

Враховуючи соціально-економічну ситуацію в країні споживання морепродуктів для середньостатистичної сім'ї є недоступним або малодоступним варіантом.

Профілактика йододефіцитних захворювань, своєчасне виявлення захворювань щитоподібної залози та лікування є запорукою забезпечення здоров'я громадян усіх поколінь і це одна із головних завдань сімейного лікаря.

РОЛЬ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ У НАДАННІ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ ІНКУРАБЕЛЬНИМ ПАЦІЄНТАМ ВДОМА

Царенко А. В.

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

Актуальність. Впродовж останніх десятиліть особливостями сучасної медико-демографічної ситуації в Україні є швидке постаріння населення, високий рівень захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень та тяжких ускладнень хронічних неінфекційних захворювань, значне поширення захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД, туберкульоз (МРТБ і РРТБ), вірусні гепатити «В» і «С», наслідки аварії на Чорнобильській АЕС та військових дій в АТО тощо. Інкурабельні прогресуючі захворювання, особливо у декомпенсованих та у термінальних стадіях перебігу, супроводжуються вираженим больовим синдромом, іншими важкими ураженнями органів і систем організму та розладами життєдіяльності, що завдають значних фізичних і моральних страждань, суттєво знижують якість життя пацієнтів та членів їхніх родин.

Отже, сьогодні в Україні створення і розвиток доступної та ефективної системи ПХД населенню є одним з найбільш пріоритетних медико-соціальних та гуманітарних завдань уряду та суспільства, що зумовлено невпинно зростаючою кількістю паліативних пацієнтів – інкурабельних хворих з обмеженим прогнозом тривалості життя. Головною метою сучасної системи паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) є забезпечення максимально досяжної якості життя інкурабельних пацієнтів у фінальному періоді, шляхом полегшення фізичних та моральних страждань, психологічної, соціальної та духовної (релігійної) підтримки і супроводу пацієнта і його близьких, збереження людської гідності пацієнтів наприкінці земного (біологічного) життя. Зазначене вимагає створення та розвитку в Україні доступної та ефективної системи надання ПХД населенню, у тому числі і на амбулаторному рівні, що і визначає актуальність нашого дослідження.

Мета дослідження: визначення оптимальної організаційної моделі залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ) до надання ПХД інкурабельним пацієнтам вдома.

Матеріали та методи: інформаційно-аналітичний, бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, порівняльний контент-аналіз, статистичний, системного підходу. *Матеріали*, що були використані для виконання роботи: вітчизняна та закордонна наукова література, медико-статистичні та демографічні дані ВООЗ, Держкомстатистики і МОЗ України, звіти МОЗ України і регіональних управлінь охорони здоров'я, міжнародні та вітчизняні нормативно-правові документи, експертні заключення.

Результати та їх обговорення. Згідно сучасних уявлень та підходів, ПХД є інноваційним пацієнт-сім'я-орієнтованим гуманітарним підходом, який найбільш адекватно забезпечує потреби та належну якість життя паліативних пацієнтів (ПП) та їхніх рідних, сприяє збереженню людської гідності наприкінці біологічного життя, про що переконливо свідчить більше як 60-річний досвід Великобританії, Польщі, Німеччини, Угорщини, США, Канади, Австралії та інших країн світу.

Обов'язковими складовими ПХД, що відрізняють її від традиційного паліативного/симптоматичного лікування є наступні:

професійна медична (зокрема, хірургічна, хіміо- і радіотерапевтична фармакотерапевтична, дієтична, реабілітаційна тощо) складова;

професійна психологічна допомога, яка надається фахівцями-психологами або лікарями-психотерапевтами і стосується також членів сім'ї пацієнта;

соціальна складова, що реалізується соціальними працівниками, волонтерами НУО;

духовна складова (медичне капеланство), що здійснюється священнослужителями відповідної релігійної конфесії.

Результати наших досліджень свідчать, що впродовж останніх 5 років близько 600 тис. пацієнтів, у тому числі майже 90 тис. хворих, які помирають від злоякісних новоутворень (ЗН), та понад 1,5 млн. членів їхніх родин щороку потребують ПХД, і лише біля 5% пацієнтів мають змогу одержати стаціонарну ПХД в умовах хоспісу або у відділеннях паліативної та хоспісної медицини

(ПХМ). Згідно наших даних, сьогодні в Україні функціонують 2 центри ПХД (у Харкові та Івано-Франківську, 7 хоспісів та близько 60 відділень ПХМ, у яких розгорнуто близько 1,5 тис. ліжок для паліативних хворих, при мінімальній потребі у 4,5 тис. ліжок. Досі у деяких регіонах не створено жодного закладу або відділення ПХД. Лише в окремих містах діють виїзні бригади ПХД для надання допомоги паліативним хворим вдома, тому мешканці сільської місцевості поки що взагалі не можуть її отримати. Отже, більшість паліативних пацієнтів завершують своє біологічне життя вдома, під наглядом лікарів первинної медичної допомоги і, зокрема, ЛЗП–СЛ або дільничних терапевтів.

Ми проаналізували потребу у ПХД у м. Києві. Впродовж останніх років смертність складає біля 30 тис. осіб на рік, у т.ч.: від ЗН - біля 5 тис. осіб. Отже потреба у ПХД становить близько 20 тис. осіб. Стационарну ПХД у м. Києві надають: відділення ПХМ Київської міської клінічної лікарні №2 на 25 ліжок, яке, у середньому, може надати ПХД 450 паліативним пацієнтам (ПП); відділення ПХМ Київського міського клінічного центру на 25 ліжок, де щороку можуть одержати ПХД близько 400 ПП; та відділення ПХМ Київської міської клінічної лікарні №10 на 70 ліжок, де можуть надати ПХД понад 1100 ПП. Отже разом: 120 ліжок, які забезпечують надання ПХД близько 2000 ПП, при потребі 20 тис. пацієнтів та понад 50 тис. їхніх родичів.

Аналіз діяльності відділення ПХМ Київської міської клінічної лікарні №2 у 2011-2016 роках засвідчив, що з 2068 ПП, які перебували на лікуванні у відділенні, 57 % ПП були у віці 60 – 79 років, 31 % - 20 – 59 років та 12 % - 80 років і старші. Майже 90 % ПП мали ЗН, летальність складала 56,3 %. Тобто, при щорічній потребі у 20 тис. ПП, у стационарних закладах ПХМ м. Києва мають змогу одержати стационарну ПХД лише близько 2 тис. хворих. Решта завершують своє біологічне життя під наглядом ЛЗП-СЛ або дільничних терапевтів вдома.

Умови залучення сімейних лікарів до надання ПД вдома:

законодавча і нормативно-правова база;

розробка та впровадження служби ПХД у сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я;

підготовка кадрів на до- і післядипломному рівнях;

забезпечення ефективними та доступними лікарськими засобами, у першу чергу для знеболення;

забезпечення мультидисциплінарної командної співпраці та між секторальної координації.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» Розділ V «Медична допомога», Стаття 35-4 «Паліативна допомога»; Наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. №41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні»

Слід зазначити, що лише мультидисциплінарний та міжсекторальний підхід до надання ПХД, на основі інтеграції професійних, фінансових, кадрових, духовних і моральних ресурсів суспільства сприятиме оптимізації ПХД в Україні, заснованої на тісному співробітництві органів охорони здоров'я та соціального захисту населення. При цьому забезпечується координація зусиль не тільки лікарів різних спеціальностей, медичних сестер і санітарок-доглядальниць, а й соціальних працівників, психологів, юристів, священнослужителів-представників різних релігійних конфесій, волонтерів, а також родичів/опікунів і сусідів та самого пацієнта, які усі разом складають мультидисциплінарну команду.

Надання ПХД лікарями ЗП-СЛ повинно забезпечити:

адекватну фармакотерапію та застосування ефективних ЛЗ, що є важливою умовою надання якісної ПХД;

адекватне знеболення, детоксикацію, контроль симптомів ускладнень та декомпенсації захворювань – головні завдання паліативного лікування;

підготовка кадрів: сьогодні на кафедрі ПХМ Інституту сімейної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика ми проводимо двотижневі і місячні цикли ТУ з ПХД для сімейних лікарів, одноденні суміжні цикли для лікарів, які проходять спеціалізацію по сімейній медицині та триденні суміжні заняття для інтернів, які навчаються по спеціальності “Сімейна медицина”.

Висновки:

1. Головною метою сучасної системи ПХД є максимальне полегшення фізичних та моральних страждань, збереження людської гідності та забезпечення відповідної якості життя інкурабельним 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.

2. 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.

3. На жаль, система охорони здоров'я України поки що не може забезпечити доступність стаціонарної ПХД для більшості людей, які її потребують, через відсутність необхідної кількості закладів ПХД та брак кадрів, які одержали відповідну до- або післядипломну підготовку з надання ПХД та мають необхідні професійні знання та навички.

4. Результати наших досліджень переконливо свідчать, що саме 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.

ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ВИЌЗНИХ БРИГАДНИХ ОГЛЯДІВ В АМБУЛАТОРІЯХ І ЦЕНТРАХ ПМСД РАЙОНІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Чернобровий В. М., Мелашенко С. Г., Ксенчин О. О.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (Україна)

Актуальність. З червня 2016 року кафедрою внутрішньої та сімейної медицини ВНМУ імені М. І. Пирогова започатковані бригадні оглядово-консультативні виїзди у заклади ПМСД Вінницької області. Під час виїзних оглядів-консультацій активно використовувались опитувальники (GERD Q, GSRS, SF-36, CAT, ACT), а також портативна (мобільна) лабораторно-інструментальна експрес-техніка клініко-діагностичної міждисциплінарної гастроентерологічної лабораторії: антропометрія (монітор складу тіла OMRON), моніторинг АТ, ЕКГ-телекард, спірометрія (Spirobank), експрес-гастро-рН-моніторинг, 3-х каналний езофаго-гастро-рН-моніторинг, беззондовий тест шлункової секреції Saliva-test, портативний глюкометр.

Мета дослідження: вивчити можливості виїзних бригадних оглядів-консультацій для покращення діагностики та лікування найбільш поширеної внутрішньої патології в мережі закладів первинної ланки охорони здоров'я.

Результати та їх обговорення: за вказаний період виконано 14 планових бригадних оглядово-консультативних виїзди у заклади ПМСД 14 районів Вінницької області. В результаті виїздів оглянуто та проконсультовано 141 пацієнта. Серед них було 92 пацієнти гастроентерологічного профілю, 39 - кардіологічного, 7 - пульмонологічного, 3 -ендокринологічного. 102 пацієнти (72,4%) мали поєднану (поліморбідну) патологію, як правило це були захворювання шлунково-кишкового тракту та серцево-судинної системи (78 пацієнтів-55,3%), 35 пацієнтів мали 3 та більше хронічних захворювань (24,8%). Серед пацієнтів гастроентерологічного профілю переважали: гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (30 пацієнтів-32,6%), шлункова диспепсія (22 пацієнти-23,9%), хронічний гастродуоденіт (12 пацієнтів-13%) та виразкова хвороба шлунка та ДПК (15 пацієнтів-16,3%). Серед кардіологічних пацієнтів переважали пацієнти з артеріальною гіпертензією (24) та ішемічною хворобою серця (12).

До оглядів-консультацій з усіх гастроентерологічних пацієнтів лише в 13-ти (14,1%) було проведено визначення НР-інфікованості. Переважна більшість вказаних пацієнтів (ГЕРХ, виразкова хвороба, гастродуоденіт) до оглядів-консультацій тестування на Н.р. інфекцію не проходила і здебільшого не знала про існування хелікобактерної інфекції. Пацієнти, що пройшли курс антихелікобактерної терапії, як правило, не проводили контроль ерадикації (контроль проведено лише у 3-х пацієнтів).

Під час аналізу наявного лікування встановлено, що серед гастроентерологічних пацієнтів ІПП приймали 41 пацієнт(44,6%), Н2-гістаміноблокатори - 7 пацієнтів(7,6%), антациди - 7 (7,6%), прокінетики - 3 (3,3%), замісну ферментотерапію - 13 (14,1%), УДХК - 4 (4,4%), спазмолітики-10 (10,9%), не приймали ліків взагалі-15 пацієнтів (16,3%). Серед кардіологічних пацієнтів прийом ліків відмічено у 100% пацієнтів: інгібітори АПФ приймали 22 пацієнти(64,1%), блокатори рецепторів ангіотензину II - 9 пацієнтів(23,1%), β-блокатори - 21 (53,9%), сечогінні - 11 (28,2%), блокатори Са каналів - 11 (28,2%). Прийом кардіоаспірину відмічено лише у 15 пацієнтів (38,5%), а терапія статинами була констатована лише в 6 пацієнтів (15,4%).

Висновки: 1) виїзdnі бригадні огляди-консультації в амбулаторіях та центрах ПМСД районів Вінницької області є оптимальною формою співпраці кафедри внутрішньої та сімейної медицини зі структурами загальної практики - сімейної медицини сільських районів; 2) огляди-консультації