

О.О. Ріга¹, А.Ю. Пеньков², Р.В. Марабян², Joan Marston³

Аналіз перебігу невиліковних хвороб у дітей раннього віку в умовах інституції

¹Харківський національний медичний університет

²Харківський обласний спеціалізований будинок дитини №1

³Chief Executive International Children Palliative Care Network

Заданими ВООЗ, паліативна допомога дітям спрямована на підвищення якості життя дітей та їхніх сімей, які відчувають клінічні, психологічні, етичні та духовні проблеми, пов'язані з невиліковними хворобами.

Проведено аналіз летальних випадків у 14 дітей з важкою патологією та вадами розвитку ЦНС, які перебували в Харківському обласному спеціалізованому будинку дитини №1 (ХОСБД №1) упродовж 2011–2014 років. Серед них 12 хлопчиків та 2 дівчаток віком від 2-х місяців до 4-х років. Для аналізу кількості госпіталізацій у 14 дітей з важкою патологією та вадами розвитку ЦНС відповідного віку без летальних випадків була проаналізована медична документація методом випадкового вибору 8 хлопчиків та 6 дівчаток. Для статистичного опрацювання матеріалу використовувався пакет програми STATISTICA 7.0.

Майже усі діти (12, 85,7%) надійшли до ХОСБД №1 на першому році життя з діагнозами, що включені до Переліку станів, які обмежують життя. Слід зазначити, що одна дитина мала поєднання п'яти таких захворювань, троє дітей – трьох, а шість дітей – по два захворювання, тобто поєднання загрозливими для життя станів мали 11 (78,5%) дітей. Усі діти мали паралітичні синдроми й важку затримку психомоторного розвитку. Переважала вроджена патологія головного мозку, спостерігались гідроцефалія, гіпоксично-ішемічне ураження головного мозку, гіпоплазія мозолистого тіла, синдром Едварда. У клінічній картині спостерігалася також затримка фізичного розвитку (маси тіла, росту – 10 дітей), судомний синдром (8), больовий синдром (8), дихальна недостатність (8), серцево-судинна недостатність (1), аритмія (2), закрепи (3), зригування і блювання (2), пролежні (1). Через важкий стан двох дітей вигодовували через зонд. Дві дитини мали апное та потребували періодичної кардіореспіраторної реанімації.

Незважаючи на те, що в Україні не регламентовано використання шкал оцінювання інтенсивнос-

ті болу у дітей раннього віку та, особливо, у дітей з порушенням когнітивного розвитку, однак 12 із 14 дітей мали судомний синдром та спастичний синдром, які супроводжувалися больовим синдромом, тому потребували знеболення. Четверо дітей потребували седації. Аналіз кількості госпіталізацій від народження до летального випадку у 14 дітей не виявив жодних закономірностей. На відміну від них, у 14 дітей, які не мали летальних випадків, вік дитини та кількість госпіталізацій мали прямий кореляційний зв'язок ($r=0,79$; $p<0,05$). У дітей з летальними випадками кількість госпіталізацій коливалася від 1 до 15. У дітей без летальних випадків – від 2 до 32. Діти віком на момент смерті від 4 до 12 місяців мали мінімальну кількість госпіталізацій – 1; максимальну – 7; віком 12–24 місяці – 3 та 7 відповідно; віком 24–36 місяців – 15; віком понад 36 місяців – мінімальну кількість 5 та максимальну 10 госпіталізацій. Навіть при зростанні кількості максимальних значень госпіталізацій з віком дитини та досить короткотривалого життя, кількість госпіталізацій у дітей не залежала від віку ($r=0,56$; $p>0,05$). Найменший термін стаціонарного лікування склав один день, дитина була госпіталізована з приводу дихальної недостатності I ст., легеневої гіпертензії II ст., після купірування стану повернулася до будинку дитини.

Найчастіше (41 госпіталізація (53,9%)) діти, які мали летальні випадки, потребували стаціонарного лікування у зв'язку з погіршенням стану за основним захворюванням, понад третина (28 (36,8%)) – гострою респіраторною патологією: гостра респіраторна інфекція, гострий ринофарингіт, гострий простий та обструктивний бронхіт, гостра пневмонія. Переважав гострий обструктивний бронхіт (8 випадків). Інші (11) причини госпіталізації були пов'язані з ускладненнями основних захворювань, порушенням функціонування органів та систем, які потребували підтримки важливих для життя функцій в умовах відділень інтенсивної терапії: епілептичний напад, судомний синдром, дихальна

недостатність. Планове хірургічне лікування отримали 8 дітей. Причинами смерті дітей з важкою патологією ЦНС, за даними патологоанатомічних висновків, стали: поліорганна недостатність (7), легенева недостатність (1), порушення крово-, лікворобігу (2), декомпенсована гідроцефалія (2), некроз головного мозку (1), геморагічний інсульт (1). Смерть усіх дітей траплялася в дитячих лікарнях. Подальший аналіз стосувався визначення днів перебування дітей наприкінці життя. Ми не виявили зв'язку між віком дитини на момент летального

випадку та тривалістю останньої її госпіталізації ($r=0,08$; $p<0,05$). Слід зазначити, що кількість госпіталізацій та тривалість перебування дитини на момент летального випадку також не мали взаємозв'язку ($r=0,04$; $p<0,05$).

Згідно з усталеною клінічною практикою, процес умирання дітей раннього віку з невиліковними захворюваннями ЦНС відбувається в умовах дитячих лікарень. Тривалість перебування дитини у ході вмирання в лікарні коливалася від 5 до 59 днів.



Н.О. Чорна

Мистецтво догляду

КЗ «Центр післядипломної освіти молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою Дніпропетровської обласної ради», Україна

Мистецтво догляду можливо порівняти з мистецтвом скульптури або живопису. Але хіба можливо порівняти працю над полотном або каменем з працею по догляду за хворим тілом і душею. Найстрашніша загроза, яка може нависнути над цією працею, – це перетворення мистецтва на ремесло...

Флоренс Найтінгейл

Однією з актуальних соціальних проблем наших днів стали онкологічні захворювання. Кожен третій онкологічний пацієнт помирає у перший рік хвороби, що в 10 раз перевищує цей показник у розвинених країнах. Рівень онкологічної захворюваності стабільно підвищується приблизно на 3% щорічно.

Хворим на злоякісні пухлини у термінальній стадії онкологічного процесу потрібна паліативна допомога, яка спрямована на послаблення болю та інших важких симптомів та стверджує цінність життя і ставлення до смерті як до природної події, не прагнучи її прискорення або відстрочення.

Головною метою паліативної допомоги є підтримка якості життя у фінальній стадії, максимальне полегшення фізичних та моральних страждань пацієнта та його близьких, а також збереження людської гідності пацієнта – всі ці заходи у повній мірі виконуються молодшими медичними спеціалістами Дніпропетровського регіону. Вони своїми професійними діями сприяють виконанню основних принципів паліативної допомоги:

- полегшення болю та інших симптомів невиліковної хвороби;
- поєднання медичних, соціальних, психологічних та духовних аспектів піклування;
- надання підтримки, яка допомагає вести максимально творче життя;
- піклування про пацієнта та його близьке оточення під час хвороби, після смерті та протягом трауру;
- покращення якості життя пацієнта.

Дуже часто при вивченні якості життя хворих не враховуються соціально-психологічні аспекти якості життя, майже ніде в країні не надається психологічна допомога сім'ям, у яких живуть онкологічні хворі. У таких сім'ях виникає безліч складних проблем, у тому числі медичних, економічних, психологічних, проблем догляду, пов'язаних з важким захворюванням і з труднощами у встановленні контакту з хворим, проблеми придбання спеціального обладнання, соціальні проблеми, пов'язані з формуванням спеціального укладу життя родини.