

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 // *Ненервна 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 методами 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,