ПХД в Україні, є невинне постаріння населення. За даними Державного комітету статистики України та МОЗ України [9,13], сьогодні понад 3 млн громадян в Україні мають вік, старший за 75 років. У багатьох дослідженнях показано, що у значній частині літніх людей суттєво знижується якість життя – вони страждають через хронічний невгамований біль, когнітивні розлади і важкі порушення функцій органів і систем, значне зниження або втрату здатності до фізичної активності та самообслуговування внаслідок хронічних прогресуючих інкурабельних захворювань, а також через відсутність необхідної психологічної та соціальної підтримки і догляду, самотність та соціальну ізоляцію. Більшість з них, особливо у декомпенсованих і термінальних стадіях захворювання, гостро потребують ПХД у закладах охорони здоров'я, інтернатних установах системи соціального захисту населення або вдома під опікою медичних працівників закладів ПМСД, соціальних служб та виїзних бригад ПХД.

Наступним чинником, що зумовлює нагальну потребу населення у ПХД, є те, що на кінець 2013 р. кількість хворих на злоякісні новоутворення в Україні перевищувала 1 млн осіб, серед яких – біля 5,5 тис. дітей. Викликає занепокоєння значний відсоток пацієнтів, у яких діагностують злоякісні новоутворення в інкурабельних стадіях розвитку захворювання. Понад 90 тис. осіб щороку помирають від онкологічних захворювань (табл.), серед яких понад 80% страждають внаслідок інтенсивного хронічного больового синдрому, і майже 100% пацієнтів у термінальній стадії онкологічних захворювань потребують професійної мультидисциплінарної ПХД.

Також слід зазначити, що туберкульоз залишається в Україні найбільшою причиною смерті серед усіх інфекційних та паразитарних хвороб. У 2013 р. від туберкульозу померли 6,5 тис. осіб (табл.). Збільшення смертності серед хворих на хронічний туберкульоз, особливо у випадках

мультирезистентних форм, також вимагає створення спеціалізованих закладів ПХД, у яких повинні бути дотримані заходи інфекційного контролю та створені умови догляду за епідемічно небезпечними респіраторними хворими.

За темпами розповсюдження ВІЛ-інфекції/СНІДу Україна посідає одне з перших місць у Європі і світі. Станом на початок 2014 р. на диспансерному обліку в Україні перебували майже 140 тис. ВІЛ-інфікованих осіб і близько 29 тис. хворих на СНІД, хоча, за експертними даними, реальна кількість ВІЛ-інфікованих в Україні на кінець 2014 р. досягне 500–800 тис. хворих. Від 1987 р. по 1 січня 2014 р. в Україні померли від СНІДу 35,5 тис. осіб (табл.). Викликає тривогу, що щороку збільшується кількість випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом (переважно гетеросексуальним). У перспективі це спричинить розвиток СНІДу у значного числа ВІЛ-інфікованих, які не були вчасно виявлені і не отримували специфічної антиретровірусної терапії. Це також зумовлює нагальну необхідність вирішення проблеми надання ПХД цій категорії хворих.

Таблиця 1

Кількість померлих в Україні у 2000–2013 рр. за причинами смерті та орієнтовна (розрахована) кількість пацієнтів, які потребують паліативної та хоспісної допомоги (тис. осіб) [9, 15]

Показник	2000	2005	2010	2013
Померлих (за винятком зовнішніх причин)	684,5	712,0	654,2	622,1
з них від:				
хвороб системи кровообігу	463,9	488,8	465,1	441,3
новоутворень	97,8	91,8	88,8	92,9
хвороб органів дихання	37,9	28,0	19,5	16,5
хвороб органів травлення	-	31,7	26,8	27,7
туберкульозу	11,0	11,9	7,62	6,5
ВІЛ-інфекції/СНІДу	0,06	3,6	5,6	5,2
потребують ПХД: 60% від числа померлих 80% від числа померлих	-	427,2 569,6	392,5 523,4	373,3 497,7
потребують ПХД: 90% від числа померлих на онкологічні захворювання	-	82,6	79,8	83,6

Впродовж останнього десятиліття швидко поширюються вірусні гепатити В і С, які призводять до високої смертності серед працюючого населення від тяжких ускладнень (зокрема цирозів,

первинного раку печінки тощо). Сьогодні в Україні кількість інфікованих вірусним гепатитом В перевищує 1 млн осіб, а до 2020 р. кількість таких хворих може подвоїтися. У 2013 р. в Україні було понад 120 тис. хворих на вірусний гепатит С, для якого характерний прихований (безжовтяничний) перебіг з подальшою хронізацією процесу майже у 80% пацієнтів [9,13].

Як показують результати досліджень, проведених співробітниками Державного навчально-науково-методичного центру паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика та експертами Української Ліги сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги, впродовж останніх п'яти років в Україні щороку біля 600 тис. пацієнтів у фінальному періоді життя (табл.) та понад 1,5 млн членів сімей паліативних пацієнтів потребують кваліфікованої ПХД. Таким чином, щороку в Україні потребують ПХД близько 2 млн осіб [4,7,8,16,18].

Згідно з міжнародними рекомендаціями і стандартами, сьогодні для 45 млн населення України необхідно забезпечити близько 4,5 тис. стаціонарних ліжок у закладах ПХД, що дозволить щороку надавати кваліфіковану ПХД та професійний догляд близько 75 тис. пацієнтам і понад 250 тис. їхніх родичів. В Україні перші хоспіси та відділення ПХД були створені наприкінці 20-го – на початку 21-го століття у містах Львові, Івано-Франківську, Коростені (Житомирської обл.), Харкові, Луцьку, Києві та інших. За даними МОЗ України та регіональних департаментів/управлінь охорони здоров'я, станом на початок 2014 р. спеціалізована стаціонарна ПХД надавалася у 12 хоспісах і центрах ПХД, у яких розгорнуто понад 450 ліжок (у т.ч. недержавної форми власності, що створені благодійними релігійними та неурядовими організаціями). Також близько 1650 ліжок розгорнуто у 68 відділеннях ПХД. Хоча визначити точне число таких закладів не можна, поки МОЗ України не затвердить стандарти та вимоги до закладів ПХД. Адже ні матеріально-технічна база більшості діючих закладів ПХД, ні умови перебування хворих у них, іще не відповідають чинним вимогам і стандартам у більшості країн Європи та світу. Досі не створені хоспіси у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій, Черкаській, Чернігівській областях, АР Крим та м. Києві.

Як показують результати наших досліджень [4, 7, 8, 16, 18], заклади ПХД вкрай обмежені в ресурсах і часом не мають можливості забезпечити хворих навіть найнеобхіднішим: функціональними ліжками і протипролежневими матрацами,

ефективними знеболювальними та лікарськими засобами для симптоматичного лікування, концентраторами кисню, сучасним обладнанням для миття і транспортування хворих та іншим обладнанням, засобами медичного призначення.

Поки що в Україні практично відсутня служба ПХД вдома, хоча майже 500 тис. паліативних хворих і близько 1,5 млн членів їхніх родин щороку потребують амбулаторної паліативної допомоги, у т. ч. вдома. Лише у деяких регіонах створені виїзні бригади паліативної допомоги вдома, як у державних закладах охорони здоров'я, так і благодійними і громадськими організаціями. Сьогодні мешканці багатьох населених пунктів, особливо у сільській місцевості, взагалі не можуть отримати кваліфіковану ПХД [4,6–8,14,16,18]. Результати вивчення досвіду організації надання ПХД пацієнтам вдома у Німеччині, Нідерландах, Бельгії, Польщі, Словаччині, Молдові, Угорщині, Російській Федерації, Республіці Білорусь та інших країнах засвідчили значне поширення цієї форми надання ПХД, як найбільш доступної та економічно обґрунтованої, що дозволяє забезпечити взаємодію та співпрацю фахівців закладів й установ охорони здоров'я та соціального захисту населення, оптимізувати і забезпечити дотримання принципів мультидисциплінарності та стандартів ПХД.

Сьогодні в Україні надання ПХД регулюється низкою законодавчих актів, серед яких хочемо зазначити, зокрема:

- Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 р., № 3611-VI, у якому паліативна допомога була визначена як окремий вид медичної допомоги;

- Закон України від 23.12.2009 р. «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», що передбачає розвиток ПХД невиліковно хворим, які мають онкологічні захворювання, розширення мережі закладів для допомоги таким громадянам та розробку стандартів надання ПХД невиліковно хворим в умовах хоспісів;

- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 р. № 356-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки», у якому вказано на «низький рівень доступу населення, представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ і людей, що живуть з ВІЛ, до послуг з профілактики, медичної та соціальної допомоги, в тому числі паліативної і хоспісної» та визначено завдання «забезпечення організації та доступу до паліативної та хоспісної допомоги людям,

які живуть з ВІЛ, організація надання первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та підготовка відповідних кадрів для надання такої допомоги»;

- Постанова Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 р. № 333 «Порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», яка суттєво спрощує застосування наркотичних анальгетиків на практиці, покращує доступність пацієнтів до знеболення, особливо в амбулаторних умовах, що сприятиме доступності ефективного знеболення і зменшенню страждань сотень тисяч пацієнтів з хронічним больовим синдромом.

Слід зазначити, що МОЗ України приділяє певну увагу питанням створення мережі хоспісів, відділень паліативної допомоги, розробки відповідної нормативно-правової бази. Рішення колегії МОЗ України від 29.04.2010 р. «Розвиток хоспісної та паліативної медицини» та наказ МОЗ України № 463 від 26.06.2009 р. «Про затвердження заходів щодо розвитку паліативної допомоги в Україні на 2009–2010 роки» сприяли розвитку закладів ПХД в регіонах України. Останніми роками МОЗ України видало низку наказів з питань ПХД, зокрема:

- наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. №41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», яким затверджено «Порядок надання паліативної допомоги» і «Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги», основні медико-юридичні дефініції ПХД (паліативний пацієнт, паліативне лікування тощо); порядок надання паліативної допомоги (у т. ч. завдання та організація надання ПХД); перелік медичних показань для надання паліативної допомоги тощо;

- План заходів МОЗ України щодо розвитку паліативної допомоги в Україні на 2014–2015 роки, що затверджений у лютому 2014 р., яким визначені конкретні завдання, спрямовані на створення системи надання ПХД населенню;

- наказ МОЗ України від 25.04.2012 р. № 311, яким був затверджений «Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю», у якому визначені дії медичних працівників щодо контролю болю у паліативних пацієнтів;

- наказ МОЗ України від 07.11.2011 р. № 768 «Про затвердження табелів матеріально-технічного оснащення та примірних штатних нормативів закладу охорони здоров'я «Хоспіс», виїзної бригади з надання паліативної допомоги «Хоспіс вдома», паліативного відділення» дозволив активізувати розвиток системи ПХД у пілотних регіонах.

- наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. №420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі», яким для визначення потреби населення у ПХД для інкурабельних хворих було затверджено коефіцієнт 0,8 від кількості померлих за минулий рік;

- наказ МОЗ України від 04.11.2011 р. № 755 «Про затвердження Положення про центр та амбулаторію первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи» визначає, що одними з основних завдань лікарів загальної практики – сімейних лікарів у центрах та амбулаторіях ПМСД є надання паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, у т. ч. виконання знеболювальних заходів з використанням наркотичних речовин;

- наказ МОЗ України від 01.02.2013 р. № 77 «Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів та внесення змін у реєстраційні матеріали», яким до Переліку зареєстрованих лікарських засобів Державного реєстру лікарських засобів України був внесений морфіну сульфат у таблетках, що є вагомим кроком на шляху поліпшення доступу паліативних пацієнтів до ефективного знеболення в Україні.

Отже, підсумовуючи аналіз нормативно-правової бази, що регулює розвиток системи та порядок надання ПХД на різних рівнях, можна зазначити, що сьогодні в Україні одним з нагальних питань розвитку системи ПХД є термінове розроблення національних стандартів ПХД, протоколів, методичних рекомендацій та інструкцій для фахівців, які надають ПХД у закладах охорони здоров'я і соціального захисту населення та вдома.

Також слід зазначити, що в Україні досі не було належного поширення застосування ефективних наркотичних анальгетиків, порівняно з більшістю країн Європи, США, Канадою, Австралією та іншими розвинутими країнами світу. В Україні, згідно із звітом Міжнародного Комітету з контролю за наркотиками ООН (2012, 2013), лише 15% від загальної кількості пацієнтів, які потребують знеболення, мають доступ до ефективних наркотичних анальгетиків. У 2010 р. за показником споживання морфіну в медичних цілях на душу населення Україна посідала 36 місце серед 49 країн Європи та 79 місце серед 152 країн світу. Це означає, що десятки тисяч інкурабельних пацієнтів не мають доступу до адекватного знеболення і страждають від інтенсивного хронічного болювого синдрому. Серед причин такого становища – неадекватність нормативно-правової бази, вкрай недостатня кількість аптек, у яких хворі можуть придбати необхідні знеболювальні лікарські засоби з групи наркотичних анальгетиків, недостатня

професійна підготовка та, навіть, «морфінофобія» у багатьох медичних працівників і населення.

Останніми десятиліттями в Україні склалися певні демографічні та медико-соціальні умови, що визначають якісно нові вимоги до організації та здійснення підготовки і підвищення кваліфікації кадрів з питань надання ПХД, що разом з формуванням державної політики, яка спрямована на розвиток і впровадження ПХД на всіх рівнях медичної допомоги, та доступністю адекватних лікарських засобів для паліативних пацієнтів, у тому числі наркотичних анальгетиків, є однією з трьох основоположних умов успішного розвитку ПХД в Україні. Ми переконані, що до надання ПХД населенню повинні залучатися: лікарі загальної практики – сімейні лікарі, дільничні лікарі, онкологи, терапевти, психіатри, геріатри, психотерапевти та медичні психологи, невропатологи, пульмонологи, гематологи, гастроентерологи, анестезіологи, педіатри, фтизіатри, інфекціоністи тощо, а також фельдшери ФАПів та інші середні медичні працівники [1,4,6,14,17,18].

Новим етапом у післядипломній підготовці кадрів з питань ПХД в Україні стало відкриття у грудні 2009 р. на базі НМАПО імені П.Л. Шупика кафедри паліативної та хоспісної медицини. Станом на 1 вересня 2014 р. на кафедрі підвищили кваліфікацію з питань ПХД понад 1000 лікарів різних спеціальностей та середніх медичних працівників, а з 2013 р. співробітники кафедри залучені до підготовки лікарів-інтернів та спеціалізації лікарів за спеціальностями «Загальна практика – сімейна медицина», «Гематологія», «Трансфузіологія». Вважаємо за необхідне:

- внести питання надання ПХД у програми спеціалізації, передатестаційних циклів і тематичного удосконалення лікарів багатьох спеціальностей, зокрема онкологів, хірургів, фтизіатрів, інфекціоністів, ендокринологів, педіатрів, терапевтів, невропатологів, психіатрів та інших медичних спеціалістів;

- розпочати викладання наскрізних або окремих курсів «Паліативна та хоспісна медицина» для студентів ВМНЗ I–IV рівнів акредитації, що вимагає розробки та затвердження типових навчальних програм, удосконалення і розробки сучасного навчально-методичного забезпечення та професійної підготовки викладачів з питань ПХД;

- введення в номенклатуру спеціальностей лікарів та молодших медичних спеціалістів медичної спеціальності або спеціалізації «Паліативна медицина», що має велике значення для підвищення якості надання ПХД та мотивації медичних працівників до післядипломної освіти, як показує досвід багатьох країн світу.

Сьогодні курси паліативної допомоги включені у навчальні плани підготовки студентів деяких ВМНЗ. У 2013 р. співробітники Івано-Франківського НМУ розробили «Типову наскрізну навчальну програму з питань паліативної та хоспісної допомоги» для додипломної підготовки студентів ВМНЗ IV рівня акредитації.

Висновки:

1. Аналіз організаційних, юридичних та медичних аспектів розвитку системи надання ПХД населенню в Україні впродовж останніх років засвідчив, що незадовільний стан розвитку системи ПХД значною мірою спричинений наступними чинниками:

- відсутністю сучасної науково обґрунтованої економічно доступної моделі системи надання паліативної та хоспісної допомоги населенню;
- необхідністю удосконалення нормативно-правової бази, що регулює надання ПХД населенню, у т.ч. призначення та застосування у паліативних пацієнтів наркотичних анальгетиків, особливо в амбулаторних умовах і вдома;
- відсутністю міжвідомчої та міжсекторальної координації та співпраці з питань надання ПХД закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення, як на центральному, так і на місцевому рівнях;
- незадовільною міждисциплінарною співпрацею медичних працівників при наданні ПХД, як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах;
- недостатністю у медичних працівників необхідних знань та навичок щодо підходів і методів надання мультидисциплінарної ПХД пацієнтам з різними нозологічними формами захворювань, особливо у термінальний період життя;
- недостатнім кадровим забезпеченням закладів ПХД, що зумовлено недосконалістю системи підготовки, спеціалізації та підвищення кваліфікації медичних працівників з питань надання ПХД населенню, відсутністю у медичних працівників належної мотивації через значне фізичне та морально-психологічне навантаження при догляді за помираючими пацієнтами, низьку заробітну плату та недостатні інші засоби матеріального та морального заохочення, відсутність спеціалізації з паліативної та хоспісної медицини тощо;
- недостатньою забезпеченістю населення спеціалізованими закладами ПХД та виїзними бригадами ПХД, у зв'язку з чим потреба у стаціонарній та амбулаторній ПХД задовольняється лише для менше 10% пацієнтів;
- недосконалістю ринку фармацевтичних послуг та недостатністю асортименту лікувальних засобів, що необхідні для адекватного знеболення

у паліативних пацієнтів, зокрема відсутністю зареєстрованих в Україні трансдермальних, інтраназальних, інгаляційних форм наркотичних анальгетиків.

2. Значна потреба населення у ПХД вимагає створення і розвитку доступної системи міжсекторальної та мультидисциплінарної ПХД, що потребує координації роботи закладів, які підпорядковані різним міністерствам і відомствам, залучення до надання ПХД медичних працівників ПМСД.

3. В Україні поки що не створена ефективна та доступна система надання ПХД населенню. Необхідно зазначити, що сучасна європейська модель ПХД являє собою високоспеціалізовану та наукоємну галузь медицини та охорони здоров'я, що потребує високотехнологічного обладнання та сучасних високоефективних лікарських засобів, спеціальної підготовки та підвищення кваліфікації медичних кадрів і, безумовно, відповідного фінансового забезпечення та підтримки Уряду України та усього суспільства.

4. Необхідно удосконалювати та оптимізувати нормативно-правову базу щодо забезпечення населення ПХД, що ґрунтується на кращих міжнародних підходах і стандартах, розробити та затвердити національні стандарти та вимоги до закладів ПХД, здійснювати координацію та консолідацію зусиль державного та приватного секторів, а також організацій громадянського суспільства у галузі розвитку системи ПХД. В країні повинна бути створена система ПХД відповідно до міжнародних принципів, підходів і стандартів. Це ставить перед системою охорони здоров'я України нові наукові, організаційні та фінансові проблеми щодо розвитку ефективної та доступної системи ПХД.

5. Мультидисциплінарна професійна підготовка медичних працівників дозволить лікарям і середнім медичним працівникам спільно із соціальними працівниками та представниками НУО забезпечити надання комплексної ПХД, що забезпечить відповідну якість життя паліативним хворим та членам їхніх родин. Введення в номенклатуру спеціальностей лікарів та молодших медичних спеціалістів медичної спеціальності та спеціалізації «Паліативна медицина» матиме велике значення для підвищення якості надання ПХД та мотивації медичних працівників до післядипломної освіти. МОЗ України необхідно провести оптимізацію штатних розписів закладів ПХД відповідно до міжнародних рекомендацій та стандартів, впроваджувати ефективні засоби матеріальної та моральної мотивації медичних працівників, які надають ПХД, що сприятиме залученню кадрів та підвищить інтерес медичних працівників працювати у системі ПХД.

Література

1. Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги населенню / Царенко А. В., Губський Ю. І., Шекера О. Г., Толстих О. І. // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти : матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф.; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Талком, 2013. – С. 49–62.
2. ВОЗ. Паліативна допомога / под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – ЕРБ ВОЗ, 2005. – 32 с.
3. ВОЗ. Совершенствование паліативной помощи пожилым людям / под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – ЕРБ ВОЗ, 2005. – 40 с.
4. Вороненко Ю. В. Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал. – 2014. – №1 (2). – С. 63–75.
5. Вороненко Ю. В. Паліативна допомога як інтегральна складова розвитку та реформування системи охорони здоров'я в Україні / Ю. В. Вороненко // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти : матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф.; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Талком, 2013. – С. 49–62.
6. Гойда Н. Г. Роль сімейного лікаря в наданні паліативної допомоги / Н. Г. Гойда // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні : матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. / за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 177–179.
7. Губський Ю. І. Розвиток служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова покращання доступності та якості медичної допомоги паліативним пацієнтам / Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Мед. перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 26–28.
8. Губський Ю. І. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині. Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти : монографія / Ю. І. Губський, М. К. Хобзей. – К.: Здоров'я, 2011. – 352 с.
9. Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>
10. ЄАПД. Біла книга стандартів з паліативної допомоги. Рекомендації Європейської Асоціації паліативної допомоги, 2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ligalife.com.ua/2011/paliativna/standart/4parent-kontekst-ta-metodologiya/>. – Назва з екрану.
11. ЄАПД. Празька хартія «Отримання паліативної допомоги – право людини». – ЄАПД, 2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://eapcspeaksrussian.eu.aspx>. – Назва з екрану.
12. Князевич В. М. Досвід функціонування системи паліативної та хоспісної допомоги у Баварії / В. М. Князевич, А. В. Царенко, О. П. Брацюнь // Матеріали наук.-практ. конф. [«Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи»], (Черкаси, 3–4 квіт. 2014 р.). – Черкаси, 2014. – С. 9–18.
13. МОЗ України. Результати діяльності галузі за 2013 р. – К., 2014. – 172 с.
14. Оптимізація роботи середніх медичних працівників закладів паліативної і хоспісної допомоги у складі мультидисциплінарної команди / Гойда Н. Г., Губський Ю. І., Царенко А. В. [та ін.] // Матеріали наук.-практ. конф. [«Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи»], (Черкаси, 3–4 квіт. 2014 р.). – Черкаси, 2014. – С. 47–52.
15. Рекомендації (Rec (2003) 24) Комітета Міністрів Совета Європы к государствам-членам по организации паліативного ухода. – Совет Европы, 2004. – 89 с.
16. Стан, проблеми і перспективи впровадження Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року / Князевич В. М., Царенко А. В., Яковенко І. В., Брацюнь О. П. // Фітотерапія. Часопис. – 2013. – № 4. – С. 4–7.
17. Царенко А. В. Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної медицини / А. В. Царенко // Мед. перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 89–91.
18. Царенко А. В. Організація міжвідомчої співпраці сімейних лікарів при наданні амбулаторної паліативної допомоги пацієнтам похилого віку / А. В. Царенко, Ю. І. Губський // Сімейна медицина. – 2013. – № 1 (45). – С. 14–17.
19. WHO. World cancer report / edited by P. Boyle and Bernard Levin. – Lyon, 2008. – 511 p. [Electronic resource]. – Access mode : http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf. – Title from a screen.
20. Wodarg W. Palliative care: a model for innovative health and social policies. Report. Doc. 11758. // Council of Europe. Parliament Assembly. Social, Health and Family Affairs Committee. 4 November 2008 [Electronic resource]. – Access mode : <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc08/EDOC11758.htm>. – Title from a screen.

О.Г. Шекера, А.В. Царенко, Ю.І. Губський

Організаційні аспекти залучення лікарів загальної практики – сімейної медицини до надання паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам вдома

Інститут сімейної медицини

*Державний навчально-науково-методичний центр паліативної та хоспісної медицини
НМАПО імені П.Л. Шупика (м. Київ)*

У роботі на основі аналізу медико-демографічної ситуації в Україні, що свідчить про низьку доступність паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) на фоні швидкого постаріння населення та поширення захворюваності і смертності від злоякісних новоутворень і хронічних неінфекційних захворювань, міжнародного і національного досвіду обґрунтовується необхідність залучення до надання паліативної допомоги вдома лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ). Показана важливість до- і післядипломної підготовки ЛЗП-СЛ з ПХД.

Ключові слова: паліативна та хоспісна допомога, паліативні пацієнти, хоспіс, відділення паліативної та хоспісної медицини, мультидисциплінарна та міжсекторальна співпраця, лікар загальної практики-сімейний лікар, післядипломна підготовка лікарів.

Вступ. Упродовж останніх десятиліть в Україні, як і в більшості країн Європи і світу, швидкими темпами зростає кількість невиліковно хворих, інвалідів, а також пацієнтів похилого віку та дітей з обмеженим прогнозом життя, які потребують тривалого професійного догляду, адекватного знеболення і симптоматичного лікування, морально-психологічної та духовної підтримки, а часом – просто людського співчуття та уваги.

Сьогодні у світі щороку помирають майже 60 млн людей. На жаль, більше половини населення Землі закінчують своє біологічне життя у стражданнях і муках через невгамовний біль і важкі розлади функцій органів і систем, що спричинені хронічними прогресуючими невиліковними захворюваннями, такими як онкологічні, серцево- та церебросудинні, нейропсихічні захворювання і дегенеративні ураження нервової системи (включаючи хворобу Альцгеймера) та опорно-рухового апарату (включаючи розсіяний склероз), ускладнення цукрового діабету, ВІЛ-інфекція/СНІД, вірусні гепатити В і С, туберкульоз тощо. Це зумовлено низкою як об'єктивних, так і суб'єктивних чинників: політичних, соціально-економічних, демографічних, медичних тощо.

Виходячи із зазначеної вище ситуації, починаючи з 60-х років 20-го століття, у більшості індустріальних країн світу (а на початку 21-го сторіччя – і в Україні) проблема розвитку ПХД населенню стає однією з найбільш актуальних медико-соціальних та гуманітарних проблем суспільства [3-7, 9, 11, 15, 18].

Відповідно до сучасних підходів та концепцій, паліативна допомога – це комплексний мультидисциплінарний підхід, мета якого – забезпечити максимально досягнути якість життя пацієнта з невиліковним прогресуючим захворюванням та обмеженим прогнозом життя, а також членів його родини, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому і точному діагностуванню проблем, що виникають, та проведення адекватного лікування (при больовому синдромі та інших розладах життєдіяльності), а також надання психологічної, соціальної та духовної підтримки.

Мета дослідження: наукове обґрунтування залучення ЛЗП-СЛ до надання амбулаторної паліативної допомоги пацієнтам, у тому числі вдома, що сприятиме розробці та запровадженню в Україні сучасної ефективної та доступної системи ПХД.

Матеріали дослідження: вітчизняна та закордонна наукова література, нормативно-правові

документи, медико-статистичні дані та звіти МОЗ України і регіональних управлінь охорони здоров'я, експертні заключення.

У роботі застосовані наступні **методи дослідження**: інформаційно-аналітичний, порівняльний контент-аналіз, статистичний, системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення.

Результати наших досліджень, що були проведені в рамках науково-дослідних тем Інституту паліативної та хоспісної медицини МОЗ України, який з 2013 р. реорганізовано у Державний навчально-науково-методичний центр паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, свідчать, що впродовж останніх п'яти років близько 600 тис. пацієнтів та понад 1,5 млн членів їхніх родин щороку потребують ПХД, і лише менше 5% пацієнтів мають змогу одержати кваліфіковану стаціонарну ПХД в умовах хоспісу або у відділеннях паліативної медицини. Згідно з одержаними даними, у багатьох обласних і районних центрах досі не створено жодного хоспісу або відділення паліативної медицини, практично відсутня виїзна служба ПХД вдома, тому мешканці сільської місцевості поки що взагалі не можуть її отримати. Сьогодні в Україні багато закладів ПХД вкрай обмежені в ресурсах і не мають можливості забезпечити пацієнтів навіть найнеобхіднішим, а матеріально-технічна база більшості закладів ПХД в Україні ще не відповідає міжнародним стандартам; умови перебування хворих у цих закладах часто незадовільні. Отже більшість паліативних пацієнтів завершують своє біологічне життя вдома, під наглядом лікарів первинної ланки медико-санітарної допомоги, зокрема ЛЗП-СЛ [5,7,8,9,19].

Надання ПХД вдома має цілий ряд переваг перед аналогічною допомогою, що надається в умовах стаціонарних ЗОЗ:

- по-перше, допомога надається пацієнтам у звичній для них домашній обстановці в оточенні членів родини;
- по-друге, вдома легше вирішити відразу комплекс проблем медичного, соціального, психологічного і духовного характеру;
- по-третє, це – економічно більш оптимальна форма ПХД;
- по-четверте, вдома можна краще забезпечити взаємодію та співпрацю медичних працівників ЗОЗ та працівників установ соціального захисту населення, представників громадських організацій і священнослужителів, що дозволить оптимізувати дотримання принципів та стандартів ПХД.

У наших попередніх роботах ми зазначали, що надання ПХД невиліковно хворим пацієнтам має

певні особливості [5,7,8,12,19]. Найбільш поширеними симптомами та розладами життєдіяльності у паліативних пацієнтів, з якими стикаються ЛЗП-СЛ, є:

- важкий хронічний больовий синдром, для контролю якого часто необхідно застосовувати наркотичні та психотропні анальгетики;
- ураження шкіри (наприклад, пролежні та трофічні виразки) та слизових оболонок;
- ураження кісткової тканини (наприклад, остеопороз, метастази), що зумовлює переломи кісток і різко обмежує рухову активність та можливість самообслуговування пацієнтів;
- декомпенсовані порушення функціонування життєво важливих органів та систем, що проявляється в останні місяці або дні життя паліативних пацієнтів такими важко контрольованими симптомами, як нудота, блювання, гикавка, задишка та серцева недостатність, набряки та лімфадени, затримка або ж нетримання сечі або калу, закрепи або діарея, кровотечі та крововиливи, кахексія тощо;
- психіатричні та психоемоційні розлади, у тому числі депресивні стани або афекти, термінальний делірій, а у пацієнтів старечого віку – когнітивні та сенільні порушення тощо.

Сімейний лікар повинен знати та враховувати основні принципи та сучасні міжнародні підходи до надання ПХД, що полягають у наступному:

- ПХД не має на меті прискорити або відстрочити смерть, а забезпечує дотримання людської гідності до останнього подиху;
- контроль больового синдрому або симптоматичне лікування тяжких симптомів чи розладів життєдіяльності повинні бути доступними цілодобово, незалежно від місця проживання та соціального статусу паліативних пацієнтів;
- пацієнт має право на вибір місця одержання ПХД, яка може надаватися стаціонарно у ЗОЗ будь-яких форм власності, у спеціалізованих закладах ПХД (зокрема хоспісах), лікарнях сестринського догляду, інтернатах/пансіонах та госпіталях для інвалідів, у денних стаціонарах та вдома;
- потреби паліативних пацієнтів та членів їхніх родин повинні максимально задовольнятися за принципом мультидисциплінарного та міжсекторального підходу з урахуванням їхньої згоди;
- пацієнт має право одержати повну та правдиву інформацію щодо свого захворювання, прогнозу тривалості життя та, за його згодою, цю інформацію можна надати членам родини;
- паліативні пацієнти та члени їхніх родин забезпечуються доступною та зрозумілою інформацією щодо лікування, догляду, психологічної та соціальної підтримки.

Виходячи із вищезазначеного, основними завданнями, які повинен забезпечити ЛЗП-СЛ, що надає ПХД, є наступні:

- утвердження життя та ставлення до смерті як до природного процесу, дотримання людської гідності та права на достойну людину смерть;
- симптоматичне/паліативне лікування, контроль болю та інших важких симптомів захворювання, психологічна, соціальна і духовна підтримка пацієнтів;
- забезпечення максимально досяжного повноцінного активного життя пацієнтів та належної якості життя паліативних пацієнтів та їхніх родин;
- медична допомога, психологічна, соціальна і духовна підтримка родини під час хвороби пацієнта та в період тяжкої втрати/скорботи після смерті хворого;
- навчання членів родини пацієнта навичкам догляду та полегшення страждань близької людини;
- встановлення партнерських стосунків між пацієнтом, його родиною та іншими працівниками й особами, які залучені до надання ПХД;
- забезпечення права паліативних пацієнтів на автономію і прийняття усвідомленого рішення.

Таким чином, забезпечення зазначених завдань вимагає від ЛЗП-СЛ знань та навичок не тільки з паліативної медицини, а також з оптимальної організації мультидисциплінарної та міжсекторальної координації і співпраці при наданні ПХД.

З 2009 р. у співпраці з фахівцями Інституту паліативної та хоспісної медицини МОЗ України була розроблена та апробована модель організації мультидисциплінарної ПХД вдома на базі Територіального центру соціального обслуговування одиноких малозабезпечених пенсіонерів та інвалідів Печерського району м. Києва (директор – В. Д. Некрутова). До складу виїзної бригади Територіального центру, яка забезпечує надання ПХД вдома, входять ЛЗП-СЛ або дільничний лікар та лікарі-спеціалісти поліклінік Печерського району, а також працівники Територіального центру: медсестри, соціальні працівники, психолог, юрист, волонтери. У разі клінічної необхідності ЛЗП-СЛ або дільничний лікар направляє пацієнта у відповідний багатопрофільний або спеціалізований ЗОЗ чи у хоспіс. Запропонована модель показала приклад ефективної співпраці ЛЗП-СЛ та медичних працівників ЗОЗ, працівників служби соціального захисту населення та представників громадських організацій. Завдяки цьому пілотному проекту Міністерство соціальної політики України внесло відповідні зміни у свої нормативні документи, що стосуються надання паліативної допомоги вдома.

Вивчення досвіду організації надання ПХД пацієнтам вдома у Польщі, Словаччині, Німеччині, Молдові, Угорщині, Російській Федерації та інших країнах засвідчило значне поширення цієї форми надання ПХД, що довела свою ефективність з медичного та соціального аспектів та економічну доцільність [10,11,14,16,18].

МОЗ України наказом від 25.04.2012 р. № 311 затвердило «Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю», у якому визначені дії ЛЗП-СЛ щодо контролю болю у паліативних пацієнтів. Також наказ МОЗ України від 04.11.2011 р. №755 «Про затвердження Положення про центр та амбулаторію первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи» визначає, що одними з основних завдань ЛЗП-СЛ у центрах та амбулаторіях первинної медичної (медико-санітарної) допомоги є надання паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, у тому числі виконання знеболювальних заходів з використанням наркотичних речовин.

Важливими нормативно-правовими актами для ЛЗП-СЛ є Постанова Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 р. № 333 «Про порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», яка суттєво спрощує застосування наркотичних анальгетиків та покращує доступ пацієнтів до знеболення, особливо в амбулаторних умовах, наказ МОЗ України від 01.02.2013 р. № 77 «Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів та внесення змін у реєстраційні матеріали», яким до Переліку зареєстрованих лікарських засобів Державного реєстру лікарських засобів України було внесено морфіну сульфат у таблетках, що є вагомим кроком на шляху поліпшення доступу паліативних пацієнтів до ефективного знеболення в Україні, а також наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», яким затверджено «Порядок надання паліативної допомоги» і «Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги».

Проведений нами аналіз навчальних програм до- та післядипломної підготовки лікарів засвідчив, що питання надання медичної допомоги у термінальних станах захворювань, лікування хронічного больового синдрому та розладів функцій життєдіяльності у помираючих хворих розглядаються при вивченні курсів онкології, анестезіології, хірургії, неврології, терапії, геріатрії та інших дисциплін. Але ні студенти під час навчання

у ВМНЗ, ні інтерни, ні лікарі під час навчання у закладах післядипломної освіти не вивчають інтегрований курс ПХД. За результатами опитування, проведеного нами у 2010–2014 рр., ЛЗП-СЛ та лікарі-спеціалісти гостро потребують знань та навичок з інтегрованого курсу ПХД. З 2010 року на кафедрі паліативної та хоспісної медицини Інституту сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика розпочато викладання однотижневих циклів тематичного удосконалення «Організація та надання паліативної допомоги у лікувально-профілактичних закладах первинної та вторинної ланки» для ЛЗП-СЛ, а з 2013 року питання надання ПХД викладаються при підготовці інтернів та лікарів, які одержують спеціалізацію із сімейної медицини (18 і 6 годин відповідно) [1,2,5,13,17,19].

У 2013 році співробітники Івано-Франківського НМУ розробили «Типову наскрізну навчальну програму з питань паліативної та хоспісної допомоги» для додипломної підготовки студентів ВМНЗ ІV рівня акредитації, що, безумовно, сприятиме підвищенню рівня знань та навичок лікарів з різних питань надання ПХД. Наступним важливим завданням, до якого залучені співробітники Інституту сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, є підготовка посібника «Паліативна та хоспісна допомога в практиці лікаря загальної практики-сімейного лікаря» та національного підручника «Паліативна та хоспісна допомога».

Висновки:

1. Головною метою сучасної системи ПХД є максимальне полегшення фізичних та мораль-

них страждань, збереження людської гідності та забезпечення відповідної якості життя невиліковно хворим пацієнтам та членам їхніх родин завдяки цілісному підходу до пацієнта як до особистості, виходячи з його індивідуальних потреб, вікових та психоемоційних, релігійних та національно-культурних особливостей. Реалізація цього нагального в сучасних умовах медико-соціального завдання вимагає поєднання зусиль, координації та співпраці ЛЗП-СЛ та лікарів-спеціалістів, зокрема онкологів, геріатрів, психіатрів, медичних психологів та інших медичних фахівців, працівників закладів соціального захисту, волонтерів, представників приватного сектору та громадських організацій, священнослужителів тощо.

2. Мультидисциплінарна та міжсекторальна координація і співпраця, використання джерел фінансування, як за рахунок бюджетних коштів, так і залучення благодійних фондів і приватного сектору, дозволяє досягти оптимальних результатів щодо розвитку та забезпечення доступності ПХД, незалежно від нозології захворювання, соціального статусу та місця проживання паліативних пацієнтів.

3. Важливу роль у наданні ПХД населенню відіграє ЛЗП-СЛ, особливо у сільській місцевості, де відсутній доступ як до стаціонарних закладів ПХД, так і до виїзних бригад ПХД вдома. Важливою умовою ефективності роботи ЛЗП-СЛ щодо надання ПХД вдома, яка має свої особливості, є спеціальна підготовка з питань ПХД студентів та лікарів у ВМНЗ до- та післядипломного рівнів.

Література

1. Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги населенню / Царенко А. В., Губський Ю. І., Шекера О. Г., Толстих О. І. // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти: матеріали ІІ Всеукр. наук.-практ. конф.; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Талком, 2013. – С. 49–62.
2. Актуальність підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної допомоги / Царенко А. В., Губський Ю. І., Толстих О. І. [та ін.] // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої наук.-практ. конф.; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 58–65.
3. ВОЗ. Паліативна допомога / под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – ЕРБ ВОЗ, 2005. – 32 с.
4. ВОЗ. Совершенствование паліативной помощи пожилым людям / под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – ЕРБ ВОЗ, 2005. – 40 с.
5. Вороненко Ю. В. Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал. – 2014. – № 1 (2). – С. 63–75.
6. Вороненко Ю. В. Паліативна допомога як інтегральна складова розвитку та реформування системи охорони здоров'я в Україні / Ю. В. Вороненко // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти: матеріали ІІ Всеукр. наук.-практ. конф.; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Талком, 2013. – С. 49–62.

7. Гойда Н. Г. Роль сімейного лікаря в наданні паліативної допомоги / Н. Г. Гойда // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні : матеріали Першої наук.-практ. конф.; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 177–179.
8. Губський Ю. І. Оптимізація медико-соціальної допомоги людям літнього віку в Україні шляхом розвитку служби паліативної та хоспісної допомоги / Ю. І. Губський, В. В. Чайковська, А. В. Царенко // Проблемы старения и долголетия. – 2010. – Т. 19, № 3. – С. 310.
9. Губський Ю. І. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині. Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти : монографія / Ю. І. Губський, М. К. Хобзей. – К. : Здоров'я, 2011. – 352 с.
10. Захаров Е. Н. Новая форма организации паллиативной помощи населению / Е. Н. Захаров, В. И. Сабанов, И. В. Островская // Мед. сестра. – 2011. – № 6. – С. 11–13.
11. Князевич В. М. Досвід функціонування системи паліативної та хоспісної допомоги у Баварії / В. М. Князевич, А. В. Царенко, О. П. Брацюнь // Матеріали наук.-практ. конф. [«Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи»], (Черкаси, 3–4 квіт. 2014 р.). – Черкаси, 2014. – С. 9–18.
12. Паліативна та хоспісна медицина: медико-демографічні та клінічні аспекти / Губський Ю. І., Царенко А. В., Барановська Г. А [та ін.] // Зб. наук. пр. співроб. НМАПО ім. П. Л. Шупика. – Вип. 20, Кн. 2. – К., 2011. – С. 723–733.
13. Питання контролю хронічного больового синдрому в паліативних хворих у програмах післядипломної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини / Царенко А. В., Висоцька О. І., Шекера О. Г., Виноградова Г. М. // Практикуючий лікар. – 2012. – № 1. – С. 26–32.
14. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации / Новиков Г. А., Рудой С. В., Вайсман М. А. [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2008. – № 3. – С. 5–11.
15. Стан, проблеми і перспективи впровадження Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року / Князевич В. М., Царенко А. В., Яковенко І. В., Брацюнь О. П. // Фітотерапія. Часопис. – 2013. – № 4. – С. 4–7.
16. Хоспис на дому – оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи / Эккерт Н. В., Игнатенко Е. А., Рудакова С. А. [и др.] // Экономика здравоохран. – 2009. – № 7. – С. 15–20.
17. Царенко А. В. Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної медицини / А. В. Царенко // Мед. перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 89–91.
18. Царенко А. В. Міжнародні підходи щодо розвитку паліативної та хоспісної допомоги / А. В. Царенко // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні : матеріали Першої наук.-практ. конф.; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 168–176.
19. Царенко А. В. Організація міжвідомчої співпраці сімейних лікарів при наданні амбулаторної паліативної допомоги пацієнтам похилого віку / А. В. Царенко, Ю. І. Губський // Сімейна медицина. – 2013. – № 1 (45). – С. 14–17.
20. Чайковська В. В. Демографічні прогнози для України [Електронний ресурс] / В. В. Чайковська, І. Я. Пінчук // Новости медицины и фармации. – 2010. – № 13–14 (333–334). – Режим доступа до журн. : <http://www.mif-ua.com/archive/article/13392>. – Назва з екрану.

Ю.В. Авдосъев, А.С. Дудниченко

Интервенционная радиология в терапии боли при опухолях органов брюшной полости и забрюшинного пространства

ГУ «ИОНХ имени В.Т. Зайцева НАМН Украины» (г. Харьков)

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
кафедра онкологии и детской онкологии

Ключевые слова: злокачественные опухоли органов брюшной полости, внутриартериальная химиоэмболизация.

Введение. Болевой синдром, вызванный быстрым опухолевым ростом, встречается более чем у 80% больных с распространенным онкологическим процессом [2,3,5]. Боль значительно снижает качество жизни и является важным клиническим признаком прогрессирования опухоли. Около 20–30% боли у больных с опухолями органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза могут быть связаны со специальным лечением – хирургическим, лучевой терапией или химиотерапией. В то же время лучевая терапия обладает значительной эффективностью при болевом синдроме, вызванном сдавлением нервных структур опухолью или растяжением капсулы паренхиматозного органа растущей опухолью. Хирургические вмешательства часто необходимы для лечения болевого синдрома, вызванного обструкцией полых органов. У большинства онкологических больных обезболивающий эффект достигается путем применения основного противоопухолевого лечения, пролонгированной эпидуральной анестезии, системного обезболивания, а также неинвазивных методов (психологических и реабилитационных).

В последние годы с целью купирования болевого синдрома используются инвазивные интервенционные методы обезболивания, такие как цементопластика, радиочастотная и криоабляция, внутриартериальная химиоэмболизация опухолевых сосудов, блокада чревного и других нервных сплетений под рентгеновским и КТ-контролем, которые в ряде случаев позволяют достичь эффекта при неконтролируемом болевом синдроме в последний период жизни больного [1,4].

Цель исследования – оценить эффективность методов интервенционной радиологии в купиро-

вании болевого синдрома у больных со злокачественными опухолями органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза.

Материалы и методы. Представлены результаты лечения 26 больных с неоперабельными злокачественными опухолями органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, у которых с целью воздействия на опухоль и купирования болевого синдрома в рентгенохирургическом отделении ГУ «ИОНХ имени В.Т. Зайцева НАМН Украины» была выполнена внутриартериальная химиоэмболизация (ВАХЭ) опухолевых сосудов. Мужчин было 15 (57,7%), женщин – 11 (42,3%), в возрасте от 17 до 76 лет. По локализации опухолей рак желудка был у 6 пациентов, рак головки поджелудочной железы – у 4, метастатический рак печени – у 5, опухоли забрюшинного пространства – у 2, рак почки – у 3, местнораспространенный рак прямой кишки – у 5, рак яичников – у 1 больной. Размеры опухоли по данным УЗИ и КТ варьировали от 12,5 см до 23,6 см в диаметре. До поступления в клинику 9 (34,6%) больных с целью купирования болевого синдрома принимали трамадол, остальные 17 (65,4%) – ненаркотические анальгетики. Для ВАХЭ опухолевых сосудов в зависимости от верификации диагноза применяли смесь, состоящую из курсовой дозы соответствующего химиопрепарата в сочетании с микросферами из поливинилалкоголя. Всего у 26 больных было выполнено 58 курсов ВАХЭ с интервалом между курсами 3–4 недели. У 7 (26,9%) больных в связи с продолжающимся болевым синдромом была дополнительно выполнена блокада чревного (у 5 больных) и сакрального (у 2 больных) нервных сплетений 96%-расствором этанола под рентген-контролем.

Результаты и их обсуждение. После проведенных 2–3 курсов ВАХЭ опухолевых сосудов у 19 (73,1%) пациентов по данным УЗИ или КТ размеры опухоли уменьшились в среднем на $3,9 \pm 1,3$ см, что привело к уменьшению болевого синдрома и удлинению времени между приемами ненаркотических анальгетиков. Двое больных после ВАХЭ и 4 больных после блокады чревного (3) и сакрального (1) нервных сплетений в связи с уменьшением болевого синдрома отказались от применения трамадола. Применение блокады чревного и сакрального нервных сплетений привело к существенному снижению болевой реакции в сроки от одного ме-

сяца до одного года. Осложнений и летальных исходов при выполнении интервенционных вмешательств (ВАХЭ, блокада) у больных не отмечено.

Выводы. Применение ВАХЭ опухолевых сосудов приводит не только к регрессии опухоли, но и способствует уменьшению болевого синдрома у онкологических больных. Применение блокады чревного и сакрального нервных сплетений, как изолированно, так и в сочетании с ВАХЭ опухолевых сосудов, является дополнением к комплексному лечению болевого синдрома у больных с неоперабельными злокачественными опухолями органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза.

Литература

1. *Интервенционная радиология в онкологии (пути развития и технологии) : научно-практическое издание / гл. ред. А. М. Гранов, М. И. Давыдов. – СПб. : ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2007. – 344 с.*
2. Cherny N. I. *How to deal with difficult pain problems / N. I. Cherny // Ann Oncol. – 2005. – Vol. 16 (Suppl. 2). – P. 79–87.*
3. Fallon M. *Principles of control of cancer pain / M. Fallon, G. Hanks, N. Cherny // BMJ. – 2006. – Vol. 332. – P. 1022–1024.*
4. *The Steering Committee of the EAPC Research Network. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an expert working group of the European Association of Palliative Care / Caraceni A., Cherny N., Fainsinger R. [et al.] // J. Pain Symptom Manage. – 2002. – Vol. 23. – P. 239–255.*
5. Wool M. S. *A multidimensional model for understanding cancer pain / M. S. Wool, V. Mor // Cancer Invest. – 2005. – Vol. 23. – P. 727–734.*

Л.І. Андрієшин¹, Р.М. Мельник², І.В. Слугоцька¹, З.О. Ціхонь^{2,3}

Досвід створення першого в Україні стаціонару паліативної допомоги дітям

¹Івано-Франківський обласний клінічний центр паліативної допомоги

²Департамент охорони здоров'я Івано-Франківської облдержадміністрації

³Івано-Франківський національний медичний університет

Вступ. Тема допомоги невиліковно хворим дітям нашої області і створення дитячого хоспісу, так чи інакше, обговорювалась у різних колах медичної та суспільної громади Івано-Франківської області протягом кількох останніх років.

Зроблений нами аналіз дитячої захворюваності показав, що, в середньому, за рік в області перебуває на обліку до 400–500 дітей з важкими невилі-

ковними хворобами, з них 100–120, які мають онкологічні захворювання. Ці діти також мають право на любов, піклування, спілкування, увагу суспільства і всебічну допомогу. Проте, в рамках існуючих правил надання медичних послуг, з моменту, коли захворювання дитини прогнозується як невиліковне чи лікування веде до значних страждань, дитина виписується під спостереження

педіатра поліклініки. На жаль, дільничний педіатр не завжди має можливість надати повноцінну медичну допомогу. Наприклад, може існувати потреба у застосуванні знеболювальних препаратів, інтенсивної терапії чи реабілітації у домашніх умовах, доброго якісного догляду, певних медичних технологій. Не кажучи про інші компоненти, які передбачає паліативна допомога, – соціальні, психологічні, моральні, педагогічні, духовні – усі, що дозволяють дитині жити повноцінним життям.

Хоспіс створює програми, які враховують інтенси як хворої дитини, так і її батьків, інших членів сім'ї, та здійснює їх у різних формах: цілодобовий стаціонар, денний стаціонар, виїзне відділення та організація допомоги в домашніх умовах, консультації в інших стаціонарах, заходи фізичної реабілітації, соціально-психологічної реабілітації, арт-терапії, казкотерапії тощо.

Тому не можна замовчувати проблему, потрібно не ховати голову в пісок, а виходити назустріч всеозброєними щодо реальних потреб і реальних можливостей їх вирішення. Саме цим ми керувалися при визначенні потреби організації паліативної допомоги дітям у нашій області та адвокації питання в різних структурах влади і громадянського суспільства.

Мета: показати наш, крок за кроком, досвід організації дитячого хоспісу в умовах обмежених ресурсів, але за спільної участі влади, НУО, громадянського суспільства регіону.

Методи. Відкриттю дитячого хоспісу передували наступні кроки:

- 11 травня 2012 року за № 220 був виданий наказ департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації «Про створення дитячого паліативного (хоспісного) відділення на базі Надвірнянського будинку дитини»;

- за підтримки благодійного фонду «Мати Тереза» відповідні спеціалісти вивчали досвід діяльності дитячих хоспісів Білорусі, Польщі, Росії та далекого зарубіжжя;

- обласна рада своїм рішенням від 23.11.2012 р. № 717-19/2012 затвердила комплексну програму «Здоров'я населення Прикарпаття 2013–2020», в яку також було включене питання створення дитячого хоспісу у м. Надвірна та виїзного консультативного відділення в існуючому хоспісі;

- 27 листопада 2012 року на засіданні громадської ради при ОДА обговорювалась доцільність створення в області цілісної системи паліативної та хоспісної допомоги залежно від потреби в ній різних категорій хворих, включаючи дітей і сільське населення;

- 15 січня 2013 року в облдержадміністрації була проведена нарада зацікавлених сторін для визначення і пошуку ресурсів: моральних, матеріальних, фінансових;

- 21 березня 2013 року, після відповідної підготовки, на обласному телебаченні «Галичина» у прямому ефірі був проведений 5-годинний телевізійний марафон «Жити і вірити», метою якого було залучити громадськість до збору коштів для відкриття закладу паліативної допомоги дітям та показати, що долі хворих дітей не залишають осторонь здорових і успішних людей. Інформація щодо телемарафону була опублікована в усіх засобах масової інформації, соціальних мережах, веб-сторінках хоспісу і департаменту охорони здоров'я.

Опускаючи щоденну роботу зі збору коштів і матеріалів, контрольовану всім суспільством, слід сказати, що важливим елементом досягнення мети став постійний моніторинг департаменту охорони здоров'я ОДА питань, які стосувалися капітального ремонту і реконструкції приміщень.

Основні результати:

- усі попередні ініціативи та активності дозволили зібрати понад 1,3 млн грн (на той час це трохи більше 155 тисяч доларів) пожертв та будівельних матеріалів, деякого господарського обладнання, подарунків на загальну суму близько 300 тисяч гривень;

- рух коштів, кожне їх поступлення і видатки висвітлювались на інтернет-сторінці благодійного фонду «Мати Тереза»;

- у результаті протягом 9 місяців був зроблений капітальний ремонт і реконструкція приміщення;

- 21 грудня 2013 року відбулося офіційне відкриття першого в Україні дитячого стаціонару паліативної допомоги на 15 ліжок.

Висновки. Активізація суспільства, партнерська співпраця влади і громади, відкритість і прозорість усіх процесів дозволили вирішити складне питання щодо створення дитячого хоспісу в умовах обмежених ресурсів.

Н.В. Барабаш

Методика застосування активних методів навчання принципам паліативної допомоги на додипломному етапі

Криворізький медичний коледж

Ключові слова: медична сестра, активні методи навчання, інкурабельні хворі.

В Україні щорічно 500 тис. осіб потребують паліативної допомоги. Слід зазначити, що останнім часом проблемі розвитку паліативної допомоги приділяється значна увага. Іде робота зі створення Державної програми розвитку паліативної допомоги в Україні. Впродовж останніх років почали впроваджуватись програми до- та післядипломної підготовки медичних кадрів для надання паліативної допомоги.

Надзвичайно актуальним є питання підготовки медичних сестер до надання паліативної допомоги пацієнтам вдома та в стаціонарних закладах паліативної допомоги. Навчання медичних сестер на додипломному етапі принципам паліативної допомоги гарантує формування компетентного працівника по догляду за інкурабельними хворими. Запорукою ефективного формування необхідних знань та вмінь на додипломному етапі є використання активних методів навчання.

Мета дослідження полягає у висвітленні методики використання активних методів навчання у засвоєнні принципів паліативної допомоги на додипломному етапі.

Методи дослідження: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація, педагогічний експеримент.

Гіпотеза дослідження: впровадження активних методів навчання в традиційно побудований навчальний процес дозволить сформувати високий рівень володіння принципами паліативної допомоги на додипломному етапі.

Традиційно побудована програма освіти медичних сестер розглядає проблеми та особливості надання паліативної допомоги при вивченні клінічного медсестринства у педіатрії, хірургії, сімейній медицині, онкології, геронтології, геріатрії, паліативній медицині та ін.

Основними завданнями паліативної медицини є: збереження якості життя і допомога сприймати смерть як природне явище; сприймати пацієнта та

його сім'ю як єдине ціле; максимально полегшити біль та інші складні симптоми; дати можливість пацієнту померти з гідністю, що означає зберегти його особистість та індивідуальність.

З метою розвитку вміння дотримуватись принципів та завдань паліативної медицини у майбутніх медичних сестер на додипломному етапі нами було впроваджено експериментальне використання активних методів навчання, а саме методу «мозкового штурму» та моделювання проектної ситуації. Дані методи дозволяють активізувати навчально-пізнавальну діяльність студентів, спонукають їх до активної розумової й практичної діяльності у процесі оволодіння матеріалом, коли активний не тільки викладач, але й студенти. Самостійне вирішення проблеми підвищує рівень мотивації студентів та надає безпосередній досвід вирішення питань інкурабельних хворих.

Метод «мозкового штурму» у процесі вивчення принципів паліативної допомоги полягає у творчій дискусії, яка проводиться для того, щоб отримати максимальну кількість ідей для вирішення проблемної задачі. У свою чергу, моделювання проектної ситуації розглядається як імітація реальної проблеми, що може виникнути при роботі з безнадійно хворими, спрямоване на безпосереднє нагальне вирішення поставленої мети.

Дослідження проводилось на базі Криворізького медичного коледжу зі студентами IV курсу спеціальності «Сестринська справа» при вивченні медсестринства в геронтології, геріатрії та паліативній медицині. У дослідженні було задіяно 52 студенти освітньо-кваліфікаційного рівня «молодший спеціаліст». З них 27 – експериментальна група (ЕГ), 25 – контрольна група (КГ). У експериментальній групі були використані методи активного навчання (метод «мозкового штурму» та моделювання проектної ситуації). У контрольній групі процес навчання був побудований за традиційною технологією.

Основні результати контрольного зрізу стверджують, що відбулися суттєві зміни у теоретичних та практичних рівнях володіння принципами паліативної допомоги у студентів обох груп до та після експерименту. Отримані результати засвідчують, що після впровадження експериментального використання активних методів навчання кількість студентів початкового рівня знань принципів паліативної допомоги у ЕГ знизилась з 46,5% до 20,5%, а у КГ – з 45% до 39%. У свою чергу, високий рівень знань студентів ЕГ зріс з 8,5% до 19%, а у КГ – з 9% до 11%.

Література

1. Класифікація психічних і поведінкових розладів: Клінічний опис і вказівки по діагностиці. — К. : Сфера, 2005. — С. 149–151.
2. Медсестринство в сімейній медицині / Є. Х. Заремба, Г. Ф. Левченко, В. М. Михальчук [та ін.] / за ред. Є. Х. Заремби. — К. : Здоров'я, 2001. — 312 с.
3. Орел В. Е. Исследование феномена психического выгорания в отечественной и зарубежной психологии / В. Е. Орел // Пробл. общ. и орг. психол. — 1999. — № 4. — С. 76–97.
4. Сисоева С. О. Особистісно орієнтовані педагогічні технології: метод проектів / С. О. Сисоева // Неперервна професійна освіта: теорія і практика. — 2002. — Вип. 1 (2). — С. 69–79.
5. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников / Л. Н. Юрьева. — К. : Сфера, 2004. — 271 с.

А.С. Дудниченко, В.Е. Белецкий

Оценка тяжести болевого синдрома как этап оказания паллиативной помощи детям с онкопатологией

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
кафедра онкологии и детской онкологии

Харьковская областная детская клиническая больница № 1

Ключевые слова: опухоли у детей, болевой синдром, паллиативная помощь.

Боль представляет собой сложный комплекс симптомов, который влияет на многие аспекты жизни больного ребенка. Среди больных существует значительная неоднородность в ощущении и появлении боли. Оценка степени выраженности болевого синдрома у ребенка является непростой и важной задачей, что определяет лечебную тактику. Восприятие и реакция на

боль в зависимости от возраста – различная. «Золотым стандартом» оценки боли у взрослых является визуальная аналоговая шкала, которую можно применять у детей с 5-летнего возраста. Детям в возрасте 3–5 лет с этой целью мы используем модифицированную шкалу, где цифры заменены рисунками в виде выражений эмоций на лице, или так называемую «лестницу боли», по которой

ребенок должен ответить, на сколько ступеней могла бы подняться игрушка, если бы ей было так же больно, как и малышу. Кроме эмоциональной, боль также вызывает ряд патофизиологических и поведенческих реакций, которые могут быть использованы для объективной оценки степени выраженности болевого синдрома [1,2,4].

Дошкольники уже могут описать интенсивность боли, цепляются за родителей, требуя дополнительной эмоциональной поддержки (поцелуи, объятия), осознают, что из своего состояния можно извлечь выгоду, а в ряде случаев воспринимают боль как наказание. Дети школьного возраста в описании боли используют объективные характеристики и сравнительные прилагательные, могут жаловаться на ночные кошмары, а также сжимают кулаки, стискивают зубы, нахмуривают брови, закрывают глаза, напрягают мышцы туловища, щадят болезненное место, а также ведут себя как дети младшего возраста. Старшие дети осознанно локализируют и вербализируют боль, их поведение неустойчиво и может изменяться (раздражительность, капризы, грубость). В любом возрасте может нарушаться аппетит и сон.

В интерпретации и оценке болевого синдрома у новорожденных и младенцев, а также у детей с задержкой психомоторного развития и нарушением коммуникативных функций, существенную помощь оказывает использование специально разработанных шкал, позволяющих в комплексе оценить поведенческие и физиологические реакции ребенка: шкала Neonatal/Infant Pain Scale (NIPS) для детей до года, шкала FLACC для детей от 1 до 3 лет и др. Дополнительную помощь может оказать использование шкалы «прикроватной» оценки боли, а также родительской шкалы, согласно которым болевые ощущения ребенка классифицируются как отсутствие боли, легкая боль, умеренная и тяжелая [3,5].

Многолетний опыт свидетельствует о том, что чаще всего последний период своей жизни дети с онкопатологией проводят дома. Исторически сложилась такая практика, когда ребенка оставляют в клинике только на период специального лечения. Ситуации неэффективности терапии, когда больной консилиумом специалистов признается инкурабельным и отменяется противоопухолевое лечение, в абсолютном большинстве случаев совпадают с выпиской ребенка домой с рекомендацией наблюдения его участковым (семейным) врачом по месту жительства. Одна из наиболее серьезных причин – это полная неразработанность (как теории, так и практики) в Украине проблемы паллиативной терапии в онкопедиатрии для инкурабельных больных. Лишь в некоторой степени проблема сглаживается в тех семьях, которые при

неэффективности специальной терапии, чаще с учетом пожеланий больного, принимают решение «забрать ребенка домой». При этом уже с самых ближайших дней пребывания дома родители понимают, что и поликлиническая помощь этой категории детей отсутствует. Участковые, а теперь и семейные, врачи также в значительной степени далеки от понимания и решения многочисленных медицинских, социальных и психологических проблем таких больных и их семей, что делает их жизнь чрезвычайно тяжелой. Больные и их родственники чувствуют себя брошенными, что еще более усугубляет тяжесть их положения.

Причин, по которым больному ребенку необходимо находиться именно в хосписе, множество. Во-первых, не все живут в больших городах, а в отдаленных районах медицинские работники затрачивают много времени только чтобы добраться до пациента и сделать инъекцию обезболивающего препарата. При нахождении в больнице (хосписе), несмотря на проблему с наличием необходимого лекарства, помощь придет быстрее. Во-вторых, в хосписах помимо медицинской помощи оказывают и психологическую поддержку, причем не только больному, но и его семье. И трудно сказать, для кого эта поддержка важнее.

Задачи, которые мы предлагаем решить:

- выявить проблемы, типичные для данных семей;
- разработать подходы к оказанию паллиативной помощи детям;
- оценить ресурсы общества и привлечь их к помощи (социальной, психологической и др. видов) семьям;
- искать волонтеров и штатных сотрудников-профессионалов для работы в хосписе (онкологов, психологов, социальных работников и т.п.) и непрофессионалов (парамедиков);
- разработать обучающие программы для медперсонала;
- подготовить соответствующие методические материалы.

Соответственно задачам, нами сформулированы программы деятельности хосписа, основными из которых являются:

- социальная (в том числе финансовая и правовая) помощь семьям, имеющим детей в терминальной стадии онкологического заболевания;
- психологическая (и духовная) поддержка больного и родственников.

Следует отметить, что во всем мире работа хосписов в значительной степени осуществляется волонтерами. Но руководство работой хосписом – трудоемкое дело и требует постоянного сотрудника. Его функции должны включать поиск волонтеров,

их обучение, организацию различных видов помощи пациентам хосписа и их семьям, поиск ресурсов для этой помощи, координация всех направлений деятельности организации и многое другое.

Открытие детского хосписа – насущная проблема для Украины. Имея оснащенное отделение для

пациентов с различной incurable патологией, мы можем дать возможность этим пациентам жить в новых условиях с разработанными методиками паллиативной терапии, терапии боли, где основной целью будет забота о качестве жизни больного ребенка.

Литература

1. Гордеев В. И. *Избранные лекции по педиатрической анестезиологии-реаниматологии* / В. И. Гордеев, Ю. С. Александрович. – СПб., 2004. – 408 с.
2. Клипинина Н. В. *Некоторые особенности восприятия и переживания боли детьми: взгляд психолога* / Н. В. Клипинина // *Рус. мед. журн.* – 2007. – Т. 15, № 1. – С. 3–7.
3. *Рекомендации ВОЗ по медикаментозному лечению персистирующей боли у детей с соматическими заболеваниями.* – М.: *Практическая медицина*, 2014. – 208 с.
4. *Pain in infants, children and adolescents* / Schechter N. L., Berde C. B., Yaster M. [et al.]. – 2nd ed. – Philadelphia, PA: *Lippincot Williams and Wilkins*, 2003.
5. *Practice applications of research. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children* / Merkel S. I. [et al.] // *Pediatric Nursing*. – 1997. – Vol. 23 (3). – P. 293–297.

О.М. Корж

Паліативна допомога у діяльності лікаря загальної практики – сімейної медицини

Харківська медична академія післядипломної освіти

Важливість професійної підготовки та постійного навчання фахівців, насамперед лікарів, підкреслюється в основних міжнародних документах з організації паліативної допомоги. ВООЗ рекомендує включити у загальні програми навчання усіх фахівців охорони здоров'я основні положення паліативної медицини та основні принципи лікування хронічного больового синдрому; проводити післядипломне навчання медичних працівників з питань паліативної допомоги на базі вищих та середніх медичних навчальних закладів з видачею документа, що засвідчує отримання освіти в даній сфері; провідним фахівцям у галузі паліативної медицини в кожній країні проводити навчання практикуючих лікарів різних спеціальностей та студентів-медиків з використанням ефективних методів.

У результаті реформування охорони здоров'я в Україні основними фахівцями, які надають паліативну допомогу хворим, є лікарі загальної практики – сімейної медицини.

Інкурабельні хворі потребують кваліфікованої медичної допомоги, грамотного і небайдужого сестринського догляду, психологічної та духовної підтримки. Потребують допомоги і спеціального навчання також люди, на плечі яких лягає тягар постійного догляду за такими пацієнтами.

На початку розвитку пухлинного процесу біль турбує близько 50% хворих, при прогресуванні захворювання – 75%, а у термінальній стадії близько 90% онкологічних пацієнтів страждають від болю. Тому при проведенні лікування необхідне дотримання принципів знеболювання, призначення анальгетиків відповідно до «сходинок знеболювання ВООЗ», знання фармакокінетики та фармакодинаміки препаратів, а також забезпечення доступності анальгетичних препаратів для хворих.

Більшість хворих на злоякісні новоутворення отримують симптоматичне лікування в домашніх умовах. Середня тривалість життя таких хворих коливається від декількох місяців до 1,5–2 років, при цьому останні місяці життя хворого, як правило,

супроводжуються важкими болями, пов'язаними з прогресуванням основного захворювання і наростаючою кахексією.

Процес підготовки сімейного лікаря з питань паліативної допомоги повинен включати підвищення кваліфікації у рамках циклів тематичного удоско-

налення, професійної перепідготовки кадрів та підвищення кваліфікації лікарів у рамках сертифікаційних циклів. Але майбутнім викладачам необхідно надати можливість отримати професійну підготовку в навчальних закладах, що мають багаторічний досвід викладання цієї дисципліни.

Л.В. Лебедь

Особенности психоэмоционального состояния больных туберкулезом, получающих паллиативное лечение

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: туберкулез легких химиорезистентный, паллиативное лечение.

Перевод больных туберкулезом на паллиативное лечение в Украине официально был закреплен приказом МЗ Украины № 1091 от 21.12.2012 г. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз»» [3], в соответствии с которым на паллиативное лечение переводятся больные туберкулезом не только с наличием медицинских показаний (аллергические, токсические и токсико-аллергические реакции на противотуберкулезные препараты), но и больные с низкой приверженностью к лечению.

Целью работы явилось изучение особенностей психоэмоционального состояния у больных туберкулезом, получающих паллиативное лечение.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования были пациенты и истории болезни больных туберкулезом, проходивших лечение в 2013–2014 годах. В группу обследованных вошли 125 больных: 101 мужчина и 24 женщины. Всем больным было проведено комплексное клинико-рентгенологическое и лабораторное обследование. После получения письменного согласия больных на участие в клиническом исследовании им было предложено ответить на вопросы нескольких тестов: тест САН – самочувствие, активность, настроение (В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьев, М.П. Мирошников, В.Б. Шарай, 1973), тест Л. И. Вассермана (в модификации В. В. Бойко) [2],

тест тревожности Ч. Спилбергера (в модификации Ю.Л. Ханина, 1976) [4].

Результаты и их обсуждение. Согласно рекомендациям ВОЗ и приказам МЗ Украины, больных туберкулезом с установленной резистентностью микобактерий туберкулеза (МБТ) к двум и более противотуберкулезным препаратам первого ряда относят к категории 4 – химиорезистентный туберкулез (4.ХРБТ). В категорию 4.ХРТБ.А относят больных, получающих противотуберкулезные препараты в соответствии с профилем резистентности. В категорию 4.ХРТБ.Б относят больных, получающих только паллиативную терапию.

В результате статистической обработки результатов исследования было установлено, что наиболее высокий уровень как личностной, так и ситуативной тревожности отмечался у больных химиорезистентным туберкулезом, получавшим только паллиативное лечение (23 пациента).

При исследовании уровня социальной фрустрированности, неопределенный уровень фрустрированности был только в группе больных химиорезистентным туберкулезом, получающих противотуберкулезную терапию, у остальных – пониженный или очень низкий уровень фрустрированности.

В результате анализа психоэмоционального состояния по тесту САН достоверно более низкие ($p < 0,05$) значения показателей «самочувствия»

и «настроения» установлены у больных химиорезистентным туберкулезом по сравнению с больными других категорий.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что оптимальная лечебная тактика подобных больных должна, в первую очередь, включать средства, способствующие снижению тревоги и нормализации психовегетативных соотношений, повышению стрессоустойчивости организма [1,5,6].

Литература

1. Неврология для врачей общей практики / Вейн А. М. [и др.]. – М. : Эйдос Медиа, 2001. – 504 с.
2. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля : пособ. для врачей / Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова [и др.] – СПб. : СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. – 54 с.
3. Уніфікований клінічний Протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. «Туберкульоз» : наказ МОЗ України №1091 від 21.12.2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
4. Ханин Ю. Л. Русский вариант шкалы соревновательной личностной тревожности / Ю. Л. Ханин // Стресс и тревога в спорте. – М., 1983. – С. 146–156.
5. Cottraux J. Recent developments in the research on generalized anxiety disorder / J. Cottraux // Curr. Opin. Psychiatry. – 2004. – Vol. 17. – P. 49–52.
6. Rouillon F. Long term therapy of generalized anxiety disorder / F. Rouillon // Eur. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 19 (2). – P. 96–101.

Р. Марабьян¹, А. Панков¹, О. Рига¹, Т. Гавриш², Н. Коновалова¹, О. Кизенко¹

Чи є локальні протоколи паліативної допомоги для дітей в установах?

¹Харківський обласний спеціалізований будинок дитини № 1

²Юридична фірма «Інюрполіс», м. Харків

Ключові слова: паліативна допомога, діти, дитячий будинок, регулювання.

У даний час механізми паліативної допомоги дітям не врегульовані, особливо це стосується дітей, які позбавлені батьківського піклування. У Харківському обласному спеціалізованому будинку дитини № 1 потребували паліативної допомоги 38 дітей віком від 1,5 до 4-х років з органічними ураженнями центральної нервової системи, які позбавлені батьківського піклування. Усі діти мають статус дітей-інвалідів. Важка патологія унеможливила повернення дітей до біологічних сімей та їх прийняття. Це зумовлює проблему медичного менеджменту дітей, особливо надання

Выводы:

1. Выявленные психологические особенности усиливают патогенность стрессорных воздействий, приводят к напряжению адаптационных механизмов и могут способствовать развитию заболевания.

2. В системе комплексной реабилитации больных туберкулезом органов дыхания, особенно тех, кто находится на паллиативном лечении, необходима разработка психокоррекционных мероприятий, направленных на социальную и психологическую адаптацию.

ARE PRESENT THE LOCAL PALLIATIVE CARE PROTOCOL FOR CHILDREN IN INSTITUTIONS?**R. MARABYAN¹, A. PENKOV¹, O. RIGA¹, T. GAVRYSH², N. KONOVALOVA¹, O. KIZENKO¹**¹*Kharkiv Regional Specialized Orphanage No 1*²*Inyurpolis Law Firm (Kharkiv)*

Nowadays the mechanisms of palliative care for children are without regulated documents, especially with regard to children deprived of parental care.

The aim and methods. an analysis of children (38) without parental care who require palliative care. The children were aged 1,5 months to 4 years old from Kharkiv Regional Orphanage No 1.

Results. Kharkiv Regional Orphanage No 1 – an institution for orphans and children left without parental care, with the central nervous system and mental disorders. Among the 38 children – 17 (44,7%) under the age of 1 year, all children have the status of disabled children. Children who are temporarily held in the institution 28 (73,8%) have serious medical problems as a result of which 4 (10,5%) died: birth defects – 3 cases (75%), blood disorders (hemorrhagic stroke) – 1 case (25%). Most children are 34 (89,4%) lag behind in physical development. Severe pathology leads to the impossibility of returning children to their biological families and preventing their adoption. This raises the question of medical management of children, especially palliative care, which begins with the diagnosis of disease and continues regardless of whether the child receives appropriate treatment. All pupils in the orphanage are on the records; majority of pupils have a 2–3 disease and more. For most classes of diseases recorded birth defects, respiratory diseases and diseases of the nervous system. Proportion of acute respiratory infection is 33,3% of all acute diseases. The incidence of acute bronchitis and pneumonia accounted for 1,5% and 3,1% respectively, which can be explained by the fact that children with diseases of the central nervous system respiratory problems arising due to the presence of swallowing disorders, decreased cough reflex, decreased chest excursion, resulting in the emergence of recurrent pneumonia and bronchitis. Among the 38 children 5 (13,1%) had surgery: removal of liver tumors, correction of congenital heart disease and three liquor-shunting operation. Pathology of the central nervous system accompanied in 27 (71%) of the 64 children seizures attacks even with the use of psychotropic substances. Therefore, on the one hand, children with central nervous system lesions requiring long-term recovery treatment and rehabilitation, on the other hand, they are limited in number and quality of rehabilitation process under frequent acute respiratory diseases and the risk of seizures carried out surgery. The use of individual rehabilitation has allowed the improvement of only 1 (2,6%), child, other children of coarse organic disorders of the central nervous system develop without speakers.

Conclusions. Severe organic pathology of the central nervous system in young children is a major cause of failure of parents to children, which leads to child abandonment, long-term treatment, rehabilitation and restrictions fatal consequences. This situation requires the development of local protocols palliative care, which would regulate the provision of child and her parent's qualitative painless existence, along with the ethical health and social care.

Key words: palliative care, children, orphanage, regulation.

В.О. Радіонова¹, В.О. Шаповалова¹, В.В. Шаповалов², Є.В. Капельнікова

Медичне та фармацевтичне право: використання лікарських засобів при наданні паліативної допомоги наркохворим жінкам з ВІЛ-інфекцією в Україні

¹*Харківська медична академія післядипломної освіти*

²*Департамент охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації*

Ключові слова: медичне та фармацевтичне право, паліативна допомога, ВІЛ-інфекція, наркохворі жінки.

У сучасних умовах ВІЛ-інфекція належить до захворювань з тривалим перебігом та несприятливим прогнозом, оскільки вилікування поки що неможливе. В Україні переважна більшість наркохворих жінок після діагностуван-

ня ВІЛ-інфекції продовжує зловживати наркотичними засобами. Часто перша діагностика ВІЛ-інфекції, що становить загрозу для життя, відбувається за кілька місяців або тижнів перед смертю. Серед порушень прав ВІЛ-інфікованих жінок

найчастіше відзначається недотримання конфіденційності, дискримінація при наданні медичних послуг, а також недотримання чинного законодавства при обстеженні на антитіла до ВІЛ [4,7]. Тому період надання паліативної допомоги для таких жінок дуже короткий, а можливість допомогти розв'язати майбутні проблеми – мінімальна. У зв'язку з цим паліативна допомога виступає складовою всебічної допомоги наркохворим жінкам і повинна надаватися на кожній стадії ВІЛ-інфекції, а не лише у термінальній стадії хвороби, коли пацієнтка помирає [3].

Метою дослідження стало вивчення особливостей використання лікарських засобів різних клініко-фармакологічних груп при наданні паліативної допомоги наркохворим жінкам з ВІЛ-інфекцією в Україні на засадах медичного та фармацевтичного права.

Матеріали і методи дослідження. Матеріалом дослідження виступали нормативно-правові документи щодо надання паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам, зокрема жінкам. При дослідженні використовувалися документальний і нормативно-правовий методи аналізу.

Основні результати. Відомо, що у наркохворих жінок з ВІЛ-інфекцією спостерігається висока поширеність больового та інших синдромів, причиною виникнення яких може бути безпосередньо вірус імунодефіциту, специфічні опортуністичні інфекції або злоякісні новоутворення, а також лікарські засоби, що використовуються для лікування ВІЛ-інфекції або супутніх захворювань [5,6]. Тому для наркохворих жінок з ВІЛ-інфекцією ефективним є застосування комплексного підходу до фармакотерапії, що полягає в усуненні больового синдрому, лікуванні самої ВІЛ-інфекції, призначенні етіотропної та симптоматичної терапії.

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» № 368 від 03.07.2007 р. жінкам з ВІЛ-інфекцією, що мають в анамнезі тривале вживання наркотиків, для полегшення і усунення болю в рамках надання паліативної допомоги рекомендується використання наркотичних знеболювальних засобів [1,2]. Залежно від важкості болю та природи больового синдрому (соматичний або неврологічний біль) таким

жінкам призначаються лікарські засоби з групи анальгетиків. Так, наркохворим жінкам з ВІЛ-інфекцією при болю у діапазоні інтенсивності від легкого до середньої важкості призначаються ненаркотичні анальгетики (НПЗЗ, ацетаминофен) та опіоїдні анальгетики. Зокрема серед наркотичних анальгетиків при легкому або помірному болю призначається трамадол тривалої дії (100–200 мг внутрішньо кожні 8–12 годин) та бупренорфін (сублінгвально по 0,2 мг, максимальна добова доза 3,0 мг), який при добрій ефективності і переносимості може застосовуватися місяцями.

Для полегшення й усунення болю у діапазоні інтенсивності від середньої тяжкості до важкої застосовуються опіоїдні анальгетики та допоміжні лікарські засоби, зокрема проносні й психостимулюючі. Крім того, разом з опіоїдами і НПЗЗ з метою полегшення та усунення неврологічного болю можуть призначатися допоміжні анальгетики – засоби з груп антидепресантів і протисудомних препаратів.

Для полегшення та усунення сильного болю наркохворим жінкам з ВІЛ-інфекцією призначаються наркотичні анальгетики внутрішньо або ректально. Зокрема застосовується трамадол тривалої дії (100–200 мг внутрішньо кожні 8–12 годин), бупренорфін (сублінгвально по 0,2 мг, максимальна добова доза 3,0 мг) та морфін (промедол, омнопон) внутрішньо (капають в рот або вводять ректально шприцом без голки) по 5 мг кожні 4 години. Якщо біль зберігається через 24 години, дозу можна збільшити у 1,5–2 рази. На період лікування опіоїдами призначаються проносні лікарські засоби.

Крім того, у рамках паліативної допомоги наркохворим жінкам з ВІЛ-інфекцією надається соціальна, психологічна і духовна підтримка, особливо в ті періоди, коли вони найбільше психологічно уразливі, з боку установ соціального захисту, громадських та благодійних організацій.

Висновки. На засадах медичного і фармацевтичного права розкрито деякі питання надання паліативної допомоги наркохворим жінкам з ВІЛ-інфекцією в Україні. З'ясовано, що при фармакотерапії наркохворих жінок з ВІЛ-інфекцією, залежно від важкості болю та природи больового синдрому, використовуються ненаркотичні анальгетики (НПЗЗ, ацетаминофен) та опіоїдні анальгетики (трамадол, бупренорфін, морфін).

Література

1. *Медицинское и фармацевтическое право: сравнительный анализ клинико-фармакологических групп лекарственных средств, используемых в психиатрии и наркологии, в рамках формулярной системы России и Украины / В. В. Шаповалов (мл.), В. В. Шаповалов, О. А. Рыщенко [и др.] // Научные ведомости Белгородского гос. ун-та. – 2014. – № 4 (175), Вып. 25. – С. 213–220. – (Серия: Медицина. Фармация).*

2. Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД : наказ МОЗ України від 03.07.2007 р. № 368 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=9122>. – Назва з екрану.
3. Про організацію паліативної допомоги в Україні : наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0229-13>. – Назва з екрану.
4. Слобожанські читання. Медичне і фармацевтичне право України: інновації, якість, безпека і перспективи розвитку : матеріали X Міжнар. наук.-практ. конф. (Харків, 15–16 листоп. 2013 р.) / за ред. В. В. Шаповалова, В. В. Шаповалова (мол.), В. О. Шаповалової. – Х., 2013. – 290 с.
5. Судово-фармацевтичне вивчення особливостей зловживання психоактивними речовинами серед наркоманих жінок : метод. реком. / В. О. Радіонова, В. В. Шаповалов (мол.), В. В. Шаповалов, В. О. Шаповалова. – Х. : ВБ «Фактор», 2012. – 60 с.
6. Фармацевтическое право в наркологии / В. А. Шаповалова, И. К. Сосин, Г. М. Бутенко [и др.]. – Х. : Факт, 2004. – 800 с.
7. *Medical and pharmaceutical law: theoretical study of state policy on equal rights and opportunities for women in Ukraine [Electronic resource] / V. A. Radionova, V. A. Shapovalova, V. V. Shapovalov, T. O. Smokvina // E-Journal: Research Bulletin SWorld «Modern scientific research and their practical application». – 2013. – Vol. J21306-017. – P. 101–104. – Access mode: <http://www.sworld.com.ua/index.php/ru/e-journal/2227-6920/j213/20935-j21306>.*

Ю.К. Резуненко, О.М. Ковальова, Н.А. Сафаргаліна-Корнілова

Проблеми підготовки фахівців з паліативної та хоспісної медицини у вищих медичних навчальних закладах

Харківський національний медичний університет,
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки

Щорічно в Україні помирає близько 800 тисяч осіб, з них близько 90 тисяч від раку, а кількість літніх людей постійно зростає. За даними вітчизняних експертів, понад 500 тис. цих хворих у фінальному періоді життя потребують професійної паліативної та хоспісної допомоги (ПХД).

Однією з важливих причин недостатнього рівня розвитку паліативної допомоги в Україні є відсутність у медичних та соціальних працівників необхідних знань та навичок щодо методів та принципів надання паліативної допомоги, застосування адекватних методів знеболення та усунення розладів фізіологічних функцій та інших соматичних проблем. Відсутня система підготовки, спеціалізації та підвищення кваліфікації медичних та соціальних працівників з питань паліативної допомоги. У номенклатурі медичних спеціальностей відсутня спеціалізація «паліативна допомога».

Паліативна допомога є важливою складовою системи охорони здоров'я та соціального захисту громадян України і забезпечує реалізацію прав

людини на гідне завершення життя та максимальне зменшення болю і страждань. Згідно з рекомендаціями ВООЗ та Комітету Міністрів Ради Європи (2003), паліативна допомога має стати одним з пріоритетних напрямів політики охорони здоров'я у Європейському регіоні.

Освіта є одним з трьох пріоритетних напрямків стратегії успішного розвитку паліативної допомоги як галузі охорони здоров'я разом із доступністю лікарських препаратів і політикою, здійснюваною державою у сфері організації служб на всіх рівнях медичної допомоги. Важливість професійної підготовки та постійного навчання фахівців, насамперед лікарів, підкреслюється в основних міжнародних документах з організації паліативної допомоги. Так, ще у 1989 р. експерти ВООЗ рекомендували включити основні положення паліативної медицини та головні принципи лікування хронічного больового синдрому у загальні програми навчання усіх спеціалістів охорони здоров'я; проводити післядипломне навчання медичних працівників з питань паліативної допомоги.

Найбільш ефективною формою підготовки на додипломному рівні, враховуючи багатофакторність, багатоплановість проявів проблеми, є введення окремої дисципліни з ПХД, підготовка майбутніх лікарів на принципах наскрізного формування інтегральних знань у межах тих предметів, які викладаються у медичних навчальних закладах.

У Харківському національному медичному університеті у рамках навчального плану розглядаються питання ПХД для вітчизняних та іноземних студентів зі спеціальності «Лікувальна справа», «Медико-профілактична справа» та «Педіатрія».

Знайомство з ПХД починається з вивчення історії виникнення хоспісного руху (курс «Історія медицини»), біологічних, анатомічних, фізіологічних та біохімічних аспектів старіння як завершення етапу онтогенезу людини («Медична біологія», «Біологічна хімія», «Анатомія людини», «Фізіологія», «Гістологія»). У рамках дисципліни «Догляд за хворими» приділяється значна увага особливостям загального та спеціального догляду за важкохворими, інкурабельними та агонуючими пацієнтами різного віку в терапевтичній, хірургічній та педіатричній практиці. Студенти знайомляться із застосуванням основних видів знеболювальних лікарських засобів, харчуванням осіб похилого та старечого віку в контексті невиліковного захворювання; вивчають специфіку надання невідкладної допомоги та проведення найпростіших реанімаційних заходів інкурабельним пацієнтам. Розгляд питань ПХД продовжується при вивченні патоморфології і патофізіології (біологічні, медико-соціальні аспекти смерті, структурні механізми припинення діяльності життєво важливих органів; зв'язок між старінням та хворобами людини), основ біоетики та біобезпеки (біоетичні та соціально-правові проблеми старіння, реабілітації та евтаназії; паліативна допомога), пропедевтики внутрішньої медицини і пропедевтики педіатрії (специфіка обстеження тяжкохворих та хворих дітей з обмеженим прогнозом життя), гігієни та екології (гігієнічні аспекти практичної діяльності лікаря з обслуговування інкурабельних пацієнтів) проходженні сестринської практики (особливості професійної діяльності медичної сестри з інкурабельними пацієнтами різного віку та їхніми родичами, надан-

ня невідкладної допомоги важкохворим чи інкурабельним пацієнтам).

При вивченні клінічних дисциплін звертається увага студентів на психологічні, духовні та соціальні питання паліативної допомоги інкурабельним хворим та їхнім близьким, особливості ведення пацієнтів, у тому числі дитячого віку, у термінальній стадії захворювання, догляд і методи паліативного лікування (внутрішня медицина, хірургія, педіатрія, сімейна медицина), особливості променевого дослідження у важкохворих з обмеженим прогнозом життя, знайомство з принципами і методами променевої терапії у паліативній допомозі (радіаційна медицина, онкологія), особливості ведення інкурабельних пацієнтів з туберкульозом, ВІЛ-інфекцією, вірусними гепатитами В і С (фтизіатрія, інфекційні хвороби), аспекти психічної патології похилого та старечого віку (психіатрія, неврологія).

Формування ефективної системи підготовки та підвищення кваліфікації медичних та соціальних працівників з питань паліативної допомоги досягається шляхом:

- затвердження і введення у номенклатуру медичної спеціальності «Паліативна допомога»;
- впровадження навчального курсу з паліативної допомоги в програми підготовки лікарів загальної практики та сімейних лікарів;
- спеціалізації та підвищення кваліфікації медичних та соціальних працівників, які надають паліативну допомогу;
- створення державного науково-методичного центру паліативної допомоги для формування методичної бази, навчання медичних та соціальних працівників, проведення наукових досліджень, здійснення моніторингу та контролю за якістю надання паліативної допомоги, участь у ліцензуванні та акредитації закладів, які надають паліативну допомогу.

Таким чином, сьогодні в країні першочерговим завданням є формування ефективної системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з питань паліативної допомоги, соціальної, психологічної та духовної допомоги паліативним хворим та їхнім рідним. Процес підготовки повинен включати підвищення кваліфікації у рамках циклів тематичного удосконалення, професійної перепідготовки кадрів та підвищення кваліфікації лікарів у рамках сертифікаційних циклів.

Література

1. *Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги населенню* / А. В. Царенко, Ю. І. Губський, О. Г. Шекера, О. І. Толстих // *Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф., 20–21 листоп. 2013 р.* – К. : Талком, 2013.

2. Введенская Е. С. О необходимости преподавания вопросов паллиативной помощи в системе высшего медицинского образования / Е. С. Введенская // Соц. аспекты здоровья населения. – 2013. – Т. 31, № 3.
3. Последипломное образование и паллиативная помощь: обзор европейских рекомендаций / Новиков Г. А., Самойленко В. В., Рудой С. В., Вайсман М. А. // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2011. – № 3.

Д.Э. Рыспаева, А.С. Дудниченко

Новые подходы к адекватному обезболиванию у онкологических пациентов

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
кафедра онкологии и детской онкологии*

Ключевые слова: опухоль-ассоциированная нейропатическая боль, лестница обезбоживания, габапентин, прегабалин (Лирика).

Опухоль-ассоциированная боль встречается у 25% впервые выявленных пациентов, у 33% пациентов, перенесших активное лечение, и более чем у 75% пациентов с прогрессирующим опухолевым процессом [10,11]. Обезболивающая лестница ВОЗ выступает в качестве алгоритма основной терапии для облегчения боли в сочетании с терапией, направленной на первичное заболевание, и психотерапевтическими методами [8,12]. Трехступенчатая лестница обезбоживания включает использование неопиоидных анальгетиков, опиоидных анальгетиков и адъювантных лекарственных средств. Согласно этой схеме, на первом этапе следует использовать неопиоидный анальгетик с/без адъюванта. Если боль сохраняется или нарастает при этом режиме, пациенту должен быть применен слабый опиоид в комбинации с неопиоидным препаратом с/без адъюванта (этап 2). Если боль продолжается или усиливается, несмотря на изменения в терапии, необходимо использовать более сильный опиоидный анальгетик с/без неопиоидного и/или адъювантного препарата (этап 3).

Согласно классификации Международной ассоциации по изучению боли (International Association for the Study of Pain, IASP), выделяются следующие типы боли: ноцицептивная (физиологическая) боль, возникающая в результате раздражения периферических болевых рецепторов и передачи импульса в центральную нервную систему, и нейропатическая

(патологическая) боль, связанная с дисфункцией нервной системы на периферическом или центральном уровне [1]. Ноцицептивная боль является адекватной физиологической реакцией на болевые раздражители, например соматическая (мышечный спазм, поражение мягких тканей, карциноматоз серозных оболочек) или висцеральная (гидроторахс, асцит и т.д.). Нейропатическая боль – наиболее частый вид боли, на ее долю приходится около 40% всей опухоль-ассоциированной боли [5]. Каждый тип боли обусловлен различной степенью повреждения мягких тканей, костей и органов, как самой опухоли, так и ее метастазами. У инкурабельных онкологических больных могут наблюдаться боли нескольких типов одновременно, и дифференциальная диагностика их нередко затруднена. В зависимости от предполагаемого типа и интенсивности хронического болевого синдрома применяются различные подходы к её устранению [10].

Неопиоидные анальгетики, в первую очередь неспецифические противовоспалительные препараты (НПВП), имеют верхний предел анальгетического эффекта, и превышение максимальных диапазонов доз может привести к тяжелому токсичному поражению органов [4]. Их возможные побочные эффекты (гематологическая токсичность, нефротоксичность, гастроинтестинальная токсичность) могут создавать дополнительные клинические проблемы у онкобольных.

При хронічній болю, не купуючійся неопіоїдними анальгетиками, назначаються опіоїди. Більшість побічних ефектів опіоїдних препаратів можна контролювати [12]. В частині, запори являються серйозною проблемою при підвищенні дози опіоїдів, тому при регулярному прийомі опіоїдів слідувати назначають слабительні. Фізична залежність і толерантність можуть розвиватися при хронічному використанні опіоїдів. Толерантність розвивається неоднаково до всіх ефектів опіоїдів, швидше всього – на угнетення дихання, седативний ефект, тошноту. Тошнота може спостерігатися у пацієнтів, отримуючих обезболювальні вперше, і це повинно супроводжуватися противоротною терапією. Толерантність до анальгезії не являється основною клінічною проблемою і, як правило, перемагається шляхом зміни дози або заміни на інший обезболювальний препарат, або комбінації з невеликими дозами антагоністів опіоїдних рецепторів [4].

Серйозні побічні ефекти опіоїдів можуть бути зменшені з допомогою титрування дози лікарства і призначення препаратів, як тривалого, так і короткого дії, проти «прорыва» болю. Крім того, необхідно використовувати ад'юванти для максимального обезболювання і мінімізації ризиків їх побічних ефектів.

Ад'ювантні лікарські засоби – антидепресанти, протисудорожні препарати, бензодіазепіни, нейролептики, психостимулятори, антигістамінні препарати, кортикостероїди, бисфосфонати – можуть або розширювати діапазон дії анальгетиків, або мати самостійне анальгетичне діє і використовуються за конкретними показаннями.

Вибір препарату для анальгетичної терапії в значній мірі визначається типом болювого синдрому. При ноцицептивній болю частіше назначаються препарати парацетамола, НПВП і трамадол. Нейропатична біль менш чутлива до стандартних анальгетиків, найбільш ефективними являються антидепресанти і антиконвульсанти. Однак багато груп препаратів не оправдали себе в більшості досліджень, які проводилися з метою терапії нейропатичної болю. До них відносяться бензодіазепіни, міорелаксанти, протиепілептичні засоби (карбамазепін, клоназепам, вальпроєва кислота, ламотриджин, топірамат), селективні інгібітори зворотного захопту серотоніну, НПВП і др. [3,16].

Трициклічні антидепресанти (амітриптилін, іміпрамін) часто використовуються для лікування нейропатичної болю. Однак застосування цих

препаратів часто обмежується їх побічними ефектами, пов'язаними з антихолінергічним діє, ймовірністю появи ортостатичної гіпотензії і порушеннями серцевого ритму. Антиконвульсанти (карбамазепін, баклофен) можуть знімати приступи гострої тикоподібної болю при таких периферических неврологічних синдромах, як трійнична, постгерпетическа, язикоглоточна невралгія і т.п., виникаючих на фоні ураження нерва опухоллю або спеціально протиопухолевого лікування [3].

Відкритий в 90-х роках препарат габапентин проявив себе як ефективний і безпечний при лікуванні різноманітних нейропатических болювих синдромів [13-15]. Новий препарат компанії Pfizer прегабалін (Лірика) являється продовженням розробок специфічних препаратів, дієючих незалежно від етіології на механізми нейропатического болювого синдрому і забезпечуючих високу ефективність в його купуванні [7,9]. Проведені дослідження показали, що прегабалін порівняємо по ефективності з габапентином, але при суттєво більш низьких дозуваннях [7,8]. Внаслідок цього ймовірність побічних реакцій у прегабаліна значно нижче, ніж у габапентина. Одним з пояснень цього являється той факт, що прегабалін має більш високу біодоступність (90% проти 33–66% у габапентина) і більш швидку абсорбцію (пік концентрації настає через годину). Крім того, в відміння від габапентина, прегабалін має лінійну залежність концентрації в плазмі при збільшенні дози [7,8]. Це несвоєрідно габапентину, у якого пік концентрації настає через 3–4 години, і, що більш важливо, залежність концентрації при збільшенні дози препарату носить нелінійний характер. Прегабалін достовірно зменшує інтенсивність нейропатическої болю при злоякісних новоутвореннях [15]. Порівняння ефективності амітриптиліну, габапентина і прегабаліна при опухоль-асоційованій нейропатическої болю в проспективному рандомізованому подвійному сліпому плацебо-контрольованому дослідженні [2] показало статистически і клінічески значимий опіоїд-зберігаючий ефект в групі прегабаліна (Лірика). Контроль болю може бути досягнутий уже на четвертому візиті пацієнта, що зменшує необхідність в обезболюючих препаратах і зменшує побічні ефекти і небажані лікарські взаємодії. Згідно Рекомендаціям Європейського товариства хімотерапевтів (ESMO), для лікування нейропатическої болю при злоякісних опухольях препарат Лірика рекомендований як першої лінії [14].

Таким образом, трехступенчатая лестница анальгезии ВОЗ выступает в качестве алгоритма основной терапии для облегчения опухолеассоциированной боли. Хроническая боль онкологического генеза всегда связана с нейропатиче-

ским компонентом, что требует активного применения адьювантных препаратов. Установлено, что Прегабалин (Лирика) – препарат первой линии с доказанной эффективностью для лечения нейропатической боли у онкологических больных.

Литература

1. Лечение хронической боли онкологического генеза : учебн. пособ. / под ред. проф. Г. А. Новикова и проф. Н. А. Осиповой. – М. : Общероссийское общественное движение «Медицина за качество жизни, 2005. – 84 с.
2. A comparative efficacy of amitriptyline, gabapentin, and pregabalin in neuropathic cancer pain: a prospective randomized double-blind placebo-controlled study / Mishra S., Bhatnagar S., Goyal G. N. [et al.] // *Am. J. Hosp. Palliat. Care.* – 2012. – Vol. 29 (3). – P. 177–82.
3. Baclofen for the treatment of acute low-back syndrome. A double-blind comparison with placebo / Dapas F., Hartman S. F., Martinez L. [et al.] // *Spine.* – 1985. – Vol. 10 (4). – P. 345–9.
4. Brant J. M. Pain / J. M. Brant // *Cancer Symptom Management* – ed 4. – Burlington MA, 2014.
5. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy as a predictor of neuropathic pain in breast cancer patients previously treated with paclitaxel / Cielito C. [et al.] // *J. Pain.* 2009. – Vol. 10 (11). – P. 1146–1150.
6. Gabapentin is effective in the treatment of cancer-related neuropathic pain: a prospective, open-label study / Ross J. R., Goller K., Hardy J. [et al.] // *J. Palliat. Med.* – 2005. – Vol. 8 (6). – P. 1118–26.
7. Levien T. L. Summary of new drug applications and biologic license applications submitted to the Food and Drug Administration: Pregabalin-Pfizer / T. L. Levien // *Advances in Pharmacy.* – 2004. – Vol. 2 (2). – P. 185–186.
8. Pregabalin in Neuropathic Pain Related to DPN, Cancer and Back Pain: Analysis of a 6-Week Observational Study / Toelle T. R. [et al.] // *The Open Pain Journal.* – 2012. – Vol. 5. – P. 1–11.
9. Pregabalin relieves symptoms of painful diabetic neuropathy: a randomized controlled trial / Lesser H., Sharma U., LaMoreaux L. [et al.] // *Neurology.* – 2004. – Vol. 63 (11). – P. 2104–10.
10. Principles and Management of Cancer Pain / Toru [et al.] // *Merit Research Journals.* – 2014. – Vol. 2 (6). – P. 124–129.
11. Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain (APS). Sixth Edition. – 2008. – 120 p.
12. Recent advantages in cancer pain management / Golubovič V. [et al.] // *Periodicum Biologorum.* – 2011. – Vol. 113, № 2. – P. 261–264.
13. Rice A. S. Gabapentin in postherpetic neuralgia: a randomized, double blind, placebo controlled study / A. S. Rice, S. Maton // *Pain.* – 2001. – Vol. 94. – P. 215–224.
14. Ripamonti C. I. Management of Cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines / C. I. Ripamonti, D. Santini, E. Maranzo // *Annals of Oncology.* – 2012. – Vol. 23 (Suppl. 7), P. 139–154.
15. Serpell M. G. Gabapentin in neuropathic pain syndromes: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial / M. G. Serpell // *Pain.* – 2002. – Vol. 99. – P. 557–566.
16. The response of neuropathic pain and pain in complex regional pain syndrome I to carbamazepine and sustained-release morphine in patients pretreated with spinal cord stimulation: a double-blinded randomized study / Harke H., Gretenkort P., Ladleif H. U. [et al.] // *Anesth. Analg.* – 2001. – Vol. 92 (2). – P. 488–95.

В.В. Фролков¹, Т.В. Головня², А.В. Царенко³, Н.И. Чегодаева¹, Ю.Н. Чалый⁴,
Н.В. Чалая⁴

Особенности биологического возраста сотрудников отделения паллиативной и хосписной помощи Донецкой ГКБ № 21

¹Донецкая городская клиническая больница № 21

²Донецкая городская клиническая больница № 18

³НМАПО имени П. Л. Шупика, г. Киев

⁴Донецкая городская клиническая больница № 23

Ключевые слова: состояние здоровья персонала, система определения биологического возраста, условия труда медицинских работников, предупреждение профессиональных заболеваний и эмоционального выгорания медицинских работников, система паллиативной и хосписной помощи.

Вступление. С каждым годом в Европе и развитых странах мира, благодаря достижениям современной медицинской науки и практики, увеличивается продолжительность жизни населения. Но, тем не менее, смерть является неотвратимым заключительным этапом жизни любого человека. Процесс умирания, который проходит человек в терминальной стадии заболевания до момента своей смерти, часто бывает сложным, болезненным, обрекает многих людей на муки и страдания, что и определяет большое гуманитарное, медицинское и морально-этическое значение развития доступной и эффективной системы паллиативной и хосписной помощи (ПХП). Анализ международной и отечественной научной литературы свидетельствует, что во многих странах мира, в том числе и в Украине, в последние десятилетия сложилась неблагоприятная медико-демографическая и эпидемиологическая ситуация, что ставит новые, неизвестные ранее, организационные, научные и финансовые проблемы, которые касаются обеспечения медико-социальной помощи неизлечимо больным пациентам и членам их семей с целью достижения максимально доступного качества их жизни [3-7, 10, 11, 14].

Важным условием создания и развития современной эффективной системы ПХП является обеспечение профессиональными кадрами: их подготовка и повышение квалификации, создание соответствующих условий труда и мотиваций, предупреждение профессиональных заболеваний и эмоционального выгорания.

Цель: проанализировать состояние здоровья персонала отделения паллиативной и хосписной помощи Донецкой городской клинической больницы №21 (ПХП ДГКБ №21) и определить пути оптимизации деятельности по предупреждению профессиональных заболеваний и эмоционального выгорания.

Задачи: 1. Оценить состояние здоровья персонала отделения ПХП ДГКБ №21 с использованием доступной скрининговой методики.

2. Выявить взаимосвязь показателей здоровья персонала со стажем работы в отделении ПХП.

3. Разработать рекомендации по оптимизации труда сотрудников хосписов и отделений ПХП.

Материалы и методы. Обследовано 23 сотрудника отделения ПХП ДГКБ № 21. В группу сравнения были включены 16 сотрудников Центра первичной медико-санитарной помощи (ЦПМСП) № 4.

Оценка состояния здоровья производилась с помощью комплексной Австралийской системы определения биологического возраста (Университет Нового Уэльса/DEANW, 1988), с регистрацией следующих показателей: концентрация азота мочевины в сыворотке (мг/дл), форсированная жизненная ёмкость легких (л), систолическое артериальное давление (мм рт. ст.), концентрация общего холестерина в сыворотке (мг/дл), концентрация общего кальция в сыворотке (мг/дл) [13].

Определение мочевины крови осуществлялось уреазным методом ($N - 2,5-8,3$ ммоль/л), общего холестерина крови – ферментативным методом

(N – 3,0–5,2 ммоль/л), общего кальция крови – реакцией с ортокрезолфталейнкомплексом (N – 2,25–2,75 ммоль/л). Для определения показателей мочевины, общего холестерина и общего кальция в единицах измерения мг/дл использованы данные, указанные в ммоль/л, разделенные на коэффициенты пересчета единиц, составившие 0,1665, 0,026 и 0,25, соответственно [9]. Для определения азота мочевины, с учетом относительной молекулярной массы мочевины – 60,06, и азота – 28, использовался дополнительный коэффициент – 0,4662. В итоге пересчетный коэффициент составил 0,356.

Определение систолического артериального давления производилось при помощи утренней тонометрии в течение трех дней, с расчетом среднего показателя.

Регистрация показателя ОФВ1 осуществлялась в рамках проведения стандартного исследования функции внешнего дыхания (ФВД), в т.ч. с учетом дополнительных показателей. Использованы аппараты: для основной группы – «БТЛ-08 Спиро» и «Pulmowind/Sensorsystems» LTD, для группы сравнения – «Кардио+».

Результаты и обсуждение. Для большинства профессиональных групп медицинских работников постоянное и достаточно интенсивное психоэмоциональное напряжение является одним из факторов производственной среды, неблагоприятно влияющих на их здоровье [2,8,15]. Согласно результатам исследований различных авторов, медицинские работники занимают четвертое–шестое место по распространенности профессиональной заболеваемости, опережая даже работников химической промышленности, а уровень смертности в возрасте до 50 лет на 32% выше, чем в среднем по стране. Однако, к сожалению, достоверной статистики профессиональной заболеваемости медицинских работников в Украине не существует, что связано с рядом причин:

- большинство сотрудников лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) занимаются самолечением или лечатся у коллег, что не позволяет провести статистический учёт;
- среди медицинских работников существует большой процент недостоверности при выдаче листов временной нетрудоспособности;
- большинство врачей из-за страха потерять работу скрывают наличие у себя заболеваний, которые могут быть несовместимыми с их врачебной деятельностью;
- медицинские осмотры среди медицинских работников проводятся формально или не проводятся совсем;
- подтвердить профессиональную этиологию заболевания у медицинских работников часто бы-

вает достаточно сложно, особенно в случаях, когда причиной заболевания становятся психоэмоциональное напряжение и стресс на рабочем месте.

Обследования, проведенные Санкт-Петербургским центром профпатологии в нескольких ЛПУ города, показали, что здоровыми являются не более 5% их сотрудников, в основном, в возрасте до 30 лет [2].

Особое место занимают условия труда медицинских работников в хосписах и отделениях ПХП. Специфика работы в хосписах и отделениях ПХП заключается в большой физической, психологической и эмоциональной нагрузке. Для пациентов, которые находятся на лечении в хосписах и отделениях ПХП, характерен высокий уровень летальности. В течение 7 лет с момента открытия 01.04.2007 г. хосписного отделения на базе ДГКБ № 21 из 2552 госпитализированных больных умерли 259 человек, что составляет 10,15%. Вместе с тем отмечается прогрессирующее увеличение доли тяжелых больных. Так, по итогам 2013 г. из 251 умерли уже 73 пациента (29,08%). В марте 2014 г. полная зависимость больных от посторонней помощи имела место в 46,7% случаев [16].

В отделении ПХП ДГКБ №21 отмечается большая текучесть кадров. В настоящее время в штате отделения ПХП числится 23 физических лица, что составляет 82,14%. С 2007 г. уволились 36 человек (2007 г. – 1; 2008 г. – 9; 2009 г. – 6; 2010 г. – 4; 2011 г. – 10; 2012 г. – 3; 2013 г. – 3). По отношению к фактически работающим, усредненный коэффициент сменяемости составляет 22,36% в год. Средний стаж работы в отделении ПХП составляет 4,06 лет. Можно выделить пять сопоставимых групп: работающие 6–18 мес. – 5 человек (21,73%), 25–38 мес. – 5 человек (21,73%), 42–47 мес. – 4 человека (17,39%), 65–73 мес. – 4 человека (17,39%), 84 мес., с момента открытия отделения – 5 человек (21,73%). Актуальным является поиск подходов для сохранения и расширения кадрового состава.

Средний возраст обследованных 23 сотрудников отделения ПХП ДГКБ №21 составляет 51 год, диапазон – от 26 до 75 лет. Из них: врачей – 3 (13,04%) человека, медицинских сестёр – 9 (39,13%) человек, младших медицинских сестёр – 11 (47,82%) человек. В отделении ПХП работает 21 (91,3%) женщина; лиц активного трудоспособного возраста (20–49 лет) – 9 (39,13%) человек; с общим стажем работы до 20 лет – 8 (34,78%) человек.

В группу сравнения были включены 16 сотрудников ЦПМСП № 4, средний возраст которых составил 48,81 лет (диапазон от 32 до 61 года). Из них: врачей – 6 (37,50%) человек, медицинских сестёр – 5 (31,25%) человек, младших медицинских сестёр – 5 (31,25%) человек. Женщины составляли

15 (93,75%) человек, лица активного трудоспособного возраста – 8 (50,0%) человек, с общим стажем работы до 20 лет – 8 (50,0%) человек.

Показатели мочевины (азота мочевины) испытуемых отмечались в пределах нормы.

Колебания ОФВ1 в основной группе составили от 52,12% до 122,18%, средний показатель – 93,13%. В группе сравнения, соответственно, – от 57,61 до 100,58%, среднее значение – 87,26%. По дополнительным показателям нарушения ФВД выявлены в 11 случаях в основной группе (47,82%): в 2 (66,6%) случаях в подгруппе 40–49 лет, в 4 (50,0%) случаях в подгруппе 50–59 лет, в 3 (75,0%) случаях в подгруппе 60–69 лет, в 2 (100,0%) случаях в подгруппе 70 и более лет. В группе сравнения – в 9 (56,25%) случаях: 1 (100,0%) человек в возрастной подгруппе 30–39 лет, 3 (42,85%) – в подгруппе 40–49 лет, 4 (57,14%) – в подгруппе 50–59 лет, 1 (100,0%) – в подгруппе 60–69 лет.

При выполнении тонометрии в основной группе артериальная гипертензия зарегистрирована в 9 (39,13%) случаях. Повышенное среднее систолическое артериальное давление (САД) зафиксировано в 6 (26,08%) случаях, из них: 1 (33,3%) человек в подгруппе 40–49 лет, 2 (25%) – 50–59 лет, 2 (50%) – 60–69 лет, 1 (50%) – в возрастной группе старше 70 лет. В группе сравнения артериальная гипертензия зарегистрирована в 5 (31,25%) случаях, а повышенное среднее САД – в 3 (18,75%) случаях, из них: 1 (14,28%) человек в подгруппе 40–49 лет, 1 (14,28%) – 50–59 лет и 1 (100%) – в подгруппе 60–69 лет.

Гиперхолестеринемия выявлена в основной группе в 7 (30,43%) случаях, из них 1 (33,3%) человек в подгруппе 40–49 лет, 4 (50%) – в подгруппе 50–59 лет, 1 (25,0%) – в подгруппе 60–69 лет и 1 (50,0%) – в возрасте 70 и более лет. В группе сравнения выявлено 4 (25,0%) случая гиперхолестеринемии, из них 3 (42,85%) человека в подгруппе 40–49 лет и 1 (14,28%) – 50–59 лет.

Гипокальциемия определена в основной группе в 6 (26,08%) случаях, из них 4 (50,0%) человека в подгруппе 50–59 лет, 1 (25,0%) – 60–69 лет и 1 (50,0%) – 70 и более лет. В группе сравнения выявлен один случай (6,25%) гиперкальциемии в возрастной категории 50–59 лет (14,28%).

Показатели биологического возраста медицинских работников в отделении ПХП: интервал – 21,59–64,14 года, что составляет в процентах от календарного, соответственно, 54,63%–116,11%. Средний показатель – 40,58 года, что составляет 79,56% от календарного (табл.). У медицинских работников Центра ПМСП: интервал – 28,75–52,23 года, в процентах от календарного, соответственно, 54,84%–123,28%. Среднее значение – 40,06 года, что составляет 82,09% от календарного. Обобщенный показатель календарного возраста для двух групп

составил 50,1, а биологического возраста – 40,37 года, что соответствует 80,57% от календарного. В отделении ПХП среди лиц с общим стажем работы до 20 лет средний биологический возраст равен 32,58 года, что составляет 90,83% от календарного возраста. У медицинских работников Центра ПМСП №4 эти показатели составляют, соответственно, 39,14 года и 87,71%.

Таблица

Биологический возраст медицинских работников отделения ПХП

Стаж работы в отделении, мес.	Средний общий стаж работы, лет	Средний календарный возраст, лет	Средний биологический возраст, лет	Соотношение биологического и календарного возрастов, %
6–18 мес.	29,8	54,2	42,12	77,71
25–38 мес.	31,8	57,2	48,63	85,01
42–47 мес.	26,5	45,25	35,32	78,05
65–73 мес.	39,0	57,25	38,63	67,47
84 мес.	23,2	41,0	36,79	89,73

Выводы:

1. Примененная скрининговая методика выявляет отклонения показателей в значительном количестве случаев. В дополнительном обследовании нуждаются, с учетом выявленных изменений: в отделении ПХП – 17 (73,91%) человек, в группе сравнения – 12 (75,0%) человек. У сотрудников отделения ПХП отмечаются случаи гипокальциемии, в то время как в группе контроля – единичный случай гиперкальциемии (возможно искажение показателя биологического возраста в сторону занижения последнего); сопоставимо часто выявляются нарушения функции внешнего дыхания и гиперхолестеринемия, и чаще – артериальная гипертензия.

2. Показатели среднего биологического и календарного возрастов сопоставимы в основной группе и группе сравнения. Отсутствует пропорциональная зависимость между биологическим возрастом и стажем работы в отделении ПХП при наблюдении лиц со стажем работы до 7 лет. Увеличение показателя биологического возраста выше среднего, до 89,73% от календарного, сочетается с тенденцией увеличения биологического возраста для лиц со стажем работы менее 20 лет, что, предположительно, можно связать с меньшим потенциалом здоровья для лиц более молодого возраста.

Значимість індивідуальних характеристик підтверджується різницею показателів біологічного віку (85,01% і 67,47%) у груп співробітників з ідентичним показателем середнього календарного віку, працюючих в відділенні в період 25–38 років (середнє значення – 30,2 років) і 65–73 років (середнє значення – 68,75 років) відповідно.

3. Більше уваги повинно приділятися первинній профілактиці захворювань. Проведення реабілітаційних заходів після досягнення 40-річного віку відповідає концепції значимості вікових процесів в розвитку

патологічних станів [1]. ФВД можна розглядати як додаткову методику при проведенні щорічних медичних оглядів, з урахуванням невисокої виявляемості хронічної патології дихальної системи у медиків по частоті [12].

4. Цілеспрямовано провести мультицентрові дослідження з використанням додаткових методик для вивчення стану здоров'я співробітників відділення ПХП, в т.ч. в залежності від роду діяльності, як важливого фактора збереження працездатності і мотивації до роботи.

Література

1. Ахаладзе М. Г. Оцінка темпу старіння стану здоров'я і життєздатності людини на основі визначення біологічного віку: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М. Г. Ахаладзе. – К., 2007.
2. Винокур В. А. Професійна «вигораність» і стан здоров'я медичних працівників / В. А. Винокур // Нові Санкт-Петербурзькі відомості. – 2008. – № 1. – С. 82–92.
3. ВОЗ. Паліативна допомога / під ред. Е. Девіс, І. Джігінсон. – ЕРБ ВОЗ, 2005. – 32 с.
4. ВОЗ. Совершенствование паліативної допомоги похилому населенню / під ред. Е. Девіс, І. Джігінсон. – ЕРБ ВОЗ, 2005. – 40 с.
5. Вороненко Ю. В. Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Наука і практика. Міжвідомчий мед. журн. – 2014. – № 1 (2). – С. 63–75.
6. Губський Ю. І. Розвиток служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова покращення доступності та якості медичної допомоги паліативним пацієнтам / Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Мед. перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 26–28.
7. Губський Ю. І. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині. Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти: монографія / Ю. І. Губський, М. К. Хобзей. – К.: Здоров'я, 2011. – 352 с.
8. Гурьянов М. С. Соціологічне дослідження захворюваності медичних працівників багатопрофільного стаціонару / М. С. Гурьянов, І. А. Камаєв, Н. І. Гурвич // Проблеми соц. гігієни, здоров'я та історії медицини. – 2010. – № 1. – С. 19–22.
9. Евдокимов В. І. Підготовка медичної наукової роботи / В. І. Евдокимов. – СПб.: Спецліт, 2008. – С. 105–107.
10. ЄАПД. Біла книга стандартів з паліативної допомоги. Рекомендації Європейської Асоціації паліативної допомоги, 2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ligalife.com.ua/2011/paliativna/standart/4parent-kontekst-ta-metodologiya/>. – Назва з екрану.
11. ЄАПД. Працька хартія «Отримання паліативної допомоги – право людини». – ЄАПД, 2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://eapcspeaksrussian.eu.aspx>. – Назва з екрану.
12. Земцов Е. В. О гігієнічному обґрунтуванні кратності проведення періодичних медичних оглядів працівників лікувально-профілактичних закладів / Е. В. Земцов, С. А. Асіновська // Здоров'я населення і середовище проживання. – 2005. – № 11. – С. 30–33.
13. Кишкун А. А. Біологічний вік і старіння: можливості визначення і шляхи корекції / А. А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР-Медіа, 2008. – 737 с.
14. Стан, проблеми і перспективи впровадження Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року / Князевич В. М., Царенко А. В., Яковенко І. В., Брацюнь О. П. // Фітотерапія. Часопис. – 2013. – № 4. – С. 4–7.
15. Фокин М. В. О професійних захворюваннях працівників охорони здоров'я / М. В. Фокин, С. А. Степанов // Оптимізація лікарняного середовища за допомогою нових технологій. – СПб, 2004. – С. 167–170.
16. Фролков В. В. Економічна цілеспрямованість і оптимізація роботи хоспісного відділення / В. В. Фролков, Н. І. Чегодаєва // Соціальна політика щодо тяжкохворих (невиліковних): громадські та опікунські (наглядні) ради як інструмент залучення додаткових ресурсів для діяльності закладів соціального захисту та охорони здоров'я: матеріали ІІІ Всеукр. наук.-практ. конф., 26 бер. 2014 г. – К., 2014. – С. 97.

Д.В. Черепов, И.В. Монастырская, С.М. Граматюк, Я.В. Набойченко

Оценка качества анальгезии и побочных реакций пациента при применении фентанилового пластыря в условиях отделения «Хоспис»

Харьковская городская клиническая многопрофильная больница № 17

Ключевые слова: фентаниловый пластырь, хронический болевой синдром, онкологическая патология.

Вступление. Ежегодно в мире от злокачественных опухолей умирает около 7 миллионов человек. Считается, что около 40% больных с промежуточными стадиями процесса и 60–87% с генерализацией заболевания страдают от болевого синдрома различной выраженности [1,2,5]. У значительной части этих пациентов болевой синдром отчетливо проявляется лишь на поздних стадиях, когда специфическое лечение невозможно. Несмотря на однозначный прогноз, больной нуждается в адекватном обезболивании с целью предотвращения действия боли на физическое, психическое и моральное состояние пациента и как можно более долгого сохранения его социальной активности [3,4].

Трудности ведения таких пациентов обусловлены сложностью оценки боли, нежеланием больных принимать обезболивающие препараты, недостаточной доступностью наркотических анальгетиков, а также отсутствием у медицинских работников навыков по купированию болевого синдрома у онкологических больных [7–9].

Пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении, нуждаются в постоянном контроле для коррекции обезболивающей терапии, профилактики и устранения побочных эффектов анальгетиков [10–11]. В каждом конкретном случае должны определяться и, при необходимости, корректироваться оптимальные дозы препаратов и интервалы между их введением.

Цель исследования: оценка качества анальгезии и побочных реакций у пациента при применении фентанилового пластыря в условиях отделения «Хоспис» Харьковской городской клинической многопрофильной больницы № 17.

Материалы и методы. Нами проведена оценка качества анальгезии у 64 пациентов в возрасте от 52 до 78 лет с различной онкологической патологией,

которые находились в отделении «Хоспис» Харьковской городской клинической многопрофильной больницы № 17 в период с 2013 по 2014 годы.

Больные были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту и сопутствующей соматической патологии: основную (группа А – 43 пациента) – с применением трехступенчатых схем, принятых ВОЗ, и группу сравнения (группа В – 21 пациент) – с применением трехступенчатых схем, принятых ВОЗ, и включением в схему фентанилового пластыря.

Оценку интенсивности болевого синдрома проводили с помощью ВАШ, которая позволяет каждому пациенту индивидуально оценивать характер своих болевых ощущений. В линейной шкале цифровой показатель интенсивности боли (1–20 баллов) корректирует с определенным цветовым аналогом. По 20-балльной системе определяется пять степеней градации боли: боль отсутствует (белый цвет), слабая боль (зеленый), умеренная боль (желтый), сильная боль (коричневый) и невыносимая боль (красный цвет).

Выраженность побочных эффектов методов обезбоживания и медикаментов оценивалась в баллах по следующей шкале: 0 – нет побочных эффектов, 1 – побочные эффекты слабо выражены, 2 – умеренно выражены, 3 – сильно выражены (гипотония, седация, галлюцинации, общая центральная депрессия, тошнота или рвота, запор, задержка мочи, аллергическая реакция).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы MedStat с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона.

Результаты исследования. Изначально пациенты группы А принимали опиоидные анальгетики в сочетании с адъювантной терапией, адекватного облегчения боли при этом не наблюдалось.

Больные группы В изначально принимали опиоидные анальгетики, доза фентанилового пластыря для этой группы рассчитывалась на основе эквивалентного соотношения между принимаемым пациентом наркотическим препаратом и дозой фентанила.

Пациенты группы В продолжали принимать предыдущую анальгетическую терапию до момента начала действия фентанила. Титрование дозы проводили каждые 3–4 дня. При необходимости (неадекватная анальгезия) дозу увеличивали на 25 мкг/ч. Средняя продолжительность лечения боли фентаниловым пластырем составила 64,3 дня.

При исследовании общей субъективной оценки качества анальгезии отмечено следующее: 8% пациентов в группе В оценили ее на «отлично», 69% – «хорошо», 23% – «удовлетворительно», а в контрольной группе А: 58% – «хорошо», 42% – «удовлетворительно» ($p < 0,001$). Анализ данных через 7 суток в группе В дал следующие результаты: 13% – «отлично», 73% – «хорошо» и 14% – «удовлетворительно»; в группе А: 37% – «хорошо», 51% – «удовлетворительно» и «плохо» – 14% ($p < 0,001$).

Появление оценки «плохо» больные объясняли не низким качеством анальгезии, а нарастанием побочных эффектов: тошноты, рвоты, сонливости,

выраженной общей слабости и пр. Степень выраженности и частота побочных эффектов анальгетиков также существенно различались. В первые сутки в исследуемой группе их наличие отмечали 23,5% больных, в контрольной группе – 41,4% ($p < 0,001$), на четвертые сутки – в группе В 18,6%, в контрольной – 28,2% ($p = 0,128$), на седьмые сутки – в исследуемой группе – 7,3%, в группе А – 16,9% ($p < 0,001$).

Побочные эффекты, наблюдавшиеся во время терапии пластырем с фентанилом (тошнота, рвота и потливость), не требовали медикаментозной коррекции и самостоятельно проходили, примерно через две недели. На месте аппликации пластыря наблюдались кожный зуд и эритема у 9 больных, которые также самостоятельно проходили после смены пластыря и не требовали дополнительной коррекции.

Выводы. Таким образом, кожный фентаниловый пластырь купирует хроническую боль у онкологических больных на продолжительный период времени – до 72 часов. Возможность коррекции дозы фентанила позволяет использование дополнительных обезболивающих средств, в том числе опиоидных, что соответствует II и III ступени «анальгетической лестницы» ВОЗ.

Литература

1. Кобеляцкий Ю. Ю. *Современные аспекты периоперационного обезболивания в травматологии и ортопедии* / Ю. Ю. Кобеляцкий // *Здоров'я України*. – 2008. – № 8. – С. 29–30.
2. *Лечение болевого синдрома в онкологии* / Бобров О. Е., Брындиков Л. Н. [и др.] – Ровно : Каллиграф, 2003. – 196 с.
3. Овечкин А. М. *Профилактика послеоперационного болевого синдрома: патогенетические основы и клиническое применение* : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. М. Овечкин. – М., 2000. – 42 с.
4. Осипова Н. А. *Хронический болевой синдром в онкологии* / Н. А. Осипова, Г. А. Новиков, Б. М. Прохоров. – М. : Медицина, 1998.
5. *Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat* / Лях Ю. Е., Гурьянов В. Г., Хоменко В. Н., Панченко О. А. – Донецк : Издатель Папакица Е. К., 2006.
6. Apfelbaum J. *Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged* / J. Apfelbaum, C. Chen, S. Mehta // *Anesth. Analg.* – 2003. – Vol. 97. – P. 534–540.
7. Ferrante F. M. *Postoperative Pain Management (Послеоперационная боль)* / F. M. Ferrante, T. R. VadeBoncouer. – М. : Медицина, 1998. – 640 с.
8. Hopf H. *Postoperative pain management* / H. Hopf, J. Weitz // *Arch. Surg.* – 1994. – Vol. 129 (2). – P. 128–132.
9. Kehlet H. *Labat Lecture 2005. Surgical stress and postoperative outcome – from here to where?* / H. Kehlet // *Reg. Anesth. Pain Med.* – 2006. – Vol. 31. – P. 47–52.
10. Rawal N. *Analgesia technique and post-operative morbidity* / N. Rawal // *Eur. J. Anaesthesiol. Suppl.* – 1995. – Vol. 10. – P. 47–52.
11. Warfield C. *Acute pain management. Programs in U.S. hospitals and experiences and attitudes among U.S. adults* / C. Warfield, C. Kahn // *Anesthesiology*. – 1995. – Vol. 83. – P. 1090–1094.

Д.В. Черепов, Р.С. Шевченко, С.А. Мищан, И. В. Монастырская, С. М. Граматюк, В.В. Юрченко

Эффективность различных вариантов анальгезии и аналгоседации у пациентов отделения «Хоспис»

Харьковская городская клиническая многопрофильная больница № 17

Ключевые слова: схемы анальгезии и аналгоседации, шкала ВАШ, онкопатология, хронический болевой синдром.

Вступление. Борьба с болями и другими симптомами рака является одной из приоритетных задач программы ВОЗ по борьбе с раком. Из-за отсутствия как достаточно эффективных мер профилактики, раннего выявления и радикальной терапии рака, так и удовлетворительной медицинской базы и обученных кадров, в ближайшие годы активная поддерживающая терапия будет единственной реальной помощью и проявлением гуманизма по отношению ко многим больным. В этой связи распространение и применение уже имеющихся знаний в отношении борьбы с болями и другими симптомами этой болезни сможет в наибольшей степени облегчить жизнь раковых больных [5].

Боль – одно из страшных последствий для онкологического больного. Для клиницистов – это одна из самых трудных проблем диагностики и лечения в онкологии [5,6,9].

Хронический болевой синдром онкологического генеза отличается от всех других видов как острой, так и хронической боли. Впервые появившаяся и постоянно нарастающая боль в сочетании с тяжелым психологическим состоянием трудноизлечимого человека создают сложный комплексный механизм патологической боли. Она вызывает целый ряд дезадаптивных реакций и представляет опасность для биологической целостности организма [2,4].

Медикаментозно можно контролировать боль, примерно, у 80% онкобольных с хронической болью. Рекомендуются придерживаться трехступенчатого применения обезболивающих лекарств. На первой ступени применяют нестероидные противовоспалительные препараты (аспирин, парацетамол, ибупрофен) для лечения слабовыраженного болевого синдрома [1]. Если боль нарастает, то пациенту назначается прием слабых опиоидов (наркотических анальгетиков) в сочетании с нестеро-

идными противовоспалительными препаратами (вторая ступень). Опиоиды сильного действия применяют для лечения выраженной боли – это третья ступень. На всех этапах могут применяться дополнительные анальгетики [3,7,8].

К сожалению, болевой синдром, осложняющий онкологическое заболевание, является трудной клинической задачей, и его устранение не всегда укладывается в рамки схемы, разработанной ВОЗ для терапии пациентов с болевым синдромом.

Цель исследования: изучить эффективность различных вариантов анальгезии и аналгоседации у пациентов отделения «Хоспис» Харьковской клинической многопрофильной больницы № 17.

Материалы и методы. Нами проведена оценка качества анальгезии у 64 пациентов в возрасте от 52 до 78 лет с различной онкологической патологией, которые находились в отделении «Хоспис» Харьковской клинической многопрофильной больницы № 17 в период с 2013 по 2014 г.

Оценку интенсивности болевого синдрома проводили с помощью ВАШ, которая позволяет каждому пациенту индивидуально оценивать характер своих болевых ощущений. В линейной шкале цифровой показатель интенсивности боли (1–20 баллов) коррелирует с определенным цветовым аналогом. По 20-балльной системе определяется 5 степеней градации боли: боль отсутствует (белый цвет), слабая (зеленый), умеренная (желтый), сильная (коричневый) и невыносимая (красный цвет).

Для назначения схем анальгезии и аналгоседации использовали трехступенчатый подход к лечению хронической боли, предложенный ВОЗ.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы MedStat с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона.

Результаты исследования. Все 64 пациента страдали хроническим болевым синдромом (ХБС).

По локализации опухолевого процесса больные распределялись следующим образом: рак молочной железы – 5 человек, рак кишки – 21, рак предстательной железы – 15, рак поджелудочной железы – 2, рак легкого – 6, рак головного мозга – 4, рак гортани – 3, рак мочевого пузыря – 8. До начала лечения в отделении «Хоспис» больные получали: неопиоидные анальгетики – 35, опиоидные анальгетики – 29. Длительность болевого синдрома составила от 4 месяцев до 1,5 года. Интенсивность боли составила 2,7–3,9 балла. Причиной хронического болевого синдрома были рецидив основного заболевания, метастазирование, вовлечение нервных структур в опухолевый процесс, многократные курсы лучевой и химиотерапии.

По интенсивности боли пациенты были разделены на 3 группы: 39 человек с сильными болями, 21 – средней интенсивности, 4 – слабой интенсивности.

Сравнительная оценка предложенных в отделении «Хоспис» схем установила достоверное ($p \leq 0,005$) улучшение общего самочувствия по шкале ВАШ.

Выводы. Длительность и дозы фармакотерапии хронической боли у онкобольных следует определять с учетом характера болевого синдрома по шкале ВАШ, общего состояния организма, индивидуальной переносимости препаратов.

При комбинированных схемах длительно не следует назначать анальгин, бутадиион, кеторолак, индометацин, в связи с их устойчивыми побочными эффектами, однако длительно можно использовать (под контролем побочного действия) нимесулид, мелоксикам, парацетамол.

Комбинации двух препаратов из группы неопиоидных анальгетиков вызывают достоверное ($p \leq 0,005$) увеличение побочных действий, в связи с чем мы не рекомендуем их назначение.

Литература

1. Бесова Н. С. с соавт. Российское межрегиональное общество фармакоэкономических исследований, 2000.
2. Боль и анальгезия: справ. практикующего врача / Машфорт М. Л., Купер М. Г., Кохен М. Л. [и др.]. – М., 2004.
3. Викторов А. П. НПВЛС и фармакотерапия хронической боли: проблемы эффективности и безопасности / А. П. Викторов // Рациональная фармакотерапия. – 2010. – № 4. – С. 5–12.
4. Исакова М. Е. Новое направление в лечении хронического болевого синдрома у онкологических больных / М. Е. Исакова, З. В. Павлова, В. В. Брюзгин // Совр. онкология. – Т. 4, № 3. – С. 149–151.
5. Новиков Г. А. Лечение хронической боли онкологического генеза / Г. А. Новиков, Н. А. Осипова. – М., 2005.
6. Classification of Chronic Pain. Second edition / ed. H. Merskey, N. Bogduk. – Seattle: IASP Press, 1994. – P. 240.
7. Hopf H. Postoperative pain management / H. Hopf, J. Weitz // Arch. Surg. – 1994. – Vol. 129 (2). – P. 128–132.
8. Kehlet H. Labat Lecture 2005. Surgical stress and postoperative outcome – from here to where? / H. Kehlet // Reg. Anesth. Pain Med. – 2006. – Vol. 31. – P. 47–52.
9. Twycross R. G. Pain in far advanced cancer / R. G. Twycross, S. Fairfield // Pain. – 1982. – Vol. 14. – P. 303–310.

В.В. Шаповалов, О.О. Рищенко, В.В. Шаповалов, В.О. Шаповалова

Організаційно-правові та медико-фармацевтичні особливості надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні на засадах медичного та фармацевтичного права

*Департамент охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації,
Харківська медична академія післядипломної освіти*

Ключові слова: медичне та фармацевтичне право, паліативна та хоспісна допомога, обіг лікарських засобів, класифікаційно-правові групи, опіоїдні анальгетики.

В Україні щороку паліативної допомоги потребують понад 500 тис. невиліковних хворих – це онкохворі, літні люди, хворі на ВІЛ/СНІД, цукровий діабет, туберкульоз, адиктивні розлади та інші термінальні хвороби. В Україні матеріально-технічна база діючих хоспісів та відділень паліативної допомоги не відповідає міжнародним стандартам, а умови перебування громадян у цих закладах охорони здоров'я є незадовільними, що можна розглядати як порушення прав, життя і здоров'я пацієнтів. Потреба у стаціонарній та амбулаторній паліативній допомозі в Україні задовольняється лише для незначної частки пацієнтів. У результаті – сотні тисяч пацієнтів у термінальній стадії онкологічних та багатьох хронічних невиліковних захворювань, які потребують паліативної та хоспісної допомоги, помирають вдома наодинці, страждаючи від болю різного генезу, депресії, інших симптомів захворювань, за відсутності доступу до знеболювальної фармакоterapiї, професійного догляду, соціально-економічної та психологічної, психіатричної, юридичної підтримки [2,5–7].

Міністерство охорони здоров'я України та Департамент охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації (далі Департамент) стурбовані станом організації забезпечення наркотичними і психотропними лікарськими засобами (ЛЗ) пацієнтів, які страждають на болі різного генезу, при наданні паліативної допомоги. Для вирішення цього складного організаційно-правового питання 29.07.2014 р. МОЗ України проведено відеоконференцію, на якій дано відповідне протокольне доручення щодо розроблення відповідних регіональних планів [1]. Отже розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні, як окремих рівнів

медико-фармацевтичної допомоги, є вкрай актуальним та передбачений відповідними нормативно-правовими документами державного рівня.

Мета: дослідити організаційно-правові особливості надання паліативної та хоспісної допомоги з обігу ЛЗ різних груп в Україні з позиції медичного та фармацевтичного права.

Матеріали і методи дослідження. Матеріалами дослідження стала нормативно-правова база, що регламентує порядок надання паліативної та хоспісної допомоги пацієнтам; фармацевтичне забезпечення обігу ЛЗ різних клініко-фармакологічних, класифікаційно-правових, номенклатурно-правових груп на етапі виписування та відпуску рецептів; звернення громадян, що поступають на «гарячу лінію» Департаменту; матеріали щодо розгляду скарг пацієнтів та членів їхніх родин на порядок обігу ЛЗ (наркотичних, психотропних тощо). При проведенні дослідження були використані наступні методи: нормативно-правовий, документальний і судово-фармацевтичний.

Результати. Відповідно до Конституції України та Закону України «Про Основи законодавства України про охорону здоров'я», держава гарантує права кожного громадянина на охорону здоров'я та на безоплатне отримання медико-фармацевтичної допомоги всіх рівнів, серед яких є паліативна та хоспісна допомога [3]. Паліативна та хоспісна допомога представляє собою окремий вид медичної, фармацевтичної і юридичної допомоги, який дозволяє покращити якість життя, адвокацію і медикаментозне забезпечення пацієнтів паліативного профілю; допомогти членам їхніх родин шляхом запобігання та полегшення страждань від болю різного генезу невиліковно хворої людини. Основними показаннями для надання паліативної та хоспісної

допомоги є наявність у пацієнтів прогресуючих захворювань на останніх стадіях перебігу, які не піддаються лікуванню, спрямованому на одужання, та супроводжуються хронічним больовим синдромом і значними обмеженнями життєдіяльності за відсутності гострих захворювань; хронічних захворювань у фазі загострення, які потребують лікування чи спостереження в умовах спеціалізованих відділень закладів охорони здоров'я; гострих інфекційних та психічних захворювань, які становлять небезпеку для оточуючих та персоналу і потребують лікування в спеціалізованих закладах охорони здоров'я; гострих хірургічних станів та станів після оперативних втручань, які внаслідок існуючої патології можуть потребувати реанімаційних заходів чи спостереження і лікування в умовах інтенсивної фармакотерапії [4].

Основними завданнями паліативної допомоги є забезпечення максимально можливої якості життя пацієнтам і членам їхніх родин шляхом вирішення фізичних, медико-фармацевтичних, юридичних, психологічних та морально-етичних проблем, які мають місце у невиліковно хворих. Надання паліативної допомоги ґрунтується на принципах медичного і фармацевтичного права, доказової медицини і фармації; доступності пацієнтам якісних, безпечних та ефективних опіоїдних анальгетиків (морфін, промедол, омнопон, трамадол, метадон, інші); забезпечення безперервності та наступності фармакотерапії з урахуванням етичного і гуманного ставлення до невиліковних пацієнтів та членів їхніх родин. Основні заходи паліативної та хоспісної допомоги спрямовані на попередження та лікування хронічного больового синдрому, симптоматичну терапію, належний догляд, психологічну і духовну підтримку пацієнтів та їхніх родин [4].

Серед основних організаційно-правових особливостей та судово-фармацевтичних ризиків при на-

данні паліативної та хоспісної допомоги слід виділити наступні: безоплатність надання необхідної допомоги; особливості форм надання допомоги (в стаціонарних, амбулаторних умовах або вдома), що визначається станом здоров'я пацієнта; забезпечення адекватного контролю болю та застосування знеболювальних лікарських засобів різних класифікаційно-правових груп (у тому числі й опіоїдних анальгетиків); визначення юридичного статусу паліативних пацієнтів з моменту встановлення діагнозу невиліковного прогресуючого захворювання з прогнозованою тривалістю життя; мультидисциплінарний підхід до забезпечення належного рівня якості життя паліативних хворих з використанням відповідних медичних, фармацевтичних, реабілітаційних, психологічних, соціальних, адвокатських та духовних кадрових ресурсів [4].

Висновки. Запровадження та розвиток служби паліативної допомоги в Україні неможливі без удосконалення відповідної законодавчої та нормативно-правової бази, що регулює різні сфери цього напрямку при забезпеченні доступності пацієнтів до: обігу наркотичних анальгетиків (морфін, промедол, омнопон, трамадол, метадон інші); медико-фармацевтичної допомоги, зокрема адекватного знеболення і фармакотерапії; соціально-економічної доступності хворим та членам їхніх родин послуг хоспісів, виїзних бригад паліативної допомоги; розвиток кадрового потенціалу закладів паліативної допомоги; розвиток приватних закладів паліативної допомоги. За результатами дослідження вивчено судово-фармацевтичні ризики та організаційно-правові особливості надання паліативної допомоги як окремого виду медико-фармацевтичної допомоги з позиції медичного та фармацевтичного права. Виділені основні завдання, принципи та показання для надання паліативної допомоги, що задекларовано чинним законодавством.

Література

1. Комплексна програма «Інновації в пріоритетних напрямках розвитку галузі охорони здоров'я м. Харкова на 2011-2015 рр.» [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: <http://zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
2. Лекарственные средства в психофармакологии / Ю. И. Губский, В. А. Шаповалова, И. И. Кутько, В. В. Шаповалов. – К. : Здоровье; Х. : Торсинг, 1997. – 288 с.
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2802-ХІІ // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1993. – № 4. – С. 19.
4. Про організацію паліативної допомоги в Україні : наказ МОЗ України від 21.01.2013 № 41 [Електронний ресурс]. – Режим доступу к документу: <http://zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. Фармацевтическое право: необходимость повышения уровня информирования врачей и провизоров о правилах оборота наркотических и психотропных лекарственных средств (судебно-фармацевтические аспекты) / В. В. Шаповалов (мл.), В. В. Шаповалов, В. А. Омельченко, В. А. Шаповалова // Вестн. Таджикского нац. ун-та. – 2013. – № 3 (4). – С. 135–140.

6. Хрипункова А. Рак в Україні [Електронний ресурс] / А. Хрипункова. – Режим доступу к документу: <http://www.donor.org.ua/index.php?module=articles&act=show&c=1&id=457>. – Название с екрана.
7. Шаповалов В. В. (мол.). Судова фармація: особливості виконання «Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011-2015 роки» (на рівні МОЗ України) / В. В. Шаповалов (мол.) // Укр. вісн. психоневрол. – 2012. – Т. 20, вип. 1. – С. 122–124.

В.В. Шаповалов, В.В. Шаповалов, В.О. Шаповалова, Ю.В. Васіна,
Н.М. Рязанцева, М.О. Хмелевський

Фармацевтичне і медичне право як складова державної політики в організації належного забезпечення пацієнтів наркотичними лікарськими засобами

Департамент охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації
Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: медичне та фармацевтичне право, державна політика, обіг, наркотичні лікарські засоби, пацієнти.

Вивчення міжнародного та європейського досвіду з фармацевтичного і медичного права щодо організації належного забезпечення невиліковних пацієнтів лікарськими засобами свідчить про те, що державна політика України повинна бути спрямована на забезпечення права кожного пацієнта із невиліковним больовим синдромом на якісне життя і здоров'я у рамках хоспісної та паліативної допомоги. Для цього в Україні повинна бути створена система відповідної соціально-економічної та медико-фармацевтичної допомоги з урахуванням судово-фармацевтичних ризиків, що мають місце у ланцюзі правовідносин «лікар-пацієнт-провізор-адвокат» при здійсненні обігу наркотичних лікарських засобів (НЛЗ) [1–5, 7–12, 15–17].

Мета: довести необхідність дослідження та впровадження норм фармацевтичного і медичного права при організації на регіональному рівні належного фармацевтичного забезпечення доступними, якісними, безпечними та ефективними НЛЗ пацієнтів, що страждають на болі різного генезу, мають невиліковні розлади здоров'я з прогнозованим лікарями обмеженим строком життя.

Матеріали і методи дослідження. Матеріалами дослідження стало медичне і фармацевтичне

законодавство України у розрізі нормативно-правових актів, що регулюють надання паліативної та хоспісної допомоги невиліковним пацієнтам при призначенні та застосуванні НЛЗ. Методи дослідження: судово-фармацевтичний, нормативно-правовий і документальний аналіз.

Основні результати. На регіональному рівні розроблено для впровадження організаційно-правові заходи щодо підвищення рівня міжсекторальної співпраці комунальних закладів охорони здоров'я та аптек комунальної та іншої форми власності, у тому числі у сільській місцевості, при фармацевтичному забезпеченні пацієнтів НЛЗ. Встановлено, що в Харківській області станом на серпень 2014 року функціонує 1295 аптек й аптечних пунктів різних форм власності, з яких лише 5% віднесено до комунальної форми власності. З іншого боку, за даними правоохоронних органів, за 2013 рік у Харківській області зареєстровано 275 суб'єктів господарювання, що мають ліцензію на обіг наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, серед яких 117 лікувальних закладів, 8 фармацевтичних підприємств, 19 навчальних закладів та науково-дослідних установ, 5 закладів ветеринарної медицини, 8 підприємств

хімічної промисловості, 94 промислові підприємства, 4 сільськогосподарські підприємства та 20 аптечних установ комунальної та іншої форми власності. Доведено, що обіг НЛЗ (морфіну) здійснюють 2,5% комунальних та 1,5% приватних аптек із загальної кількості регіональних ліцензіатів.

Підтверджено на регіональному рівні, що у ході організаційно-структурних перетворень у сфері охорони здоров'я на тлі чинних обмежень можливостей обласного та місцевих бюджетів виникають певні ризики щодо збільшення числа звернень, скарг та правових консультацій (у тому числі на «гарячих» лініях Кабінету Міністрів України та Міністерства охорони здоров'я України) від пацієнтів, як на дії комунальних закладів охорони здоров'я, органів влади та управління, так і щодо конкретних аспектів професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників [1,4]. На жаль, приклади із судово-фармацевтичної практики дають підстави стверджувати про збільшення останнім часом кількості так званих «медичних» та «фармацевтичних» адміністративних і кримінальних справ [13].

Доведено, що подальше впровадження інституту сімейної медицини неможливе без належного правового підґрунтя, система якого передбачає дотримання норм медичного і фармацевтичного права на кожному етапі співпраці пацієнта, провізора та лікаря медичного закладу при виписуванні, відпуску та застосуванні НЛЗ. Запропоновано проведення науково-практичного роз'яснення серед лікарів і провізорів регіональних закладів охорони здоров'я: нормативно-правової бази з ліцензування обігу НЛЗ; порядку фармацевтичного забезпечення пацієнтів, що страждають на болі різного генезу, соціально небезпечні захворювання і потребують хоспісної або паліативної допомоги; організаційно-правової процедури з розгляду звернень громадян з питань виконання норм медичного та фармацевтичного права щодо використання у знеболювальній фармакоterapiї НЛЗ. За результата-

ми науково-практичної роботи збільшено на регіональному рівні кількість суб'єктів господарювання – ліцензіатів з обігу НЛЗ серед аптек: у 2012 році ліцензію на обіг наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (морфін в таблетках по 5 мг, 10 мг) отримано ПП «Меліса», яке забезпечило хворих Кегічівського району знеболювальною фармакоterapiєю; у 2013 році ТОВ «Аптека Добра» отримало ліцензію на обіг НЛЗ для забезпечення знеболювальної фармакоterapiї пацієнтів Купянського району; у 2014 році ТОВ «Гіппократ» отримало ліцензію на обіг НЛЗ для забезпечення знеболювальної фармакоterapiї населення Зміївського району. Запропоновано керівництву регіональних аптечних мереж (ДОРП «Обласний аптечний склад», ТОВ «Гамма-55», ПП «Фармарост 2011», ПП «Темп 2011», ПП «Аптека 2011», ТОВ «Титан», ТОВ «Аптека № 222», ТОВ «Стиф-сервіс», ДКПОЗ «Аптека № 200», КПОЗ «Аптека № 195», КП «Муниципальна аптека м. Харкова») пройти процедуру ліцензування для підвищення рівня доступності пацієнтів Борівського, Валківського, Великобурлуцького, Вовчанського, Дергачівського, Золочівського, Коломацького, Красноградського, Печенізького, Чугуївського, Шевченківського районів Харківської області до обігу НЛЗ.

Висновки. Фармацевтичне і медичне право є складовою державної політики України в організації медико-фармацевтичної допомоги паліативного та хоспісного рівня. З'ясовано, що для підвищення ефективності міжсекторальної співпраці лікарів і провізорів щодо забезпечення НЛЗ невиліковних пацієнтів необхідно розширювати мережу суб'єктів ліцензування з обігу контрольованих ЛЗ. Доведено необхідність впровадження норм фармацевтичного і медичного права при організації на регіональному рівні належного фармацевтичного забезпечення НЛЗ пацієнтів, що страждають на болі різного генезу, мають невиліковні або соціально небезпечні розлади здоров'я.

Література

1. Діяльність МОЗ України щодо нормативно-правового забезпечення служби паліативної та хоспісної допомоги / Митник З. М., Губський Ю. І., Царенко А. В. [та ін.] // *Медичне право України: проблеми паліативної допомоги та медико-соціального обслуговування населення: матер. IV Всеукр. наук.-практ. конф., м. Львів, 22–24 квіт. 2010 р.* – Л., 2010. – С. 148–154.
2. *Лекарственные средства в неврологии, психиатрии и наркологии* / В. А. Шаповалова, П. В. Волошин, А. В. Стефанов [и др.]. – Х. : Факт, 2003. – 784 с.
3. *Лекарственные средства в психофармакологии* / Ю. И. Губский, В. А. Шаповалова, И. И. Кутько, В. В. Шаповалов; под ред. Ю. И. Губского, В. А. Шаповаловой. – К. : Здоров'я; Х. : Торсинг, 1997. – 288 с.
4. *Нормативно-правова база та застосування наркотичних (опіоїдних) анальгетиків в ПХМ в Україні: стан та проблеми* / Губський Ю. І., Хобзей М. К., Бабійчук О. М. [та ін.] // *Фармацевт. журн.* – 2011. – № 1. – С. 3–9.

5. Порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я : постанова КМУ № 333 від 13.05.2013 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/333-2013-%D0%BF>. – Назва з екрану.
6. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 10.12.2012 № 526-к «Про затвердження персонального складу головних позаштатних спеціалістів МОЗ України» : наказ МОЗ України від 29.05.2014 р. № 196-к [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_nonstaff. – Назва з екрану.
7. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України № 3611-VI від 07.07.2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>. – Назва з екрану.
8. Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів та внесення змін до реєстраційних матеріалів : наказ МОЗ України № 77 від 01.02.2013 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/241364>. – Назва з екрану.
9. Про затвердження заходів щодо розвитку паліативної допомоги в Україні на 2009–2010 р. : наказ МОЗ України № 463 від 26.06.2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090626_463.html. – Назва з екрану.
10. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі : наказ МОЗ України № 311 від 25. 04. 2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120425_311.html. – Назва з екрану.
11. Про затвердження таблиць матеріально-технічного оснащення та примірних штатних нормативів закладу охорони здоров'я «Хоспіс», виїзних бригад «Хоспіс вдома», паліативного відділення : наказ МОЗ України № 768 від 07.11.2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=14994>. – Назва з екрану.
12. Рищенко О. В. Фармацевтичне та медичне право в державній системі вирішення проблеми доступності пацієнтів до знеболювальної фармакотерапії з використанням контрольованих лікарських засобів [Електронний ресурс] / О. В. Рищенко, К. І. Ковальова . – Режим доступу : <http://timeua.info/080814/86890.html>. – Назва з екрану.
13. Слобожанські читання. Медичне і фармацевтичне право України: якість, безпека і перспективи розвитку : матеріали X наук.-практ. конф. за участю міжнародних спеціалістів, м. Харків, 15–16 листоп. 2013 року / за ред. В. В. Шаповалов, В. В. Шаповалов (мол.), В. О. Шаповалова // Укр. вісн. психоневрол. – 2013. – Т. 21, вип. 2 (75) : дод. – С. 163–290.
14. Фармацевтическое право в наркологии / В. А. Шаповалова, И. К. Сосин, Г. М. Бутенко [и др.]. – Х. : Факт, 2004. – 800 с.
15. Шаповалов Валентин В. Про підвищення рівня застосування норм медичного та фармацевтичного права в ланцюзі «лікар-пацієнт-провізор», як елемент захисту прав та безпеки пацієнтів [Електронний ресурс] / Шаповалов Валентин В. – Режим доступу : <http://timeua.info/310713/78055.html>. – Назва з екрану.
16. Щодо покладання на ДП «Інститут паліативної та хоспісної медицини МОЗ України» функціональних зобов'язань : наказ МОЗ України № 175-0 від 06.08.2008 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=9249>. – Назва з екрану.
17. Щодо створення Державного підприємства «Інститут паліативної та хоспісної медицини МОЗ України» : наказ МОЗ України № 159-0 від 24.07.2008 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ligalife.com.ua/221>. – Назва з екрану.

О.С. Шевченко¹, П.И. Потейко², Л. Д. Тодорико³

Проблемы и перспективы развития паллиативной помощи фтизиатрическим больным

¹Харьковский национальный медицинский университет,²Харьковская медицинская академия последипломного образования³Буковинский государственный медицинский университет (г. Черновцы)

Квалифицированная паллиативная помощь в стране больше направлена на оказание помощи инкурабельным больным с онкологической и гериатрической патологией. Вместе с тем, на сегодняшний день существует масса других направлений паллиативной медицины, включая паллиативную медицину при ВИЧ/СПИД, туберкулезе, гематологическую, педиатрическую паллиативную медицину и др., требующих пристального внимания со стороны специалистов здравоохранения и государства.

Актуальность вопроса определяется высоким уровнем заболеваемости туберкулезом, в том числе широким распространением резистентных форм, высокими показателями смертности, увеличением числа людей, больных сочетанной инфекцией туберкулез-ВИЧ/СПИД в их конечной стадии развития, требующих не столько медицинской, сколько социальной помощи.

Согласно приказу МЗ Украины № 1091 от 21.12.2012 г., перевод на паллиативную помощь предусмотрен для больных туберкулезом при неудаче лечения по 4 категории (это больные мультирезистентным туберкулезом, с расширенной резистентностью к противотуберкулезным препаратам и химиорезистентным туберкулезом, требующие лечения более 12 месяцев, согласно профилю резистентности). Часто перевод на паллиативную помощь связан с тяжелыми побочными реакциями на препараты второго ряда, тяжелой сопутствующей патологией, которая не дает возможности назначить полноценную схему лечения, с отсутствием приверженности к лечению.

К признакам неудачи лечения относятся: устойчиво положительные результаты микроскопии и посевов мокроты после 8–10 месяцев лечения; невозможность применения хирургического вмешательства вследствие обширного двустороннего поражения легких; формирование на фоне лечения высокой степени лекарственной устойчивости МБТ, при которой невозможно добавить к режиму химио-

терапии два эффективных препарата; ухудшение общего состояния больного, обычно включающее кахексию и дыхательную недостаточность.

Паллиативная помощь больным туберкулезом состоит из следующих компонентов:

1. Обезболивание и устранение или уменьшение симптомов болезни (купирование кашля, помощь при кровохаркании и пр.). Облегчение дыхательной недостаточности. При недостаточности дыхательной функции можно давать больному кислород. Обычно он показан больным с рО₂ менее 55 мм рт. ст. или O₂Sat менее 89% и требует титрования, чтобы уровень O₂Sat превысил 90%. Предоставление дополнительного питания больному. Продолжение применения вспомогательных препаратов – симптоматическое и патогенетическое лечение. Возможно применение изониазида, несмотря на выявленную устойчивость МБТ к препарату.

2. Регулярные посещения больного. Госпитализация, уход за больным на дому при правильной организации инфекционного контроля.

3. Меры по инфекционному контролю. Пациент, химиотерапевтическое лечение которого было прекращено ввиду очевидной неудачи, часто остается в течение длительного времени, а чаще до конца жизни, эпидемически опасным, при этом зачастую выделяемые им МБТ устойчивы ко многим препаратам. В таких случаях очень важны мероприятия по инфекционному контролю, которые следует проводить как в домашних условиях, так и в лечебных учреждениях.

4. Поддержка членов семьи.

Несмотря на существование стандартов и протоколов диагностики и ухода за инкурабельными больными туберкулезом в каждом отдельном учреждении, нет общих единых подходов в оказании паллиативной помощи по ее различным направлениям, что усложняет предоставление и оценку качества предлагаемых услуг. Существует нехватка квалифицированных кадров, недостаток

самих учреждений паллиативной помощи снижает доступность и качество служб паллиативной помощи населению. Недостаточно внимания уделяется вопросам подготовки и переподготовки кадров по паллиативной медицине. Необходимо развивать различные виды предоставления паллиативной помощи (стационарная, помощь на дому, помощь в дневном стационаре и поликлиническая паллиативная помощь). Все это возможно при стабильном финансировании и оснащении служб паллиативной помощи.

Учитывая ситуацию относительно паллиативной помощи фтизиатрическим больным, можно выделить основные направления работы: разра-

ботка единых подходов, организационных и экономических механизмов управления, стандартов для открытия специализированных учреждений паллиативной помощи, улучшения качества и доступности паллиативной помощи фтизиатрическим больным. Для повышения квалификации специалистов паллиативной помощи необходима разработка и внедрение образовательных курсов и циклов усовершенствования по паллиативной медицине. Для более успешного развития паллиативной помощи в стране необходимо создание рабочей группы (комитета) по разработке и внедрению унифицированной программы развития паллиативной помощи в стране.

А.И. Экзархова, И.А. Баглаенко, О.Е. Ельцова

Медико-психологическое сопровождение терминальных больных специалистами выездной службы «Хоспис на дому», г. Харьков

Харьковский областной благотворительный фонд «Социальная служба помощи»

Ключевые слова: хоспис, выездная служба, неизлечимое заболевание, патронаж, психологическая помощь.

Паллиативная помощь должна предоставляться пациенту с того самого момента, как ему поставили диагноз, будь то рак или неизлечимое хроническое заболевание, т.е. медицинская помощь и психологическая поддержка должны оказываться не только находящимся в крайне тяжелом состоянии, но и тем больным, у кого ещё остаётся время для улучшения качества жизни. Кроме того, иногда необходима подготовка больного и его близких к госпитализации в хоспис. Поэтому во всём мире основная поддержка пациента осуществляется на дому выездной службой хосписа, ведь значительная часть больных хочет находиться дома, а не в стационаре, и при этом получать необходимую медицинскую и другую помощь. При этом поддержка, оказываемая пациенту выездной службой, экономичнее, чем бригадой скорой помощи. Кроме того, наличие выездной службы облегчает отбор наиболее тяжёлых пациентов для госпитализации в хоспис.

При Харьковском областном центре паллиативной медицины «Хоспис» на протяжении трёх с половиной лет работает выездная служба Харьковско-го областного благотворительного фонда «Социальная служба помощи», финансируемая международной благотворительной организацией «Каритас» Австрии. Бригада службы включает: семейного врача, врача-невролога, психолога, волонтеров, медицинских сестёр и социальных работников. Задачами службы являются: отбор больных для паллиативной помощи на дому и определение объёма систематической медицинской и другой помощи в каждом конкретном случае; оказание этой помощи; отбор больных для госпитализации в хоспис.

Контингент больных для паллиативной помощи – онкологические и неонкологические (в значительном большинстве) больные с хроническими неизлечимыми заболеваниями: последствиями тяжёлых инсультов, черепно-мозговых и спинальных травм, прогрессирующими неврологическими

заболеваниями, деменцией, болезнью Паркинсона, терминальной фазой хронической недостаточности кровообращения, врождёнными и другими жизнеограничивающими заболеваниями.

Паллиативная помощь включает: назначение врачом и выполнение средним медицинским персоналом необходимых манипуляций: инъекции – внутривенные, внутривенно-капельные, внутримышечные; перевязки ран и пролежней, а также мероприятия по их профилактике. Поскольку профиль больных и степень тяжести их состояния самые разные, то и периодичность патронажа тоже разная. Некоторых больных достаточно посещать один раз в месяц или приезжать по звонку, а к некоторым нужно ездить почти каждый день.

Выездная служба оказывает не только медицинскую помощь, но и психологическую и эмоциональную поддержку. Эту работу успешно выполняет психолог. Работа психолога выездной бригады направлена на решение психологических и духовных проблем больного и членов его семьи. Харьковский областной благотворитель-

ный фонд «Социальная служба помощи» оказывает материальную помощь пациентам, обеспечивая лежачих больных подушками, пелёнками, мочеёмниками, некоторыми лекарственными препаратами, а также необходимыми продуктами питания.

За время работы выездной службы под патронажем находились более 500 больных. Некоторые из них в процессе наблюдения были госпитализированы в хоспис. В настоящее время активно патронируются 97 пациентов.

Недостатком в оказании паллиативной помощи на дому является отсутствие взаимодействия с амбулаторным звеном. Стариков и инвалидов, а это основной контингент, требующий паллиативной помощи, в стационар не госпитализируют. Но стационар на дому можно организовать всюду, даже в коммунальной квартире. Этому поликлиническая служба, как правило, не делает.

Задача это непростая, но именно по отношению к старикам, по качеству жизни тяжёлых больных и инвалидов судят об уровне культуры общества.

В.А. Экзархов, А.А. Гончаренко, В. П. Муравьёв

Роль Харьковского областного центра паллиативной медицины в развитии службы паллиативной и хосписной помощи в Харьковской области

Харьковский областной центр паллиативной медицины «Хоспис»

За 15 лет деятельности КУЗ «Харьковский областной центр паллиативной медицины «Хоспис»» приобрел значительный опыт оказания паллиативной помощи неизлечимым больным. Изучался опыт зарубежных стран (двухнедельная стажировка в Швеции с получением международного сертификата по медико-социальной работе; важнейшие практические знания и навыки были получены в хосписах Словакии, Польши и Австрии), осуществлялся обмен опытом в Харькове со специалистами по паллиативной и социально-медицинской работе из Австралии, Германии, Швеции, США. Принимаем активное участие в международных конференциях по паллиативной и хосписной помощи, в частности «Внедрение стандартов паллиативной помощи» (Ивано-Франковск, 26–27 сентября 2013 года) и II научно-

практическая конференция «Актуальные вопросы паллиативной и хосписной помощи в Украине – медико-юридические и фармацевтические аспекты» (Киев, 20–21 ноября 2013 года). На протяжении этих лет работу хосписа неоднократно освещали средства массовой информации (статьи в городских и областных газетах, специальные программы по областному и национальному телевидению).

С самого начала существования нашего учреждения мы были уверены, что в полном объёме паллиативную помощь может обеспечить только многопрофильная (мультидисциплинарная) команда, которая объединяет все аспекты заботы о пациенте – медицинские, духовные, психологические и социальные. Эти аспекты часто переплетаются между собой. На практике в команду паллиативной помощи входят врачи и медицинские

сёстры, психологи и социальные работники, священники, волонтеры, родные и близкие больного. Пациент рассматривается как член команды. Поэтому в штате хосписа, помимо медицинских работников, обязательно должен быть психолог и священнослужитель той конфессии, которая преобладает в регионе. Естественно, что медико-социальные, юридические и духовные проблемы наших пациентов должны решаться на самом высоком профессиональном уровне.

В 2000 году для удовлетворения духовных потребностей больных при хосписе была создана религиозная община Святителя и Исповедника Луки (проф. Войно-Ясенецкого). При непосредственном участии Архиепископа Харьковского и Богодуховского, Управляющего Харьковской епархией, Владыки Онуфрия в 2004 году был освящен новый храм Святителя Исповедника Луки при хосписе, который окормляется городским Благочинным, настоятелем храма св. вмч. Александра протоиреем Михаилом. Вся деятельность храма направлена на нужды хосписа (для пациентов, их родственников, персонала хосписа проводятся богослужения, желающие могут исповедоваться и причаститься Святых Христовых Таин). Многие больные на пороге смерти по собственному желанию принимают крещение и, обретя успокоение, уходят из жизни в полном согласии с собой и окружающим миром. В Харьковском хосписе сложилась уникальная и очень благоприятная ситуация, когда главный врач хосписа является одновременно и настоятелем действующего при хосписе храма.

Предлагаемая модель структуры территориальной службы помощи инкурабельным больным в Харьковской области представлена на схеме.

Основу организуемой системы составляет Харьковский областной центр паллиативной медицины «Хоспис». При его методической помощи создаются самостоятельные отделения паллиативной помощи в городских и районных больницах.

В последние годы сложилось три варианта организации подобных учреждений. Это хосписные палаты при онкологических отделениях, хосписные отделения при многопрофильных больницах и, наконец, самостоятельные хосписы, на которых особенно настаивает Американская (Н. Ноерманн) и Санкт-Петербургская ассоциация хосписов.

На втором этапе необходимо создание в городе и области хосписной сети, т.е. использование существующего коечного фонда городских и районных стационаров, что позволит в сжатые сроки и без больших финансовых затрат создать сеть отделений паллиативной помощи (ОПП) для улучшения качества жизни нуждающихся пациентов, прежде всего гериатрической группы.

Схема

Модель структуры организации помощи инкурабельным больным в Харьковской области



Дополнительно должно быть развернуто 150–180 коек, которые могут быть созданы в районах области. Уже сейчас в Балаклейском, Богодуховском, Дергачевском районах, г. Изюме и г. Купянске пытаются создать такие хосписные отделения.

Харьковская область готова стать пилотной областью в Украине, где инкурабельным больным и людям старческого возраста в финальной стадии их жизни оказывается всеобъемлющая медицинская, социальная и психологическая помощь на уровне мировых стандартов.

В настоящее время хоспис располагает 80 финансируемыми койками.

За 15 лет своей работы мы оказали помощь более 3200 семей, члены которых нуждались в постоянном квалифицированном уходе и медицинском обслуживании, социальной и духовной помощи.

Целью развития хосписного движения в городе Харькове и Харьковской области является полное удовлетворение права каждого нуждающегося жителя г. Харькова и области на достойную жизнь в достойных условиях при наличии неизлечимого тяжелого заболевания.

Какова же роль КУЗ «Харьковский областной центр паллиативной медицины “Хоспис”» в развитии службы паллиативной и хосписной помощи в Харьковской области:

1) организационно-методическая:

– контроль соблюдения требований по отбору и направлению паллиативных больных в хосписные отделения и палаты Харьковской области, согласно новой редакции утвержденного Департаментом охраны здоровья ХОГА в декабре 2013 года «Положения»;

– внедрение в практику программы помощи инкурабельным больным, т.е. внедрение стандартов паллиативной помощи;

– статистический учет инкурабельных больных, в том числе с хронической болью, в регионе – создание специалистами ХОЦПМ «Хоспис» в сотрудничестве с руководителями других заинтересованных учреждений здравоохранения Харьковской области регионального реестра больных, нуждающихся в паллиативной и хосписной помощи, с последующим обеспечением его ежеквартального обновления;

– отработка вопросов организации выездных бригад паллиативной помощи с привлечением социальных служб на уровне административно-территориальных единиц области (определяется объем финансовых ресурсов, необходимых для работы выездных паллиативных бригад);

– участие в организации отделений (палат) паллиативной помощи в областных и районных ЛПУ;

– участие в организации бригад патронажной помощи в регионе;

– внедрение в практику передовых организационных форм оказания паллиативной помощи инкурабельным больным и новых эффективных методов лечения;

– анализ работы ОПП в Харьковской области;

– контроль за ведением медицинской документации в ОПП Харьковской области;

– по результатам ежеквартального анализа работы паллиативной и хосписной помощи в Харьковской области подготовка отчета и направление в Департамент охраны здоровья предложения по устранению выявленных недостатков для улучшения качества паллиативной и хосписной помощи;

2) координирующая:

– участие в разработке механизма межсекторного сотрудничества между хосписами, органами социальной защиты, организациями Общества Красного Креста в Харьковской области, другими общественными организациями;

3) научно-педагогическая:

– совместно с заинтересованными учреждениями и организациями (ХМАПО, медицинский университет) участие в разработке программ для обучения врачей по вопросам хосписной и паллиативной

помощи, в том числе для врачей семейной медицины, среднего медицинского персонала, волонтеров и родственников инкурабельных больных; хоспис является базовой клиникой для подготовки врачей кафедры семейной медицины ХМАПО, студентов городского медицинского училища № 2 и колледжа для подготовки медсестер с высшим образованием при ХМАПО; в IV квартале 2013 года в нашем хосписе с помощью благотворителей открыт центр для обучения медицинских сестер, волонтеров навыкам паллиативной помощи;

– организовывать научно-практические семинары и конференции.

В перспективе – создание на нашей базе в сотрудничестве с центрами занятости сертифицированной Школы по подготовке сестер по уходу, патронажных и младших сестер, в том числе и на хозрасчетной основе.

4) просветительская – популяризация идей хосписного движения в средствах массовой информации (радио, телевидение, пресса).

В текущем году в Харьковской области работают 164 хосписных койки, из них 80 коек – в Харьковском областном центре паллиативной медицины «Хоспис», 4 койки – в областном противотуберкулезном диспансере №3 и 80 коек – в хосписном отделении Харьковской городской клинической многопрофильной больницы №17.

94% из пролеченных нами больных составляют люди пожилого и старческого возраста. Абсолютное большинство из них с пресенильной и сенильной дегенерацией головного мозга, сфинктерными нарушениями и психическими расстройствами. Более 60% пролеченных больных составляют больные льготного контингента.

Среди умерших неврологического отделения большинство составили больные с дисциркуляторной атеросклеротической энцефалопатией III ст. В онкологическом отделении 55% пролеченных больных – с онкологической патологией.

Забота о пациентах заключается не только в медицинских манипуляциях, квалифицированном уходе, питании. Первостепенна, с нашей точки зрения, духовная составляющая. Так, в хосписе, кроме богослужений в храме, часто дают благотворительные концерты для персонала и пациентов музыканты с мировым именем из областной филармонии (группа «Ретро» под руководством С. Ф. Калиновского), молодые таланты из детской музыкальной школы-интерната.

Общезвестно, что доброкачественная питьевая вода играет огромную роль в продлении жизни человека. Поэтому, пользуясь случаем, особую благодарность мы выражаем директору ЧФ «ГАЛС» Смотровой Валентине Николаевне, которая проявила

милосердие и с мая 2011 года еженедельно для питьевых нужд пациентов хосписа бесплатно поставляет артезианскую воду «Роганская». Постоянную помощь и внимание нам уделяют депутат Харьковского городского совета А. Н. Кочеров и заместитель городского головы С. А. Горбунова-Рубан.

Центр во главе с диаконом Виталием «прожил» 15 лет непростой жизни, вырос из коротких под-

ростковых штанишек, обрел неоценимый опыт и знания, полезные для всего хосписного движения не только на Украине.

В заключение хотелось бы поблагодарить всех сотрудников центра, наставников и благотворителей за тяжелейший труд, в первую очередь душевный, и пожелать им Веры, Надежды и Любви, но Любви – прежде всего.

В.В. Экзархова, О.В. Тарасова

Стационарная хосписная помощь больным с конечной стадией недостаточности кровообращения

Харьковский областной центр паллиативной медицины «Хоспис»

Ключевые слова: недостаточность кровообращения, хоспис, терминальная стадия, качество жизни, паллиативная помощь.

Недостаточность кровообращения (НК) ассоциируется с переменным прогнозом, который выступает серьезным препятствием для определения необходимости, а стало быть и своевременности, госпитализации больного в хоспис.

Цель настоящего исследования: оценка результатов усилий, направленных на приспособление жизнедеятельности к сниженному кровообращению.

Результаты и обсуждение. Критерием признания терминальной фазы недостаточности кровообращения посвящено множество публикаций.

Принято рассматривать следующие клинические симптомы:

а) одышка в покое, сердечные и загрудинные боли;

б) отсутствие терапевтического эффекта от диуретиков и вазодилататоров;

в) физикальные данные, свидетельствующие, что фракция выброса составляет 20% и менее, что означает неспособность сердца эффективно перекачивать кровь.

За период 2011–2013 гг. в хосписе находилось 423 больных с терминальной стадией недостаточности кровообращения. Все больные имели от одного до нескольких сопутствующих заболеваний (ХОЗЛ,

сахарный диабет, деформирующий остеоартроз). Медицинское заключение об общем состоянии пациентов дополняли данные анкеты. Их суммация, характеризующая физическое и психическое здоровье, помогала оценивать влияние недостаточности кровообращения на качество жизни. Пациенты нуждались не только в медицинской, но и духовной, а также социальной поддержке, которые неосуществимы на дохосписном этапе паллиативной помощи.

Причинами недостаточности кровообращения были:

а) кардиальные – атеросклеротический кардиосклероз, инфаркт миокарда, ИБС, гипертоническая болезнь;

б) другие сосудистые заболевания;

в) несердечные причины.

В тяжелом состоянии поступили 88% больных, у 12% оно расценено как крайне тяжелое. Для всех пациентов были типичны нарастающая одышка, неспособность к малейшим усилиям. Принципы хосписной помощи больным с НК заключались в следующем:

1. Ограничение нагрузки, вызывающей одышку. Использовали следующий алгоритм управления одышкой: после регистрации исходных показателей ФВД (функциональное внешнее дыхание):

А. Фуросемид (при застойной сердечной недостаточности – 30–40 мг внутривенно);

Б. Фентонил 25 мг в 25 мл №3 каждые 2–3 часа (при неэффективности – морфий 3–4 мг подкожно, при необходимости – диаценам по 0,5 мг каждые 4 ч);

В. Кислород.

2. Радикальное питание – легкоусвояемая диета и сокращение объема и частоты (до 1–3 раз приема пищи в сутки).

3. Энергообеспечение – условие, без которого эффективность комфортной помощи немыслима.

4. Управление физической активностью с предельной индивидуализацией.

5. Обеспечение психоэмоционального равновесия.

Применение этих мер способствовало мобилизации механизмов приспособления органов и тканей к снижению кровоснабжению.

Выводы. Наш опыт подтверждает незыблемое положение: помогать – не лечить больных, которые не могут обходиться без специального лечения.

Врачебная оценка результатов паллиативной помощи в наших наблюдениях показала, что продолжительность жизни больных с терминальной стадией НК в условиях хосписа составила, в среднем, от 6 до 52 дней и зависела от тяжести состояния.

В.А. Экзархов, Б.В. Шевченко

Опыт купирования болевого синдрома у онкологических больных в условиях ХОЦПМ «Хоспис»

Харьковский областной центр паллиативной медицины «Хоспис»

Боль – одна из главных проблем онкологической практики, особенно на поздних стадиях лечения данных больных в стационарах паллиативной помощи. Около 80% больных с распространенным опухолевым процессом страдают от боли. В 2005 г. Всемирная организация здравоохранения (далее – ВОЗ) указала, что одними из основных составляющих противораковой борьбы в любой стране, независимо от экономических ресурсов, должны быть «организация комплексной паллиативной помощи, обеспечивающей ослабление боли», «разработка минимальных национальных стандартов устранения боли», «обеспечение наличия и доступности опиатов, особенно морфина для перорального приема». Болевой синдром может быть эффективно купирован у 90% больных раком, а в 10% случаев может быть снижена интенсивность болевого синдрома.

В междисциплинарной команде онкологического отделения Харьковского областного центра паллиативной медицины анестезиолог является ключевой фигурой в круглосуточном обеспечении квалифицированной врачебной помощи при неотложных состояниях, в том числе и в обеспечении качественного обезбоживания. За 15 лет деятельности

Центра через онкологическое отделение прошло порядка 1700 больных онкологической патологией в терминальных стадиях заболевания. Подавляющее большинство из них страдало от различной степени выраженности болевого синдрома.

По выражению Альберта Швейцера: «Боль для человека всегда была страшнее смерти». Вместе с тем никто не может с уверенностью утверждать, что мировая практика лечения боли идеально адекватна, несмотря на наличие множества эффективных методов. Мы придерживаемся концепции ноцицептивной и невропатической боли, трехступенчатой «лестницы обезбоживания», предложенной ВОЗ. А при наличии арсенала адъювантных средств (к сожалению, мы не имеем достаточных возможностей) можно было бы достичь дополнительных обнадеживающих результатов. Что нами достигнуто в этой проблеме? В первую очередь адекватная оценка выраженности боли с учетом непреклонной веры в слова больного о характере, выраженности, интенсивности, локализации и продолжительности боли. Внедрение стандартных шкал. Мы придерживаемся известного правила – чем раньше начата терапия, тем эффективнее обезбоживание.

И, наконец, мы в 2013 году получили таблетированные формы морфина для перорального метода обезболивания. Нами апробированы препарат морфина сульфат в дозировках по 5 мг и 10 мг, а также таблетки морфин-3Н в дозировке по 10 мг. Таким образом, мы перешли, преимущественно, к энтеральному методу обезболивания, а парентеральный метод применяем при невозможности приема пациентом препаратов per os. Стандартное пероральное использование мы проводим с интервалом 4 либо 8 часов, в начальной дозировке по 10 мг. При усилении болей или неадекватной анальгезии первоначальной дозировкой увеличиваем дозу принимаемого препарата. Тем более, что при данном методе обезболивания мы менее стеснены в суточной дозировке препарата.

К сожалению, на данный момент нами не были еще апробированы препараты морфина пролонгированного действия либо с эффектом замедленного действия, что дало бы больному возможность быть менее привязанным к времени приема препарата.

Однако мы имеем, хоть и малый, но опыт применения препаратов опиоидного ряда в трансдермальной форме введения. Так, например, нами применялся препарат фентанила в трансдермальной форме – Дюрогезик ТТС-25 мг и ТТС-50 мг.

В настоящий момент мы осваиваем различные схемы комбинации адьювантных средств и основных анальгетиков, нестероидных противовоспалительных средств, антидепрессантов и седативных препаратов, гормональных препаратов.

Немалое внимание уделяется нашей междисциплинарной командой купированию и облегчению осложнений, побочных эффектов, сопутствующих патологий, таких как аллергические реакции, тошнота, рвота, запор, дыхательные расстройства, делирий.

Рациональный выбор анальгетиков и их комбинация с альтернативными средствами обезболивания позволяют повысить качество жизни онкологических больных в условиях хосписа.

Т.В. Яроцька, Л.В. Пойда

Проблеми спеціальної підготовки медичних сестер у ВМНЗ I–II рівня акредитації Дніпропетровської області

ОКЗ «Дніпропетровське базове медичне училище»

Для Дніпропетровської області гострою залишається проблема якості підготовки медичних сестер з питань паліативної та хоспісної допомоги. Кожний учасник, який обговорює цю проблему, повинен визнати важливу роль медичної сестри як представниці однієї з наймасовіших медичних професій у суспільстві, а також першої лінії контакту з невиліковними хворими.

Сьогодні потребує від молодшого спеціаліста відповідної професійної підготовки, а також певного рівня його свідомості, гуманізму, духовності, світогляду, особистих рис. Прищеплення та виховання цих якостей здійснюється в Дніпропетровському базовому медичному училищі на основі триступеневої системи підготовки молодших фахівців.

Для здійснення роботи цієї системи створена мультидисциплінарна команда викладачів для забезпечення інтегрованого наскрізного курсу з паліативної та хоспісної допомоги. Перший ступінь – підготовка майбутніх спеціалістів на рівні загальноосвітніх дисциплін. На цьому рівні нами вирішуються наступні задачі: орієнтація студентів на паліативну медицину, ознайомлення з історією розвитку паліативної та хоспісної допомоги в світі, вивчення латинської термінології, Етичного Кодексу медичної сестри України, розробка тематичних бесід, створення веб-ресурсу та проведення дистанційного навчання, інтернет-конференцій з іншими медичними навчальними закладами регіону, організація волонтерського руху студентів та викладачів з паліативної медицини.

Другий ступінь – це фахова підготовка на основі інноваційних технологій навчання та виховання. Практичний та професійний тренінг на заняттях з дисциплін «Основи медсестринства» та «Догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка» забезпечують командну, а також самостійну аудиторну та позааудиторну роботу студентів. Під час проведення занять ми намагаємось досягти поєднання високого професіоналізму з гуманністю, милосердям, комплексним всебічним доглядом за пацієнтами й полегшенням їхніх страждань. На заняттях з фармакології студенти вивчають фармакологічні групи препаратів для паліативної медицини. Основою лікування хронічного болю онкологічного генезу є системна фармакотерапія, яка розроблена експертами ВОЗ і передбачає триступеневе знеболення.

Протягом багатьох років в Україні сильнодіючі наркотичні анальгетики були представлені у вигляді ін'єкційних лікарських форм, що значно обмежувало можливість проведення знеболювальної терапії. Крім того, цілодобова необхідність багаразових ін'єкцій передбачає участь великої кількості патронажних сестер і неспеціалізованих виїздів «швидкої медичної допомоги». Студенти повинні бути поінформовані, що реальну можливість вирішення цих проблем дає впровадження у практику неінвазивних лікарських форм пролонгованої дії (трансдермальної терапевтичної системи фентанілу), а також впевнені, що таблетовані форми анальгетиків повинні бути основними засобами у лікуванні хронічного болю.

Третій ступінь системи підготовки майбутніх фахівців – це навчання на основі елективних дисциплін та міждисциплінарної інтеграції. Формування професійної майстерності під час вивчення дисциплін «Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині», «Медсестрин-

ство в сімейній медицині» відбувається у палатах паліативної допомоги на базі лікувально-профілактичних закладів міста. Студенти оволодівають навичками спілкування з невиліковними хворими, знаннями етичних проблем паліативної допомоги, поглиблено вивчають догляд та спостереження за станом пацієнта, ведення відповідної документації.

Майбутні фахівці повинні бути поінформовані, що пріоритетним напрямком розвитку сучасної паліативної медицини є організація паліативної допомоги в домашніх умовах. Патронаж онкологічних хворих вдома дозволяє підвищувати якість їхнього життя та відповідає сучасній економічній ситуації в країні. Оцінка якості життя пацієнта може бути проведена медичною сестрою за шкалою фізичної активності:

- 1 – нормальна фізична активність;
- 2 – незначно знижена (пацієнт здатний самостійно відвідувати лікаря);
- 3 – помітно знижена (ліжковий режим займає менше 50% денного часу);
- 4 – значно знижена (ліжковий режим займає більше 50% денного часу);
- 5 – мінімальна (постійний ліжковий режим).

Проводиться облік симптомів до та в процесі лікування, оцінюється фізичний стан пацієнта: маса тіла в динаміці, показники кровообігу (АТ, ЧСС, ЕКГ), загальні аналізи крові і сечі. Аналіз медичною сестрою локалізації, причин, типу, інтенсивності болю, супутніх ускладнень та психічного статусу пацієнта допомагає лікарю визначити план подальшого лікування.

Кожний випускник медичного навчального закладу повинен бути обізнаним з питань паліативної та хоспісної допомоги та професійно підготовленим до надання допомоги невиліковним пацієнтам.

КОНЦЕПЦІЯ соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності)

У складних умовах економічної, соціальної кризи і військових дій на сході України виникає нагальна необхідність посилення медико-соціального захисту дітей, в першу чергу – дітей з обмеженнями життєдіяльності (діти-інваліди, діти з загрозою формування інвалідності).

На фоні стійкого і тривалого скорочення населення України чисельність осіб з обмеженнями життєдіяльності зростає. Також відмічається збільшення хронічної та поєднаної патології, що призводить до поглиблення процесу інвалідизації населення. За останні 22 роки чисельність повнолітніх і неповнолітніх осіб з інвалідністю в загальній чисельності населення збільшилася майже вдвічі – з 1,6 млн осіб у 1991 році до 2 788 226 осіб на початок 2013 року і досягла показника понад 6,1%. Особи з інвалідністю працездатного віку складають 54% від загальної кількості осіб відповідної категорії, або 6,5% у загальній структурі економічно активного населення.

Загальна чисельність дітей-інвалідів щорічно збільшується на 0,5%. У 2013 році в Україні зареєстровано 168 280 дітей-інвалідів (2,1%). Згідно з розрахунками Європейської Академії Дитячої Інвалідності, в Україні очікується більше 200 тисяч дітей-інвалідів віком до 18 років, з них до 80 тисяч з тяжкою інвалідністю, а також близько 1 млн дітей буде вимагати постійного медико-педагогічного супроводу.

Разом з тим, відповідно до презентованої Всесвітньою організацією охорони здоров'я 9 червня 2011 року Всесвітньої доповіді про інвалідність, від 15% до 19,4% повнолітнього населення світу живуть із інвалідністю, з яких від 2,2% до 3,8% хворіють на складні форми захворювання. Дитяча інвалідність становить 5,1% осіб, із яких 0,7% мають складні вади.

Порівняння вищевказаної вітчизняної та міжнародної статистики свідчить про те, що в Україні завищені вимоги щодо встановлення інвалідності.

В Україні закладено конституційні засади допомоги дітям з обмеженнями життєдіяльності. Ратифіковані Законом України Конвенція ООН про

права дитини (2009 р.) та Конвенція ООН про права інвалідів (2009 р.). Тим самим підтверджено виконання статті 23 п.1 Конвенції ООН про права дитини: держави-учасниці визнають, що неповноцінна в розумовому або фізичному відношенні дитина має вести повноцінне і достойне життя в умовах, які забезпечують її гідність, сприяють почуттю впевненості в собі і полегшують її участь в житті суспільства; та статті 7 п.1 Конвенції ООН про права інвалідів: держави-учасниці вживають усіх необхідних заходів для забезпечення повного здійснення дітьми-інвалідами всіх прав людини й основоположних свобод нарівні з іншими дітьми.

Прийнято ряд базових нормативно-правових актів:

Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06 жовтня 2005 р. № 2961-IV;

Закон України «Про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 р.» від 05.03.2009 р. № 1065 – VI;

Закон України «Конвенція ООН про права інвалідів» від 16.12.2009 р. № 1767 – VI;

Указ Президента України «Про питання щодо забезпечення реалізації прав дітей в Україні» від 16.12.2011 р. № 1163/2011;

Указ Президента України «Про внесення змін до деяких Законів України щодо прав інвалідів» від 22.12.2011 р. № 4213-6;

Постанова Верховної Ради України від 13.01.2015 р. № 96-VIII «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення»;

Постанова Кабінету Міністрів України від 01.08.2012 р. № 706. Державна цільова програма «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права інвалідів» на період до 2020 р.

Із прийняттям Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» змінилися підходи до вирішення проблем, пов'язаних з інвалідністю, що дало змогу сформувати базисну основу сучасних

систем медико-соціальної експертизи, реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності і реабілітаційної індустрії. Так, у системі Міністерства охорони здоров'я України функціонує 45 центрів медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи. Серед них державний заклад «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України», Міжнародна клініка відновного лікування, яку очолює Герой України В.І. Козявкін.

Рішенням Вченої медичної ради МОЗ України з 1998 року в роботу центрів медико-соціальної реабілітації дітей впроваджена сучасна модель реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності «Тандем-партнерство» «дитина-сім'я-фахівець», що забезпечило підвищення ефективності реабілітаційних заходів та надало можливість скоротити витрати з бюджету у зв'язку із започаткуванням стаціонарзамінних технологій реабілітаційного процесу.

На виконання Розпорядження Кабінету Міністрів України від 03 грудня 1999 року в системі Міністерства соціальної політики створена мережа центрів ранньої соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, відкритий Державний комплекс соціальної реабілітації дітей-інвалідів у м. Миколаїв.

Закінчується створення нормативно-правової бази, спрямованої на поліпшення умов для одержання особам з обмеженнями життєдіяльності освіти будь-якого рівня в державних освітніх установах.

У недержавному секторі впроваджуються послуги раннього втручання дітям з розумовими вадами з метою забезпечення їм рівного доступу до освіти.

Загалом, за даними галузевих статистик, в системі охорони здоров'я для надання своєчасної та якісної медичної допомоги дітям з інвалідністю зареєстровані 29 обласних дитячих лікарень, 58 дитячих поліклінік (як самостійний заклад), 94 міські дитячі лікарні, 136 дитячих санаторіїв, 45 центрів медико-соціальної реабілітації дітей, 42 спеціалізовані будинки дитини, 3 профільні інститути НАМН України.

Послуги для дітей з інвалідністю у сфері соціального захисту населення в Україні представлені наступним переліком: 224 центри та відділення соціальної реабілітації дітей-інвалідів, 15 центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, 15 центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, 55 дитячих будинків-інтернатів.

Освітні послуги для дітей з обмеженнями життєдіяльності надаються в наступних закладах та установах: 2524 заклади компенсуючого типу,

690 закладів санаторного типу, 68 – навчально-реабілітаційних центрів для дітей з порушеннями розвитку, 104 дитячі будинки, 72 школи-інтернати.

Окрім того в Україні зареєстровано понад 130 000 недержавних об'єднань, з них 62 для дітей з інвалідністю. Протягом оздоровчого сезону відкривається близько 18 000 дитячих закладів для оздоровлення.

З огляду на представлену вище мережу структур, які опікуються наданням реабілітаційних послуг дітям з обмеженнями життєдіяльності, можна констатувати, що має місце дублювання та втрата коштів на утримання паралельних мереж, що обслуговують одні й ті самі потреби.

Водночас в Україні система допомоги дітям з обмеженнями життєдіяльності на сьогодні не існує як цілісна система, вона не в повній мірі задовольняє потреби суспільства, не забезпечує створення та підтримку сприятливого життєвого середовища, необхідного для всебічного розвитку дитини, її самореалізації, захисту її прав.

Ця ситуація погіршується відсутністю:

комплексних медичних, соціальних та психолого-педагогічних реабілітаційних послуг дітям з інвалідністю, що зменшує можливість їх інтеграції та максимальної адаптації до суспільного життя;

впровадження біопсихосоціальної моделі хвороби та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (МКФ), що не відповідає сучасним міжнародним стандартам якості надання реабілітаційних послуг;

єдиного державного координаційного органу з проблем реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності;

центральної бази даних дітей з обмеженнями життєдіяльності, яка б враховувала їхній ступінь ушкодження;

механізму взаємодії та наступності між окремими відомствами, задіяними в реабілітації. Не забезпечена міжсекторальна координація та співпраця між державними і недержавними закладами реабілітаційного профілю;

інтегрованих підходів та взаємозв'язків закладів та установ з реабілітації дітей з урахуванням використання стандартизованих методів реабілітації у різні вікові періоди та відповідно до стану здоров'я дитини на момент реабілітації;

достатньо доступної узагальненої інформації про наявність, порядок роботи та уніфіковані методики в реабілітаційних центрах України;

практичного впровадження уніфікованих клінічних протоколів для лікування і реабілітації дітей з інвалідизуючими захворюваннями та критеріїв ефективності надання реабілітаційних послуг;

достатнього контролю за виконанням індивідуальних програм реабілітації дітей з інвалідністю. ППР зазвичай носять формальний та декларативний характер;

центрів (відділень) для надання медико-соціальної допомоги дітям з тяжкими прогресуючими захворюваннями, складними вадами (центри паліативної допомоги);

чіткої регламентованої взаємодії психолого-медико-педагогічних консультацій з установами та закладами системи охорони здоров'я та соціального захисту населення;

достатньої кількості підготовлених фахівців для виконання реабілітаційних послуг;

інтегрованих міжвідомчих підходів до оцінки діяльності реабілітаційних закладів та установ під час їх ліцензування та акредитації;

належного відомчого контролю та моніторингу, а також контролю з боку контролюючих органів за виконанням нормативно-правових актів, які стосуються осіб з інвалідністю;

достатньої кількості технічних засобів для проведення необхідних реабілітаційних заходів у дітей з обмеженнями життєдіяльності;

розгалуженої мережі вітчизняних підприємств, що займаються випуском побутових пристосувань, устаткування для помешкань, медичних установ, реабілітаційних закладів для дітей зазначеної категорії;

всеохоплюючого інтегрованого та інклюзивного підходу до освіти дітей з обмеженнями життєдіяльності з урахуванням їх можливостей і обмежень (загальноосвітні, початково-професійні і спеціальні установи), особливо у віддалених регіонах України;

дієвої деінституціоналізації осіб з інвалідністю, що проживають в інтернатних установах (будинки дитини, дитячі будинки, тощо);

достатньої кількості спеціальних державних навчальних програм для дітей з обмеженнями життєдіяльності, а також практичному навчанню користування колясками і тренажерами, самообслуговування тощо;

громадської готовності до реінтеграції дітей з обмеженнями життєдіяльності у суспільство. Громадські організації інвалідів недостатньо залучаються як на центральному, так і регіональному рівнях до прийняття рішень з питань, які стосуються осіб з інвалідністю;

достатнього рівня поінформованості населення про особливі потреби осіб з інвалідністю;

достатньої психологічної допомоги з метою прищеплення дітям з обмеженнями життєдіяльності та їхнім родинам активної життєвої позиції, подолання проблеми соціальної стигматизації та дискримінації;

індивідуального супроводу фахівців системи соціального захисту, які повинні супроводжувати і підтримувати сім'ю при виконанні індивідуальної програми реабілітації, інформувати і представляти, у разі потреби, інтереси сім'ї в установах різних сфер;

недостатньої доступності реабілітаційних послуг для дітей з обмеженням життєдіяльності, які проживають у сільській місцевості;

законодавчих механізмів економічного стимулювання, які б сприяли залученню коштів підприємств різних форм власності, благодійних організацій для вирішення питання фінансової підтримки закладів реабілітаційного профілю;

підходів фінансування реабілітаційних послуг для дітей з обмеженням життєдіяльності за принципами «фінансування не закладів, а послуг», «гроші ходять за дитиною»;

впровадження механізмів обчислення вартості стандартизованих методик реабілітації, а також реабілітаційних послуг у закладах різної відомчої підпорядкованості;

достатніх фінансових заходів (бюджетного фінансування) та інших джерел, що забезпечують фінансовий захист дітей з обмеженнями життєдіяльності та фінансову спроможність родин, які потребують ці послуги.

Важливим також є **удосконалення профілактичних заходів, направлених на попередження виникнення інвалідизуючої патології у дітей**, де пріоритетом є охорона здоров'я дітей та жінок репродуктивного віку, серед них:

наголошення на доцільності відвідування генетичних консультацій молоді на етапі планування сім'ї;

подальший розвиток перинатальних центрів з метою удосконалення пренатальної діагностики, покращення родопомічних заходів. Так, за даними МОЗ України при аналізі причин первинної інвалідності у дітей, пов'язаних з захворюваннями на церебральний параліч виявлено, що у 20% дітей причиною формування церебрального паралічу є пологова травма;

забезпечення масового скринінгу новонароджених на найбільш поширені метаболічні захворювання, хромосомну та генну патологію;

налагодження наступності між пологовими будинками, перинатальними центрами та дитячими поліклініками і обласними (міськими) дитячими лікарнями з метою створення системи дієвого динамічного спостереження за дітьми з групи ризику. Облік та аналіз форм динамічного спостереження доцільно покласти на методичні відділи центрів комплексної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності;

розробка та затвердження державних стандартів скринінгу та моніторингу за психофізичним розвитком дітей. Навчання та активне залучення батьків до програм з діагностики затримки розвитку дітей;

впровадження стратегії раннього втручання для своєчасної діагностики та удосконалення системи реабілітаційного супроводу за дітьми з розумовими вадами. Дані епідеміологічних досліджень у різних країнах Європи свідчать, що в перші роки життя від 10% до 20% дітей мають затримки в розвитку, а у 18% дітей віком до 1,5 року діагностуються психічні розлади;

підготовка та постійне удосконалення уніфікованих клінічних протоколів з профілактики, діагностики, лікування, реабілітації захворювань та патологічних станів, які формують прошарок дітей з обмеженнями життєдіяльності. Зокрема підготовка уніфікованого клінічного протоколу по перинатальним ушкодженням нервової системи у новонароджених. Рання кваліфікована медична реабілітація дітей з перинатальним ушкодженням дозволяє до 80% попередити формування грубого органічного дефекту з боку нервової системи;

посилення уваги до необхідності вакцинації дітей;

у галузі валеологічної освіти забезпечити широке ознайомлення населення з профілактичними заходами, які попереджують тяжкі наслідки травм на автомобільному транспорті, перебування у воді, та інші заходи з безпеки життєдіяльності дітей.

Важливо підкреслити своєчасність і необхідність підготовки Концепції соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності), що підтверджується рекомендаціями Комітету ООН з прав дитини 2011 року, винесених за результатами розгляду 3-ї та 4-ї Національної доповіді України про реалізацію положень ООН про права дитини «Заключні спостереження: Україна від 3 лютого 2011 року (п. 6): Комітет занепокоєний стійкою недостатністю і неадекватністю освітніх, соціальних та медичних послуг для дітей-інвалідів та їхніх родин».

Окрім того, в рекомендаціях ЮНІСЕФ 2013 року «The State of the World's Children — Children with Disabilities» наголошено на необхідності проведення рішучих дій з метою:

боротьби зі стигматизацією;

ліквідації практики направлення дітей з обмеженнями життєдіяльності в спеціалізовані стаціонарні заклади;

спеціальної підтримки сімей дітей з обмеженнями життєдіяльності;

покращення якості і доступності реабілітаційних послуг;

формування інклюзивного середовища.

Мета Концепції

Метою Концепції є подальше удосконалення діючої системи реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності з визначенням пріоритетних напрямків, а саме: попередження виникнення інвалідизуючої патології у дітей; формування єдиного реабілітаційного простору навколо дитини з інвалідністю та її родини через розвиток і координацію зусиль громадськості, реабілітаційних установ та закладів різної підпорядкованості та форми власності; створення відповідно до міжнародних стандартів системи комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності, що забезпечить їм надання кваліфікованої медичної допомоги, всеохоплюючої інклюзії в освітнє середовище, ранню профорієнтацію та оформлення життєвого простору в суспільстві з урахуванням стану здоров'я.

Шляхи і способи розв'язання проблем

До першочергових заходів реалізації Концепції необхідно віднести:

1. Затвердження і впровадження в Україні сучасної Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (МКФ) та концепції біопсихосоціальної моделі хвороби (International Classification of Functioning, Disability and Health).

За підрахунками ВООЗ, на одного хворого, який лікується в стаціонарі, припадає близько 10 осіб з хронічними захворюваннями та їх незворотними наслідками, які стають причиною інвалідності, соціальної дезадаптації, лягають важким тягарем на працездатну частину суспільства. З урахуванням цього медична спільнота поступово переходить від біомедичної моделі хвороби, що враховує етіологію, патогенез і локалізацію патологічного стану до біопсихосоціальної моделі, яка визнає здоров'я і хворобу як результат динамічної взаємодії фізіологічних, психологічних і середовищних, у тому числі і соціальних, процесів. Біопсихосоціальна модель хвороби використовується як описова модель можливих наслідків перенесених захворювань, споріднених станів або травм, а саме: Impairment (ушкодження), Disability (обмеження життєдіяльності), Handicap (соціальна недостатність, інвалідність).

МКФ прийнята ВООЗ у 2001 році (в 2007 році – версія для дітей та підлітків). Вона включає всі аспекти здоров'я як здорової людини, так і особи з обмеженнями життєдіяльності. Обмеження життєдіяльності розглядається як наслідок або результат складних взаємовідносин між зміною здоров'я

індивіда, особистісними факторами і зовнішнім середовищем. Вона використовується для визначення специфічних мети і завдань реабілітаційних послуг по відношенню до кожного конкретного пацієнта в рамках надання спеціалізованої допомоги мультидисциплінарною командою. При цьому МКФ передбачає можливість об'єднання як медичної, так і соціальної складової реабілітаційного процесу, що концептуально забезпечує можливість дитині з обмеженнями життєдіяльності адаптацію в суспільстві.

У МКФ включені найбільш пріоритетні напрямки реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності:

медична реабілітація, яка забезпечує реабілітацію на рівні біологічного організму дитини;

соціальна реабілітація, яка забезпечує реабілітацію дитини і підлітка з інвалідністю, як соціального суб'єкта;

психологічна реабілітація, яка забезпечує реабілітацію дитини і підлітка з інвалідністю на рівні особистості;

педагогічна реабілітація, що забезпечує реабілітацію дитини як суб'єкта діяльності.

Усі наведені компоненти складають «ідеальну» модель реабілітаційного процесу, вона є універсальною і може бути застосована при стратегічному плануванні системи державних програм та заходів з метою надання найбільш повного комплексу реабілітаційної допомоги дитині з обмеженнями життєдіяльності.

У руслі практичної реалізації МКФ в Україні важливого значення надається впровадженню Концепції соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності), яка отримала широку підтримку в країнах Західної Європи, зокрема Німеччини.

Соціальна педіатрія – це дороговказ в реалізації міжнародних стандартів допомоги дітям з обмеженнями життєдіяльності та їхнім родинам. Впровадження положень соціальної педіатрії буде сприяти вирішенню нагальних проблем дитини з обмеженнями життєдіяльності на основі мультидисциплінарного підходу з використанням спектра міжпрофільних методик з питань педіатрії, епідеміології, психології і психології розвитку, неврології і неврології розвитку, психіатрії, наркології та економіки здоров'я. Як наскрізний зріз дитячої і підліткової медицини, відповідно до рекомендацій Європейської Академії Дитячої Інвалідності, дасть змогу удосконалити в Україні систему діагностики, лікування і реабілітації дітей з хронічною патологією на засадах доказової медицини. Соціальна педіатрія концептуально

забезпечує оформлення життєвого простору дитини та підлітка в суспільство з урахуванням стану її здоров'я.

Концепція соціальної педіатрії передбачає обов'язкове дотримання основних принципів комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності:

принцип єдиного державного підходу до реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності відповідно до Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні»;

принцип нової класифікації (Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я);

принцип доступності, системності, цілісності, комплексності та міждисциплінарності побудови реабілітаційного процесу;

принцип універсальності, безперервності, наступності та інтегрованості реабілітаційного процесу;

принцип обов'язкового залучення до реабілітаційного процесу батьків та всього оточуючого дитину середовища;

принцип індивідуальності, з метою урахування можливостей усіх функціональних систем дитини та її інтересів;

принцип раннього корекційного втручання у психофізичний розвиток дитини;

принцип максимальної активізації адаптаційно-компенсаторних можливостей організму;

принцип забезпечення паліативною допомогою дітей з важкою хронічною патологією;

принцип однаковості обліку дітей з обмеженнями життєдіяльності з використанням досягнень комп'ютерних технологій;

принцип інтегрованих міжвідомчих підходів до оцінки реабілітаційних закладів та установ під час їх ліцензування та акредитації;

принцип планомірного розвитку та розширення мережі реабілітаційних установ різної підпорядкованості та форм власності з урахуванням потреб регіонів України;

важливим фактором є впровадження, розробленої в Україні нової інноваційної системи, а саме – інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації за методикою В.І. Козявкіна.

2. Створення Міжвідомчої координаційної ради з питань комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності.

До основних напрямків роботи Міжвідомчої координаційної ради відносяться:

сприяння реалізації державної політики у сфері забезпечення прав дітей з інвалідністю та їх соціальної захищеності;

розробка комплексної політики захисту прав дітей з інвалідністю та забезпечення їм рівноправного доступу до медичних, освітніх, соціальних та інших послуг всередині родинного середовища та у суспільстві;

вивчення питання щодо методики розрахунків потреб в реабілітаційних установах з урахуванням їх спеціалізації;

забезпечення контролю за додержанням законодавства стосовно виконання Конвенції ООН про права дитини, Конвенції ООН про права інвалідів та інших міжнародних актів з цих питань під час розробки проектів нормативно-правових актів, програм, планів, стратегій та інших документів;

перегляд Переліку міністерств та інших центральних органів виконавчої влади, що координують імплементацію положень Конвенції ООН про права інвалідів, а саме, вважати за доцільне визначити координаторами імплементації положень статті 7 Конвенції «Діти-інваліди» - Міністерство соціальної політики України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство освіти і науки України; статті 26 Конвенції «Абілітація та реабілітація» – Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство соціальної політики України, Міністерство освіти і науки України;

забезпечення належного міжвідомчого контролю та моніторингу за виконанням нормативно-правових актів, які стосуються осіб з інвалідністю;

визначення механізмів ефективної міжвідомчої взаємодії та координуючих органів на центральному і регіональних рівнях з питань медичного, психолого-педагогічного та соціального супроводу дітей з обмеженнями життєдіяльності;

удосконалення механізмів міжсекторальної взаємодії та наступності між реабілітаційними закладами як державного, так і недержавного сектору;

створення уніфікованої системи критеріїв оцінки та моніторингу якості здійснення індивідуальної програми комплексної реабілітації, реабілітаційного потенціалу та реабілітаційного прогнозу дитини з обмеженнями життєдіяльності;

удосконалення правового, методичного та фінансового забезпечення системи реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності;

вивчення і відпрацювання механізмів комплексного утримання центрів та установ медико-соціальної реабілітації дітей і підлітків за комбінованою схемою галузевого фінансування на рівні місцевого бюджету;

вивчення питання щодо можливості використання коштів державного та місцевих бюджетів

для фінансування потреб реабілітаційних закладів незалежно від відомчого підпорядкування. На сьогодні використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із реабілітації дітей, покладається на Міністерство соціальної політики, що є невірним;

вивчення питання щодо створення механізму нормативного фінансування комплексної реабілітації дитини з обмеженнями життєдіяльності на основі «реабілітаційного кошика» та за принципами «фінансування не закладів, а послуг», «гроші ходять за дитиною»;

забезпечення впровадження механізму обчислення вартості стандартизованих методик реабілітації, реабілітаційних послуг на одну дитину на основі індивідуальної програми реабілітації дитини з інвалідністю з урахуванням нозології, ступеня важкості залишкових явищ після перенесеного захворювання, травми або іншого патологічного стану, реабілітаційного потенціалу та реабілітаційного прогнозу;

удосконалення механізму соціального замовлення для закупівлі реабілітаційних послуг у державних, комунальних та недержавних реабілітаційних закладах з урахуванням їх медико-соціальної та економічної ефективності;

створення законодавчих механізмів економічного стимулювання, які б сприяли залученню коштів інвесторів та благодійників для вирішення питань комплексної реабілітації дітей з інвалідністю;

створення в регіонах єдиного реабілітаційного простору (реабілітаційного паспорту, єдиної централізованої бази даних пацієнтів);

залучення закладів реабілітаційного профілю, які підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України, Міністерству соціальної політики України, Міністерству освіти і науки України, а також приватного, громадського секторів для організації ефективною системи реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю та їхніх родин, запобігання інституціоналізації дітей в інтернатні заклади;

створення мережі центрів комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності, максимально використовуючи при цьому вже існуючі ресурси в кожному регіоні;

сприяння трансформації окремих видів лікувально-профілактичних, санаторних установ, освітніх закладів та інтернатів у реабілітаційні центри;

створення нормативної бази для ліцензування та акредитації реабілітаційних закладів різного відомчого підпорядкування як державного, так і недержавного секторів;

проведення інвентаризації, акредитації та ліцензування створених центрів медичної, соціальної

ної і комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності різних форм власності та підпорядкування на предмет відповідності технологій, що у них застосовуються, рекомендаціям Європейської Академії Дитячої Інвалідності та принципам доказової медицини;

здійснення реформування системи експертної оцінки ступеня обмеження життєдіяльності та встановлення інвалідності у дітей відповідно до біопсихосоціальної моделі хвороби та шкальної оцінки порушень функцій і структур організму згідно з МКФ;

створення міжвідомчої комісії з метою перегляду та розширення основних видів порушень структури і функцій організму дитини, що дають право на встановлення інвалідності;

удосконалення форм індивідуальних програм реабілітації дітей-інвалідів в частині «реабілітаційні заходи та їх реалізація»;

забезпечення індивідуального підходу до кожної дитини з інвалідністю, передбачивши обов'язкові складові послуг: медичну, соціальну та психолого-педагогічну з відповідним забезпеченням технічними та іншими допоміжними засобами реабілітації;

створення нормативної бази для забезпечення кожного з компонентів комплексної реабілітації державними стандартами та офіційно визнаними моделями реабілітації;

створення умов для навчання батьків дитини з обмеженнями життєдіяльності методикам реабілітації;

контроль за створенням належних матеріальних, фінансових та організаційних вимог для забезпечення здійснення всього комплексу реабілітаційних послуг дітям з обмеженнями життєдіяльності та їхнім родинам;

забезпечення фінансової доступності (спроможності) реабілітаційних послуг для усіх сімей, які потребують ці послуги;

зміцнення матеріально-технічної бази та ремонту центрів реабілітації дітей з інвалідністю;

здійснення оптимізації реабілітаційних послуг, передбачивши при цьому можливість скорочення витрат з державного та місцевого бюджетів за рахунок впровадження стаціонарзамінних технологій;

створення умов щодо надання можливості дітям з обмеженнями життєдіяльності розвиватися у сімейному або максимально наближеному до нього колі;

вивчення питання щодо створення умов для максимального наближення реабілітаційних закладів до місця проживання родин, особливо в сільських районах, що значно зменшить соціальну напругу серед сільського населення внаслідок

відсутності належної організації реабілітаційних послуг дітям з обмеженнями життєдіяльності;

забезпечення підвезення дітей з інвалідністю та їхніх родин спеціальними автобусами, які пристосовані для перевезення дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, з місця проживання до центрів реабілітації, місця навчання та додому.

Для виконання основних напрямків роботи Міжвідомчої координаційної ради передбачити можливість удосконалення організаційної та управлінської структури системи комплексної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності. Зокрема передбачити можливість вивчення питання щодо структурної реорганізації апарату міністерств та відомств з відповідними змінами у регіональних структурах обл(міськ)держадміністрацій. Передбачається також широке залучення громадських організацій та фондів, організацій батьків дітей з обмеженнями життєдіяльності, які опікуються проблемами комплексної реабілітації дітей.

3. Затвердження на рівні Міністерства охорони здоров'я України ефективних профілактичних заходів, направлених на попередження формування інвалідності у дітей та поглиблення її ступеню.

Відповідно до конвенцій про права людини, сучасні держави гарантують право на охорону здоров'я матерів, новонароджених і дітей, а також на комплексні програми охорони здоров'я і соціального розвитку дітей з обмеженнями життєдіяльності.

У цій площині забезпечити реалізацію політики пріоритету охорони здоров'я дітей та жінок репродуктивного віку шляхом:

забезпечення масового скринінгу новонароджених на фенілкетонурію та гіпотиреоз, адреногенітальний синдром, муковісцидоз та розширення скринінгових програм новонароджених на метаболічні захворювання, хромосомну та генну патологію відповідно до європейських стандартів;

розробка і впровадження уніфікованого протоколу скринінгу розвитку дітей в системах Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики України, Міністерства освіти і науки з залученням громадських організацій батьків з метою практичної реалізації принципу раннього втручання;

розробка і впровадження медичної карти динамічного спостереження за дітьми групи ризику: діти з перенесеною патологією нервової системи в пре-перинатальному періоді, а саме – пологова травма нервової системи, гіпоксично-ішемічні ушкодження ЦНС, ураження нервової системи при інфекційних захворюваннях, гемолітична хвороба

у плода та новонародженого, вроджені вади розвитку нервової системи, деформації та хромосомні аномалії, тяжка соматична патологія, поєднані чинники, що забезпечить своєчасне виявлення дітей з груп високого ризику щодо формування хронічної захворюваності та із затримкою розвитку;

розробка і впровадження індивідуальної програми комплексної медико-соціальної реабілітації дітей раннього віку з групи ризику, що призведе до зменшення питомої ваги інвалідизуючої патології у дітей до 18 років. Підготовка доповнень до Наказу МОЗ України від 08.10.2007 року «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання»;

розробка та впровадження уніфікованого клінічного протоколу «Профілактика, діагностика, лікування та реабілітація новонароджених та дітей раннього віку з пре-перинатальним ураженням нервової системи»;

розробка ефективних програм фахової психологічної підтримки родин дітей з обмеженнями життєдіяльності;

посилення уваги до валеологічної освіти та безпеки життєдіяльності дітей;

впровадження активної кампанії у засобах масової інформації проти стигми, пов'язаної з особами з обмеженнями життєдіяльності (дитина з обмеженнями життєдіяльності – рівноправний громадянин).

Заходи та завдання, які будуть впроваджуватися

4. Удосконалення системи кадрового забезпечення в галузі реабілітації та організації соціального обслуговування дітей з обмеженнями життєдіяльності, зокрема:

реорганізувати систему планування, підготовки та розподілу кадрового потенціалу сфери реабілітації з урахуванням базових державних стандартів реабілітації (офіційно визнаних моделей реабілітації) на основі сучасних тенденцій до інтеграції реабілітаційних технологій, передбачивши держзамовлення підготовки відповідних фахівців;

вивчити питання щодо доповнення Державного класифікатора професій новими професіями, а Переліку напрямків та спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах, – новими спеціальностями у галузі комплексної реабілітації дітей з вадами здоров'я, пов'язаними з їх медичною, психолого-педагогічною та соціальною реабілітацією, зокрема в напрямку «Реабілітаційна освіта»;

збільшити обсяг реабілітаційних заходів і послуг для дітей з обмеженнями життєдіяльності у систе-

мах охорони здоров'я, соціального захисту населення, освіти, зайнятості, культури, фізкультури та спорту. У штатному розкладі закладів реабілітаційного профілю різного відомчого підпорядкування передбачити посади фахівців з комплексної реабілітації, корекційних педагогів та психологів, спеціалістів з фізичної реабілітації, фахівців з ерготерапії, сенсорно-інтегративної терапії, інших спеціалістів, які працюють у сфері реабілітації дітей. Вивчити питання щодо дозволу обіймати посаду лікаря лікувальної фізкультури (фізичного реабілітолога) фахівцям, які мають вищу освіту за спеціальністю «Фізична реабілітація»;

вивчити питання щодо дозволу на отримання ліцензії на освітні послуги (курси інформації та стажування) реабілітаційним закладам, фахівці яких мають сертифікати міжнародного зразка на право викладання сучасних реабілітаційних методик, як з медичної, так і психолого-педагогічної реабілітації. Зокрема, державному закладу «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України»;

підготувати зміни до кваліфікаційних вимог фахівців, які беруть участь у комплексній реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності, з урахуванням переходу від біомедичної моделі хвороби до біопсихосоціальної моделі. Так, до кваліфікаційних вимог фахівців зі спеціальності «Дитяча неврологія» внести доповнення щодо необхідності до базового рівня знань та умінь з класичної дитячої неврології додатково внести учбові програми з медико-соціальної реабілітації, психіатрії раннього дитячого віку, медичної психології та методик нейрофізіологічного обстеження;

удосконалення умов оплати праці персоналу установ і закладів, у яких надаються медико-соціальні та реабілітаційні послуги дітям з інвалідністю.

5. Розширення науково-методичного та інформаційного забезпечення системи комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності, а саме:

сприяння розробці науково-методичного забезпечення в створенні реабілітаційного простору, інклюзивного та інтегрованого навчання, ранньої профорієнтації та методик комплексної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності;

створення інформаційно-статистичного банку даних з проблем інвалідності, зокрема з функціями обліку та аналізу якості виконання індивідуальних програм реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності. Передбачити включення інформації про права, можливі фінансові субсидії та

державні програми для дітей з інвалідністю та шляхи їх отримання;

забезпечення доступною узагальненою інформацією про наявність, порядок роботи та методики в реабілітаційних центрах України;

удосконалення державної статистичної звітності з метою моніторингу проблем, які пов'язані з реабілітацією дітей з обмеженнями життєдіяльності.

6. Здійснення заходів, щодо удосконалення медичної складової комплексної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності:

розробка та затвердження типового положення про Центр комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності, де передбачити затвердження норм навантаження для працівників центру, форму щорічного звіту про роботу центру, примірний табель оснащення;

забезпечення функціонування і розвитку державного закладу «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України». Опрацювати питання щодо утворення на базі державного закладу «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України» Референс-центру соціальної педіатрії та покладання на нього експертних функцій з надання спеціалізованої лікувальної, консультативної та реабілітаційної медико-соціальної допомоги дітям та підліткам з важкими хронічними захворюваннями, наслідком яких є обмеження життєдіяльності та порушення соціальної адаптації;

розглянути можливість створення у м. Києві першого в Україні Центру паліативної допомоги дітям. Вжити заходів щодо відкриття центрів паліативної допомоги дітям в регіонах;

впровадження механізму державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я, зокрема шляхом активної підтримки співпраці між державними та комунальними лікувально-профілактичними закладами реабілітаційного профілю і Міжнародною клінікою відновного лікування (м. Трускавець), де застосовується високоефективна системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи В.І. Козявкіна;

продовжити практику розширення та зміцнення мережі центрів комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності, у тому числі на базі лікувально-профілактичних, санаторних та спеціалізованих установ, освітніх закладів та інтернатів, з урахуванням необхідності забезпечення усіх компонентів та напрямків реабілітаційного процесу. Організаційно, мето-

дично та економічно сприяти створенню в регіонах єдиного реабілітаційного простору навколо дитини з обмеженнями життєдіяльності з усіма належними елементами виконання пакету комплексних реабілітаційних послуг;

забезпечення інтеграції медичної складової комплексної реабілітації у інші види та форми реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності шляхом практичного впровадження затверджених в МОЗ України моделей реабілітації дітей, стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги та медичної реабілітації дітей, які розроблені на засадах доказової медицини;

участь у створенні інтегрованих міжвідомчих підходів до оцінки ефективності медичних послуг у реабілітаційних закладах та установах під час їх ліцензування та акредитації;

покращення в лікувально-профілактичних закладах медичного обслуговування та диспансерного нагляду дітей з інвалідністю, передбачивши при цьому підтримку батьків;

затвердження порядку здійснення медичного супроводу (повсякденної допомоги) за місцем проживання дітей з важкими формами інвалідності;

спрощення механізмів закупівлі санаторно-курортних путівок для дітей з обмеженнями життєдіяльності, передбачивши окремі бюджетні програми щодо забезпечення дітей з інвалідністю санаторно-курортним лікуванням. Підготовка нормативно-правової бази для відкриття і фінансування санаторіїв з відділеннями для матері та дитини;

забезпечення подальшого виконання Загальнодержавної програми «Національний план дій з реалізації Конвенції ООН «Про права дитини» на період до 2016 року» шляхом щорічного здійснення централізованих закупівель реабілітаційного обладнання для мережі центрів комплексної медико-соціальної реабілітації дітей та лікарських засобів для дітей з інвалідністю (діти з церебральним паралічем, розладами із спектра аутизму);

забезпечення виконання Постанови Кабінету Міністрів України № 1303 від 17.08.1998 р. «Про впровадження безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань», зокрема вирішення питання щодо пільгового забезпечення протиепілептичними препаратами дітей, хворих на епілепсію;

забезпечення виконання Указу Президента України № 1163/2011 від 16 грудня 2011 року «Про питання щодо забезпечення реалізації прав дітей в Україні» стосовно удосконалення порядку надання психіатричної допомоги дітям.

7. Здійснення заходів щодо удосконалення психолого-педагогічної складової комплексної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності (з урахуванням Постанови Верховної Ради України від 13.01.2015 р. № 96-VIII «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення»):

активізувати роботу щодо законодавчого врегулювання суспільних відносин, пов'язаних з реалізацією прав дітей з обмеженнями життєдіяльності на освіту будь-якого рівня і напрямку відповідно до їх здібностей і можливостей, спрямованих на набуття навичок самообслуговування, підготовки до праці і сімейного життя;

закріплення на законодавчому рівні вимог до дошкільних, загальноосвітніх, професійно-технічних і вищих навчальних закладів щодо впровадження інклюзивного навчання, збільшення кількості дітей з обмеженнями життєдіяльності, інтегрованих до дитячих дошкільних закладів та загальноосвітніх шкіл;

удосконалення системи підготовки та перепідготовки педагогічних працівників з урахуванням освітніх проблем осіб з обмеженнями життєдіяльності, запроваджуючи спеціальні навчальні програми;

розроблення та видання у достатній кількості підручників, наочно-дидактичних матеріалів, посібників для дітей з особливими освітніми потребами;

розроблення та запровадження індивідуальних програм розвитку дітей з особливими освітніми потребами в дошкільних навчальних закладах різних типів та форм власності, спеціальних загальноосвітніх та загальноосвітніх навчальних закладах з інклюзивними та спеціальними класами, навчально-реабілітаційних центрах, інтернатних установах соціального захисту населення на основі індивідуально-диференційованого підходу;

забезпечення заходів щодо здійснення науково-методичної, експериментальної діяльності щодо навчання дітей із складними порушеннями розвитку, зокрема з розладами спектра аутизму, епілептичною хворобою, прогресуючими захворюваннями нервово-м'язової системи, синдромом Дауна та іншими вадами, на основі співпраці з Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством соціальної політики України та громадськими організаціями;

здійснення координування діяльності місцевих органів управління освітою щодо запровадження інтегрованого, інклюзивного навчання, медичної реабілітації та соціальної адаптації дітей з особли-

вими освітніми проблемами, особливо з віддалених регіонів. Створення умов для інтегрування дітей з обмеженнями життєдіяльності, які навчаються у спеціальних загальноосвітніх школах (школах-інтернатах), у звичайні навчальні заклади;

вивчення питання щодо створення корекційних пунктів при психолого-медико-педагогічних консультаціях з метою надання корекційно-реабілітаційної допомоги дітям з особливими освітніми потребами, які навчаються в інклюзивних групах/класах у дошкільних та загальноосвітніх закладах. Здійснення заходів щодо зменшення показника охоплення дітей з обмеженнями життєдіяльності індивідуальною формою навчання;

удосконалення роботи психолого-медико-педагогічних консультацій щодо формування консультативних висновків, які повинні бути складені в інтересах дитини з обмеженнями життєдіяльності та її родини і виходити з принципу інклюзії та усвідомлення того, що кожна дитина має потенціал для розвитку незалежно від тяжкості порушень або обмежень.

8. Здійснення заходів щодо удосконалення соціальної складової комплексної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності (з урахуванням Постанови Верховної Ради України від 13.01.2015 р. № 96-VIII «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення»):

забезпечення комплексного підходу до деінституціоналізації дітей з інвалідністю, що проживають в інтернатних установах;

запровадження системи моніторингу інституційних закладів для дітей з обмеженнями життєдіяльності з тим, щоб ретельно відстежувати стан дотримання їхніх права у цих інституціях;

розроблення індивідуальних планів догляду та підтримки дітей з інвалідністю;

забезпечення ефективного використання ліжкомережі дитячих будинків-інтернатів соціального захисту населення шляхом започаткування створення та забезпечення функціонування і професійного супроводу відділень денного догляду за дітьми з інвалідністю, відділень підтриманого проживання, відділень тимчасового перебування для осіб з інвалідністю;

напрацювання нормативно-правової бази (стандартів соціальних послуг) щодо супроводу дітей з інвалідністю, призначення соціального працівника, який буде супроводжувати і підтримувати дитину з обмеженнями життєдіяльності та її родину при виконанні індивідуальної програми реабілітації;

здійснення заходів щодо збереження та недопущення скорочення соціальних працівників;

вивчення питання щодо удосконалення існуючих та затвердження нових норм для створення архітектурної доступності соціальної інфраструктури, передусім медичних, навчальних та соціальних закладів, які опікуються дітьми з обмеженнями життєдіяльності;

удосконалення законодавства з питань транспорту та транспортного обслуговування, а також безпеки на транспорті з урахуванням потреб осіб з інвалідністю;

розширення переліків виробів медичного призначення, лікарських препаратів, технічних та інших засобів реабілітації, якими забезпечуються особи з інвалідністю. Забезпечення належного бюджетного фінансування їх придбання, впорядкування відпуску реабілітаційного обладнання на безоплатних та пільгових умовах;

удосконалення механізму забезпечення дітей з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації.

9. Удосконалення системи залучення громадськості до розроблення управлінських рішень у сфері реабілітаційних послуг і контролю за їх реалізацією, що сприятиме:

контролю за впровадженням положень Конвенції про права дитини, Конвенції про права інвалідів, у тому числі щодо виявлення, унеможливлення та заборони проявів дискримінації за ознакою інвалідності;

проведенню інформаційних кампаній з підвищення обізнаності громадськості щодо питань інвалідності з метою зміцнення поваги до прав і гідності осіб з інвалідністю та більш толерантного ставлення до цієї проблеми;

удосконаленню механізму залучення громадських організацій до прийняття рішень, які стосуються осіб з інвалідністю;

здійсненню заходів щодо посилення громадської готовності до реінтеграції дітей з інвалідністю у суспільство;

розгляду нормативних засад участі волонтерів щодо забезпечення опіки, піклування, надання реабілітаційних та спеціальних освітніх послуг дітям з обмеженнями життєдіяльності;

у співпраці з батьківськими спілками створювати та зміцнювати послуги раннього втручання та рівного доступу до освіти для дітей з розумовими вадами з метою попередження дитячої інституціоналізації;

контролю за забезпеченням міжсекторальної співпраці між державними, комунальними і недержавними закладами реабілітаційного профілю;

забезпеченню доступності лікування, навчання, праці, відпочинку та побуту для дітей з обмеженнями життєдіяльності, удосконаленню заходів з прищеплення дітям з інвалідністю та їхнім родинам активної життєвої позиції;

посиленню психологічної допомоги дітям з обмеженнями життєдіяльності та їхнім родинам з метою мотивації їх на сімейно-центровану терапію та успішне завершення довготривалих комплексних медико-соціальних реабілітаційних заходів;

висвітленню в засобах масової інформації прикладів позитивного досвіду досягненням дітьми з інвалідністю повноцінної соціалізації;

створенню та розвитку незалежних громадських організацій (асоціації батьків дітей з обмеженнями життєдіяльності, асоціації фахівців, академій тощо), що опікуються проблемами реабілітації.

Очікувані результати

Реалізації Концепції сприятиме:

створенню базисних передумов для реального посилення державної політики у сфері забезпечення прав дітей з інвалідністю та їх соціальної захищеності, зокрема прискоренню практичного впровадження в Україні п 1. Статті 23 Конвенції ООН про права дитини, п. 1. Статті 7 Конвенції ООН про права інвалідів та рекомендацій Комітету ООН з прав дитини 2011 року, винесених за результатами розгляду 3-ї та 4-ї Національної доповіді України про реалізацію положень ООН про права дитини;

підвищенню ефективності реабілітаційних послуг дітям з обмеженнями життєдіяльності та їх родинам за рахунок створення системи комплексної реабілітації з використанням медичних, соціально-психологічних, освітніх, правових, економічних, адміністративних заходів як основного засобу інтеграції їх у суспільство. Зміні парадигми від медичної до медико-соціальної у наданні медичних послуг дітям з інвалідністю;

запровадженню стандартів якості надання комплексних медико-соціальних послуг дітям з обмеженнями життєдіяльності, критеріїв оцінювання якості відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я;

реформуванню сектора забезпечення послугами дітей з обмеженнями життєдіяльності та їхніх родин відповідно до принципів доступності, раннього втручання, універсальності, безперервності і комплексного підходу. Пацієнти повинні мати право обирати своїх постачальників послуг на основі їх географічного розташування, якості реабілітаційної допомоги, професіоналізму фахівців та наявності широкого спектра послуг, які надаються як державним, так і недержавним секторами;

реальному удосконаленню профілактичних заходів, направлених на попередження формування інвалідності у дітей. Згідно з конвенціями про права людини, право на охорону здоров'я матерів, новонароджених і дітей гарантується державою;

забезпеченню всеохоплюючої інклюзії в освітнє середовище дітей з обмеженнями життєдіяльності з метою отримання рівного права на освіту, оволодіння професією та працевлаштування;

покращенню фінансування програм, напрямків та заходів, пов'язаних зі створенням належних умов життєдіяльності дітей з інвалідністю та їхніх родин;

допомозі у попередженні та зменшенні дитячої інституціоналізації, ліквідації практики направлення дітей з інвалідністю в спеціалізовані дитячі заклади для постійного перебування;

виявленню, усуненню та унеможливленню дискримінації за ознакою інвалідності;

залученню представників громадськості для участі в підвищенні рівня поінформованості населення про особливі потреби дітей з обмеженнями життєдіяльності та їх родин;

продовженню міжнародного співробітництва у сфері реалізації прав і задоволенні потреб дітей з обмеженнями життєдіяльності.

Етапи реалізації Концепції

На першому етапі передбачається здійснити організаційні заходи щодо:

затвердження і впровадження в Україні сучасної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (МКФ) та біопсихосоціальної моделі хвороби;

створення Міжвідомчої координаційної ради з питань комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності;

затвердження на рівні Міністерства охорони здоров'я України ефективних профілактичних заходів, направлених на попередження формування інвалідності у дітей.

На другому етапі реалізації Концепції передбачається практичне впровадження основних напрямків роботи Міжвідомчої координаційної ради, передусім щодо здійснення:

реалізації державної політики у сфері забезпечення прав дітей з інвалідністю та їх соціальної захищеності;

контролю за дотриманням законодавства стосовно виконання Конвенції ООН про права дитини, Конвенції ООН про права інвалідів;

належного міжвідомчого контролю та моніторингу за виконанням нормативно-правових актів, які стосуються осіб з інвалідністю;

правового та методичного забезпечення системи комплексної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності;

реформування системи експертної оцінки ступеня обмеження життєдіяльності та встановлення інвалідності у дітей;

фінансової доступності (спроможності) реабілітаційних послуг для всіх сімей, які потребують ці послуги;

удосконалення системи кадрового забезпечення галузі реабілітації, організації соціального обслуговування дітей з інвалідністю;

забезпечення заходів щодо удосконалення медичної, психолого-педагогічної та соціальної складових комплексної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності. Створення сприятливих правових умов для широкого залучення громадського сектору.

Обсяг фінансових ресурсів

Фінансування заходів з реалізації Концепції здійснюється з державного та місцевих бюджетів в межах асигнувань, передбачених для відповідних міністерств, інших центральних органів виконавчої влади, Фонду соціального захисту інвалідів, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, а також інших джерел, не заборонених законодавством України, у тому числі за рахунок міжнародної технічної та фінансової допомоги. Пріоритети у фінансуванні мають заходи, які направлені на профілактику та запобігання формування інвалідизуючої патології у дітей.

Обсяг фінансування заходів із реалізації Концепції з державного бюджету визначатиметься щороку з урахуванням конкретних завдань та фінансових можливостей.

Після прийняття Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні та здійснення реформи фінансування охорони здоров'я на забезпечення практичної реалізації Концепції комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності будуть залучені додаткові джерела фінансування і нові організаційні моделі, зокрема державні та приватні системи фінансування.

Правила подання матеріалу для публікації:

- Структура матеріалу: вступ (стан проблеми за даними літератури не більше 5–7-річної давності); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично оброблених результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку у даному напрямку; список літератури, реферати російською, українською та англійською мовами.
- Матеріал повинен супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та експертним висновком про можливість у відкритому друку.
- На останній сторінці статті мають бути власні підписи всіх авторів, **прізвища, ім'я та по батькові (повністю)**, поштова адреса установи, номери телефонів (службові), науковий ступінь, звання, посада. **Обов'язково контактний телефон автора/ів, з яким/и редакція може спілкуватися з питань, що виникли.**
- Авторський текстовий оригінал повинен складатися з одного примірника українською або російською мовою:
 - тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, списку літератури, рефератів не більше 8 сторінок, оглядів літератури, лекцій, проблемних статей – не більше 12 сторінок; коротких повідомлень, рецензій – не більше 7 сторінок);
 - списку літератури (якщо у статті є посилання) не більше 20 джерел, в оглядах – не більше 50),
 - таблиць;
 - рисунків (не більше 4) і підписів до них.
- **До статті додаються реферати українською, російською та англійською мовами з обов'язковими назвами, прізвищами та ініціалами авторів на цих мовах. Обсяг реферату не повинен перевищувати 200-250 слів. Обов'язково подаються «ключові слова» (від 3 до 8 слів) у порядку значущості, що сприятиме індексації статті у інформаційно-пошукових системах. Реферат є незалежним від статті джерелом інформації. Він має бути зрозумілим окремо від основного тексту статті.**
- Реферат до оригінальної статті повинен бути структурованим: а) мета дослідження; б) матеріал і методи; в) результати; г) висновки; д) ключові слова. **Всі розділи в рефераті мають бути виділені в тексті жирним шрифтом. Для інших статей (огляд, лекція, обмін досвідом тощо) реферат повинен включати короткий виклад основної концепції статті та ключові слова.**
- Статті набираються на комп'ютері у програмі Word і подаються роздрукованими та на електронному носії. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються у програмах Word або Excel і разом із текстовим файлом подаються на електронному носії.
- **На першій сторінці обов'язково вказується індекс УДК.**
- Список літератури подається після тексту. Автори згадуються за алфавітом – спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською або українською мовами, далі іноземних авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземними мовами. Всі джерела повинні бути пронумеровані.
- Посилання у тексті вказуються цифрами у квадратних дужках і мають відповідати нумерації у списку літератури.
- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування та залишається незмінною у всьому тексті.
- Відповідальність за достовірність і оригінальність наданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.
- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне і літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам у публікації статей може здійснюватись без пояснення причини і не вважається негативним висновком щодо наукової та практичної значущості праці. Рукописи статей не повертаються.

Редакційна рада

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ЛІКАРІВ

**Показання для застосування. Неходжкінські лімфоми,
хронічний лімфолейкоз, ревматоїдний артрит.**



РИТУКСИМ (ритуксимаб)
концентрат для приготування розчину
для інфузій у флаконах по 100мг/10 мл №2
(пакування з форми «in bulk» виробництва
Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд., Швейцарія;
Рош Діагностикс ГмбХ, Німеччина для
Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд., Швейцарія)
Сертифікат № 867/12-300200000



РИТУКСИМ (ритуксимаб)
концентрат для приготування розчину
для інфузій у флаконах по 500мг/50 мл №1
(пакування з форми «in bulk» виробництва
Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд., Швейцарія;
Рош Діагностикс ГмбХ, Німеччина для
Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд., Швейцарія)
Сертифікат № 867/12-300200000

Показання для застосування. Рак молочної залози.



ТРАСТУМАБ (трастузумаб)
порошок ліофілізований для приготування
концентрату для інфузій по 150 мг у флаконах №1
(пакування з форми «in bulk» виробництва
Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд., Швейцарія;
Рош Діагностикс ГмбХ, Німеччина для
Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд., Швейцарія)
Сертифікат № 868/12-300200000

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ
ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я



ІнтерХім

Девіз ІНТЕРХІМ: «Ліки з добрих рук!»

ІНТЕРХІМ – один з провідних українських виробників фармацевтичних субстанцій та ліків. Виробництво ліків сертифіковано на відповідність вимогам належної виробничої практики (GMP). У 2013 році ІНТЕРХІМ вперше серед країн СНД впровадив у виробництво таблетований морфін. ІНТЕРХІМ – член ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» з грудня 2012 року.

МОРФІНУ СУЛЬФАТ. Склад: 1 таблетка містить морфін сульфату пентагідрату 5 мг або 10 мг. Код АТС N02A A01. Показання. Больовий синдром сильної інтенсивності. Протипоказання. Підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату; порушення дихання внаслідок пригнічення дихального центру; біль у животі невизначеної етіології; черепно-мозкова травма; схильність до бронхоспазму; паралітична кишкова непрохідність; затримка випорожнення шлунка; тяжка печінкова недостатність; супутний прийом інгібіторів моноаміноксидази; внутрішньочерепна гіпертензія; інсульт; епілептичний статус; кахексія; гостра алкогольна інтоксикація; делірій; гарячка. Р.п. № UA/12735/01/01; № UA/12735/01/02.

БУПРЕН® ІС. Склад: 1 сублінгвальна таблетка містить бупренорфін гідрохлориду 0,2 мг або 0,4 мг. Код АТС N02A E01. Показання. Гострий та хронічний больовий синдром високої інтенсивності. Протипоказання. Підвищена чутливість до бупренорфін та інших компонентів препарату, порушення функції дихання, серцева недостатність, печінкова та ниркова недостатність, черепно-мозкові травми, гостра алкогольна інтоксикація. Р.п. № UA/10202/01/01; № UA/10202/01/04.

КОДЕЇНУ ФОСФАТ. Склад: 1 таблетка містить кодеїну фосфату гемігідрату 30 мг. Код АТС R05D A04. Показання. Больовий синдром слабкої та помірної інтенсивності. Протипоказання. Підвищена чутливість до кодеїну, інших опіоїдів або до будь-якого з компонентів препарату в анамнезі. Гостра респіраторна депресія, обструктивні захворювання дихальних шляхів, астма, печінкова недостатність, черепно-мозкові травми або стани, що супроводжуються підвищеним внутрішньочерепним тиском, стан алкогольного сп'яніння, ризик паралітичної непрохідності кишечника. Вагітність і період годування груддю. Р.п. № UA/11811/01/01.

Знеболювальний засіб

Paracod IC

Паракод ІС®

БІФОК® ІС
знеболювальний засіб

ПАРАКОД ІС®. Склад: 1 таблетка містить парацетамолу 500 мг та кодеїну фосфату гемігідрату 8 мг. Код АТС N02B E51. Показання. Для короткочасного лікування гострого помірного болю, який не знімається парацетамолом, ібупрофеном або ацетилсаліциловою кислотою. Протипоказання. Підвищена чутливість до компонентів препарату. Тяжкі порушення функції печінки або нирок, бронхіальна астма, дихальна недостатність, вроджена гіпербілірубінемія, дефіцит глюкозо-6-фосфатдегідрогенази, захворювання крові (виражена анемія, лейкопенія), черепно-мозкові травми або стани, що супроводжуються підвищеним внутрішньочерепним тиском, стан алкогольного сп'яніння, ризик паралітичної непрохідності кишечника. Р.п. № UA/12054/01/01.

БІФОК® ІС. Склад: 1 таблетка містить ібупрофену 200 мг, кодеїну фосфату 10 мг. Код АТС M01A E51. Показання. Для короткочасного лікування гострого, помірного болю, який не купірується іншими анальгетиками, такими як парацетамол, ібупрофен або ацетилсаліцилова кислота. Протипоказання. Ерозивно-виразкові ураження травного тракту. Цереброваскулярні або інші кровотечі. Порушення кровотворення або згортання крові. Тяжка серцева недостатність. Гостра респіраторна депресія. Черепно-мозкові травми. Підвищення внутрішньочерепного тиску. Ризик паралітичної непрохідності кишечника, хронічні запори. Тяжка печінкова недостатність. Тяжка ниркова недостатність. Тяжка дегідратація. Стан алкогольного сп'яніння. Одночасне застосування інгібіторів моноаміноксидази (МАО). Дітям для знеболення після проведення тонзилектомії та/або аденоидектомії. Р.п. № UA/14315/01/01.

Принцип «сходів» у знеболенні може забезпечити гарний контроль болю

Знеболення є критично важливою частиною паліативної допомоги.

Human Rights Watch. 2011



Виробництво препаратів відповідає вимогам GMP ЄС та ВООЗ.

Сертифікат № 027/2015/SAUMP/GMP.

Виробник: ТДВ «ІНТЕРХІМ» Україна, Одеса, Люстдорфська дорога, буд. 86.

Ліцензія АЕ 295499, АД 037168.

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ. ДЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ У РАМКАХ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИХ КОНФЕРЕНЦІЙ, З'ЇЗДІВ, КОНГРЕСІВ, СЕМІНАРІВ, У СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ МЕДИЧНИХ ВИДАННЯХ. ПОВНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПРЕПАРАТИ МІСТИТЬСЯ В ІНСТРУКЦІЯХ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ.