

# РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ПАЛІАТИВНА МЕДИЦИНА



**Українська паліативна ліга: підсумки п'ятиріччя діяльності та плани на майбутнє**  
Стор. 6

**Практична реалізація стратегії впровадження паліативної та хоспісної допомоги в Україні**  
Стор. 14

**Дитяча паліативна допомога на Прикарпатті: здобутки впровадження та перспективи розвитку**  
Стор. 49

**Надання паліативної допомоги на прикладі роботи першого денного хоспісу в Україні**  
Стор. 80



# ІНФУЛГАН®

paracetamolum

АНАЛЬГЕТИК, ЩО НАЙБІЛЬШЕ  
ПРИЗНАЧАЄТЬСЯ В ЄВРОПІ:

- Призначається 78% післяопераційних хворих<sup>1</sup>



- СИЛЬНИЙ НЕОПІОЇДНИЙ АНАЛЬГЕТИК<sup>2</sup>
- БАЗИСНИЙ КОМПОНЕНТ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ АНАЛГЕЗІЇ<sup>2,3</sup>
- ІНГІБІТОР ЦОГ-3<sup>4,5</sup>

ЮРІЯ·ФАРМ

www.uf.ua

Україна, 03680, м. Київ,  
вул. М. Амосова, 10  
тел./факс: +38 (044) 275-92-42



Лідер ринку  
інфузійних препаратів  
України



<sup>1</sup>. PharmaSavvy market research 2009; <sup>2</sup>. Acute Pain Management: Scientific Evidence. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine, 2010; <sup>3</sup>. Postoperative Pain Management – Good Clinical Practice (ESRA); <sup>4</sup>. Timothy D Warner et al, Cyclooxygenase-3 (COX-3): Filling in the gaps toward a COX continuum? PNAS October 15, 2002. Vol 99, No.21: 13371-13373; <sup>5</sup>. Chandrasekaran. N.V et al, COX-3, a cyclooxygenase-1 variant inhibited by acetaminophen and other analgesic/antipyretic drugs: Cloning, structure, and expression. PNAS. Oct 15, 2002, Vol 99, No.21, 13926-13931  
Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. РП МОЗ України № UA/11955/01/01 від 03.01.12 р. Перед застосуванням слід обов'язково ознайомитися з інструкцією для медичного застосування та загальними застереженнями. Зберігати у недоступному для дітей місці. Склад: діюча речовина: парацетамол; 1 мл розчину містить парацетамолу 10 мг.

Спосіб застосування та дози для дорослих та дітей з масою тіла 50 кг та більше. Максимальна разова доза становить 1000 мг парацетамолу. Максимальна добова доза – 4 г. Інтервал між введенням препарату повинен становити не менше 4 годин. Можливі побічні реакції. Нездужання, реакції гіперчутливості, анафілактичний шок, артеріальна гіпотензія, зростання рівня печінкових трансаміназ, тромбоцитопенія, лейкопенія, нейтропенія, просте або уртикарне висипання на шкірі. Застосування в період вагітності або годування груддю. Даних стосовно негативного впливу парацетамолу для внутрішньовенного застосування на розвиток плода або фетотоксичні ефекти немає, однак перед застосуванням препарату слід уважно оцінити співвідношення користь/ризик та протягом застосування препарату за вагітною жінкою потрібно встановити ретельне спостереження. Діти. Застосовують дітям віком від 1 року з масою тіла більше 10 кг тільки для симптоматичного лікування болю та гіпертермії у післяопераційних хворих. Категорія відпуску. За рецептом.

ВСЕУКРАЇНЬСЬКА ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «УКРАЇНЬСЬКА 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., проф., проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи НМАПО імені П.Л. Шупика, перший заступник Голови правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та hospісної допомоги», заслужений лікар України

**Науковий редактор – Губський Ю.І.,**

д.мед.н., проф., чл.-кор. НАМН України, зав. кафедрою паліативної та hospісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика

**Відповідальний секретар – Царенко А.В.,**

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

**Директор проекту – Бахтіярова Д.О.,**

Генеральний директор ТОВ «Група компаній Мед Експерт»

**Випускаючий редактор – Шейко І.О.**

### РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Антипкін Ю.Г. (м. Київ)	Колеснік О.О. (м. Київ)	Пінчук І.Я. (м. Київ)
Вайнилович О.Г. (Білорусь)	Колупаєва А.А. (м. Київ)	Ріга О.О. (м. Харків)
Вороненко Ю.В. (м. Київ)	Лісний І.І. (м. Київ)	Семігіна Т.В. (м. Київ)
Гречаніна О.Я. (м. Харків)	Маншарипова А.Т. (Казахстан)	Слугоцька І.В. (м. Івано-Франківськ)
Губенко І.Я. (м. Черкаси)	Мартинюк В.Ю. (м. Київ)	Тулебаєв К.А. (Казахстан)
Губертус фон Фосс (Німеччина)	Матюха Л.Ф. (м. Київ)	Христіна де Вальден-Галушко (Польща)
David W Thomas (США, Детройт)	Міщенко Т.С. (м. Харків)	Хусейнов З.Х. (Таджикистан)
Децик О.З. (м. Івано-Франківськ)	Мясоедов С.Д. (м. Київ)	Ціалковська-Риж О. (Польща)
Донская С.Б. (м. Київ)	Пальчик А.Б. (Росія)	Чайківська Д.Р. (м. Київ)
		отець Ігор Бойко (м. Львів)

### РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Бабов К.Д. (м. Одеса)	Козьявкін В.І. (м. Трускавець)	Стаднюк Л.А. (м. Київ)
Безруков В.В. (м. Київ)	Корж О.М. (м. Харків)	Шекера О.Г. (м. Київ)
Болтвівець С.І. (м. Київ)	Максименко С.Д. (м. Київ)	Чайковська В.В. (м. Київ)
Гойда Н.Г. (м. Київ)	Місяк С.А. (м. Київ)	Яковенко І.В. (м. Київ)
Глумчер Ф.С. (м. Київ)	Нетяженко В.З. (м. Київ)	Ястремська С.О. (м. Тернопіль)
Глушко Л.В. (м. Івано-Франківськ)	Омельченко Л.І. (м. Київ)	

### 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 № 9 від 11.11.2015 р.

Підписано до друку 29.03.2016 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](mailto: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. № 29.03/01 від 29.03.2016 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», 2016
- © Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 2016
- © Товариство з обмеженою відповідальністю «Група компаній Мед Експерт», 2016

КИЇВ 2016

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 MED EXPERT, 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.**

**EDITORIAL BOARD**

Antypkin Yu.H. (Kyiv)  
Vaynylovykh (Belarussia)  
Voronenko Yu.V. (Kyiv)  
Hrechanina O.Ya. (Kharkiv)  
Hubenko I.Ya. (Cherkasy)  
Hubertus fon Foss (Germany)  
David W Thomas (USA, Detroit)  
Detsyk O.Z. (Ivano-Frankivsk)  
Donskaya S.B. (Kyiv)

Kolesnik O.O. (Kyiv)  
Kolupayeva A.A. (Kyiv)  
Lisnyy I.I. (Kyiv)  
Mansharipova A.T. (Kazakhstan)  
Martynyuk V.Yu. (Kyiv)  
Matyukha L.F. (Kyiv)  
Mishchenko T.S. (Kharkiv)  
Myasoyedov S.D. (Kyiv)  
Palchyk A.B. (Russia)

Pinchuk I.Ya. (Kyiv)  
Riga O.O. (Kharkiv)  
Semyhina T.V. (Kyiv)  
Shuhotska I.V. (Ivano-Frankivsk)  
Tulebaev K.A. (Kazakhstan)  
Khrystyna de Valden-Halushko (Poland)  
Khuseynov Z.Kh. (Tadzhikystan)  
Tsialkovska-Ryzh O. (Poland)  
Chaykivska D.R. (Kyiv)  
Priest Ihor Boyko (Lviv)

**EDITORIAL COUNCIL**

Babov K.D. (Odesa)  
Bezrukov V.V. (Kyiv)  
Boltivets S.I. (Kyiv)  
Hoyda N.H. (Kyiv)  
Hlumcher F.S. (Kyiv)  
Hlushko L.V. (Ivano-Frankivsk)

Kozyavkin V.I. (Kyiv)  
Korzh O.M. (Kyiv)  
Maksymenko S.D. (Kyiv)  
Misyak S.A. (Kyiv)  
Netyazhenko V.Z. (Kyiv)  
Omelchenko L.I. (Kyiv)

Stadnyuk L.A. (Kyiv)  
Shekera O.H. (Kyiv)  
Chaykovska V.V. (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 №9 from 11.11.2015 y.*

Signed for publication 29.03.2016 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](mailto: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.№29.03/01 from 29.03.2016

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», 2016
- © National Medical Academy of Postgraduate Education by P.L.Shupik, Ministry of Health of Ukraine, 2016
- © Group of companies MedExpert, LLC, 2016

**KYIV 2016**

# Зміст

## Події

*Князевич В.М., Моїсеєнко Р.О.*  
**Українська паліативна ліга: підсумки п'ятиріччя діяльності та плани на майбутнє ...** 6

*Моїсеєнко Р.О.*  
**Соціальна педіатрія: фокус на медико-соціальний супровід дітей з особливими потребами та паліативна допомога в педіатрії** ..... 10

## Організація паліативної та реабілітаційної допомоги

*Криничний Ю.В., Лугова О.В.*  
**Практична реалізація стратегії впровадження паліативної та хоспісної допомоги в Україні**..... 14

*Гарник К.В., Соколовський С.І., Гарник Т.П.*  
**Аналіз системи охорони здоров'я України щодо надання паліативної і хоспісної допомоги з можливим інтегруванням народної та нетрадиційної медицини у первинну ланку медичної допомоги** ..... 20

*Кринична І.П., Щетко Ю.Ю.*  
**Державне управління у сфері медико-соціальної допомоги дітям з термінальними хворобами** ..... 26

## Система підготовки, перепідготовки кадрів

*Губенко І.Я.*  
**Профілактика професійного вигорання при наданні паліативної і хоспісної допомоги**..... 31

*Моїсеєнко В.О., Никула Т.Д., Дериземля І.О., Денисайко К.В.*  
**Аспекти викладання етики та деонтології ведення онкологічних хворих у підготовці студентів-медиків** ..... 36

*Іванова Л.Н., Наларко К.К., Холина Е.А., Сидоренко Ю.В., Сысойкина Т.В., Пилиева Е.В.*  
**Изменения вариабельности сердечного ритма у медицинских работников хосписа с синдромом эмоционального выгорания** ..... 40

*Бразалій Л.П.*  
**Професійна підготовка медичних сестер з питань надання паліативної і хоспісної допомоги у Черкаському медичному коледжі** ..... 45

# Contents

## Events

*Kniazevych V.M., Moiseenko R.A.*  
**The Ukrainian palliative league: the five years results activities and plans for future**..... 6

*Moiseenko R.A.*  
**The social pediatrics: a focus on medical and social support for children with special needs and palliative care in pediatrics** ..... 10

## The Organization of palliative and rehabilitative care

*Krinichnay Yuri, Lugovaia Yelena*  
**Practical of the implementation hospice and palliative care in Ukraine** ..... 14

*Garnyk K.V., Sokolovsky S.I., Garnyk T.P.*  
**Analysis of system health care to provide of ukraine on palliative and hospice care with possible integration of tradition and non-tradition medicine in primary care** ..... 20

*Krinichnaya Irina, Shchetko Uliya*  
**Public administration in medical and social assistance to children with terminal disease**..... 26

## The preparation system, personnel retraining

*Hubenko I.*  
**Prevention of professional burnout in palliative and hospice care** ..... 31

*Moiseyenko V.O., Nykula T.D., Deryzemlya I.O., Denysayko K.V.*  
**Aspects of teaching medical students ethics and oncological deontology** ..... 36

*Ivanova L.N., Nalarko K.K., Cholina Ye.A., Sysoikina T.V., Piliieva E.V.*  
**Changes in heart rate variability in the hospice at medical workers with emotional burning syndrome** ..... 40

*Brazaliy L.P.*  
**Professional training of nurses in palliative and hospice care in Cherkassy Medical College** ..... 45

## Паліативна та хоспісна допомога в педіатрії

*Децик О.З., Мельник Р.М., Кузнєцова Г.П.*  
Здобутки впровадження та перспективи розвитку дитячої паліативної допомоги на Прикарпатті ..... 49

## Паліативна та хоспісна допомога в онкології

*Поступаленко О.В.*  
Корекція анемії у підтримуючій терапії онкологічних хворих ..... 54

## Паліативна та хоспісна допомога в психіатрії та неврології

*Пилигіна Г.Я.*  
Діагностика, принципи лікування та комплексної реабілітації хворих з тяжкими органічними психічними розладами ..... 60

## Паліативна та хоспісна допомога при інфекційних захворюваннях

*Шевченко О.Т.*  
Особливості паліативної допомоги хворим із хронічними інфекційними захворюваннями ..... 67

*Александріна Т.А.*  
Розвиток паліативної і хоспісної допомоги хворим на туберкульоз. Минуле, сучасне, майбутнє ..... 71

## Філософські засади розвитку паліативної допомоги

*Войтович Р.В.*  
Екзистентність людського буття в умовах пошуку нових смисложиттєвих атракторів у добу постмодерну ..... 76

## Практичний досвід надання паліативної та хоспісної допомоги

*Брацюнь О. П., Науменко Г.М.*  
Вплив міждисциплінарного підходу в наданні паліативної допомоги на якість життя паліативних пацієнтів (на прикладі роботи першого денного хоспісу в Україні) .... 80

## Нетрадиційна та народна медицина в паліативній допомозі

*Гарник Т.П., Калачов О.В., Огороднікова Н.П., Барановська М.П., Барановська О.П., Пилипчук А.Б., Дудченко Л.Г.*  
Фіто- та ароматерапія у комплексній реабілітації осіб із порушеннями голосу ..... 84

## The palliative and hospice care in pediatrics

*Detsyk O. Z., Melnyk R., Kuznetsova H.*  
Achievements and prospects of implementation of children's palliative care in the Carpathian region ..... 49

## The palliative and hospice care in oncology

*Postupalenko O.V.*  
Anemia correction in supportive therapy of oncology patients ..... 54

## The palliative and hospice care in psychiatry and neurology

*Pyliagina G. Ya.*  
Diagnostics, treatment principles and complex rehabilitation for patients with severe organic mental disturbances ..... 60

## The palliative and hospice care in an infectious diseases

*Shevchenko O.*  
Peculiarities of palliative care of patients with chronic infectious diseases ..... 67

*Aleksandrina T.A.*  
Palliative and hospice care to tb patients: past, present, future ..... 71

## Philosophical principles of palliative care

*Voitovich R.*  
Existential conditions of human existence in search of new life meaning attractors in the postmodern era ..... 76

## The practical experience of the palliative and hospice care providing

*Bratsyun' O.P., Naumenko G.M.*  
Impact of a multidisciplinary approach in the provision of palliative care on the quality of life of palliative patients (as in case of work of the first daytime hospice in Ukraine) ..... 80

## Untraditional and folk medicine in the palliative care

*Garnyk T.P., Kalachov O.V., Ogorodnikova N.P., Baranovskaya M.P., Baranovskaya O.P., Pilipchuk A.B., Dudchenko L.G.*  
Phyto- and aromatherapy for comprehensive rehabilitation of people with voice disorders ..... 84

## Лекції та огляди

<i>Alexandre Sidorenko</i> Empowerment of older persons: principal approaches .....	87
---	----

## Матеріали конгресу

Матеріали II Національного конгресу з паліативної допомоги в Україні .....	92
---	----

## Законодавчі настанови

Наказ Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду» .....	108
Державний стандарт паліативного догляду .....	109

## Lectures and reviews

<i>Сидоренко Олександр</i> Розширення прав і можливостей людей похилого віку: основні підходи .....	87
---	----

## The congress materials

Materials II National Congress Palliative Care in Ukraine.....	92
---	----

## The legislative requirements

Order of the Ministry of Social Policy Ukraine «On Approval of State Standard palliative care» .....	108
State standard palliative care .....	109

## До уваги авторів!

## АЛГОРИТМ РЕЕСТРАЦІЇ ORCID

**Open Researcher and Contributor ID (ORCID) – міжнародний ідентифікатор науковця**

Створення єдиного реєстру науковців та дослідників на міжнародному рівні є найбільш прогресивною та своєчасною ініціативою світового наукового товариства. Ця ініціатива була реалізована через створення в 2012 році проекту Open Researcher and Contributor ID (ORCID). ORCID - це реєстр унікальних ідентифікаторів вчених та дослідників, авторів наукових праць та наукових організацій, який забезпечує ефективний зв'язок між науковцями та результатами їх дослідницької діяльності, вирішуючи при цьому проблему отримання повної і достовірної інформації про особу вченого в науковій комунікації.

Для того щоб зареєструватися в ORCID через посилання <https://orcid.org/> необхідно зайти у розділ «For researchers» і там натиснути на посилання «Register for an ORCID iD».

В реєстраційній формі послідовно заповнюються обов'язкові поля: «First name», «Last name», «E-mail», «Re-enter E-mail», «Password» (Пароль), «Confirm password».

В перше поле вводиться ім'я, яке надане при народженні, по-батькові не вводиться. Персональна електронна адреса вводиться двічі для підтвердження. Вона буде використовуватися як Login або ім'я користувача. Якщо раніше вже була використана електронна адреса, яка пропонується для реєстрації, з'явиться попередження червоного кольору. **Неможливе створення нового профілю з тією ж самою електронною адресою.** Пароль повинен мати не менше 8 знаків, при цьому містити як цифри, так і літери або символи. Пароль, який визначається словами «Good» або «Strong», приймається системою.

Нижче визначається «Default privacy for new works», тобто налаштування конфіденційності або доступності до персональних даних, серед яких «Public», «Limited», «Private».

Далі визначається частота повідомлень, які надсилає ORCID на персональну електронну адресу, а саме, новини або події, які можуть представляти інтерес, зміни в обліковому записі тощо: «Daily summery», «Weekly summery», «Quarterly summery», «Never». Необхідно поставити позначку в полі «I'm not a robot» (Я не робот).

Останньою дією процесу реєстрації є узгодження з політикою конфіденційності та умовами користування. Для реєстрації необхідно прийняти умови використання, натиснувши на позначку «I consent to the privacy policy and conditions of use, including public access and use of all my data that are marked Public».

Заповнивши поля реєстраційної форми, необхідно натиснути кнопку «Register», після цього відкривається сторінка профілю учасника в ORCID з особистим ідентифікатором ORCID ID. Номер ORCID ідентифікатора знаходиться в лівій панелі під ім'ям учасника ORCID.

Структура ідентифікатора ORCID являє собою номер з 16 цифр. Ідентифікатор ORCID - це URL, тому запис виглядає як <http://orcid.org/xxxx-xxxx-xxxxxxxx>.

Наприклад: <http://orcid.org/0000-0001-7855-1679>.

Інформацію про ідентифікатор ORCID необхідно додавати при подачі публікацій, документів на гранти і в інших науково-дослідницьких процесах, вносити його в різні пошукові системи, наукометричні бази даних та соціальні мережі.

Подальша робота в ORCID полягає в заповненні персонального профілю згідно із інформацією, яку необхідно надавати.

## 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. Абревіатура 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



# Українська паліативна ліга: підсумки п'ятиріччя діяльності та плани на майбутнє

В.М. Князевич, Р.О. Моїсеєнко

**В**сеукраїнська громадська організація «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» (далі Ліга) була створена в грудні 2010 року.

Члени організації та осередки Ліги працюють над забезпеченням права кожної невиліковно хворої людини на ефективне знеболення і лікування, психологічну і моральну підтримку, духовний супровід та повагу.

Головна мета – сприяння розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні, яка забезпечить професійний догляд та підтримку невиліковно хворим, які її потребують, незалежно від їх віку, статі, віросповідання чи місця знаходження, медико-соціальної реабілітації, пропагування продовження тривалості життя, а також захист законних професійних та інших спільних інтересів членів Організації.

Пріоритети діяльності – удосконалення існуючого законодавства щодо паліативної допомоги. Сприяння розробці та прийняттю Стратегії розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Поширення інформації та знань щодо принципів та особливостей паліативної підтримки серед всіх верств населення. Підтримка в створенні сучасної навчально-методичної бази для підготовки кадрів.

Основними напрямками роботи Ліги визначено:

- створення системи паліативної допомоги та забезпечення гарантованого доступу до неї пацієнтів усіх вікових категорій, незалежно від місця перебування;
- посилення поінформованості громадянського суспільства щодо питань паліативної допомоги;
- забезпечення пацієнт-орієнтованого підходу у паліативній допомозі;
- здійснення нормативно-правового регулювання сфери паліативної допомоги;
- проведення національної оцінки потреб у паліативній допомозі пацієнтам різних вікових категорій відповідно до місць їх перебування, а також у лікарських засобах, передусім для полегшення болю;
- забезпечення планових розрахунків створення мережі спеціальних закладів паліативної допомоги на період 2015–2025 років. Розширення мережі

закладів стаціонарного типу «Хоспіс» та центрів/відділень із надання паліативної допомоги, у тому числі для дітей, відповідно до рекомендацій ВООЗ, а також мережі мобільних служб із надання паліативної допомоги вдома, служби сестринської опіки, денних служб паліативної допомоги інших організаційних форм;

- забезпечення фінансування надання паліативної допомоги з різних джерел. Розробка та забезпечення функціонування обласних, районних, міських програм із розвитку паліативної допомоги, медико-соціальної реабілітації із залученням сталого фінансування;
- розробка та затвердження, відповідно до принципів ВООЗ, стандартів і клінічних протоколів надання паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій; стандартів соціальних послуг;
- забезпечення інтегрованого підходу та встановлення порядку взаємодії між різними відомствами, що причетні до надання паліативної допомоги, медико-соціальної реабілітації задля досягнення максимальної якості життя пацієнтів та їхніх рідних;
- забезпечення наявності в Україні та доступності широкого асортименту знеболюючих засобів (сиropи, пластирі, таблетовані форми, спреї тощо) для пацієнтів різних вікових категорій;
- створення системи державної підтримки виробників ліків та аптек, які провадять діяльність, пов'язану з обігом наркотичних, психотропних речовин та прекурсорів, з метою розширення їх асортименту та доступності;
- розвиток кадрових ресурсів для роботи стаціонарних та мобільних сервісів паліативної допомоги для пацієнтів усіх вікових категорій;
- створення системи до- та післядипломної освіти для медичних, соціальних, педагогічних працівників із питань паліативної допомоги, медико-соціальної реабілітації та лікування хронічного больового синдрому;
- здійснення наукових досліджень із питань надання паліативної допомоги;
- створення системи моніторингу дотримання прав паліативних пацієнтів та їх захисту;
- проведення інформаційних кампаній, благодійних та мистецьких акцій задля привернення

уваги громадськості до потреб паліативних пацієнтів та підтримки діяльності закладів і установ паліативної допомоги;

- участь у розробці та супроводі регіональних та державних програм, пов'язаних із наданням медичної, соціальної, духовної підтримки невиліковно хворим у термінальній стадії, а також із розвитком медико-соціальної реабілітації;

- сприяння розвитку волонтерства у сфері паліативної допомоги, медико-соціальної реабілітації.

З Лігою співпрацюють заклади охорони здоров'я, медико-соціальної опіки, освіти та культури; громадські, благодійні та волонтерські організації як в Україні, так і за її межами; з об'єднанням психологів, юристів, науковців у питаннях розвитку паліативної та хоспісної допомоги, медико-соціальної реабілітації; представники українських церков та релігійних організацій; органи виконавчої та представницької влади, як в центрі, так і на місцях; наукові та навчальні заклади; політики та державні діячі; підприємці. Таке широке коло зацікавлених людей, політичних та громадських організацій, закладів і установ дає можливість залучати до співробітництва з Лігою багато висококваліфікованих фахівців, стати потужною силою у розбудові системи паліативної та хоспісної допомоги в країні.

17 грудня відбулися загальні збори ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», у яких взяли участь делегати з усіх обласних та міських організацій та понад 30 запрошених гостей.

Збори відкрив Голова правління Ліги В.М. Князевич доповіддю про основні здобутки організації за п'ятирічний період діяльності та завдання Ліги на наступний період 2016–2019 років.

Із словами вітання до учасників зборів звернувся виконавчий директор МФ «Відродження» Євген Бистрицький, віце-прем'єр-міністр України Костянтин Грищенко (2012–2014), Міністр закордонних справ України Володимир Огризко (2007–2009), відомий громадський та політичний діяч Юрій Щербак та інші.

На зборах детально обговорювалися питання внесення змін та доповнень до Статуту ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» та зміна його назви. Було прийнято рішення визначити повне найменування організації: Громадська організація «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», скорочене найменування: «Українська паліативна ліга» та/або «УЛПХ», найменування англійською мовою: NGO «Ukrainian palliative and hospice care league». До Статуту було внесено низку змін, який на даний момент вже отримав відповідну державну реєстрацію.



Було також заслухано члена ревізійної комісії Ліги М.П. Колесника зі звітом за період з 2014 по 2015 рік.

За рішенням Загальних зборів Василя Князевича знову одногосно обрано Головою Президії Правління.

Рішенням загальних зборів було підтримано запропонований Головою Правління склад президії та визначено його заступників: перший заступник Голови Правління – Раїса Моїсеєнко; заступниками Голови Правління обрані Анатолій Царенко, Зоряна Черненко, Дзвенислава Чайківська, Володимир Тимошенко. Виконавчим директором обрано Володимира Томаша, Головою Наглядової Ради Ліги – Мирослава Пітцика.

Присутні висловили свої думки щодо роботи Ліги та важливості створення системи надання паліативної допомоги населенню України і надали зауваження з приводу проблемних питань, що виникають в регіонах.

Бистрицький Є.К. (БФ «Відродження») надав пропозиції щодо покращення роботи Ліги та зауважив, що немає юридичної можливості фінансувати потреби закладів, що надають паліативну та хоспісну допомогу, проте є можливість та бажання

допомагати осередкам Ліги, що найбільш прогресивно розвивають систему паліативної допомоги в регіонах.

Губенко І.Я. зауважила, що для надання паліативної допомоги важливі не стільки лікарі, а, передусім, кваліфікований середній та молодший медичний персонал, який знаходиться з пацієнтами цілодобово. Повідомила, що вже створені перші осередки підготовки спеціалістів із паліативної допомоги на до- та післядипломних рівнях освіти. Розпочали роботу і волонтерські об'єднання, що постійно допомагають у відділеннях паліативної допомоги.

Створена та затверджена обласною радою програма розвитку паліативної допомоги на п'ять років, створена посада головного позаштатного спеціаліста з паліативної допомоги.

Покоевчук В.М. звернула увагу присутніх на проблему доступності наркотичних знеболюючих засобів для пацієнтів та повідомила про започаткування контролю за наданням таблетованого морфіну пацієнтам. Зауважила, що в регіоні випускаються журнали, навчальна література, створюються навчальні програми для лікарів щодо доступності знеболень населенню, підписані контракти на співпрацю з аптеками. Доповідач висловила занепокоєння щодо зміни структури фінансування з розподілу коштів на первинну та вторинну ланку, у зв'язку з чим погіршилася якість надання паліативної допомоги. А також звернула увагу на необхідність прийняття Закону України про паліативну допомогу, що дозволить чітко структурувати надання паліативної допомоги на всіх рівнях.

Бачинський В.І. від Волинського обласного осередку Ліги зауважив, що в Україні наразі існує проблема створення не зовсім повноцінних, з відсутністю правильних технологій допомоги, хоспісних відділень у районних та міських лікарнях. Найкраще створювати хоспіси як окремі заклади – юридичні особи. Доповідач запропонував перепрофілювати Залізничну лікарню м. Ковель у лікарню-хоспіс із територією обслуговування вісім районів Волинської області. А також звернув увагу на необхідність введення спеціалізації лікаря паліативної допомоги та вирішення питання кадрової політики. Також він вніс пропозицію щодо поновлення пілотного проекту з паліативної допомоги на території чотирьох областей України, в якому були чітко зазначені стандарти та оснащення паліативного відділення, штатний розпис, стандарти виїзних бригад паліативної та хоспісної допомоги.

Зачек Л.М. повідомила, що наказами МОЗ України у 2014 р. запроваджено відкриття відділень

реабілітації для учасників АТО на базі госпіталів учасників ВВВ (32 заклади на території України). У Київському госпіталі учасників ВВВ у листопаді 2014 р. відкрито реабілітаційне відділення, яке надало допомогу вже понад 300 учасникам АТО, у складі відділення створено також 10 ліжок для спінальних хворих. Вона зауважила, що хоспісні та паліативні відділення повинні бути мультидисциплінарними, а також звернула увагу, що у зв'язку із збільшенням віку пацієнтів, що обслуговуються, виникає необхідність перепрофілювання частини ліжок інших профілів у хоспісні та паліативні. Зачек Л.М. запропонувала звернутись до МОЗ України щодо вирішення питання стандартизації паліативних відділень.



Царенко А.В. підтримав пропозицію щодо затвердження стандартів, створення посади головного позаштатного спеціаліста МОЗ України з паліативної та хоспісної допомоги та зазначив, що для її розвитку необхідна підтримка на рівні держави.

Мартинюк В.Ю. зазначив, що не впевнений у доцільності створення спеціальності «Лікар паліативної допомоги», ерготерапевт і прийнято рішення про введення спеціальності «Реабілітолог». Запропонував не використовувати термін «хоспіс для дітей», зазначивши, що це не досить етично, адже перш за все треба створювати установу, до якої батьки захочуть привезти свою дитину, важливою складовою є довіра батьків до установи та системи в цілому. Підкреслив, що зусиллями Ліги було прийнято багато нових ідей зі створення паліативного центру для дітей у м. Києві. Сьогодні вже наказом Департаменту охорони здоров'я за пропозицією

комісії Київради визначено заклад і місце, де його розгортатимуть. Розроблено концепцію соціальної педіатрії, яка охоплює увесь спектр проблем, у тому числі й паліативну допомогу дітям. Проте існує важливе питання кадрової підготовки, одна кафедра не може забезпечити необхідну кількість спеціалістів, що повинні працювати у відділеннях паліативної допомоги. Існує досвід проведення україно-баварських симпозиумів, де навчали спеціалістів, і створення системи медико-соціальної реабілітації дітей, формування довіри батьків до неї. Цей досвід повинен бути застосований і в розвитку паліативної допомоги дітям. Важливо розгорнути потужну амбулаторну допомогу, створювати виїзні мультидисциплінарні бригади. Надважливо для вирішення проблем розвитку паліативної допомоги запровадити глибинні зміни у духовності населення, передусім лікарської спільноти.

Залеська В.В. зазначила, що необхідно робити центри паліативної та хоспісної допомоги достатньо оснащеними та сучасними, особливо це стосується дитячих закладів, щоб не дискредитувати тему паліативної допомоги та паліативної послуги. Треба терміново затверджувати нормативно-правові документи та затверджувати стандарти надання такого виду медичної допомоги.

Слугоцька І.В. (м. Івано-Франківськ) позитивно оцінила діяльність Ліги, подякувала Лізі за допомогу та ту місію, яку вона виконує. Зауважила, що спільними зусиллями Ліги та органів влади Івано-Франківської області розбудовується система паліативної допомоги, створюється дитяча виїзна бригада. Повідомила про підтримку міської ради та занепокоєння, що почати висловлювати люди через недостатню поінформованість з питань паліативної та хоспісної допомоги. В області було проведено круглий стіл і опитування, результатами якого показали, що 76% людей не знають, що таке паліативна допомога і де її отримати, понад 70% людей бажають завершити свій життєвий шлях вдома.

Доповідач зазначила, що у багатьох країнах світу 1% податків йде на соціальні служби. Громадяни Польщі можуть навіть визначитися, куди саме вони готові спрямувати цю допомогу. Україні також треба змінити підходи щодо інформування населення з питань паліативної допомоги та проявляти більше милосердя до людей, що її потребують.



Загальні збори визнали роботу ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» за п'ять років діяльності задовільною.

Стратегічними напрямками діяльності Ліги на 2016–2019 роки визначено наступні:

- забезпечення виконання Резолюції Другого національного конгресу з паліативної допомоги;
- ініціювання в органах місцевого самоврядування розробки та затвердження регіональних стратегій розвитку паліативної допомоги на 2016–2025 роки;
- перереєстрація і розширення обласних організацій з охопленням районів і міст кожної області;
- охоплення громадським рухом широкого кола інтелігенції, бізнесу, релігійних організацій та молоді;
- безпосередня участь у роботі закладів паліативної, хоспісної допомоги та реабілітації (заснування наглядових рад тощо);
- сприяння проведенню загальноукраїнських та обласних щорічних конференцій, культурно-просвітницьких та благодійних заходів;
- ініціювання створення та участь у міжвідомчих, обласних, районних комісіях із розвитку паліативної допомоги;
- налагоджування міжнародних зв'язків, грантова діяльність із залучення коштів для розбудови системи паліативної допомоги, роботу з благодійними фондами;
- здійснення просвітницької діяльності та інформування населення щодо завдань паліативної допомоги;
- сприяння розвитку волонтерства у сфері паліативної допомоги;
- використання міжнародного досвіду в організації системи паліативної допомоги в Україні.

## Соціальна педіатрія: фокус на медико-соціальний супровід дітей з особливими потребами та паліативна допомога в педіатрії

Р.О. Моїсеєнко

**Н**аціональна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика та ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» другий рік поспіль проводять науково-практичні семінари в різних куточках України, які присвячені актуальним питанням медико-соціальної реабілітації дітей з особливими потребами та розвитку паліативної допомоги в педіатрії. Протягом 2015 року такі семінари були організовані у містах Харкові, Києві, Львові та Одесі та викликали значний інтерес у представників різних медичних спеціальностей, соціальних працівників, які працюють із дітьми з інвалідністю, та педагогів.

Окрім проведення одноденних мультидисциплінарних семінарів, провідні спеціалісти галузі також відвідували заклади, що опікуються дітьми з інвалідністю, знайомились з їх роботою та брали участь в обговоренні сучасних підходів до медико-соціальної реабілітації хворих та паліативної допомоги сім'ям, у яких виховуються діти з особливими потребами.

Протягом 2016 року з метою безперервної післядипломної освіти згідно з наказом МОЗ України від 15.12.2015 № 855 вже проведено два такі науково-практичні семінари.

Перший у цьому році семінар НМАПО імені П.Л. Шупика проведено 19 лютого 2016 року за підтримки Івано-Франківської ОДА та ВГО «Всеукраїнська Ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» в обласній дитячій клінічній лікарні м. Івано-Франківська.

Семінар привернув значну увагу науковців, лікарів-педіатрів, лікарів-неонатологів, лікарів-загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-неврологів, у тому числі дитячих, керівників охорони здоров'я та представників влади.

Відкрив нараду заступник голови ОДА з гуманітарних питань Ігор Пасічняк; з привітанням учасників виступив Голова правління ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», завідувач кафедри управління охороною суспільного здоров'я НАДУ при Президентові України, д.мед.н. Василь Князевич.

Із зацікавленістю було сприйнято слухачами доповіді завідувача кафедри дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації НМАПО імені П.Л. Шупика, професора Раїси Моїсеєнко про завдання щодо подальшого впровадження системи медико-соціальної реабілітації та паліативної допомоги дітям в Україні; директора Українського медичного центру реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи МОЗ України, головного позаштатного спеціаліста МОЗ України зі спеціальності «Дитяча неврологія» Володимира Мартинюка щодо питань імплементації клінічного протоколу з епілепсії.

Обговорено повідомлення Романа Мельника щодо досвіду створення та перспектив розвитку дитячої паліативної допомоги на Прикарпатті, де із залученням громадськості було відкрито одне з перших таких відділень для дітей на базі будинку дитини у місті Надвірна.

Важливим питанням сьогодення є своєчасне кваліфіковане лікування та реабілітація дітей раннього віку, на чому наголосила у своїй доповіді доцент Л.О. Панасик. Інші доповіді також викликали інтерес та спонукали до обговорення.

У другій половині дня за ініціативи В.М. Князевича було проведено круглий стіл з актуальних питань розвитку паліативної та хоспісної допомоги, у якому взяли участь представники обласної ради, обласної держадміністрації, громадських організацій, лікарі різних спеціальностей, організатори охорони здоров'я, науковці, священнослужителі, соціальні працівники. Відбулася жвава дискусія з питань розвитку паліативної та хоспісної допомоги на Прикарпатті.

Виявлена суттєва зацікавленість та готовність органів влади до підтримки цього напрямку діяльності. У роботі круглого столу взяв участь доцент кафедри НМАПО з паліативної та хоспісної допомоги Анатолій Царенко, який висвітлив сучасні підходи до організації паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні та світі.

Ряд спеціалістів висловились щодо необхідності посилення на державному рівні нормативно-правового регулювання діяльності паліативної та

хоспісної допомоги, розвитку напрямку соціальної педіатрії, підтримки розроблених проектів документів з цих питань, які вже обговорені громадськістю та отримали підтримку.

Учасники науково-практичного семінару «Медико-соціальна реабілітація дітей з особливими потребами та паліативна допомога» та круглого столу «Актуальні питання розвитку паліативної та хоспісної допомоги» запропонували:

- звернутись до ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» з пропозицією вважати одним із пріоритетних завдань Правління Ліги широку та перманентну адвокацію створення системи паліативної допомоги в Україні;
- забезпечити розробку концепції паліативної допомоги вдома як частини системи паліативної та хоспісної допомоги, найбільш зручної для пацієнта та фінансово обґрунтованої форми надання паліативної допомоги;
- підготувати і лобювати прийняття на рівні нормативних актів питання руху соціальних коштів за хворим при наданні йому різних форм паліативної допомоги.

Було також запропоновано ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» порушити клопотання до Івано-Франківської обласної ради та облдержадміністрації з питань:

- створення Регіонального центру реабілітації та паліативної допомоги для дітей на базі будинку дитини в м. Надвірна;
- реалізації завдань обласної програми «Здоров'я населення Прикарпаття на 2013–2020 рр.» щодо паліативної допомоги в частині придбання спецтранспорту для виїзної/консультативної бригади паліативної допомоги;
- забезпечення контролю за виконанням районними державними адміністраціями п.3 окремого доручення ОДА від 03.12.2012 року щодо розвитку різних форм надання паліативної допомоги населенню (міські, районні та міжрайонні хоспіси, відділення паліативної допомоги ЦРЛ, лікарні та відділення сестринського догляду, виїзні бригади паліативної допомоги), особливо у віддалених і гірських районах області;
- забезпечення Департаментом охорони здоров'я доступності для паліативних пацієнтів ефективного знеболення та здійснення ефективного контролю якості надання паліативної допомоги населенню в закладах охорони здоров'я області;
- створення на базі установ підпорядкування Департаменту соціальної політики відділень паліативної допомоги або інших форм надання паліативної допомоги населенню.

Учасники круглого столу визнали необхідність порушення клопотання перед Івано-Франківською міською радою та виконкомом міської ради щодо створення закладу сестринського догляду та залучення сімейних лікарів до надання паліативної допомоги населенню вдома.

Керівництво Івано-Франківського національного медичного університету закликало включити в навчальний план та забезпечити викладання навчального курсу паліативної допомоги для студентів на додипломному та слухачів на післядипломному рівнях освіти.

Запропоновано внести зміни до наказу МОЗ України від 23.02.2000 р. №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» (додаток №50) щодо зменшення нормативів навантаження на персонал у паліативній допомозі.

До Міністерства соціальної політики України подано пропозиції щодо розгляду питання підвищення посадових окладів, збільшення тривалості відпустки та пільгового пенсійного забезпечення персоналу закладів паліативної допомоги.

Учасники круглого столу вважають пріоритетними завданнями у розвитку паліативної допомоги в регіоні:

- забезпечення надання паліативної допомоги населенню відповідної якості;
- удосконалення системи впровадження в практику стандартів паліативної допомоги на всіх рівнях надання медичної допомоги;
- продовження діяльності навчально-методичного центру при Обласному клінічному центрі паліативної допомоги;
- розробку програми з волонтерства у паліативній допомозі та регіональної концепції надання паліативної допомоги вдома.

Другий у цьому році мультидисциплінарний науково-практичний семінар «Медико-соціальна реабілітація дітей з особливими потребами та паліативна допомога» відбувся у актовому залі НМАПО імені П.Л. Шупика (м. Київ) 17 березня 2016 року.

У семінарі взяли участь керівники громадських організацій «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» Василь Князевич, «Спільнота людей з епілепсією» Родіон Кузнецов, які виступили з цікавими доповідями щодо розвитку паліативної допомоги дітям в Україні та ролі громадських організацій у захисті прав та інтересів дітей, хворих на епілепсію.

Від Інституту спеціальної педагогіки АПН України була представлена доповідь «Інклюзивна освіта: реалії та перспективи» к.пед.н. І.В. Луценко.

У науково-практичному семінарі взяли участь представники різних лікарських професійних

асоціацій з усіх куточків України, головні поза штатні спеціалісти зі спеціальності «Педіатрія», «Дитяча неврологія», «Дитяча психіатрія», спеціальні педагоги, педіатри, неонатологи, сімейні лікарі, дитячі неврологи, дитячі психіатри, науковці, управлінці, реабілітологи та інші.

Семінар розпочався анонсом Всесвітнього дня боротьби з епілепсією, або Міжнародного фіолетового дня (26 березня), який був присвячений приверненню уваги до проблем пацієнтів із цим захворюванням, питанням діагностики, лікування, реабілітації, освіти, боротьби зі стигматизацією цих дітей та їхніх сімей.

Висвітлено спільні з освітою соціальні проекти, спрямовані на підвищення поінформованості та рівня знань педагогів та лікарів-педіатрів, сімейних лікарів щодо особливостей роботи з дітьми, які живуть з епілепсією. Спільні погляди щодо соціальної педіатрії (медико-соціальної реабілітації) представлено у доповіді професора Раїси Моїсеєнко.

Начальником управління материнства та дитинства Медичного департаменту МОЗ України Н.В. Боднарук зроблено підсумки трьох турів імунізації проти поліомієліту, що були завершені в Україні. Цим актуальним питанням та особливостям клініки і діагностики поліомієліту була присвячена доповідь В.Ю. Мартинюка.

Семінар привернув увагу спеціалістів різних профілів міжсекторальним підходом до організації медико-соціального супроводу дітей з інвалід-

ністю, актуальними темами, зокрема медичної генетики в педіатричній практиці, які висвітлив чл.-кор. НАМН України, головний спеціаліст МОЗ України з медичної генетики, професор Н.Г. Горюченко.

Імплементатії клінічних протоколів з епілепсії, аутизму, церебрального паралічу та інших рухових порушень, які затверджено відповідними наказами МОЗ України, були присвячені доповіді головного дитячого невролога МОЗ України В.Ю. Мартинюка, головного дитячого психіатра МОЗ України І.А. Марцинковського, головного спеціаліста з дитячої неврології ДООЗ м. Києва Л.О. Панасюк, керівника Центру метаболічних захворювань НДСЛ «ОХМАТДИТ» Н.О. Пічкур, інших спеціалістів.

За підсумками прийнято Резолюцію та видано сертифікати учасника науково-практичного семінару.

Наступні науково-практичні семінари «Медико-соціальна реабілітація дітей з особливими потребами та паліативна допомога», згідно з наказом МОЗ України від 15.12.2015 №855, заплановано:

- 22.04.2016 року у м. Вінниця;
- 10.06.2016 року у м. Миколаїв;
- 21.10.2016 року у м. Луцьк;
- 11.11.2016 року у м. Полтава.

З питань участі у науково-практичних семінарах просимо звертатися за електронною адресою [v-moiseenko@ukr.net](mailto:v-moiseenko@ukr.net) (Р.О. Моїсеєнко).

Ю.В. Криничний<sup>1</sup>, О.В. Лугова<sup>2</sup>

## Практична реалізація стратегії впровадження паліативної та хоспісної допомоги в Україні

<sup>1</sup>КЗ «Дніпропетровська міська лікарня №15», Дніпропетровський обласний осередок ВГО  
«Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», Україна

<sup>2</sup>Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації,  
Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2016.1(3):14-19; doi 10.15574/IJRP.M.2016.01.14

Аналізуються очікувані результати впровадження паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Доведено необхідність створення і розвитку доступної системи міжсекторальної та мультидисциплінарної паліативно-хоспісної допомоги, що потребує координації роботи закладів різного підпорядкування, а також залучення медичних працівників первинної ланки.

**Ключові слова:** паліативна допомога, хоспісна допомога, медико-соціальний захист.

### Вступ

В умовах формування України як правової, соціальної, демократичної держави особливої уваги та актуальності набуває правове регулювання суспільних відносин у галузях медицини та соціального захисту населення, формування гуманістичного ставлення суспільства до такої категорії хворих, як безнадійні [1, 8].

Вирішення цієї проблеми пов'язане з необхідністю створення служби паліативної допомоги в галузі охорони здоров'я, реалізація якої повинна більш повно враховувати таку категорію хворих, які страждають на онкологічні та інші хронічні захворювання в останній стадії розвитку, які не можуть вести повноцінне життя, не мають жодного шансу на одужання, яким медицина винесла вирок, і подальше симптоматичне лікування не приносить користі хворому, а тільки посилює страждання.

Актуальність теми дослідження визначається збільшенням онкологічних захворювань, у тому числі в останній стадії; високими показниками смертності населення; збільшенням кількості людей похилого віку із захворюваннями в їх кінцевій стадії розвитку, а саме з хворобою Альцгеймера, ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, бічного аміотрофічного

склерозу, які потребують не стільки медичної, скільки соціальної допомоги; відсутністю в Україні багатопланових комплексних медико-демографічних, соціологічних, економічних, аналітичних досліджень з проблем медико-соціальної допомоги безнадійно хворим, що свідчили б про доцільність якісних перетворень у сфері паліативної допомоги.

У зв'язку з несприятливою екологічною ситуацією та значним постарінням населення постійно зростають захворюваність і смертність від злоякісних новоутворень, а відповідно, зростає й захворюваність та смертність від злоякісних новоутворень в останній, IV-й стадії [17]. За даними національного Канцер-реєстру при Інституті онкології НАМН України, понад 50% онкологічних хворих перебувають у занедбаній (IV) стадії хвороби і переходять до категорії невиліковних [16].

Термінальні онкологічні хворі потребують не стільки медичної (спеціального лікування – радикальна операція, променева терапія, хіміо-, імунотерапія), скільки соціальної допомоги, що вимагає наближення якісної та доступної медико-соціальної, паліативної медичної допомоги [8].

Основним симптомом онкологічних хвороб у занедбаних стадіях є хронічний больовий синдром, що відзначається у 70% випадків, який, за оцінкою



експертів ВООЗ, щоденно переживають 3 500 000 онкологічних хворих у термінальній стадії. Полегшення цього синдрому стає важливою медико-соціальною проблемою національних систем охорони здоров'я [11].

Актуальність даної статті зумовлена відсутністю в Україні багатопланових комплексних медико-демографічних, соціальних, економічних, аналітичних досліджень з проблем медико-соціальної допомоги безнадійним хворим, що свідчили б про доцільність якісних перетворень у сфері паліативної медичної допомоги.

Шляхи розв'язання проблеми у сфері медико-соціальної допомоги термінальним хворим, зокрема із злоякісними новоутвореннями, розглядаються в сучасних фундаментальних наукових дослідженнях та державних програмах, розроблених С.О. Шалімовим, Г.В. Бондарем, В.М. Князевичем, Ю.В. Вороненком, Ю.І. Губським, С.А. Крюковим, Є.І. Москвяком, А.В. Царенко та іншими.

У наукових роботах з проблем надання медико-соціальних послуг (Б. Зілинського, В. Лехан, В. Чайковської, Н. Гойди, А. Царенко) зосереджено увагу на необхідності використання нових для України підходів у цій сфері – створення хоспісів, соціальних ліжок у складі лікарень. Однак питання організації системи ефективної паліативної допомоги у складі галузі охорони здоров'я вітчизняними вченими розглядалися фрагментарно.

**Метою** роботи є аналіз надання паліативної та хоспісної допомоги для створення системи ефективної паліативної допомоги в Україні відповідно до потреб людей та міжнародних стандартів.

Для досягнення поставленої мети були поставлені наступні завдання:

- проаналізувати рівень розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні: організаційні та медичні аспекти;
- обґрунтувати шляхи удосконалення системи охорони здоров'я з питань впровадження паліативної та хоспісної допомоги та розробити рекомендації щодо впровадження системи ефективної паліативної допомоги в Україні відповідно до потреб людей та міжнародних стандартів.

### Матеріали і методи

Методологія дослідження полягає у застосуванні комплексу загальнонаукових та спеціальних методів, серед яких можна виділити системний підхід та структурно-функціональний аналіз, що дозволило розглянути надання паліативної та хоспісної допомоги в системі охорони здоров'я України. У ході роботи також використовувалися методи синтезу та узагальнення.

### Результати дослідження та їх обговорення

Сучасна світова концепція надання паліативно-хоспісної допомоги (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. Паліативно-хоспісна допомога надається інкурабельним пацієнтам усіх вікових груп і нозологічних форм у стадії декомпенсації або в 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; врахування конкретних фізичних, психічних та духовних потреб паліативних пацієнтів та членів їхніх родин. Основними потребами паліативних пацієнтів є: адекватне симптоматичне лікування, ефективне знеболення та професійний догляд; морально-психологічна підтримка; соціальна допомога; духовний супровід.

Одним із найбільш вагомих чинників, що зумовлюють зростання потреби у ПХД в Україні, є невинне постаріння населення. За даними Державного комітету статистики України та МОЗ України, сьогодні понад 3 млн громадян країни мають вік, старший за 75 років [3,5].

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, з них біля 5,5 тис. становлять діти. Викликає занепокоєння значна частка пацієнтів, у яких злоякісні новоутворення діагностуються в інкурабельних стадіях розвитку захворювання. Це спричиняє до того, що понад 90 тис. осіб щороку помирають від онкологічних захворювань, понад 80% страждають внаслідок інтенсивного хронічного больового синдрому і майже 100% пацієнтів у термінальній стадії онкологічних захворювань потребують професійної мультидисциплінарної ПХД [5].

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. 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, реальна кількість ВІЛ-інфікованих в Україні на кінець 2014 р. досягла 500–800 тис. хворих. Починаючи з 1987 р. і по 1 січня 2014 р., в Україні померли від СНІДу 35,5 тис. осіб [5].

Впродовж останнього десятиліття швидко поширюються вірусні гепатити «В» і «С», які призводять до високої смертності серед працюючого населення від тяжких ускладнень (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 [5].

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 та понад 1,5 млн членів сімей паліативних пацієнтів потребують кваліфікованої ПХД. Таким чином, щороку в Україні близько 2 млн осіб потребують ПХД [4, 6, 10, 14, 15].

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.

Відділення паліативної допомоги у стаціонарі є однією з ланок спеціалізованої служби надання паліативної допомоги. У звітах експертів щодо організації надання паліативної допомоги є твердження, що стаціонарне відділення спеціалізованої паліативної допомоги має знаходитися в центрі регіональної мережі паліативної допомоги. У кожній місцевості, охопленій послугами охорони здоров'я, має бути принаймні одне стаціонарне відділення.

До 2014 р. у м. Дніпропетровську не було ліжок для надання паліативної та хоспісної допомоги. Водночас у місті наявна розвинена мережа потужних лікувальних закладів, де надається медична допомога хворим на онкологічну патологію, але в їх структурі відсутні ліжка для надання паліативної та хоспісної допомоги, де могли б отримувати медичну допомогу хворі з обмеженим прогнозом життя та у термінальній стадії захворювання.

З 01.10.2014 р. на базі комунального закладу «Дніпропетровська міська лікарня № 15 Дніпропетровської обласної ради» відкрито відділення паліативної та хоспісної допомоги на п'ять ліжок. Наказом від 15.08.2014р. №157 на підставі листа Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації №7500/0/29-14 від 25.07.2014 р. внесено зміни до штатного розпису лікарні, які необхідні для створення структурного підрозділу «Відділення паліативної та хоспісної допомоги», затверджено положення та примірний таблиць оснащення медичним обладнанням та виробами медичного призначення.

На підставі наказу МОЗ України від 05.10.2011 р. №646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» затверджено штатний розпис відділення на п'ять ліжок у чисельності 15,25 посади.

Посада соціального працівника дає можливість забезпечити вирішення соціально-побутових потреб пацієнта при знаходженні в стаціонарі, враховуючи важкість його стану та вік. Завдяки діяльності Дніпропетровського обласного осередку ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» організовано релігійний супровід пацієнтів відділення, залучено волонтерів.

У серпні 2015 р., завдяки плідній співпраці з громадськістю та депутатським корпусом, отримано за рахунок місцевого бюджету 60 640 грн для придбання кисневого концентратора та сучасних функціональних ліжок. Завдяки цьому проліковано 45 хворих, з них 29 жінок та 16 чоловіків, померло – 41 (жінок – 27, чоловіків – 14), 91,1% летальності. Найбільше пацієнтів (33 особи, 73,3%) було у віці від 51 до 72 років (жінки – 20, чоловіки – 13). У всіх пацієнтів було встановлено діагноз онкологічного захворювання III–IV стадії різних локалізацій: рак легенів; рак молочних залоз; рак стравоходу та шлунка; рак сечового міхура; рак кишечника; рак яєчників та інші локалізації. Госпіталізовані після виконання оперативних втручань 22 (48%) пацієнти – це хворі з патологією кишечника, яєчників та сечового міхура; 45 хворих отримали 68 ампул 1% розчину морфіну та 49 ампул 5% розчину трамадолу, що дозволило забезпечити достатній рівень знеболення.

На базі комунального закладу «Дніпропетровська міська лікарня №15 Дніпропетровської обласної ради» не тільки функціонує перше у місті відділення паліативної та хоспісної допомоги, але й організоване навчання сімейних лікарів та середнього медичного персоналу з питань паліативної

допомоги. З вересня 2015 р. підтримку лікарям закладу та області надають викладачі кафедри паліативної та хоспісної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика шляхом проведення виїзних курсів з паліативної медицини та організації клінічної та навчальної методичної бази.

Водночас існують проблеми у функціонуванні відділення паліативної та хоспісної допомоги, які пов'язані з недоліками у законодавчій базі та фінансуванні:

1) ремонти робляться власними силами – колективом лікарні за допомогою спонсорів, родичів та знайомих колишніх пацієнтів;

2) законодавчо не визначений соціальний пакет для працівників відділень (додаткова відпустка, пільговий стаж, надбавки за складність та напруженість роботи тощо);

3) навчання лікарів з паліативної допомоги проводиться за бюджетні кошти, а медичних сестер – на платній основі, що не сприяє опануванню цих навичок широким колом медичних працівників, як підтверджують результати досліджень.

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 і засобами медичного призначення [2,9,13].

Слід зазначити, 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, а отже мешканці багатьох населених пунктів, особливо у сільській місцевості, поки що взагалі не можуть отримати кваліфіковану ПХД [4,12].

В Україні досі не набуло належного поширення застосування ефективних наркотичних анальгетиків порівняно з більшістю країн Європи, Канадою, Австралією та іншими розвинутими країнами світу. Згідно зі 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 больового синдрому. Серед причин такого становища – недосконалість 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 [6, 7, 12, 14, 15].

### Висновки

Аналіз організаційних 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 в стаціонарних, так і в амбулаторних умовах; недостатністю у медичних працівників необхідних знань та навичок щодо підходів і методів надання мультидисциплінарної ПХД пацієнтам із 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.

**Перспективи подальших досліджень.** Виникла значна потреба населення у ПХД, що відповідно до міжнародних принципів, підходів і стандартів вимагає:

1) створення і розвитку доступної системи міжсекторальної та мультидисциплінарної ПХД, що потребує координації роботи закладів різного підпорядкування, залучення до надання паліативної допомоги медичних працівників первинної ланки;

2) удосконалення та оптимізації нормативно-правової бази щодо забезпечення населення ПХД;

3) розробки та затвердження національних стандартів та вимог до закладів ПХД;

4) здійснення координації та консолідації зусиль державного та приватного секторів;

5) організації громадянського суспільства у галузі розвитку системи ПХД, що ставить перед системою охорони здоров'я України нові наукові, організаційні, законодавчі та фінансові проблеми щодо розвитку ефективної та доступної системи ПХД.

### Література

1. Бондар Г. В. Паліативна медична допомога / Г. В. Бондар, І. С. Вітенко, О. Ю. Попович. – Донецьк: Донеччина, 2004. – 78 с.
2. Вороненко Ю. В. Паліативна допомога як інтегральна складова розвитку та реформування системи охорони здоров'я в Україні // 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. – Київ : Талком, 2013. – С. 49–62.
3. 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.
4. 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 // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 26–28.
5. Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. Князевич В. М. Досвід функціонування системи паліативної та хоспісної допомоги у Баварії / В. М. Князевич, А. В. Царенко, О. П. Брацюнь // Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи : матеріали наук.-практ. конф., м. Черкаси, 3–4 квіт. 2014 р. – Черкаси, 2014. – С. 9–18.
7. Комплексна програма «Інновації в пріоритетних напрямках розвитку галузі охорони здоров'я м. Харкова на 2011–2015 рр.» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon/rada/gov/ua>. – Назва з екрану.
8. Крюков С. А. Сучасні проблеми державного управління у галузі надання медико-соціальної допомоги безнадійно хворим / С. А. Крюков // Вісн. УАДУ. – 2001. – № 2. – Ч. 2. – С. 186–192.
9. Лехан В. Хоспіс як засіб реалізації державної політики для безнадійно хворих / В. Лехан, С. Крюков // Збірник наук. пр. Української Академії державного управління при Президенті України; за заг. ред. В. І. Лугового, В. М. Князева. – К. : Вид-во УАДУ, 2001. – Вип. 2. – С. 97–107.
10. МОЗ України. Результати діяльності галузі за 2013 р. – Київ, 2014. – 172 с.
11. Москвяк Е. И. Проблемы боли у онкологических больных / Е. И. Москвяк, Б. Т. Билинский // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1998. – № 2–3. – С. 159–159.
12. Оптимізація роботи середніх медичних працівників закладів паліативної і хоспісної допомоги у складі мультидисциплінарної команди / Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський, А. В. Царенко [та ін.] // Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи : матеріали наук.-практ. конф., м. Черкаси, 3–4 квіт. 2014 р. – Черкаси, 2014. – С. 47–52.
13. Паллиативная помощь / под ред. Е. Davies, I. J. Higginson. – ЕРБ ВОЗ, 2005. – 32 с.
14. Стан, проблеми і перспективи впровадження Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року / В. М. Князевич, А. В. Царенко, І. В. Яковенко, О. П. Брацюнь // Фітотерапія. Часопис. – 2013. – № 4. – С. 4.
15. 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.

16. Шалімов С. О. Організація онкологічної допомоги населенню України / С. О. Шалімов, З. П. Федоренко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – № 2. – С. 101–106.
17. Щепотін І. Б. Концепція Державної програми «Онкологія» на 2007–2016 роки / І. Б. Щепотін. – Київ, 2007. – 15 с.

### Практическая реализация внедрения паллиативной и хосписной помощи в Украине

Ю.В. Криничный<sup>1</sup>, Е.В. Луговая<sup>2</sup>

<sup>1</sup>КУ «Днепропетровская городская больница №15», Днепропетровская областная ячейка ВОО «Украинская лига содействия развитию паллиативной и хосписной помощи», Украина

<sup>2</sup>Департамент охраны здоровья Днепропетровской областной государственной администрации, Украина

Анализируются ожидаемые результаты внедрения паллиативной и хосписной помощи в Украине. Доказана необходимость создания и развития доступной системы межсекторальной и мультидисциплинарной паллиативно-хосписной помощи, что требует координации работы учреждений разного подчинения, а также привлечения медицинских работников первичного звена.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, хосписная помощь, медико-социальная защита.

### Practical of the Implementation Hospysnoy and Palliative in Ukraine

Yuri Krinichnay<sup>1</sup>, Yelena Lugovaia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PE «Dnepropetrovsk City Hospital №15», Dnipropetrovsk regional cell UPO «Ukrainian League to promote palliative and hospice care», Ukraine

<sup>2</sup>Department of Health of Dnipropetrovsk Regional State Administration, Ukraine

Analyzes the practical realization of the expected results of implementation of palliative and hospice care in Ukraine. It is proved that the need of the population in the palliative-hospice care requires the creation and development of accessible system of interdepartmental and multidisciplinary palliative-hospice care, which requires the coordination of institutions subordinated to various ministries and departments, as well as involvement in the provision of this aid medical workers of primary health care.

**Key words:** palliative care, hospice care, medical and social protection.

---

### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

**Криничний Юрій Володимирович** – заст. гол. лікаря з медичної частини КЗ «Дніпропетровська міська лікарня № 15», магістр державного управління, головний поза штатний спеціаліст з паліативної допомоги ДЗОЗ Дніпропетровської ОДА. Адреса: м. Дніпропетровськ, вул. Перемоги, буд. 113; тел. робочий – (056) 749-11-25.

**Лугова Олена Володимирівна** – в.о. директора Департаменту здоров'я Дніпропетровської ОДА, магістр державного управління. Тел. (056) 742-81-41.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

## Аналіз системи охорони здоров'я України щодо надання паліативної і хоспісної допомоги з можливим інтегруванням народної та нетрадиційної медицини у первинну ланку медичної допомоги

<sup>1</sup>ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», Україна

<sup>2</sup>Дніпропетровський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2016.1(3):20-25; doi 10.15574/IJRP.2016.01.20

Проведено аналіз стану охорони здоров'я в Україні; визначено роль і місце народної і нетрадиційної медицини у первинній ланці охорони здоров'я при наданні паліативної та хоспісної допомоги.

**Ключові слова:** охорона здоров'я, народна і нетрадиційна медицина, паліативна та хоспісна допомога.

Історія української народної медицини є складовою історії української культури. Наші пращури упродовж тисячоліть використовували для краси і зміцнення здоров'я силу природи. Фітоетнологія українців через усну народну творчість, витвори давнього прикладного мистецтва дійшла до наших днів [20, 43].

Народна медицина українців – це складний комплекс, у якому знайшли поєднання позитивні емпіричні знання, засоби лікувальної магії, народні традиції, а згодом – елементи професійної медицини, явища широкого міжнародного побутування і досвід місцевих спостережень. Народні методи лікування, пошуки і способи приготування ліків, їх асортимент і застосування відзначаються багатством етнічних і регіональних форм [21, 22].

Народна медицина така ж давня, як і людство, початки її сягають доісторичних часів і викликані інстинктивними спробами самозбереження. Ще з моменту самоусвідомлення людина почала мріяти про безсмертя і боротися за своє здоров'я. Народна і нетрадиційна медицина на сучасному етапі – це, з одного боку, масові повсякденні медичні знання, які постійно збагачуються і розвиваються під впливом професійної наукової медицини [22, 43].

Одним із шляхів поширення цього впливу є популярна медична література, книги про лікарські рослини, інформотерапію, про методи очищення та оздоровлення організму тощо. З іншого – це те раціональне зерно, що є складовою професійного прошарку народної і нетрадиційної медицини. Тому, з метою ефективного використання багатих надбань народної і нетрадиційної медицини у професійній медичній практиці, необхідно чітко відмежувати раціональні методи від магічних [18, 38].

Народна і нетрадиційна медицина включають фітотерапію, гомеопатію, рефлексотерапію, ароматерапію, аюрведу, біоенергоінформаційну медицину та інші методи, і безперечно, вони не повинні відійти у забуття. Сучасна наукова (класична) медицина і фармакологія, яка своїм корінням сягає глибинних емпіричних народних знань, набутих у процесі багатовікового досвіду, повинна і сьогодні збагачуватись за рахунок нових народних надбань та новітніх біоенергоінформаційних технологій та інтегруватись у первинну медико-санітарну допомогу, як це рекомендує ВООЗ, зокрема в стратегії розвитку на 2014–2023 роки; можливе її застосування і при наданні паліативної та хоспісної допомоги [2, 12, 14, 38, 45].

В Україні є необхідні для цього передумови. Так, свого часу була сформована достатньо розгалужена і потужна мережа закладів охорони здоров'я, яка розподілилася таким чином, що майже з 24 тисяч установ близько тисячі перебували у державній власності, а решта – у комунальній власності [1, 33, 34]. Крім того, в Україні функціонувало понад 1,3 тисячі відомчих закладів охорони здоров'я. Для вітчизняної сфери охорони здоров'я характерним було дублювання, паралельна система різних відомств, що означало у цьому контексті надмірну децентралізацію [30, 35, 36, 39]. Незважаючи на значну кількість лікувально-профілактичних закладів, їх діяльність поки що не забезпечила ефективного процесу збереження і відновлення здоров'я населення [3, 41, 42, 46].

Україна має один із найвищих у Європі рівнів забезпеченості населення лікарями і широку мережу медичних закладів, яка характеризується коштовною й антипродуктивною тенденцією до спеціалізації (надмірної кількості спеціалістів), низьким рівнем інвестицій у підвищення якості; система не реагує на зміни попиту; системі бракує ресурсів для модернізації; що гальмує подолання демографічних проблем [7, 8, 27, 37].

Наразі в Україні на 100 000 населення кількість лікарів менша (301), ніж у країнах ЄС (348), однак більше лікарняних ліжок – 872 і 591 відповідно та лікарень загалом – 5,6 і 3,1 відповідно.

На сьогодні в Україні функціонує близько чотирьох тисяч закладів та підрозділів загальної практики – сімейної медицини, що на 142,1% більше, ніж у 2003 році. У 2008 р. було створено 493 заклади, у яких функціонувало 8594 дільниці та 21 649 ліжок денного стаціонару, що обслуговували 102 235 077 мешканців.

Кількість штатних посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів становить 9027,25, із них у сільській місцевості – 6052, у містах – 2975,25.

Кількість фізичних осіб лікарів загальної практики – сімейних лікарів становить 7362, із них у сільській місцевості – 4703, у містах – 2659.

Кількість штатних посад медсестер загальної практики – сімейної медицини у 2007 р. становила 11768,25, з них у сільській місцевості – 8133,5, у містах – 3634,75. Середній показник співвідношення медсестер до лікарів в Україні становить – 1:1,3 (норматив 1:2).

У сільській місцевості протягом останніх років відбувається реорганізація частини сільських дільничних лікарень в амбулаторії, створюються нові амбулаторії на базі фельдшерсько-акушерських пунктів, що обслуговують 1000 і більше осіб; в Україні цей показник становить 1752. Порівняно з початком року їх число зменшилось на 95.

Найбільше фельдшерсько-акушерських пунктів у Львівській (1020), Хмельницькій (988) та Вінницькій (949) областях, найменше – у Чернівецькій (240), Закарпатській (291) областях та в м. Севастополь (12) [44].

Із збільшенням амбулаторно-поліклінічних закладів паралельно зменшується кількість лікарняних закладів: з 2487 у 2009 р. до 1587 у 2013 р., що становить 900 одиниць (36,2). Число лікарень скорочується за рахунок їх перепрофілювання у сільські лікарські амбулаторії. Кількість лікарняних ліжок із розрахунку на 10 тис. нас. у 2013 р. становила 72,03, що на 17% менше за дані 2009 р. [13, 16, 41, 47].

Широко впроваджувалися денні стаціонари та стаціонари вдома, що є досить ефективним у використанні ресурсів у наданні медичної допомоги населенню. Лідерами тут є Вінницька, Донецька, Закарпатська, Полтавська та Тернопільська області (у середньому там функціонує 220 денних стаціонарів та близько 250 стаціонарів вдома). Низькі показники кількості хворих, пролікованих у денних стаціонарах, відмічаються у Львівській (244,1), Сумській (398,2), Івано-Франківській (360,4) та Дніпропетровській (362,3) областях [9, 15].

Останніми роками в Україні почала впроваджуватися паліативна та хоспісна допомога населенню. У Харківській, Львівській, Запорізькій областях функціонують центри медико-соціальної допомоги, хоспіси, будинки-інтернати, запроваджено ліжка медико-соціальної допомоги і реабілітації у складі лікувальних закладів різного типу. У таких закладах протягом 2008 р. отримали необхідну допомогу понад 3000 осіб [19, 28].

В окремих регіонах України – Донецьку, Запоріжжі, Львові, Луганську, Луцьку, Івано-Франківську, Києві, Херсоні, Харкові – завдяки місцевим ініціативам та громадським організаціям були створені спеціальні стаціонарні заклади (хоспіси) та стаціонарні відділення паліативної допомоги у закладах охорони здоров'я, усього 650 стаціонарних ліжок, що задовольняє потреби у паліативній допомозі лише на 10%.

Починаючи з 1998 р., коли була впроваджена спеціальність за фахом «Народна і нетрадиційна медицина», відкрилися ліцензовані центри, відділення державної і недержавної форми власності, що користуються достатнім попитом. За даними соціологічного опитування, до 60% населення України довіряють і звертаються за первинною медичною допомогою до фахівців народної і нетрадиційної медицини [20].

26–27 вересня 2012 р. відбувся Перший Національний Конгрес з паліативної допомоги, на якому була прийнята «Національна стратегія розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022

року» [17], розроблена експертами ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги». Пріоритетним завданням цієї стратегії є забезпечення необхідного нормативно-правового урегулювання у сфері паліативної допомоги, що відповідає вимогам Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», ст. 35-4 «Паліативна допомога», від 07 липня 2011 року № 3611-VI, яким вперше було дано визначення поняття «паліативна допомога» [29, 31, 32, 36].

Розроблені рекомендації щодо необхідності законодавчих змін та проекти деяких нормативних актів [10, 11, 17]:

- про порядок надання паліативної та хоспісної допомоги;
- положення про хоспіс, про відділення паліативної допомоги, про відділення паліативної медицини, про виїзну бригаду паліативної допомоги;
- спільних наказів та положень щодо порядку міжвідомчої координації та співпраці з надання паліативної та хоспісної допомоги;
- наказів про затвердження стандартів надання паліативної та хоспісної допомоги;
- посадових інструкцій, кваліфікаційних характеристик та вимог до медичного персоналу та ряду інших, які будуть регулювати діяльність хоспісів (Положення про хоспіс, Положення про директора хоспісу, Положення про медичну сестру паліативної допомоги тощо). Розглянуто проект Положення про хоспіс у МОЗ України [23, 46].

Також актуальним є визначення всіх необхідних понять та термінів, зокрема ідентифікації «статусу паліативного пацієнта», поняття «обмеженого прогнозу життя», визначення «хоспісної допомоги», «виїзної бригади паліативної хоспісної допомоги» тощо [4, 5, 6, 17].

На виконання зазначеної програми МОЗ України видало накази від 21.01.2013 р. № 41 «Про органі-

зацію паліативної допомоги в Україні» [28] та від 01.02.2013 р. № 77 «Про державну реєстрацію (переєстрацію) лікарських засобів та внесення змін до реєстраційних матеріалів» [25].

Кабінетом Міністрів України прийнято Постанову від 13.05.2013 р. № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин прекурсорів у закладах охорони здоров'я» [26].

Але на сьогодні повільно проводиться реорганізація та удосконалення первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, реструктуризація і раціоналізація спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги, упорядкування мережі, структури і функцій медичних закладів, у тому числі медичної реабілітації, паліативної та хоспісної допомоги із застосуванням альтернативних, комплементарних (народних і нетрадиційних методів) лікування, профілактики та реабілітації [20, 21, 22, 24].

Таким чином, для розбудови галузі охорони здоров'я необхідно визначити порядок і механізми пріоритетного фінансування, кадрового та матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я [6].

Необхідна державна підтримка, регулювання та адекватне фінансування програми паліативної та хоспісної допомоги з метою досягнення рівного доступу населення різних регіонів України, на різних рівнях медичної допомоги, та можливості інтегрування методів і засобів народної і нетрадиційної медицини у первинну ланку медико-санітарної допомоги, у тому числі і при наданні паліативної та хоспісної допомоги, як фінансово більш доступних та соціально значущих методів і засобів на етапі реорганізації, реструктуризації та децентралізації системи охорони здоров'я України згідно рекомендацій ВООЗ, задекларованих у стратегії розвитку на 2014–2023 роки [38].

### Література

1. Бакуменко В. Д. Теоретичні та організаційні засади державного управління : навч. посіб. / В. Д. Бакуменко, П. І. Надолішній. – Київ : Міленіум, 2003. – 187 с.
2. Белялов Ф. И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности / Ф. И. Белялов. – Иркутск, 2009. – 300 с.
3. Варава А. І. Концепція правового забезпечення охорони здоров'я в Україні / А. І. Варава // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. – Львів : ЛФ УАДУ, 2000. – № 3. – С. 324–333.
4. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З. С. Гладун. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
5. Державне управління охороною громадського здоров'я : навч. посіб. / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. – Київ : Вид-во НАДУ, 2004. – 116 с.



6. Єсипчук Н. М. Система органів державного управління як складовий елемент механізму державного управління / Н. М. Єсипчук // *Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр.* – Харків : Вид-во ХарРІДУ НАДУ «Магістр», 2004. – № 1 (19). – С. 151–156.
7. Іванов Ю. Система охорони здоров'я в США / Ю. Іванов, В. Павлюк, В. Чубучний // *Медицина газета України.* – 2005. – № 6–7. – С. 57–66.
8. Істомін С. В. Законодавство України в галузі охорони здоров'я та його адаптація до законодавства європейських країн / С. В. Істомін // *Економіка та держава.* – 2009. – № 10. – С. 84–86.
9. Карамішев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми : монографія / Д. В. Карамішев. – Харків : Вид-во ХарРІДУ НАДУ «Магістр», 2006. – 304 с.
10. Князевич В. М. Необхідність реформ – очевидна / В. М. Князевич // *Урядовий кур'єр.* – 2010. – № 4. – С. 5.
11. Князевич В. М. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розвитку / В. М. Князевич // *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я.* – 2008. – № 3. – С. 23–37.
12. Лазебник Л. Б. Старение и полиморбидность / Л. Б. Лазебник // *Здоров'я України.* – 2006. – № 20 (153). – С. 80–81.
13. Лехан В. М. Система охорони здоров'я в Україні: підсумки, проблеми, перспективи / В. Лехан. – Москва: Сфера, 2002. – 28 с.
14. Лікарські рослини Карпат і прилеглих територій / О. І. Волошин, Т. М. Бойчук, Л. О. Волошина, В. Л. Васюк. – Вишниця : Черемош, 2012. – 335 с.
15. Літвак А. І. Дослідження систем управління медичного закладу / А. Літвак. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2005. – 142 с.
16. Москаленко В. Ф. Сучасні підходи до реформування системи охорони здоров'я / В. Ф. Москаленко // *Ваше здоров'я.* – 2009. – 23 січня (№ 3). – С. 10–14.
17. 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 (26–27 вересня 2012 р.).* – Київ, 2012. – С. 45–47.
18. Оздоровчі ресурси Карпат і прилеглих регіонів: матеріали II науково-практичної конференції з міжнародною участю (Чернівці, 6–7 жовт. 2005). – Чернівці, 2005. – 192 с.
19. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801 : зі змінами та доп. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
20. Основи народної медицини при викладанні предметів у вищих медичних навчальних закладах України (Огляд літератури) / І. С. Чекман, Н. О. Горчакова, Т. П. Гарник, В. А. Туманов // *Фітотерапія. Часопис.* – 2014. – № 4. – С. 4–7.
21. Основи фітотерапії та гомеопатії / О. І. Волошин, В. Л. Васюк, Н. М. Малкович, Б. П. Сенюк. – Вишниця : Черемош, 2011. – 625 с.
22. Основи фітотерапії та гомеопатії : навчальний посібник для студентів / О. І. Волошин, В. Л. Васюк, Н. М. Малкович, Б. П. Сенюк. – Вишниця : Черемош, 2010. – 255 с.
23. Перегуда Є. В. Щодо проектів реформування охорони здоров'я та фінансового її забезпечення / Є. В. Перегуда, С. Д. Місержи // *Держава і право.* – 2009. – Вип. 45. – С. 582–592.
24. 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.
25. 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](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130201_0077.html). – Назва з екрану.
26. 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.
27. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення : Указ Президента України від 6 грудня 2005 р. № 1694 // *Офіц. вісн. України.* – 2005. – № 49. – Ст. 3054.
28. Про організацію паліативної допомоги в Україні : наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0229-13>. – Назва з екрану.
29. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Шляхи реформування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні» : постанова Верховної Ради України від 21 жовт. 2009 р. № 1651 // *Відомості Верховної Ради України.* – 2009. – № 51. – Ст. 760.

30. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я - 2020: український вимір»: розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 р. № 1164-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://goo.gl/JDUsw>. – Назва з екрану.
31. Радиш Я. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденція розвитку / Я. Радиш, С. Майборода, С. Мегедь // Вісн. НАДУ. – 2003. – № 3. – С. 176–184.
32. Радиш Я. Єдиний медичний простір України – нова парадигма розвитку національної системи охорони здоров'я / Я. Радиш // Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: навч. посіб. / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. – Київ: Вид-во НАДУ, 2004. – С. 64–77.
33. Радиш Я. Ф. Домінанти державної політики України в галузі охорони здоров'я у вимірах сучасної євроатлантичної парадигми / Я. Ф. Радиш // Проблеми військової охорони здоров'я: зб. наук. пр. УВМА. – Київ: Курсор, 2006. – Вип. 16. – С. 378–382.
34. Рожков Г. С. Державний контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я / Г. С. Рожков // Теорія та практика державного управління: зб. наук. пр. / редкол.: В. В. Говоруха (голов. ред.) [та ін.]. – Харків: ХарПІ НАДУ «Магістр», 2009. – Вип. 4 (27). – С. 283–288.
35. Рожков Г. С. Наукові підходи до державного управління охороною здоров'я / Г. С. Рожков // Теорія та практика державного управління: зб. наук. пр. / редкол.: В. В. Говоруха (голов. ред.) [та ін.]. – Харків: ХарПІ НАДУ «Магістр», 2009. – Вип. 4 (27). – С. 52–59.
36. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. – Київ: Сфера, 2005. – 272 с.
37. Солоненко І. М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я: монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. – Київ: Фенікс, 2008. – 276 с.
38. Стратегія ВОЗ в області народної медицини, 2014–2023 гг. – Издание ВОЗ, 2013. – 76 с.
39. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / під заг. ред. В. М. Лехан. – Київ: Сфера, 2001. – 176 с.
40. Сучасний стан та перспективи фітотерапії / Т. П. Гарник, В. А. Туманов, В. О. Петрищева, К. В. Гарник // Актуальні питання народної і нетрадиційної медицини: матеріали наукового симпозіуму з міжнародною участю. – Київ, 2014. – С. 31–36.
41. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я, забезпеченості населення лікарняними ліжками та основні показники їх використання / Слабкий Г. О., Пархоменко Г. Я., Кондратюк Н. Ю., Торжєвська О. М. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://goo.gl/tTSJcI>. – Назва з екрану.
42. Чеканова Т. Д. Наукове опрацювання проблеми державного управління охороною здоров'я громадян України в сучасній літературі / Т. Чеканова // Актуальні проблеми політики: зб. наук. пр. – Одеса: Одеська нац. юрид. акад., 2005. – Вип. 24. – С. 172–180.
43. Чекман І. С. Клінічна фітотерапія / І. С. Чекман. – Київ: ТОВ «Рада», 2006. – 656 с.
44. Шаптала О. С. Автономна Республіка Крим: проблемні питання державного управління сферою рекреаційного обслуговування / О. С. Шаптала. – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2003. – 264 с.
45. Юдин В. Фітотерапія: прошле, настояще, будуще / В. Юдин // Укр. мед. часоп. – 2010. – № 2. – С. 13–20.
46. Яковенко І. В. Законодавче регулювання організаційної структури системи охорони здоров'я України // І. В. Яковенко, Г. О. Слабкий, В. М. Бронова // Главный врач. – 2008. – № 10. – С. 45–49.
47. Ярош Н. П. Державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я України: монографія / Н. П. Ярош. – Київ: Вид-во НАДУ, 2006. – 196 с.

### **Анализ системы здравоохранения Украины относительно оказания паллиативной и хосписной помощи с возможной интеграцией народной и нетрадиционной медицины в первичное звено медицинской помощи**

**К.В. Гарнык<sup>1</sup>, С.И. Соколовский<sup>2</sup>, Т.П. Гарнык<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ЧВУЗ «Киевский медицинский университет УАНМ», Украина

<sup>2</sup>Днепропетровский региональный институт государственного управления Национальной академии государственного управления при Президенте Украины

Проведен анализ системы здравоохранения Украины; определены роль и место народной и нетрадиционной медицины в первичном звене здравоохранения при предоставлении палиативной и хосписной помощи.

**Ключевые слова:** здравоохранение, народная и нетрадиционная медицина, палиативная и хосписная помощь.

## Analysis of system health care to provide of Ukraine on palliative and hospice care with possible integration of tradition and non-tradition medicine in primary care

K.V. Garnyk, S.I. Sokolovsky, T.P. Garnyk

<sup>1</sup> PGEI Kyiv Medical University UANM, Ukraine

<sup>2</sup> Dnipropetrovsk Regional Institute of State Administration of National Academy of State Administration under the President of Ukraine

The analysis of the health system of Ukraine, the role and place of alternative medicine in primary health care in the provision of palliative and hospice care.

**Key words:** health care, traditional and alternative medicine, palliative and hospice care

### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

**Гарник К.В.** – к.мед.н., магістр держ. управл., доц. каф. фітотерапії, гомеопатії та біоенергоінформаційної медицини ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ».

**Соколовський С.І.** – к.мед.н., доц. каф. держ. управл. та місцевого самоврядування, Дніпропетровський регіональний інститут державного управління національної академії державного управління при Президентові України.

**Гарник Т.П.** – д.мед.н., проф., зав. каф. фітотерапії, гомеопатії та біоенергоінформаційної медицини ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ».

Стаття надійшла до редакції 18.10.2015 р.

## НОВОСТИ

### Учёные создали мембрану для точной доставки лекарств к опухолям

Мембрана содержит нужный препарат, который выделяется постепенно – он попадает только к опухолевым клеткам, практически не влияя на здоровые.

Группа исследователей из Массачусетского технологического университета и Центральной больницы Массачусетса (Massachusetts General Hospital) предложила новый подход к лечению рака поджелудочной железы. Пятилетняя выживаемость у пациентов с этой формой рака не превышает 6%. Опухоли поджелудочной железы сложно поддаются химиотерапии, так как из-за расположения поджелудочной железы и локализации кровеносных сосудов осуществить доставку препаратов к органу непросто.

Авторы разработали имплантируемую систему для доставки химиотерапевтических препаратов. Лаура Индолфи (Laura Indolfi) и ее коллеги объясняют, что созданная ими тонкая мембрана может использоваться не только для лечения рака поджелудочной железы, но и для борьбы с другими типами опухолей.

Мембрана сделана из гибкого полимера, состоящего из полилактид-ко-гликолида. Перед установкой мембраны ее сворачивают в трубочку и помещают в катетер, с помощью которого и осуществляют доставку устройства в нужное место – после установки мембрана расправляется и принимает форму опухоли. Мембрана содержит нужный препарат, который выделяется постепенно – он попадает только к опухолевым клеткам, практически не влияя на здоровые.

Она уже успешно была испытана на мышах: результаты экспериментов свидетельствуют о том, что установка в 12 раз увеличивает эффективность химиотерапии по сравнению с внутривенным введением лекарства.

Сейчас авторы готовятся провести клинические испытания мембраны на пациентах с раком поджелудочной железы.

Источник: med-expert.com.ua

І.П. Кринична<sup>1</sup>, Ю.Ю. Щетко<sup>2</sup>

## Державне управління у сфері медико-соціальної допомоги дітям з термінальними хворобами

<sup>1</sup>Дніпропетровський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України

<sup>2</sup>КЗ «Дніпропетровська міська лікарня №15» Дніпропетровської обласної ради, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2016.1(3):26-30; doi 10.15574/IJRP.M.2016.01.26

Аналіз сучасного стану паліативної та хоспісної допомоги в Україні підтвердив необхідність створення центру паліативної допомоги дітям, що спеціалізується на лікуванні, догляді та супроводі дітей з термінальними хворобами для полегшення/стабілізації їхнього стану, обумовленого хворобою або терапією, за можливості, з подальшою випискою з лікарні. Створення таких центрів потребує регламентації органів влади на центральному рівні та відповідного фінансування, що позитивно вплине на втілення реформ, які проводяться в державі, та підвищить рівень ефективності прийняття державно-управлінських рішень щодо розвитку паліативної допомоги на регіональному рівні.

**Ключові слова:** паліативна допомога, хоспісна допомога, медико-соціальний захист, діти з термінальними хворобами, державне управління.

### Вступ

В Україні на даний час надзвичайно недосконала система паліативного догляду за дітьми: допомога надається в лікувальних закладах за профілем захворювання дитини медичним персоналом, який, як правило, не має достатніх навичок і умінь 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 мешкає певна частина дітей, які не мають батьківської опіки або передані батьками під догляд держави. Проте слід зазначити, що в цих закладах абсолютно недостатньо як медичного персоналу взагалі, так і підготовленого для надання паліативної допомоги дітям зокрема [1–3, 5, 7].

Сьогодні ВООЗ закликає інтегрувати паліативну допомогу до національних систем охорони здоров'я, тому що спеціалізовані служби й окремі фахівці не здатні забезпечити адекватний догляд для такої кількості людей. Понад 20 млн людей у всьому світі потребують паліативної допомоги наприкінці життя. Саме про це йдеться в резолюції 67-ї сесії Всесвітньої асамблеї здоров'я, що відбулася в Женеві (Швейцарія) 19–23 травня 2014 року. Окремо було відзначено необхідність визнання паліативної допомоги невід'ємним правом людини та водночас було звернено увагу на забезпечення адекватного знеболення та питання доступності знеболювальних засобів для дітей та загалом доступності наркотичних засобів для застосування у медичних цілях [9].

Україна зробила низку важливих кроків для оптимізації національного законодавства у сфері контролю за наркотичними речовинами. Було розпочато виробництво українського таблетованого морфіну, що підвищило якість життя паліативних пацієнтів. Водночас, на жаль, сьогодні в Україні не зареєстровано дитячої форми морфіну, а адекватне знеболення отримують лише 15% пацієнтів [3].

Також привертає увагу той факт, що в Україні недостатній рівень освіти у сфері паліативної допомоги майбутніх медичних працівників [7].

Отже, відсутність в Україні багатопланових комплексних досліджень з проблем медико-соціальної допомоги дітям з термінальними хворобами, що свідчили б про доцільність якісних перетворень у сфері паліативної медичної допомоги, зумовили актуальність даної статті.

Шляхи розв'язання проблеми у сфері медико-соціальної допомоги дітям з термінальними хворобами розглядаються в сучасних фундаментальних наукових дослідженнях та державних програмах, розроблених Ю.В. Вороненком, В.М. Князевичем, Г.В. Бондарем, І. Б. Щепотнім, С.А. Крюковим, Є.І. Москвяком, Ю.І. Губським.

У наукових працях, присвячених проблемам надання медико-соціальних послуг (Б. Зілинського, В. Лехан, В. Чайковської, Н. Гойди, А. Царенко, О. Толстих), зосереджено увагу на необхідності використання нових для України підходів у цій сфері – створення хоспісів, соціальних ліжок у складі лікарень. Водночас проблеми організації системи ефективної паліативної допомоги дітям вітчизняними вченими розглядаються фрагментарно.

**Метою** статті є аналіз надання медико-соціальної допомоги дітям із термінальними хворобами для підвищення ефективності прийняття державно-управлінських рішень щодо розвитку паліативної допомоги в Україні.

Для досягнення мети були поставлені такі завдання:

- проаналізувати рівень розвитку паліативної та хоспісної допомоги дітям в Україні;
- обґрунтувати шляхи удосконалення системи державного управління з питань впровадження паліативної та хоспісної допомоги дітям та надати практичні рекомендації щодо розвитку хоспісної допомоги дітям в Україні.

### Матеріали і методи

Під час аналізу державного управління у сфері медико-соціальної допомоги дітям з термінальними хворобами застосовувались загальнонаукові та спеціальні методи, серед яких можна виділити системний підхід та структурно-функціональний

аналіз. Також у статті були використані методи аналізу, синтезу, узагальнення.

### Результати дослідження та їх обговорення

Україна, як член ВООЗ, має документи, розроблені на основі досвіду інших країн Європи, де проблемам паліативної допомоги традиційно приділяється суттєва увага. Так, ВООЗ у своїх директивах щодо паліативного догляду дітей ще у 1998 році визначила: «Паліативний догляд за дітьми включає в себе активну турботу щодо фізичних, психічних і духовних потреб дітей, починаючи з моменту встановлення діагнозу, і включає в себе 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» [8,9].

У законодавстві Німеччини визначено: «Паліативна медицина/паліативний догляд націлені на поліпшення якості життя пацієнтів та їх 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 їх якість життя» [5].

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 (2003) Комітет Міністрів Ради Європи визначив урядам усіх 47 країн-членів Ради Європи чіткі кроки в різних сферах догляду за важко хворими і вмираючими людьми. У них представлені критерії, які можуть вважатися основоположними для паліативного догляду [6].

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

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, які залучені до догляду, 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 рівні громади.

За даними спеціалістів з Баварії, де є стала система 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 допомога для дітей є активними заходами. Вона не припускає, що пацієнти самостійно звертатимуться за допомогою і підтримкою, коли відчують свою безпорадність і непомірне навантаження, а активно пропонує її [5].

Догляд починається в ході обговорення діагнозу, при якому батьків і дітей – у відповідній їхньому віку формі – інформують про їхнє захворювання і прогноз. Супровід триває протягом усього процесу терапії і включає в себе і фазу скорботи/горювання після смерті дитини. Центральним завданням паліативної медицини є якомога більш ефективне 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 допомога завжди залучає соціальне оточення пацієнта в процес супроводу. Чуйне ставлення до потреб батьків, а також братів і сестер, може допомогти уникнути розривів, важкої/патологічної 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 оцінюється на рівні 80–100 місць на 1 млн усього населення. У Німеччині доступні понад 3000 місць у стаціонарних хоспісах та паліативних станціях (відділеннях стаціонарів), тобто 40 місць на 1 млн жителів [4].

Досвід таких країн, як Велика Британія та Німеччина, які визнано в Європі кращими з розвитку паліативної допомоги взагалі, показує, що важко хворі діти та їхні близькі бажають переважно отримувати догляд та супровід вдома. У зв'язку з цим особливу увагу потрібно звернути на розвиток дитячого амбулаторного паліативного догляду,

який включає у подальшому і хоспісну допомогу. Для стаціонарних дитячих хоспісів важливим є подальше вивчення попиту, враховуючи відмінність за видами захворювань у маленьких пацієнтів від контингенту хоспісів для дорослих [5].

Дитячі центри паліативного догляду мають складатись зі стаціонару на 6–12 ліжок та цілодобових виїзних спеціалізованих бригад паліативної допомоги, а також можуть взяти на себе важливі завдання у сфері спеціалізованого навчання та розвитку системи стандартів у цій галузі [1,2]. Сьогодні відсутні чіткі розрахунки такої потреби, проте, якщо взяти досвід Баварії, де побудована стала система паліативної допомоги дітям і навіть створено хоспіс для дітей, то вони становлять 0,1% від кількості дитячого населення. Так, на один стаціонар паліативної допомоги (паліативна станція) розраховано шість мультидисциплінарних бригад виїзної паліативної допомоги. Слід зазначити, що в країні працює 140 хоспісів для дорослих, які також можуть надавати допомогу дітям і їхнім сім'ям [1,2].

Таким чином, беручи до уваги ці розрахунки, в Україні близько 8 тисяч дітей потребують паліативного догляду. 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 [4].

З 2013 р. почалися позитивні зміни щодо розвитку паліативної допомоги у хоспісних відділеннях. Так, у 2013 р. в Івано-Франківській області відкрито перший в Україні дитячий заклад паліативної допомоги на базі Надвірнянського будинку дитини на 15 місць. Усього на Прикарпатті понад 300 важко хворих дітей потребують хоспісних послуг, із них 118 – з онкогематологічною патологією. Ці діти також мають право на любов, піклування, спілкування, увагу суспільства і всебічну допомогу. Тому існує нагальна потреба у паліативній та хоспісній допомозі дітям з невиліковними хворобами всієї України.

Надання паліативної допомоги дітям суттєво відрізняється, як з огляду на зовсім інші потреби, так і структурою захворюваності, що формує потребу в цій допомозі. Так, якщо у хоспісі для дорослих до 90% – це пацієнти з онкологічними хворобами у термінальній стадії, то у дітей – інша структура нозологічних форм. Тому дільничний педіатр не завжди має можливість надати повноцінну медичну допомогу, оскільки існує потреба у застосуванні знеболювальних препаратів,

інтенсивної терапії чи реабілітації в домашніх умовах, якісного догляду та інші фактори, які передбачають паліативну допомогу. Натомість хоспіс створює програми, враховуючи інтереси хворої дитини, її батьків та інших членів сім'ї, за різними формами: цілодобовий стаціонар, денний стаціонар, виїзне відділення й організація допомоги в домашніх умовах, консультації в інших закладах охорони здоров'я, заходи фізичної реабілітації, соціально-психологічної реабілітації, арт-терапії, казкотерапії тощо. У зв'язку з цим відкриття дитячих закладів паліативної допомоги – це яскравий приклад втілення реформ, які проводяться в державі.

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 їхнього захворювання і потреби в паліативному догляді: 1-а група – захворювання, що загрожують життю, для яких існують лікувальні заходи, але при цьому ймовірно є їхня неефективність (наприклад, пухлини); 2-а група – можлива терапія, яка збільшує тривалість життя, але прогноз для пацієнта несприятливий (наприклад, муковісцидоз); 3-я група – прогресуюче протягом багатьох років захворювання без можливості ефективного лікування, виключно паліативна терапія (наприклад, лейкоцистоз, спінальна атрофія м'язів 1-го типу); 4-а група – важке неврологічне порушення, як правило, не прогресуюче, несприятливий прогноз внаслідок ускладнень.

Іншим складним завданням є поінформування 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. Тому необхідно створювати центри паліативної допомоги дітям, які будуть забезпечувати комплексний догляд за вмираючими дітьми та підлітками, а також їхніми сім'ями, співробітники якого повинні мати додаткову освіту у сфері паліативного догляду та володіти

знаннями в галузі психології розвитку, діагностики та втручання у кризових ситуаціях і посттравматичних реакціях у дітей і дорослих.

Також у центрах повинні бути задіяні фахівці різного профілю зі спеціальною освітою – це команда, куди входять лікарі-педіатри, соціальні працівники/соціальні педагоги, духовники, психологи. Робота центру потребує суттєвої підтримки волонтерів, які мають отримати спеціальну підготовку для роботи з паліативними пацієнтами. Метою роботи такого закладу є полегшення стану, обумовленого хворобою або терапією, та, за можливості, стабілізація стану пацієнта для того, щоб він міг бути виписаний з лікарні.

### Висновки

Сучасний стан паліативної та хоспісної допомоги підтвердив необхідність створення центру паліативної допомоги дітям, що повинен спеціалізуватися на лікуванні, догляді та супроводі паліативних пацієнтів, яким потрібне стаціонарне лікування в спеціалізованому відділенні. У центрі повинні бути задіяні фахівці різного профілю зі спеціальною освітою – це команда, куди входять лікарі-педіатри, соціальні працівники/соціальні педагоги, духовники, психологи. Робота центру потребує суттєвої підтримки волонтерів, які мають отримати спеціальну підготовку для роботи з паліативними пацієнтами. Метою роботи такого закладу є полегшення стану, обумовленого хворобою або терапією, та, за можливості, стабілізація стану дитини для того, щоб вона могла бути виписана з лікарні.

Створення таких центрів потребує регламентації органів державної влади на центральному рівні та відповідного 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.

**Перспективи подальших досліджень.** У багатьох країнах існує рамкова політика щодо паліативної допомоги, яка визначає основи діяльності держави у цьому напрямку, що для України стане важливим кроком на шляху до євроінтеграції.

### Література

1. 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 Всеукраїнської наук.-практ. конф. ; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – Київ : Талком, 2013. – С. 49–62.
2. 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.

3. Губський Ю. І. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині. Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти : монографія / Ю. І. Губський, М. К. Хобзей. – Київ : Здоров'я, 2011. – 352 с.
4. Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.
5. Князевич В. М. Досвід функціонування системи паліативної та хоспісної допомоги у Баварії / В. М. Князевич, А. В. Царенко, О. П. Брацюнь // Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи : матеріали науково-практичної конференції, м. Черкаси, 3–4 квіт. 2014 р. – Черкаси, 2014. – С. 9–18.
6. Комитет Министров Совета Европы. Рекомендации (Res (2003) 24) Комитета Министров Совета Европы к государствам-членам по организации паллиативного ухода. – Совет Европы, 2004. – 89 с.
7. Оптимізація роботи середніх медичних працівників закладів паліативної і хоспісної допомоги у складі мультидисциплінарної команди / Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський, А. В. Царенко [та ін.] // Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи : матеріали наук.-практ. конф., м. Черкаси, 3–4 квітня 2014 р. – Черкаси, 2014. – С. 47–52.
8. Специализированная программа «Паллиативный уход в больницах» (Бавария) от 28 ноября 2011 г.
9. 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. – ВОЗ, 2014. – 11 с.

### Государственное управление в сфере медико-социальной помощи детям с терминальными болезнями И.П. Криничная<sup>1</sup>, Ю.Ю. Щетко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Днепропетровский региональный институт государственного управления Национальной академии государственного управления при Президенте Украины

<sup>2</sup>КУ «Днепропетровская городская больница №15» Днепропетровского областного совета, Украина

Анализ современного состояния паллиативной и хосписной помощи в Украине подтвердил необходимость создания центра паллиативной помощи детям, специализирующегося на лечении, уходе и сопровождении детей с терминальными заболеваниями для облегчения/стабилизации их состояния, обусловленного болезнью или терапией, по возможности, с последующей выпиской из больницы. Создание таких центров требует регламентации органов власти на центральном уровне и соответствующего финансирования, что положительно повлияет на воплощение реформ, проводимых в стране, и повысит уровень эффективности принятия государственно-управленческих решений по развитию паллиативной помощи на региональном уровне.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, хосписная помощь, медико-социальная защита, дети с терминальными заболеваниями, государственное управление.

### Public administration in medical and social assistance to children with terminal disease

Irina Krinichnaya<sup>1</sup>, Uliya Shchetko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dnipropetrovsk Regional Institute of State Administration of National Academy of State Administration under the President of Ukraine

<sup>2</sup>PE «Dnepropetrovsk City Hospital №15», Dnipropetrovsk Regional Council, Ukraine

An analysis of the current state of palliative and hospice care for children confirmed the need to establish a palliative care center for children, specialty which should be spent on treatment, care and support of children with terminal diseases to alleviate their condition, due to disease or treatment, and, if possible, to stabilize the condition of the child, followed by discharge from the hospital. It is proved that the establishment of such centers requires regulating authorities at the central level and adequate funding that will positively affect the incarnation of reforms in the country and enhance the effectiveness of public acceptance of administrative decisions on the development of palliative care regionalnomu rivni.

**Key words:** palliative care, hospice care, medical and social protection of children with terminal diseases governance.

### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

**Кринична Ірина Петрівна** – д.н. держ.упр., проф. каф. державного управління та місцевого самоврядування Дніпропетровський регіональний інститут державного управління національної академії державного управління при Президентові України.

**Щетко Юлія Юріївна** – магістр держ.упр., лікар-хірург КЗ «Дніпропетровська міська лікарня №15» Дніпропетровської обласної ради. Адреса: м. Дніпропетровськ, вул. Перемоги, буд. 113.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.



І.Я. Губенко

# Профілактика професійного вигорання при наданні паліативної і хоспісної допомоги

*Черкаський медичний коледж, м. Черкаси, Україна*

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2016.1(3):31-35; doi 10.15574/IJRPM.2016.01.31

Метою роботи були аналіз ситуації щодо підготовки молодших спеціалістів з медичною освітою, зокрема медичних сестер, до роботи з пацієнтами на термінальній стадії хвороби та ризиків розвитку професійного вигорання при наданні паліативної і хоспісної допомоги (ПХД). Встановлено, що в Україні на даному етапі відсутнє цілісне бачення системи попередження професійного вигорання медичних фахівців та медичних сестер зокрема. Науково-методичне забезпечення дає змогу здійснювати у Черкаській області підготовку з ПХД медичних фахівців як на додипломному, так і на післядипломному рівні та сприяти попередженню професійного вигорання при роботі з хворими на термінальній стадії захворювання. Своєчасне виявлення і нівелювання у медичного персоналу негативних змін емоційних реакцій у професійній діяльності зменшить імовірність відтоку кваліфікованих фахівців з медицини.

*Ключові слова:* професійне вигорання, паліативна і хоспісна допомога, профілактика.

## Вступ

Всесвітня організація охорони здоров'я називає професійний стрес хворобою двадцять першого століття, тому що цей вид стресу зустрічається в будь-якій професії будь-якої країни світу, досягаючи розмірів «глобальної епідемії». Міжнародна організація праці оцінює втрати внаслідок стресу в двісті мільярдів доларів щорічно. Тривалий професійний стрес призводить до соматичних захворювань, психологічних проблем або до розвитку професійного вигорання («burnout» – за Freudenberg).

У всіх сферах життя нервово виснаження вражає людей, але особливо сприйнятливі до нього фахівці, чий професії пов'язані з наданням допомоги та напруженим стосункам у системі «людина-людина». Окремою категорією в переліку високостресованих професій є медичні працівники, особливо медичні сестри, фах яких вимагає найтривалішого та найтіснішого з-поміж усіх медичних спеціалістів спілкування з пацієнтами. До медсестер ставляться дуже високі вимоги пацієнтами, їхніми рідними та близькими, колегами [1,4,16]. При зверненні за допомогою до медичних фахівців пацієнти очікують їх зацікавленості, уваги, бажання зрозуміти і допомогти, терпимості та доброзичливості, при цьому не завжди відповідаючи взаємністю, що

призводить до виникнення так званого «асиметричного спілкування». Тому напруження на роботі, яке виникає внаслідок підвищених вимог та водночас надзвичайно низької можливості впливу на процес діяльності, може бути одним із факторів розвитку професійного стресу. Особливо це стосується паліативної і хоспісної допомоги (ПХД), якщо фахівці не зорієнтовані на правильний результат (зменшення страждань, а не одужання).

Н.М. Величко зі співавторами виділяють, як найбільш уразливі до професійного вигорання категорії лікарів, психологів та соціальних працівників, несправедливо, на нашу думку, упускаючи медичних сестер, які, на відміну від вищевказаних категорій, мають не періодичний, а постійний контакт з невиліковними особами [3]. Автори акцентують увагу на післядипломній освіті з паліативної допомоги лікарів різних спеціальностей, тоді як ми з колегами продовжуємо наполягати, що центральною постаттю в організації та наданні ПХД має бути медична сестра. Ж.М. Золотарьова також поділяє думку, що основною групою ризику професійного вигорання слід вважати лікарів [13], одночасно констатуючи, що науковими дослідженнями доведено, що від професійного стресу сильніше страждають ті фахівці, які більше часу проводять поряд з інкурабельними пацієнтами та їхніми родичами [2].

**Метою** роботи були аналіз ситуації щодо підготовки молодших спеціалістів з медичною освітою, зокрема медичних сестер, до роботи з пацієнтами на термінальній стадії хвороби та оцінка ризиків розвитку професійного вигорання при наданні ПХД.

Основним завданням, яке ми ставили перед собою, була розробка навчально-методичного забезпечення для підготовки спеціалістів і організація такого навчання.

Феномен емоційного «вигорання» тривожить медичну громадськість у двох аспектах:

- як фактор зниження якості медичного обслуговування та порушення інтересів пацієнта;
- як медико-соціальна проблема руйнування особистості спеціалістів високого класу в професії гуманістичного спрямування [12].

### Матеріали і методи

Проведено аналіз нормативних документів, праць українських науковців за темою, навчально-методичної літератури.

### Результати дослідження та їх обговорення

Досвід зарубіжних країн, наприклад Словаччини, США, де нам довелося ознайомитися з діяльністю відповідних служб, переконливо свідчить, що основним фахівцем у наданні ПХД є медична сестра. Саме медична сестра реагує на проблеми пацієнта, які виникають у зв'язку з хворобою, в даному разі невиліковною. Перейшовши з медичної на медсестринську модель сестринської справи у галузі підготовки медичних сестер, Україна гальмує у переході до цієї моделі у практичній охороні здоров'я.

При аналізі кадрового дефіциту у сфері ПХД окремі автори апелюють до престижу та оплати праці медичних працівників, констатуючи, що незначна частина медпрацівників бажають працювати у сфері паліативної допомоги, оскільки престиж цієї роботи є низьким порівняно з іншими медичними спеціальностями, а заробітна платня медсестер нижча за реальний прожитковий мінімум [18]. Проте, на наш погляд, причин набагато більше, і однією з них є високий рівень емоційного напруження.

У низці наукових досліджень та міжнародних документів звертається увага на необхідність спеціальної підготовки медичних кадрів, які працюють з невиліковними пацієнтами, та вказується, що відповідний рівень підготовки медичних працівників, поряд з адекватним фінансуванням,

стандартизацією послуг, наявністю мережі закладів, є одним з головних чинників розвитку й ефективного функціонування паліативної допомоги [6]. Освітній чинник є також важливим засобом попередження синдрому професійного вигорання, оскільки дефіцит професійних знань і навичок, як з надання допомоги, спілкування з інкурабельними хворими та їх оточенням, так і з психологічного самозахисту, також є одним з факторів, який проковує стрес у медичних працівників [23].

Окрім професійних медичних знань про симптомокомплекс, що виникає у інкурабельних хворих, медичні сестри повинні бути обізнаними зі змінами психологічного, емоційного та духовного стану людини під час хвороби, особливо невиліковної. Догляд за паліативними пацієнтами повинен бути поєднаний з наданням психологічної підтримки самому пацієнтові та членам його родини. Медичні сестри, які працюють з хворими в термінальній стадії, мають підвищений ризик тривалого професійного стресу та синдрому професійного вигорання, рівень якого може бути зменшений шляхом адекватної фахової та психологічної підготовки. Такої спеціальної підготовки потребують медичні сестри як первинної ланки медико-санітарної допомоги, так і високоспеціалізованих медичних закладів.

Європейська асоціація паліативної допомоги (ЄАПД) рекомендує як найбільш оптимальний підхід не так виділення окремої навчальної дисципліни, як вертикальну модель інтеграції питань з ПД в існуючі системи до- та післядипломної підготовки медичних працівників [21, 22].

Вивчаючи проблеми підготовки медичних сестер до надання ПХД та попередження синдрому емоційного вигорання, ми дійшли висновку, що для забезпечення ефективної організації та функціонування системи ПХД і захисту фахівців, які працюють у цій системі, від надмірного емоційного виснаження необхідна чітка, послідовна і тісна взаємодія систем медичної освіти на до- та післядипломному рівнях та практичної охорони здоров'я.

На етапі навчання у ВМНЗ фахівців усіх медичних спеціальностей, а особливо «Сестринська справа», у програми професійно орієнтованих дисциплін повинні бути включені питання догляду за інкурабельними хворими, спілкування з ними та їхніми рідними. Тим більше, що тема смерті в ментальності нашого народу і медичних працівників, зокрема, не є відкритою для обговорення. Питання повідомлення «невтішного» діагнозу досі дискутується в медичному середовищі в Україні. І це вже є серйозною психологічною проблемою.

Обов'язковою, на наш погляд, є увага до питань взаємодії з пацієнтами на термінальній стадії

хвороби та їхніми близькими при вивченні психологічних дисциплін, що наші колеги врахували при підготовці підручників і навчальних посібників [11, 19].

Доречним є включення до переліку дисциплін варіативної частини навчального плану такого предмету як «Медсестринство в паліативній і хоспісній допомозі», програма якого розроблена викладачами коледжу [8].

У сфері післядипломної освіти підготовки потребують усі, без винятку, групи медичних фахівців, які мають справу з помираючими пацієнтами (працівники онкологічних та інфекційних лікарень, реанімаційних відділень, дільничної служби, сімейної медицини, геріатричних пансіонатів тощо) за відповідними програмами [7, 9, 14, 15].

Відбір спеціалістів для роботи безпосередньо у сфері ПХД повинен здійснюватися на підставі як базового рівня фахової підготовки, тобто медичних знань, практичних навичок і професійних умінь, так і психологічних критеріїв готовності і здатності до такої роботи. Це сфера, у яку не можна йти «за направленням». Є люди, які не хочуть, і є такі, що не можуть займатися такою роботою [19]. При розробці навчальних програм спеціалізації з ПХД психологічна компонента повинна бути обов'язковою складовою [10].

Досвід багатьох країн переконливо свідчить, що професійне вигорання є керованою проблемою. Так званий «менеджмент стресу» попереджує «вигорання» і забезпечує відновлення цілісності особистості. Планування менеджменту стресу повинно бути постійним процесом, а не періодичним застосуванням певних технік або вправ. Тому важливим моментом роботи лікувально-профілактичних закладів повинна стати організація перманентної психологічної підтримки медичних фахівців, які там працюють.

### Література

1. Андреева Н. В. Какой должна быть медсестра? / Н. В. Андреева // *Сестринское дело*. – 2005. – № 5. – С. 13.
2. Бабанов С. А. Синдром эмоционального выгорания / С. А. Бабанов // *Новости медицины и фармации*. – 2011. – № 21–22 (393–394). – С. 18–20.
3. Величко Н. М. Надання паліативної допомоги в Україні та професійне вигорання медичного персоналу [Електронний ресурс] / Н. М. Величко, В. В. Чайковська, О. О. Вольф // *Матеріали II-ї щорічної наук.-практ. конф. «Соціальна політика щодо тяжкохворих (невиліковних)»*, Київ, 27 бер. 2013 р. – С. 16–19. – Режим доступу: <http://www.uisr.org.ua/img/upload/files/Mat-konf113.pdf>. – Назва з екрану.
4. Вовченко В. А. Психотерапевтический контакт медсестры и пациента / В. А. Вовченко // *Медицинская сестра*. – 2003. – № 6. – С. 36–38.
5. Вольф О. О. Розвиток допомоги тяжкохворим (невиліковним) і членам їх родин у контексті системи охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / О. О. Вольф // *Матеріали II-ї щорічної науково-практичної конференції «Соціальна політика щодо тяжкохворих (невиліковних)»*, Київ, 27 бер. 2013 р. – С. 4–7. – Режим доступу: <http://www.uisr.org.ua/img/upload/files/Mat-konf113.pdf>. – Назва з екрану.

Хоча наказом МОЗ України серед інших завдань хоспісу передбачено також «забезпечення впровадження діагностичних, профілактичних та реабілітаційно-лікувальних заходів з метою попередження розвитку у персоналу Хоспісу синдрому професійного (емоційного) вигорання» [17], це стосується й інших лікувально-профілактичних закладів.

Доречними будуть і практика супервізії [5], і організація балінтовських груп [13], й інші види психопрофілактики. Навіть регулярні зібрання (не «п'ятихвилинки»!), коли медичні сестри можуть обговорити проблеми догляду за вмираючими хворими і спілкування з їхніми сім'ями, варто заохочувати, вони можуть запобігти перенапруженню та допомогти виразити почуття, викликані горем та втратою [20].

### Висновки

Проведений аналіз нормативних документів, даних досліджень українських науковців свідчить, що в Україні на даному етапі відсутнє цілісне бачення системи попередження професійного вигорання медичних фахівців та медичних сестер зокрема.

Науково-методичні напрацювання викладачів коледжу (навчальні програми, посібники, підручники) дають змогу забезпечити у Черкаській області підготовку медичних фахівців з ПХД як на додипломному, так і на післядипломному рівні, і, таким чином, сприяти попередженню професійного вигорання при роботі з інкурабельними хворими.

На поточному етапі реформування системи охорони здоров'я стає актуальним своєчасне виявлення і нівелювання у медичного персоналу негативних змін емоційних реакцій у професійній діяльності, що зменшить вірогідність відтоку кваліфікованих фахівців з медицини.

6. Вороненко Ю. В. Створення системи паліативної і хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні і соціальні аспекти [Електронний ресурс] / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Охорона здоров'я і суспільство. – 2014. – № 1 (2). – С. 63–75. – Режим доступу : [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/naupr\\_2014\\_1\\_11.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/naupr_2014_1_11.pdf). – Назва з екрану.
7. Губенко І. Я. Медична сестра загальної практики-сімейної медицини: програма спеціалізації / І. Я. Губенко, О. Т. Шевченко, В. Г. Апшай. – Київ, 2004. – 18 с.
8. Губенко І. Я. Медсестринство в паліативній і хоспісній допомозі: програма для вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I–III рівнів акредитації за спеціальністю 5.12010102 «Сестринська справа» / І. Я. Губенко, І. В. Радзівська, Л. П. Бразолій. – Київ : Медицина, 2011. – 11 с.
9. Губенко І. Я. Медсестринство в паліативній і хоспісній допомозі: програма тематичного удосконалення для медичних сестер первинної медико-санітарної допомоги / І. Я. Губенко, І. В. Радзівська, Л. П. Бразолій. – Київ : Медицина, 2011. – 11 с.
10. Губенко І. Я. Медсестринство в паліативній і хоспісній допомозі: програма циклу спеціалізації спеціалізації для слухачів відділень післядипломної освіти / І. Я. Губенко, І. В. Радзівська, Л. П. Бразолій. – Київ : Медицина, 2011. – 12 с.
11. Губенко І. Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т. Шевченко. – Київ : ВСВ «Медицина», 2013. – 296 с.
12. Здоров'я врача-невролога, психиатра. Кто о нем позаботится? // Здоров'я України. – 2007. – № 15–16 (172–173). – С. 46–48.
13. Золотарьова Ж. М. Обґрунтування моделі удосконалення підготовки підвищення кваліфікації медичного персоналу для надання паліативної допомоги: дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Золотарьова Жанна Миколаївна. – Івано-Франківськ, 2015. – 287 с.
14. Медична сестра загальної практики-сімейної медицини по догляду за людьми похилого віку на рівні громади: програма циклу удосконалення / Губенко І. Я., Бразолій Л. П., Радзівська І. В., Шевченко О. Т. – Київ, 2008. – 15 с.
15. Медична сестра загальної практики-сімейної медицини: програма удосконалення / Губенко І. Я., Бразолій Л. П., Шевченко О. Т., Апшай В. Г. – Київ, 2007. – 22 с.
16. Островская И. В. Синдром «профессионального выгорания» у сестринского персонала / И. В. Островская // Медицинская сестра. – 2004. – № 2. – С. 35–37.
17. Про організацію паліативної та хоспісної допомоги : наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 733 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=14989>. – Назва з екрану.
18. Стан паліативної допомоги в Україні та медсестринська освіта / Сидорчук Р. І., Хомко О. Й., Рудек О. А. [та ін.] // Медична освіта. – 2008. – № 2. – С. 101–102.
19. Шевченко О. Т. Психологія кризових станів: навчальний посібник / О. Т. Шевченко. – Київ : Здоров'я, 2005. – 120 с.
20. Brazaliy Liudmila. Nursing pedagogics is an integral part of nurse's work [Electronic resource] / Brazaliy Liudmila, Bas Lesia. – Access mode : [http://www.onko.ck.ua/en\\_pat\\_dogl\\_ms-pedag.htm](http://www.onko.ck.ua/en_pat_dogl_ms-pedag.htm). – Title from screen.
21. Recommendation of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the Development of Postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine [Electronic resource] / EAPC. Milano. – 2009. – 44 p. – Access mode: <http://www.eapcnet.eu/LincClick.aspx?fileticket=2DHXbM1zaMI%3d>.
22. Recommendation of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine of European Medical Schools [Electronic resource] / Report of the EAPC Steering Group on Medical Education and Training in Palliative Care. – 2013. – 24 p. – Access mode: <http://www.eapcnet.eu/LincClick.aspx?fileticket=S1MI-tuIutQ%3D>.
23. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems/ 10th Revision (ICD-10), WHO [Electronic resource]. – 2003. – Access mode : <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2003/fricd.htm?gz70.htm>.

### Профілактика професійного вигорання при оказанні паліативної і хоспісної допомоги

І.Я. Губенко

Черкаський медичний коледж, г. Черкаси, Україна

Целью работы был анализ ситуации относительно подготовки младших специалистов с медицинским образованием, в частности медицинских сестер, к работе с пациентами на терминальной стадии болезни и рисков развития профессионального

выгорания при предоставлении паллиативной и хосписной помощи (ПХП). Установлено, что в Украине на данном этапе отсутствует целостное видение системы предупреждения профессионального выгорания медицинских специалистов и медицинских сестер в частности. Научно-методическое обеспечение дает возможность обеспечить в Черкасской области подготовку по ПХП медицинских специалистов, как на додипломном, так и на последипломном уровне, и способствовать предупреждению профессионального выгорания при работе с больными на терминальной стадии заболевания. Своевременное выявление и нивелирование у медицинского персонала негативных изменений эмоциональных реакций в профессиональной деятельности уменьшит вероятность оттока квалифицированных специалистов из медицины.

**Ключевые слова:** профессиональное выгорание, паллиативная и хосписная помощь.

### Prevention of professional burnout in palliative and hospice care

I. Hubenko

*Cherkassy Medical College, Cherkassy, Ukraine*

The aim of the work was the analysis of the situation concerning the training of junior specialists with medical education, and nurses in particular, to work with patients in the terminal stage of the disease and the risk of professional burnout in providing palliative and hospice care (PHC). There is no holistic view of prevention of professional burnout of medical specialists and nurses in particular at this stage in Ukraine. Scientific and methodological support makes it possible to carry out PHC training of medical professionals both on undergraduate and postgraduate levels in Cherkassy region, and promote the prevention of professional burnout while working with patients in the terminal stage of the disease. Timely detection and levelling the negative changes of medical personnel in emotional reactions in professional work will reduce the probability of the outflow of qualified specialists from medical sphere.

**Key words:** professional burnout, hospice and palliative care, prevention.

#### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Губенко Інна Яківна – директор Черкаського медичного коледжу. Адреса: м. Черкаси, вул. Хрещатик, 215; тел.: (0472) 37-33-10.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

## НОВОСТИ

### Врачи Института им.Шалимова впервые в Украине выполнили трансплантацию лёгких

Врачи Национального Института хирургии и трансплантологии имени А.Шалимова впервые в Украине выполнили трансплантацию легких 29-летней больной с легочной гипертензией от живых родственных доноров.

Как сообщили в пресс-службе Министерства здравоохранения, донорами трансплантатов (нижних долей легких) выступили отец и мать пациентки.

В общей сложности все этапы операции длились более 26 часов, в проведении операции были задействованы более 50 специалистов института.

«На сегодняшний день состояние реципиента и доноров соответствует времени и тяжести перенесенного оперативного вмешательства», – говорится в сообщении.

В Минздраве напомнили, что трансплантация легких – высокоспециализированный метод лечения больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких, муковисцидозом, идиопатической легочной гипертензией и тому подобное.

В большинстве случаев трансплантируются донорские легкие, изъятые от посмертного донора. Операции по трансплантации легких от живых родственных доноров проводятся в случае отсутствия трупного донорского органа. Они являются сверхсложными и требуют высочайшего хирургического профессионализма и четкой организации всего трансплантационного процесса.

На сегодняшний день в трансплантации легких и органокомплекса сердце-легкие, по данным ведомства, в Украине нуждаются более 1000 больных.

Источник: [med-expert.com.ua](http://med-expert.com.ua)

В.О. Мойсеєнко, Т.Д. Никула, І.О. Дериземля, К.В. Денисайко

## Аспекти викладання етики та деонтології ведення онкологічних хворих у підготовці студентів-медиків

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Київська міська клінічна лікарня № 3, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2016.1(3):36-39; doi 10.15574/IJRP.M.2016.01.36

У роботі висвітлені напрямки покращення якості підготовки студентів-медиків у вищих медичних навчальних закладах шляхом удосконалення теоретичних і практичних напрямів підготовки навчальних програм та впровадження нових форм викладання питань паліативної і хоспісної терапії хворим з онкопатологією. До методів теоретичного плану віднесено використання в навчальному процесі сучасних інформаційних технологій, застосування мультимедійних систем; підготовка студентами доповідей, проведено ділових ігор. Це надає змогу змодельювати поведінку лікаря в конкретній ситуації, формує у студентів навички прийому певних рішень відповідно до поставленої мети та визначених цілей у реальному навчальному процесі. Практичні напрями передбачають реалізацію теоретичних знань на ниві практичної діяльності в спеціалізованих відділеннях, лікарнях, хоспісах.

**Ключові слова:** викладання, навчання, хоспісна та паліативна допомога.

Нас троє — ти, хвороба і я. Якщо ти будеш з хворобою, вас буде двоє, і я залишусь один – ви мене переможете. Якщо ти будеш зі мною, нас буде двоє, хвороба буде одна – ми її переможемо.

*Абуль Фарадж (Сірія, XIII ст.)*

### Вступ

У нових умовах праці лікаря по-новому прозвучало запитання: чи кожній людині, яка хоче стати лікарем, це під силу? У чому суть покликання лікаря? Хто може стати лікарем? Чи існують критерії придатності до лікарської професії? Чи вистачить сил і знань у наданні паліативної та хоспісної терапії хворим з онкопатологією? На етапі здобуття вищої освіти у програмі підготовки студентів-медиків передбачений елективний курс (курс за власним вибором) «Роль, зміст та завдання медичної деонтології на сучасному етапі розвитку суспільства», який включає сім лекцій та вісім практичних занять. Після закінчення цього курсу студенти складають підсумковий модульний контроль, який передбачає для контролю теоретичної підготовки вирішення тестів, для контролю практичної підготовки – конкретних ситуацій-

них задач. Аналіз медико-деонтологічних проблем повинен опиратися на фундаментальні положення етики. Уявлення про лікарський обов'язок, про те, як повинні будуватися взаємини лікаря й хворого, ґрунтуються на принципах загальнолюдської моралі та водночас багато в чому відбивають особливості конкретної історичної епохи й суспільства [1-2].

**Мета** – покращити якість підготовки студентів-медиків вищих медичних навчальних закладів шляхом удосконалення навчальних програм та впровадження нових форм викладання питань надання паліативної і хоспісної допомоги хворим з онкопатологією.

**Завдання та методи** дослідження – удосконалити теоретичні та практичні напрями підготовки студентів-медиків шляхом впровадження нових форм, методів, заходів проведення занять (наприклад, проведення їх у формі обговорень, дискусій,

дебатів, ділових ігор тощо); провести статистичний аналіз успішності початкового, проміжного та кінцевого рівнів знань студентів.

### Результати дослідження та їх обговорення

Медична деонтологія – наука про обов’язок, принципи поведінки тих, кому суспільство, окремі його члени, довірили охороняти своє здоров’я. У поняття «медична деонтологія» вкладають різний зміст. Вважаємо правильною позицію тих авторів, які у рамках цього поняття розглядають як моральні принципи, так і деякі вузькопрофесійні аспекти діяльності медичного персоналу з метою максимального підвищення ефективності лікувально-профілактичної роботи. Саме з цих позицій складено програму підготовки слухачів елективного курсу, яка передбачає визначення, статус та правове забезпечення медичної етики та деонтології у сучасному суспільстві; етапи становлення медичної деонтології у різні часи; відображення основних деонтологічних принципів у роботах відомих митців; основні моделі взаємовідносин у системі «лікар–хворий»; причини виникнення ятрогенних захворювань та шляхи їх уникнення; дотримання лікарської таємниці; моральні та правові аспекти встановлення наявності лікарської помилки, моральну та правову відповідальність лікаря.

З досвіду авторів, велику увагу студентів привертає лекція «Проблеми деонтології та лікарської етики в різних царинах професійної діяльності лікаря», зокрема питання лікарської деонтології в онкологічній практиці, які займають особливе місце в загальній терапевтичній практиці. Це пов’язано з тим, що при онкологічних захворюваннях самозцілення практично не буває, і одужання хворого цілком залежить від компетенції лікаря. Актуальність деонтологічних питань в онкології зумовлена наявністю страху населення перед злоякісними пухлинами, особливо поширена думка про безперспективність лікування, у більшості випадків навіть на початкових стадіях захворювання лікар не може бути впевнений у повномувилікуванні пацієнта. До питань деонтології належить також правильне спілкування з родичами пацієнтів, організація роботи медичного колективу, правильний вибір оптимальних методів лікування, захист хворого від ненаукових способів лікування, що відволікають від необхідного лікування і часом завдають непоправної шкоди.

В успішному вирішенні даної проблеми провідна роль належить лікарю-онкологу, його особистості, професійній обізнаності. В онкологічній

клініці знаходяться здебільшого хворі з важкою недугою. Працюючи з ними і віддаючи належне методам діагностики та лікування, онколог не вправі забувати гуманну сутність лікарської професії. Слово лікаря, котрий є авторитетом для хворого, має дуже велике значення. Водночас висловлений у присутності пацієнта сумнів, невпевненість інтонації, розгубленість можуть завдати шкоди його взаєминам з лікуючим лікарем.

Для того, щоб створити умови для дотримання правил деонтології, побудови найсприятливіших взаємин з хворими, лікарі і середні медичні працівники повинні чітко уявляти весь комплекс переживань хворого, пов’язаних з хворобою. Звичайно, крім власне переживань, тобто емоційних порушень, у кожного хворого є також певні уявлення про хворобу, різні думки – судження і висновки, пов’язані з нею. Крім того, хворому притаманні й такі психологічні процеси, як боротьба мотивів, прийняття рішення, прагнення до певної мети, тобто явища, що належать до вольової сфери. Адекватне ставлення до свого захворювання (здоров’я) – це визнання пацієнтом факту захворювання (рівня здоров’я) із урахуванням медичного висновку, співпраця пацієнта з лікарем і медичною сестрою.

У сучасному законодавстві закріплено право хворого на інформацію щодо свого діагнозу. І якщо людина однаково незабаром помре, то виникає моральна проблема, що краще: цинічно сказати людині правду про її здоров’я й позбавити останньої надії або обрати «неправду заради порятунку» і помилковій надії. Результати соціологічних досліджень у розвинених країнах показують, що населення найбільше боїться онкологічних захворювань. У людей укоренилося уявлення про рак як про фатальну хворобу. Але прогрес онкологічної науки дозволяє вже зараз домогтися видужання значної кількості хворих, у той час як 40 років тому вдавалося допомогти одному хворому з п’яти. Сьогодні онкологи знають, при яких пухлинах можна повністювилікувати хворого, при яких – значно збільшити тривалість і поліпшити якість життя. Настав період обережного оптимізму, з науковим та індивідуальним підходом до лікування кожного хворого. Ці та інші знання вимагають удосконалення теоретичних і практичних напрямів удосконалення навчального процесу підготовки майбутніх лікарів.

Теоретичні напрями удосконалення навчального процесу підготовки фахівців медичних спеціальностей передбачають наповнення стандартних форм занять цікавими фактами, статистикою, прикладами діяльності організацій, які надають паліативну і (або) хоспісну допомогу.

Практичні напрями передбачають реалізацію теоретичних знань на ниві практичної діяльності спеціалізованих відділень, лікарень, реальних управлінських ситуаціях тощо.

До методів теоретичного плану віднесено такі: застосування мультимедійних проекторів для проведення лекційних занять, що сприятиме більшій наочності викладеного матеріалу (особливо доцільно використовувати для пояснень, класифікацій, морфологічних зображень, гістологічних зрізів тощо); використання в навчальному процесі сучасних інформаційних технологій, що обумовлено активним зростання ролі інформатизації на всіх рівнях управління організацією; наповнення навчального матеріалу цікавими та актуальними для студентів фактами у контексті досліджуваної теми; підготовка студентами доповідей на цікаві та обрані ними теми з наведенням прикладів роботи реальних вітчизняних та зарубіжних установ, лікарень чи підтвердженням розповіді статистичними даними; проведення пар у формі ділових ігор. Це надає змогу змоделювати реальну картину діяльності лікаря в конкретній ситуації; формує у студентів навички оцінювання альтернативних варіантів; навички прийому певних рішень відповідно до поставленої мети та визначених цілей у реальному навчальному процесі; заохочує студен-

тів до обговорень, дискусій, проведення дебатів, що сприятиме вмінню працювати в команді та розвитку комунікативних вмінь, розробки та впровадження ефективної системи стимулювання роботи студентів.

До напрямів практичного плану належать: залучення студентів до проходження виробничої практики в хоспісах. Це сприятиме отриманню не тільки теоретичних, але й практичних навичок роботи; дослідження основних сфер діяльності паліативних та хоспісних закладів організації та напрямів удосконалення їх господарського механізму; запрошення на лекційні, семінарські чи практичні заняття фахівців певної галузі, наприклад, відомих онкологів-педіатрів, гематологів, які особисто розповідатимуть та відповідатимуть на питання щодо їхньої роботи.

### Висновки

Проведений аналіз різноманітних підходів до вдосконалення вивчення дисциплін у вищих навчальних закладах показує, що є чимало методик проведення занять, які суттєво стимулюватимуть студентів до результативного навчання, а в подальшому і до роботи, тим самим підвищуючи її якість.

### Література

1. Давыдов М. И. Онкология: учебник / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 920 с.
2. Підручник з лікарської етики / за ред. Л.А. Пирого. – БФ : Третє тисячоліття, 2009. – 50 с.

### Аспекты преподавания этики и деонтологии при подготовке студентов-медиков к работе с онкологическими больными

**В.А. Мойсеенко, Т.Д. Никула, И.А. Дериземля, К.В. Денисайко**

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина  
Киевская городская клиническая больница № 3, Украина*

В работе освещены направления улучшения качества подготовки студентов-медиков в высших медицинских учебных заведениях путем совершенствования теоретических и практических направлений подготовки учебных программ и внедрения новых форм преподавания вопросов паллиативной и хосписной терапии больным с онкопатологией. К методам теоретического плана отнесены использование в учебном процессе современных информационных технологий, мультимедийных систем; подготовка студентами докладов, проведение деловых игр. Это дает возможность смоделировать поведение врача в конкретной ситуации, формирует у студентов навыки приема определенных решений в соответствии с поставленной целью и определенными задачами в реальном учебном процессе. Практическое направление предусматривает реализацию теоретических знаний на ниве практической деятельности в специализированных отделениях, больницах, хосписах.

**Ключевые слова:** преподавание, учеба, хосписная и паллиативная помощь.



## Aspects of teaching medical students ethics and oncological deontology

V.O. Moysayenko, T.D. Nykula, I.O. Deryzemlya, K.V. Denysayko

A.A. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Kyiv City Clinical Hospital № 3, Ukraine

The paper highlights ways to improve the quality of training of medical students from higher medical educational institutions by improving the theoretical and practical areas of curriculum development and implementation of new forms of teaching the issues of palliative and hospice care of cancer patients. The theoretical level methods include using modern information technologies, multimedia systems, student reports and business games in the educational process. This makes it possible to simulate the real picture of the activities of a doctor in a particular situation; forming students' skills of taking certain decisions in accordance with the intended purpose and specific objectives in real educational process. Practice areas include the implementation of theoretical knowledge in the field of practical work in specialized departments, hospitals, hospices.

**Key words:** teaching, education, hospice and palliative care.

### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

**Мойсеєнко Валентина Олексіївна** – д.мед.н., проф. каф. пропедевтики внутрішньої медицини № 2 НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, вул. П. Запорожця, 26. Тел. (044) 540-96-55.

**Нікула Тарас Денисович** – д.мед.н., проф. каф. пропедевтики внутрішньої медицини № 2 НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, вул. П. Запорожця, 26. Тел. (044) 540-96-55.

**Дериземля І.О.** – Київська міська клінічна лікарня № 3. Адреса: м. Київ, вул. П. Запорожця, 26. Тел. (044) 540-96-55.

**Денисайко К.В.** – Київська міська клінічна лікарня № 3. Адреса: м. Київ, вул. П. Запорожця, 26. Тел. (044) 540-96-55.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

## НОВОСТИ

### Разработаны гибридные молекулы, разрушающие рак изнутри

Ученые Нью-Йоркского университета и Инженерной школы Тандон разработали гибридную молекулу, которая выполняет функции «транспортного контейнера» и может поставлять компоненты химиопрепаратов непосредственно к молочной железе во время лечения рака.

Белок-полимер с наночастицами золота может «захватывать» активные компоненты химиотерапевтических препаратов и доставлять их напрямую к злокачественным клеткам. После чего активный компонент разрушает злокачественные клетки, а пациент испытывает минимальный ущерб.

По словам авторов эксперимента, подобные молекулы довольно легко синтезировать. Впервые гибридная молекула была разработана Джин Ким Монтклер — доцентом кафедры химической и биомолекулярной инженерии Нью-Йоркского университета в сотрудничестве с доцентами кафедры биологии Бруклинского колледжа. Как утверждают ученые, белковые полимеры обладают уникальной способностью к самосборке, а также проявляют способность инкапсулировать малые молекулы.

Источник: med-expert.com.ua

Л.Н. Иванова, К.К. Налапко, Е.А. Холина, Ю.В. Сидоренко,  
Т.В. Сысойкина, Е.В. Пиличева

## Изменения вариабельности сердечного ритма у медицинских работников хосписа с синдромом эмоционального выгорания

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Украина

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2016.1(3):40-44; doi 10.15574/IJRP.M.2016.01.40

Исследована информативность показателей вариабельности сердечного ритма для оценки вегетативной дисфункции у медицинских работников хосписа с синдромом эмоционального выгорания. Наиболее информативными параметрами вариабельности сердечного ритма явились индекс напряжения (ИН), активность высших надсегментарных центров вегетативной регуляции (VLF), активность симпатических модуляторов (LF), симпатовагусный баланс (LF/HF) и показатель активности регуляторных систем (ПАРС).

*Ключевые слова:* хоспис, синдром эмоционального выгорания, вариабельность сердечного ритма.

### Введение

Хоспис и паллиативная помощь предназначены для медицинской, психологической, социальной заботы о людях, находящихся на последней стадии заболевания, чтобы сделать их жизнь настолько полноценной, насколько это возможно. «Мы не можем добавить дни к вашей жизни, но мы можем добавить жизнь вашим дням», – эти слова принадлежат Сесилии Сандерс, создавшей в 1967 году в Великобритании первый хоспис. Профессиональная деятельность медицинских работников в хосписах предполагает наличие значительного количества факторов, приводящих к стрессу, понятие о котором было введено канадским физиологом Г. Селье (1936). В последнее время к стрессовым факторам работников хосписа можно отнести не только постоянное общение с неизлечимыми больными, но и пребывание в зоне АТО. Стрессовые ситуации у медицинских работников хосписа – это обычное, часто возникающее, явление, которое может приводить к эмоциональному выгоранию, понятие о котором впервые появилось в зарубежной психологии в конце 20-го века [15, 19, 22-28, 35-37, 39].

Медицинских работников первоначально относили к лицам, потенциально подверженным «выгоранию». Их «выгорание» объяснялось специфическими особенностями «помогающих профес-

сий». Круглосуточный режим работы, ожидание осложнений в состоянии больных, контакт с умирающими пациентами, когда медицинский работник не видит положительных результатов своих усилий и ощущает собственное бессилие, требуют высокой функциональной активности и могут быть квалифицированы как патогенные профессиональные факторы. В формировании синдрома эмоционального выгорания важную роль играют функциональные нарушения вегетативной нервной системы (ВНС), которые возможно выявить при анализе вариабельности сердечного ритма (ВРС) [1-5, 8, 12-14, 29-34, 38].

**Целью** нашего исследования было изучение показателей вариабельности сердечного ритма у медицинских работников хосписа.

### Материалы и методы

Нами было обследовано 37 медработников хосписа в возрасте от 23 до 55 лет. Методика регистрации и компьютерного анализа ВРС выполнялась в соответствии с рекомендациями рабочей группы Европейского общества кардиостимуляции и электрофизиологии [6, 7, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 20, 21] и Р.М. Баевского [9].

Функциональное состояние ВНС изучали по временным и частотным показателям ВРС, которые

регіструвались в стані фізіологічного спокою і при виконанні активної ортостатическої проби (АОП). Оцінювали наступні показателі: SDNN (мс) – квадратний корінь дисперсії стандартного відхилення всіх NN інтервалів; RMSSD (мс) – квадратний корінь середнього значення квадратів різниці послідовних NN інтервалів; рNN50 (%) – відношення інтервалів NN, що відрізняються від сусідніх більш ніж на 50 мс к загальному числу інтервалів NN. RMSSD і рNN50 (%) відображають вплив парасимпатического звена ВНС; Мо (мс) – мода, значення тривалості кардіоінтервалів, найбільш часто зустрічаються в даному динамічному ряду; АМо (%) – амплітуда моди, число значень кардіоінтервалів, рівних Мо в процентах к об'єму вибірки, є показателем активності симпатического звена регуляції; ІН (у.е.) – індекс напруження, запропонований Р.М. Баєвським, відображає перехід регуляції серцевого ритму від периферических к центральним нервним структурам. Серед спектральних показателів визначались: VLF – активність вищих надсегментарних центрів вегетативної регуляції і гуморальних факторів; LF – активність симпатических модуляторів; HF – показателі, пов'язані з вагусним впливом. Дані показателі представлені в абсолютному (мс) і відсотковому (%) вигляді. Також оцінювали TP – загальну потужність спектра і показателі LF/HF, що відображають симпатовагусний баланс. Розраховували показателі активності регуляторних систем (ПАРС) за Р.М. Баєвським, що дозволяло виявити активацію симпатического звена ВНС, яку розглядають як неспецифічний компонент загальної адаптаційної реакції в відповідь на різні стресорні впливи.

Статистическу обробку отриманих результатів виконували за допомогою пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 97, Microsoft Excel, Stadia 6.1 / prof і Statistica.

## Результати дослідження і їх обговорення

У 25,4% (контрольна група) досліджуваних працівників хоспісу аналіз ВСР не виявив відхилень від нормальних показателів [2], у 74,6% (основна група) спостерігали особливості вегетативного регулювання. Так, в спокої у досліджуваних достовірно відрізнялись показателі АМо, що характеризують симпатическе вплив (42,9±3,5 в основній групі і 34,8±2,7 в контрольній групі;  $p < 0,05$ ), і ІН (відповідно 214,89±24,7 і 135,9±16,9;  $p < 0,01$ ). Результати спектрального аналізу ВСР дозволили визначити статистически

значиме зменшення симпатическої і парасимпатическої складової спектра порівняно з контрольною групою: HF зменшався на 47,8%, LF – на 25,1% відносно аналогічних показателів контрольної групи ( $p < 0,05$ ). Крім зменшення абсолютних показателів, достовірно меншими були і відносні показателі LF% і HF% порівняно з контрольною групою. Так, LF в основній групі становив 32,1%, в контрольній групі – 37,8% ( $p < 0,05$ ); HF – 16,8% і 27,9% ( $p < 0,01$ ) відповідно. В той же час в основній групі збільшувалася внесок гуморально-метаболических впливів (VLF –52,7%±2,5 і 32,6%±3,2 відповідно;  $p < 0,01$ ). Спостерігали більш значиме зменшення потужності HF-хвиль і збільшення на цьому фоні симпатических впливів порівняно з контрольною групою, що обумовило зміщення показателя LF/HF в бік симпатикотонії (2,1±0,1 і -1,40±0,2;  $p < 0,05$  відповідно).

У умовах АОП у пацієнтів контрольної групи і в основній групі відзначалися достовірні зміни більшості частотних і спектральних показателів, але динаміка змін показателів ВСР в основній групі була достовірно нижче, ніж в контрольній групі. В основній групі показателі рNN50 знизився з 18,18±2,0 до 10,01±1,5, тобто в 1,8 рази, в контрольній групі – з 22,04±3,1 до 3,0±0,79, тобто в 7,3 рази. Показателі RMSSD в основній групі становив 28,99±2,2 в спокої і 25,05±1,7 після АОП, тобто знизився в 1,15 рази, у пацієнтів контрольної групи – відповідно з 35,7±2,5 в спокої до 17,8±2,2 після АОП, тобто в два рази. В той же час ІН при АОП в основній групі збільшився в 2,18 рази (ІН фон 214,4±25,3; ІН орто = 464±40,1), а у пацієнтів контрольної групи – в 1,46 рази (ІН фон -134,3±17,3, ІН орто-196 ±26,9). Встановлена динаміка показателя ІН при виконанні АОП в основній групі вказує на збільшення активації центрального контура регуляції функцій.

Спектральний аналіз ВСР при АОП показав, що на фоні переважаючої активності надсегментарного відділу ВНС (VLF і VLF%), активність якого достовірно не змінилася у пацієнтів обох груп, відзначалися недостатня активація симпатического звена ВНС (LF, LF%) і відсутність статистически достовірної тенденції к зменшенню парасимпатических впливів (HF, HF%). В основній групі внесок симпатического звена (LF% з 29,9±2,0% до 37,3±2,0% і з 38,1±2,7% до 48,6±3,1%,  $p < 0,05$ ) збільшився менше (7,2%), ніж в контрольній групі (10,5%). Відносний внесок парасимпатических впливів (HF) в основній групі зменшився в середньому на 3,4% ( $p < 0,05$ ) порівняно з 14,2% у пацієнтів контрольної групи

( $p < 0,01$ ); в то же время динамика изменений LF/HF была менее значительной (увеличение в 1,3 и в 2,6 раза соответственно).

Сопоставление ПАРС у пациентов показало, что в среднем его значение в основной группе было достоверно выше и равнялось  $6,9 \pm 0,8$  балла, то есть наблюдалось перенапряжение регуляторных систем и недостаточность адаптационных механизмов. У пациентов контрольной группы ПАРС составил  $3,7 \pm 0,5$  балла, что соответствует удовлетворительной адаптации с умеренным функциональным напряжением регуляторных систем.

Таким образом, относительная депрессия вегетативной регуляции у пациентов основной группы в определенной степени объясняет причины снижения адаптационных возможностей организма к воздействию стрессовых факторов: процессы

регуляции изменены и осуществляются за счет нервных влияний с чрезмерной централизацией управления ритмом сердца и слабостью автономизации.

### Выводы

1. У медицинских работников хосписа с синдромом эмоционального выгорания определены наиболее информативные показатели ВСР, характеризующие вегетативную дисфункцию, – ИН, VLF, LF, LF/HF, изменявшиеся в большей мере под влиянием активной ортостатической пробы.

2. В дальнейшем планируется исследование по оценке состояния иммунной системы у медицинских работников хосписа с синдромом эмоционального выгорания.

### Литература

1. Аболин Л. М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека / Л. М. Аболин. – Казань : Изд-во Казанского университета, 1987. – 261 с.
2. Абрамова Г. С. Психология в медицине / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдчиц. – Москва : Наука, 1998. – 244 с.
3. Абрумова А. Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика / А. Г. Абрумова // Психологический журнал. – 1985. – Т. 6, № 6. – С. 107–115.
4. Авхименко М. М. Некоторые факторы риска труда медика / М. М. Авхименко // Медицинская помощь. – 2003. – № 2. – С. 25–29.
5. Акиндинова И. А. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности педагога: проявления и профилактика / И. А. Акиндинова, А. А. Баканова // Педагогические вести. – 2003. – № 5. – С. 34.
6. Ананьев Б. А. Введение в психологию здоровья / Б. А. Ананьев. – Санкт-Петербург : Питер, 1999. – 123 с.
7. Афанаскина М. С. Формирование у медицинской сестры клинического мышления / М. С. Афанаскина // Медицинская сестра. – 2001. – № 6. – С. 34.
8. Анциферова Л. И. Условия деформации личности / Л. И. Анциферова // Новые исследования. – Москва : Наука, 1998. – С. 32–38.
9. Баевский Р. М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний / Р. М., Баевский, А. П. Берсенева. – Москва : Медицина, 1997. – 235 с.
10. Барабанова М. В. Изучение психологического содержания синдрома выгорания / М. В. Барабанова // Вестник Московского ун-та. – 1995. – № 1. – С. 54. – (Серия 14. «Психология»).
11. Белов В. М. Психология здоровья / В. М. Белов. – Санкт-Петербург : Алетейя, 1997. – 231 с.
12. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В. В. Бойко. – СПб. Санкт-Петербург : Питер, 1999. – 105 с.
13. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других / В. В. Бойко. – Москва : Наука, 1996. – 154 с.
14. Винокур В. Профессиональный стресс губит врача / В. Винокур, М. Розанова // Медицина Санкт-Петербурга. – 1997. – № 11. – С. 28.
15. Водопьянова Н. Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях / Н. Е. Водопьянова // Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. – Санкт-Петербург : Изд-во СПбГУ, 2000. – С. 443–463.
16. Водопьянова Н. Е. Психическое выгорание / Н. Е. Водопьянова // Стоматолог. – 2002. – № 7. – С. 12.
17. Захаров С. Синдром выгорания у врачей стигма профессионализма или расплата за сочувствие? / С. Захаров // Интернет: #«justify»>. Заховаева А.Г. Основные проблемы философии сестринского дела / А.Г. Заховаева // Сестринское дело. - М.: Медицинский вестник, 2003. - №2. - С. 28–29.
18. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин. – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 512 с.
19. Ильин Е. П. Эмоции и чувства / Е. П. Ильин. – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 752 с.

20. Исследование личности по методу Р. Кеттелла. Кабинет практического психолога. Практическое пособие / сост. Г. П. Горбунова, Н. И. Морозова, Т. Е. Аргентова. – Кемерово : Кузбассвузиздат, 1997. – 108 с.
21. Караванов Г. Индивидуально-психологические особенности личности врача-хирурга / Г. Караванов, В. Коршунова. – Львов : Вища Школа, 1974. – 84 с.
22. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. – Прага : Авиценум, 1974. – 405 с.
23. Косарев В. В. Профессиональная заболеваемость медицинских работников Самарской области / В. В. Косарев, Г. Ф. Васюкова // Гигиена и санитария. – 2004. – № 3. – С. 27–38.
24. Крон Т. Помощь находящимся в кризисном состоянии / Т. Крон // Интернет: #«justify»>. Лешукова Е. Синдром сгорания. Защитные механизмы. Меры профилактики / Е. Лешукова // Интернет: #«justify»>. Никифоров Г.С. Психология здоровья/Г.С. Никифоров. - СПб.: Речь, 2002. -256 с.
25. Михайлов В. М. Вариабельность ритма сердца. Опыт практического применения метода / В. М. Михайлов. – Иваново, 2000. – 200 с.
26. Орел В. Е. Феномен выгорания в зарубежной психологии. Эмпирическое исследование / В. Е. Орел // Психологический журнал. – 2001. – Т. 20, № 1. – С. 16–21.
27. Очерки поведенческой психологии здоровья. Аргументы, факты, тесты: научно-методическое пособие / под ред. Н. А. Барабаш. – Кемерово : Изд-во Кемеровской государственной медицинской академии, 1995. – 245 с.
28. Пасько Е. Н. Функция внешнего дыхания и вариабельность сердечного ритма с учетом степени тяжести и давности бронхиальной астмы / Е. Н. Пасько, Н. И. Яблчанский // Вісн. Харк. Нац. Ун-ту. – 2004. – № 639. – С. 70–74.
29. Полунина Н. В. Инновационная деятельность лечебно-профилактических учреждений, её эффективность и влияние на состояние здоровья врачей / Н. В. Полунина, Е. И. Нестеренко, В. В. Мадьянова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 4. – С. 3–8.
30. Психологические тесты : в 2-х т. / под ред. А. А. Карелина. – Т. 1. – Москва : ВЛАДОС, 2003. – 312 с.
31. Реан А. А. Факторы стрессоустойчивости учителей / А. А. Реан, А. А. Баранов // Вопросы психологии. – 1997. – № 1. – С. 45–53.
32. Ронгинская Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т. И. Ронгинская // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23, № 3.
33. Сандомирский М. Е. Выгорание – профессиональная болезнь фармацевта? / М. Е. Сандомирский // Интернет: #«justify»>. Сергеева А. Синдром эмоционального сгорания/А. Сергеева // Интернет: <http://www.tsale.ru/index.htm>
34. Семенова Н.Д. Балинтовские группы для врачей, работающих с умирающими пациентами /Н.Д. Семёнова // Интернет: #«justify»>. Трунов Д. Синдром сгорания: позитивный подход к проблеме/Д. Трунов // Журнал практического психолога. – М.: Издательство МГУ, 1998. – №8. – С. 84–89.
35. Труфакин С. В. Особенности механизмов вегетативной регуляции при психосоматических заболеваниях: бронхиальная астма и ревматоидный артрит / С. В. Труфакин, Р. Г. Валувев, Л. И. Афтанас // Бюллетень СО РАМН, 2005. – № 4 (118). – С. 53–58.
36. Ушаков И. Б. Адаптационный потенциал человека / И. Б. Ушаков, О. Г. Сорокин // Вестник Государственной академии медицинских наук. – 2004. – № 3. – С. 8–13.
37. Фёдорова Т. Г. Социологическое исследование особенностей трудовой деятельности врачей северо-западного региона России / Т. Г. Фёдорова, А. С. Нехорошев, Г. Н. Котова // Гигиена и санитария. – 2003. – № 3. – С. 24–27.
38. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – Москва : Изд-во Института психотерапии, 2002. – 490 с.
39. Heart rate variability: Standards of measurement, physiological interpretation and clinical use. Task Force of European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology // Circulation. –2000. – Vol. 103, № 5. – P 1043–1065.

### Зміни варіабельності серцевого ритму у медичних працівників хоспісу із синдромом емоційного вигорання

Л.М. Іванова, К.К. Налапко, О.А. Холіна, Т.В. Сисойкіна, О.В. Пілієва

ДУ «Луганський державний медичний університет», Україна

Досліджено інформативність показників варіабельності серцевого ритму для оцінки вегетативної дисфункції у медичних працівників хоспісу із синдромом емоційного вигорання. Найбільш інформативними параметрами варіабельності серцевого ритму виявилися індекс напруги (ІН), активність вищих надсегментарних центрів вегетативної регуляції (УНЧ), активність симпатичних модуляторів (LF), сімпатовагусний баланс (НЧ/ВЧ) і показник активності регуляторних систем (ПАРС).

**Ключові слова:** хоспіс, синдром емоційного вигорання, варіабельність серцевого ритму.

### Changes in heart rate variability in the hospice at medical workers with emotional burning syndrome

L.N. Ivanova, K.K. Nalapko, Ye.A. Cholina, T.V. Sysoikina, E.V. Piliieva

SI Lugansk State Medical University, Ukraine

We studied the informative value of heart rate variability to assess autonomic dysfunction in the hospice medical workers with burnout. The most informative parameters of heart rate variability were tension index (TI), the activity of the higher centers of autonomic regulation of suprasedgmental (VLF), the activity of the sympathetic modulators (LF), sympatic-vagus balance (LF / HF) and the index of activity of regulatory systems (IARS).

**Key words:** Hospice, burnout syndrome, heart rate variability.

#### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

**Іванова Л.Н.** – ДЗ «Луганський державний медичний університет». Адреса: м. Рубіжне, вул. Будівельників, 32.

**Налапко К.К.** – ДЗ «Луганський державний медичний університет». Адреса: м. Рубіжне, вул. Будівельників, 32.

**Холіна О.А.** – ДЗ «Луганський державний медичний університет». Адреса: м. Рубіжне, вул. Будівельників, 32.

**Сидоренко Ю.В.** – ДЗ «Луганський державний медичний університет». Адреса: м. Рубіжне, вул. Будівельників, 32.

**Сисойкіна Т.В.** – ДЗ «Луганський державний медичний університет». Адреса: м. Рубіжне, вул. Будівельників, 32.

**Пілієва О.В.** – ДЗ «Луганський державний медичний університет». Адреса: м. Рубіжне, вул. Будівельників, 32.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

## НОВОСТИ

### Остеопороз можно излечить – ученые на пороге открытия

Исследование ученых Университета Западной Австралии может привести к изобретению эффективного средства лечения остеопороза – заболевания, вызванного возрастной потерей костной массы у пожилых людей.

Остеопороз является распространенным заболеванием, при котором кости становятся хрупкими, что приводит к более высокому риску переломов, чем при нормальной костной ткани. Это происходит из-за того, что костная ткань теряет кальций быстрее, чем организм может его синтезировать.

Изучив два типа клеток – остеокласты, разрушающие кость и остеобласты, способствующие нарастанию костной массы, исследователи пришли к выводу, что эти клетки могут взаимодействовать между собой, вырабатывая белок, а затем связывая его с рецепторами другой клетки. Так костная ткань восстанавливается.

Оказывается, остеокласты могут посылать «сообщения» остеобластам, чтобы те ингибировали рост костей. Если ученые смогут найти способ управлять этим процессом, можно управлять и ростом костной ткани, следовательно, эффективно лечить остеопороз.

Источник: med-expert.com.ua

Л.П. Бразалій

# Професійна підготовка медичних сестер з питань надання паліативної і хоспісної допомоги у Черкаському медичному коледжі

*Черкаський медичний коледж, м. Черкаси, Україна*

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2016.1(3):45-48; doi 10.15574/IJRP.2016.01.45

Черкаський медичний коледж має потужний кадровий потенціал та досвід підготовки фахівців з паліативної та хоспісної допомоги на додипломному та післядипломному рівнях. Участь викладачів у Першому національному конгресі з паліативної допомоги, фахових науково-практичних конференціях та інших тематичних заходах, створення авторських навчальних програм, затверджених на державному рівні, сприяють ефективній підготовці кадрів, які володіють комплексом необхідних знань та навичок з паліативної та хоспісної допомоги.

*Ключові слова:* паліативна допомога, медичні сестри, освіта, викладачі, коледж, пацієнти.

## Вступ

Освіта медичних сестер є одним із пріоритетних напрямків стратегії успішного розвитку паліативної допомоги як галузі охорони здоров'я. Адже за належного навчання медичні сестри зможуть відігравати ключову роль у наданні паліативного догляду пацієнтам та їхнім родинам у хоспісах чи відділеннях паліативного догляду, де паліативний догляд перетворюється на базовий, невід'ємний компонент комплексного догляду за пацієнтами, які його потребують. Так, ще у 1989 р. експерти ВООЗ рекомендували включити основні положення паліативної медицини та основні принципи лікування хронічного больового синдрому в загальні програми навчання всіх спеціалістів охорони здоров'я; проводити післядипломне навчання медичних працівників з питань паліативної допомоги [10].

Для Черкаської області залишається гострою проблема підготовки медичних сестер з питань паліативної та хоспісної допомоги. Тому з метою приведення паліативної допомоги у Черкаському регіоні у відповідність до найкращих світових практик та поліпшення якості освіти медичних сестер у галузі здійснення медсестринського процесу в паліативній медицині, у Черкаському медичному коледжі відбуваються зміни в організації навчального

процесу медичних сестер на додипломному та післядипломному рівнях, створюється відповідне навчально-методичного забезпечення.

## Матеріали і методи

Викладачі Черкаського медичного коледжу своїм основним завданням вбачають підготовку кваліфікованих фахівців у галузі паліативної та хоспісної допомоги на додипломному та післядипломному рівнях шляхом використання світових, вітчизняних та авторських науково-методичних, навчально-методичних ресурсів та інформаційно-аналітичного методу дослідження.

## Результати дослідження та їх обговорення

Паліативна допомога як складова національної системи охорони здоров'я в Україні повинна впроваджуватися на рівнях первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, що забезпечуватиме вчасне виявлення пацієнтів, які потребують паліативної допомоги, та її надання на найбільш ранніх етапах. Відповідно до «Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року», сьогодні одним з нагальних питань розвитку національної системи паліативної

та хоспісної допомоги є створення та розвиток системи підвищення кваліфікації та перепідготовки медичних та соціальних працівників, що виявили бажання працювати у системі надання паліативної та хоспісної допомоги, та удосконалення навчально-методичної бази до- та післядипломної підготовки фахівців, зокрема навчальних програм, навчальних посібників, рекомендацій тощо [11].

У багатьох країнах підготовка кадрів для медичних закладів, у тому числі і паліативної та хоспісної допомоги, проводиться на трьох рівнях:

- базовий рівень – для підготовки усіх медичних працівників;
- середній рівень – для підвищення кваліфікації медиків різних спеціальностей з питань паліативної допомоги, які продовжують роботу за наявною спеціальністю;
- вищий (спеціалізований) рівень – для тих, хто хоче отримати спеціалізацію і працювати в галузі паліативної та хоспісної допомоги [6].

Для підготовки спеціалістів (викладачів ВМНЗ I–II рівнів акредитації, медичних сестер) у цій галузі медико-соціальної опіки викладачами коледжу розроблено та затверджено на рівні МОЗ України ряд програм та удосконалено викладання даної дисципліни:

- «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі» – програма циклу спеціалізації (для слухачів відділень післядипломної освіти);
- «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі» – програма тематичного удосконалення для медичних сестер первинної медико-санітарної допомоги;
- програма курсів удосконалення викладачів основ медсестринства, де включено розділ «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі»;
- у навчальний план додипломної підготовки бакалаврів медицини включено предмет «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі» та укладена відповідна програма;
- виступили рецензентами навчальної програми «Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині» для вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I–III рівнів акредитації за спеціальністю 5.12010102 «Сестринська справа»;
- до тематичних планів курсів спеціалізації та удосконалення медичних сестер різних рівнів надання медичної допомоги, фельдшерів включені питання спеціальної професійної та психологічної підготовки для роботи з паліативними пацієнтами;
- розроблено методичні рекомендації «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі для організації практичних занять та самостійної

позааудиторної роботи студентів напряму підготовки 6.120101 «Сестринська справа».

Оскільки догляд за пацієнтом, що має невиліковну хворобу та обмежений прогноз життя, є основним із медичних заходів, то колектив викладачів навчального закладу підготував ряд навчальних посібників та підручників, де розглядаються сучасні медико-психологічні методики: І.Я. Губенко та співавт. «Медсестринський догляд за пацієнтом» (2000), «Медсестринський процес» (2001), «Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування» (2013), «Інфекційний контроль у медичних закладах» (2007), «Медсестринський догляд за пацієнтом: Стандарти медсестринських процедур, маніпуляцій та планів догляду і навчання» (2008); О.Т. Шевченко «Психологія кризових станів» (2005) [1–5, 9].

Авторським колективом викладачів коледжу спільно з Державним експертним центром МОЗ України, Асоціацією медичних сестер України, Центральним методичним кабінетом підготовки молодших спеціалістів МОЗ України відповідно до вимог загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу, засад доказової медицини розроблені уніфіковані протоколи медичної сестри, фельдшера, акушерки з догляду за пацієнтом, які введені в дію наказом МОЗ України від 01.06.2013 р. № 460 «Про затвердження протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій» [8].

Відповідно до резолюції Першого Національного Конгресу з паліативної допомоги, викладачі закладу долучилися до наукових досліджень, що стосуються паліативної допомоги. Викладач коледжу Л.В. Білик успішно захистила кандидатську дисертацію на тему: «Формування паліативної компетентності бакалаврів медицини в процесі професійної підготовки».

Задля успішної професійної підготовки медичних сестер з питань надання паліативної і хоспісної допомоги, Черкаський медичний коледж успішно співпрацює з навчальними, науковими, лікувальними та громадськими організаціями.

З 2013 року на базі Черкаського медичного коледжу функціонує найчисельніший в Україні обласний осередок Всеукраїнської громадської організації «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги». Колектив навчального закладу тісно співпрацює з Лігою шляхом участі у проведенні Міжнародних днів паліативної та хоспісної допомоги, науково-практичних конференцій, нарад-семінарів, семінарів тощо. За ініціативи



Ліги було заплановано та проведено на базі нашого навчального закладу 3–4 квітня 2014 року науково-практичну Інтернет-конференцію з міжнародною участю «Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи».

На вимогу спільного наказу Мінсоцполітики та МОЗ України від 23 травня 2014 року № 317/353 «Порядок взаємодії суб'єктів при наданні соціальної послуги паліативного догляду вдома невиліковно хворим» вбачаємо продуктивну співпрацю з Черкаським національним університетом ім. Б. Хмельницького по підготовці фахівців з надання паліативного догляду вдома мультидисциплінарною командою, до складу якої входять працівники соціальної допомоги вдома, психолог, соціальний робітник, медичні працівники закладу охорони здоров'я. Розробка та реалізація інтегрованих навчальних програм дозволить ефективно готувати фахівців ще на додипломному рівні. Як показує міжнародний і вітчизняний досвід, фахівці мультидисциплінарної бригади потребують ґрунтового навчання саме роботі та взаємодії у складі такої бригади.

Результатом дієвої співпраці з НМАПО ім. П.Л. Шупика є проведення на базі Черкаського медичного коледжу спільно з професорсько-викладацьким колективом академії, Державним навчально-методичним геріатричним центром, за участі МФ «Відродження», Міжнародної тренінгової програми ELNES (США) виїзного циклу тематичного удосконалення для викладачів медичних коледжів України «Основи підготовки до проведення навчання з паліативної допомоги» та практикуючих медичних сестер України «Підготовка медсестер до надання паліативної допомоги. Вікові аспекти».

За підтримки МФ «Відродження» спільно з КЗ «Черкаський обласний онкологічний диспансер» ЧОР проведені курси тематичного удосконалення з паліативної та хоспісної допомоги (для медичних сестер первинної медико-санітарної допомоги).

Щорічна активна участь студентів та викладачів коледжу у реалізації Черкаським обласним художнім музеєм тематичних мистецько-соціальних проектів до Міжнародного Дня паліативної та

хоспісної допомоги має на меті привернути увагу громадськості, медичних фахівців, влади до проблеми надання паліативної та хоспісної допомоги у нашому місті та області.

Участь викладачів у Першому національному конгресі з паліативної допомоги, фахових науково-практичних конференціях та інших тематичних заходах сприяє ефективній підготовці кадрів, які володіють повним комплексом необхідних знань та навичок з паліативної та хоспісної допомоги.

Колектив навчального закладу активно долучився до громадського обговорення проекту обласної Програми впровадження системи паліативної допомоги та забезпечення прав пацієнтів з обмеженим прогнозом життя на період 2015–2020 роки, винесеного на розгляд Департаментом охорони здоров'я Черкаської облдержадміністрації. Так, вбачається участь у формуванні ефективної системи підготовки та підвищення кваліфікації медичних та соціальних працівників з питань паліативної допомоги, розробка та впровадження програм підготовки фахівців медичного профілю; узагальнення та поширення кращої практики, обміну досвідом, підготовки та підвищення кваліфікації медичних та соціальних працівників, волонтерів з питань паліативної допомоги, створення сприятливого інформаційного середовища, необхідного для послідовної реалізації програм паліативної та хоспісної допомоги [7].

### Висновки

Таким чином, Черкаський медичний коледж має потужний кадровий потенціал та досвід підготовки фахівців з паліативної та хоспісної допомоги на додипломному та післядипломному рівнях.

Перспективи подальших досліджень полягають у розвитку системи підготовки, спеціалізації та підвищення кваліфікації медичних та соціальних працівників з питань паліативної допомоги в рамках виконання ГСВО шляхом активної участі в реалізації обласної Програми впровадження системи паліативної допомоги та забезпечення прав пацієнтів з обмеженим прогнозом життя на період 2015–2020 років.

### Література

1. Губенко І. Я. *Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування* : підручник / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т. Шевченко. – Київ : ВСВ «Медицина». 2013. – 296 с.
2. *Інфекційний контроль у медичних закладах: навч. посіб.* / за заг. керівництвом І.Я. Губенко. – Черкаси, 2007. – 44 с.
3. *Медсестринський догляд за пацієнтом* / Губенко І. Я., Шевченко О. Т., Бразалій Л. П., Апшай В. Г. – Київ : Здоров'я, 2000. – 248 с.

4. *Медсестринський догляд за пацієнтом: Стандарти медсестринських процедур, маніпуляцій та планів догляду і навчання : навчальний посібник / І. Я. Губенко, О. Т. Шевченко, Л. П. Бразалій, В. Г. Аншай. – Київ : Медицина, 2008. – 304 с.*
5. *Медсестринський процес / Губенко І. Я., Шевченко О. Т., Бразалій Л. П., Аншай В. Г. – Київ : Здоров'я, 2001 – 208 с.*
6. *Надання паліативної допомоги в Україні та професійне вигорання медичного персоналу / Н. М. Величко, В. В. Чайковська // Матеріали II-ї щорічної наук.-практ. конф. [«Соціальна політика щодо тяжкохворих (невиліковних)»] (27 бер. 2013 р., м. Київ). – Київ, 2013. – 60 с.*
7. *Проект обласної Програми розвитку паліативної допомоги на 2015–2020 роки [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zdrav.ch.ua/uk/content/proekt-programy-rozvytku-paliatyvnoyi-dopomogy-na-2015-2020-roky-uhvalyly-na-sesiyi>. – Назва з екрану.*
8. *Протоколи медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом і виконання основних медичних процедур та маніпуляцій / М. К. Хобзей, Т. І. Чернишенко, В. Г. Аншай [та ін.]. – Київ : ВСВ «Медицина», 2013. – 256 с.*
9. *Психологія кризових станів: навчальний посібник / О. Т. Шевченко. – Київ : Здоров'я, 2005. – 120 с.*
10. *Резуненко Ю. К. Проблеми підготовки фахівців з паліативної та хоспісної медицини в вищих медичних навчальних закладах / Ю. К. Резуненко, О. М. Ковальова, Н. А. Сафаргаліна-Корнілова // Матеріали наук.-практ. конф. [«Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку»] (18–19 вер. 2014 р., м. Харків); за ред. д.мед.н. В. М. Князевича, чл.-кор. НАМН України, проф. Ю. І. Губського, доц. А. В. Царенка. – Київ, 2014. – 92 с.*
11. *Стан, проблеми і перспективи впровадження «національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року» / В. М. Князевич, А. В. Царенко, І. В. Яковенко // Матеріали науково-практичної конференції [«Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку»], (18–19 вер. 2014 р., м. Харків); за ред. д.мед.н. В. М. Князевича, чл.-кор. НАМН України, проф. Ю. І. Губського, доц. А. В. Царенка. – Київ, 2014. – 92 с.*

### Професійна підготовка медичних сестер по оказанню паліативної і хоспісної допомоги в Черкаському медичному коледжі

Л.П. Бразалій

Черкаський медичний коледж, г. Черкаси, Україна

Черкаський медичний коледж має потужний кадровий потенціал і досвід у підготовці спеціалістів по паліативній і хоспісній допомозі на додипломному і последипломному рівнях. Участь преподавателів в Першому національному конгресі по паліативній допомозі, спеціалізованих науково-практичних конференціях і інших тематичних заходах, розробка авторських навчальних програм, затверджених на державному рівні, сприяють ефективній підготовці кадрів, володіючих комплексом необхідних знань і навичок по паліативній і хоспісній допомозі.

**Ключові слова:** паліативна допомога, медичні сестри, освіта, преподаватели, коледж, пацієнти.

### Professional training of nurses in palliative and hospice care in Cherkassy Medical College

L.P. Brazaliy

Cherkassy Medical College, Cherkassy, Ukraine

Cherkassy Medical College has a strong human resources and experience in the preparation of specialists in palliative and hospice care in the undergraduate and graduate levels. The participation of lecturers in the First National Congress on palliative care, specialized scientific conferences and other special activities, the development of copyright education programs, approved at the state level, contribute to effective staff training, possessing the necessary body of knowledge and skills in palliative and hospice care.

**Key words:** palliative care, nurses, education, lecturers, college, patients.

---

#### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Бразалій Людмила Павлівна – голова циклової комісії сестринської справи Черкаського медичного коледжу. Адреса: м. Черкаси, вул. Хрещатик, 215; тел. (0472) 35-24-80.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

# Здобутки впровадження та перспективи розвитку дитячої паліативної допомоги на Прикарпатті

<sup>1</sup>ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України

<sup>2</sup>Надвірнянський будинок дитини, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2016.1(3):49-53; doi 10.15574/IJRPM.2016.01.49

З метою вивчення досвіду існуючих організаційних форм паліативної допомоги дітям (на прикладі Надвірнянського будинку дитини) та визначення перспективних напрямів її розвитку було опрацьовано нормативно-правову базу організації паліативної допомоги в Україні, «Звіт лікувально-профілактичного закладу» (ф.№20) Надвірнянського будинку дитини за 2014 р., інформаційно-довідкові матеріали. Перший досвід запровадження паліативної допомоги невиліковно хворим дітям в Івано-Франківській області засвідчив його доцільність і своєчасність. З метою всебічного задоволення потреб невиліковно хворих дітей та їхніх близьких у паліативній допомозі необхідно розбудувувати різні форми її надання та розробити відповідну нормативно-правову базу.

**Ключові слова:** організація медичної допомоги, паліативна допомога дітям, будинок дитини.

## Вступ

Основним завданням паліативної допомоги (ПД) є вирішення складного комплексу фізичних, психосоціальних і духовних проблем невиліковно хворих та їхніх родин [3,6-7]. Зрозуміло, що важкохворі діти становлять особливий контингент, який потребує цього виду медичної допомоги.

За даними міжнародних досліджень, у світі близько семи мільйонів дітей потребують паліативної допомоги [6]. В Україні відповідна потреба складає дві третини від кількості дітей, які помирають через несумісні з життям недуги (хвороби нервової системи, вроджені вади, онкологічні та генетичні захворювання, СНІД тощо), тобто близько 8 тисяч дітей щороку, а на Прикарпатті такої допомоги потребує біля 400 неповнолітніх пацієнтів [1]. Причому прогностично потреба в ПД дітям зростатиме й надалі, оскільки внаслідок переходу на сучасні світові стандарти перинатальної допомоги, з одного боку, вдалося досягти суттєвого зниження показника смертності немовлят, з іншого – зросла захворюваність на важкі хронічні хвороби та інвалідність дітей [2, 4]. Змінилась і структура дитячої захворюваності та смертності внаслідок зростання часток онкологічних недуг,

перинатальної патології, вроджених вад розвитку, хвороб нервової системи та крові, ВІЛ/СНІДу [4].

Попри високу потребу в ПД дітям, в Україні цей вид допомоги знаходиться тільки на стадії формування, майже відсутні належні інституції, нормативна база, відповідно підготовлений медичний персонал, не відпрацьовані механізми залучення інших учасників мультидисциплінарного підходу (соціальних працівників, психологів, волонтерів, духівників та ін.).

Івано-Франківська область є свого роду піонером паліативного руху в Україні – з 1999 року відкрито другий в країні хоспіс, а в грудні 2013 року на базі Будинку дитини у м. Надвірна – перше і, поки що, єдине паліативне відділення для невиліковно хворих дітей.

**Мета дослідження:** вивчити досвід існуючих організаційних форм паліативної допомоги дітям (на прикладі Надвірнянського будинку дитини) та окреслити перспективні напрями її розвитку.

## Матеріали і методи

Вивчалися нормативно-правова база організації паліативної допомоги в Україні, «Звіт лікувально-

профілактичного закладу» (ф.№20) Надвірнянського будинку дитини за 2014 р., інформаційно-довідкові матеріали.

Під час проведення дослідження застосовувалися епідеміологічний, медико-статистичний, графічний методи.

### Результати дослідження та їх обговорення

Збільшення дитячої інвалідності та відповідне зростання потреби в паліативній допомозі дітям, а також необхідність виконання Концепції Державної програми реформування системи закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, на 2007–2017 рр. [4] стали передумовами створення паліативного відділення на базі Надвірнянського будинку дитини.

Як уже зазначалося, в Україні наразі немає нормативно-правової бази та досвіду функціонування дитячих паліативних відділень (закладів). Тому у березні 2011 р. за ініціативи департаменту охорони здоров'я Івано-Франківської обласної державної адміністрації було направлено делегацію у м. Мінськ для вивчення досвіду білоруських дитячого хоспісу і паліативного відділення будинку дитини.

Після цього розпочалась підготовча робота. Виготовлено проектну-кошторисну документацію на реконструкцію одного корпусу Надвірнянського будинку дитини під паліативне (хоспісне) відділення. Розроблений проект реконструкції пройшов експертизу, одержано дозвіл на початок ремонтних робіт.

Зрозуміло, що в умовах вкрай обмежених бюджетних ресурсів важливо було віднайти альтернативні (додаткові) джерела фінансування проекту. З цією метою були проведені різноманітні акції зі збору коштів, у т.ч. телевізійний марафон «Жити і вірити» на обласному телебаченні «Галичина», в якому взяли участь представники медичної галузі, наукової, творчої інтелігенції, бізнесу області та інших регіонів держави. На зібрані кошти (майже 1 млн грн) було розпочато реконструкцію приміщень у Надвірнянському будинку дитини під палати паліативного відділення, обладнано його сучасними зручними меблями і побутовою технікою, створено ігрову та молитовну кімнати.

Наступним кроком стало погодження із МОЗ України запропонованих ініціативною групою штатних нормативів першого в країні дитячого паліативного відділення. Розроблена організаційна документація: положення про відділення, посадові інструкції тощо. Проведений відбір праців-

ників з урахуванням особистих психологічних характеристик, ціннісних установок, комунікативних здібностей, мотивації до роботи із важко хворими дітьми та їхніми родичами.

25 грудня 2013 року відбулося урочисте відкриття дитячого паліативного (хоспісного) відділення за участі представників органів місцевого самоврядування області і району, департаменту та закладів охорони здоров'я області, голови правління ВГО «Українська Ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» Василя Князевича, духовенства, благодійників, у т.ч. фонду «Відродження» (фото 1).



Фото 1. Відкриття паліативного відділення

З лютого 2014 року дитяче паліативне (хоспісне) відділення приймає дітей з області у віці до 18 років з інкурабельними захворюваннями нервової системи, природженими вадами розвитку, онкологічною патологією.

Для перебування дітей і їхніх батьків створені комфортні умови: одно- і двомісні палати, дітям забезпечене повноцінне 5-разове харчування.



Фото 2. Палата для дітей

Робота відділення організована на засадах мультидисциплінарного підходу: крім медичних працівників з хворими дітьми займаються логопеди, психолог, інструктор з ЛФК, масажисти, фізіотерапевт (за потреби). Організована душпастирська підтримка як дітей, так і батьків. У відділенні часто проводяться різноманітні розважально-освітні заходи із залученням артистів, волонтерів тощо.

Діяльність паліативного відділення спрямована на забезпечення найбільш сприятливих умов життя хворих дітей та їхніх близьких.

Загалом у відділенні надаються наступні види паліативної допомоги:

- стаціонарна допомога (з можливістю денного перебування);
- паліативна допомога вдома;
- програма соціального відпочинку для сім'ї (тривалість – 14 днів);
- сімейний реабілітаційно-оздоровчий центр;
- залучення волонтерів та їх навчання;
- навчання батьків догляду за важкохворою дитиною в домашніх умовах;
- робота з сіблінгами;
- фандрейзинг – програма пошуку та залучення коштів;
- «Родинний клуб» – програма реабілітації членів родини після втрати хворої дитини.

Слід зазначити, що ідея паліативної допомоги дітям знайшла широку підтримку серед мешканців області. Так, за рахунок благодійників облаштовано сенсорну та реабілітаційну кімнати, закуплено кисневий концентратор, пальчикові пульсоксиметри, дитячий хірургічний відсмоктувач, дихальні маски, протипролежневий матрац.

За період функціонування відділення тут отримали допомогу 250 дітей з різних районів області. Проте аналіз структури цих дітей за місцем проживання показав, що основна їх частка – це діти з Надвірнянського району (47,39%). Очевидно, що такий розподіл (рис. 1) свідчить про низьку доступність паліативної допомоги дітям з віддалених районів області та необхідність розгортання аналогічних міжрайонних відділень та організації інших форм надання паліативної допомоги, передусім виїзних служб. Адже специфіка паліативної допомоги дітям передбачає, насамперед, обслуговування їх у домашніх умовах, що є найбільш комфортним для пацієнта.

Аналіз структури патології дітей у паліативному відділенні Надвірнянського будинку дитини засвідчив особливості цього виду допомоги. Як видно на рис. 2, переважали хворі із важкими захворюваннями нервової системи (70,4%) та



Рис. 1. Структура пацієнтів паліативного відділення за місцем проживання

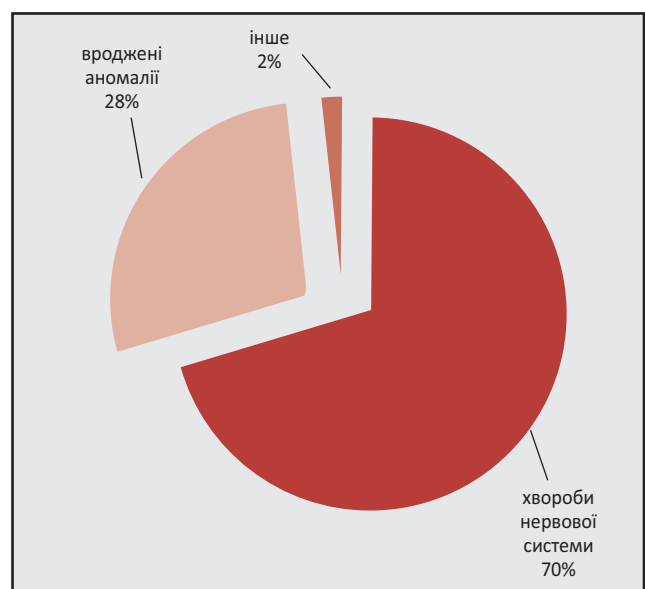


Рис. 2. Структура пацієнтів паліативного відділення за патологією

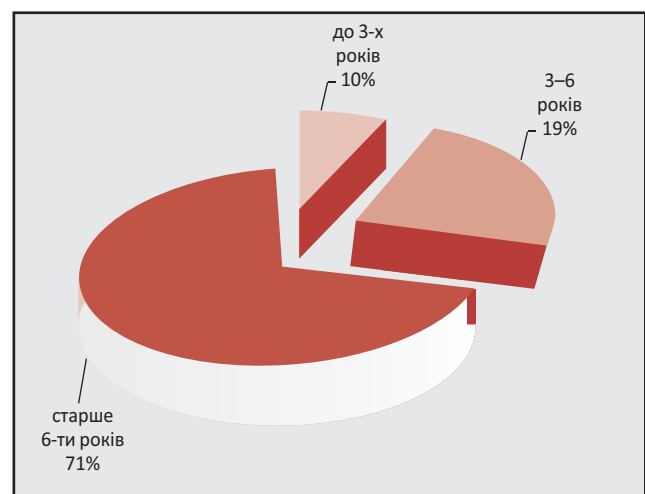


Рис. 3. Структура пацієнтів паліативного відділення за віком

вродженими аномаліями розвитку (28,0%). І майже не було дітей з онкопатологією, які зазвичай проходять лікування на базі обласної клінічної дитячої лікарні.

Віковий розподіл пацієнтів (рис. 3) показав, що група дітей старше 6 років була найбільшою – 178 (71,2%) осіб, а найменш численною – діти 1–3 років (25 осіб, 10% відповідно). Крім того, у відділенні отримали допомогу 47 (18,8%) дітей віком 3–6 років. Такий розподіл хворих за віком вказує на недотримання принципу якомога раннього початку надання паліативної допомоги дітям.

### Література

1. ВГО «Фундація медичного права та біоетики України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medicallaw.org.ua/novini/article/2906/>
2. Вороненко Ю. В. Сучасні аспекти розвитку системи медико-соціальних послуг для уразливих груп дітей в Україні [Електронний ресурс] / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, Р. О. Мойсеєнко // Український мед. часопис. – 2015. – № 1 (105)-I/II. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/83917/suchasni-aspekti-rozvitku-sistemi-mediko-socialnix-poslug-dlya-urazlivix-grup-ditej-v-ukraini>.
3. 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.
4. Моїсеєнко Р. О. Аналітичні матеріали щодо стану охорони здоров'я матерів та дітей в Україні у 2007-2011 роках [Електронний ресурс] / Р. О. Моїсеєнко, А. В. Терещенко // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2013. – Т. III, № 1 (17). – Режим доступу: [http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE\\_FILE\\_DOWNLOAD=1&Image\\_file\\_name=PDF/Nkhpm\\_2013\\_3\\_1\\_3.pdf](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Nkhpm_2013_3_1_3.pdf)
5. Про схвалення Концепції Державної програми реформування системи закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування : розпорядження Кабінету Міністрів України від 11.05.2006 р. №263-р. [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/263-2006-%D1%80>.
6. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe [Electronic resource] / Edited by Stephen R. Connor, Maria Cecilia Sepulveda Bermedo. – Houston : IAPHC Press, 2014. – 102 p. – Access mode: [http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care?task=callelement&format=raw&item\\_id=93&element=f85c494b-2b32-4109-b8c1-083cca2b7db6&method=download&args\[0\]=18df01cd317d0cf1d69be00b3c93289f](http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care?task=callelement&format=raw&item_id=93&element=f85c494b-2b32-4109-b8c1-083cca2b7db6&method=download&args[0]=18df01cd317d0cf1d69be00b3c93289f)
7. 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)

### Достижения внедрения и перспективы развития детской паллиативной помощи на Прикарпатье

О.З. Децик<sup>1</sup>, Р.М. Мельник<sup>1</sup>, Г.П. Кузнецова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет» МЗ Украины

<sup>2</sup>Надвирнянский дом ребенка, Украина

С целью изучения опыта существующих организационных форм паллиативной помощи детям (на примере Надвирнянского дома ребенка) и определения перспективных направлений ее развития были обработаны нормативно-правовая база организации паллиативной помощи в Украине, «Отчет лечебно-профилактического учреждения» (ф.№20) Надвирнянского дома ребенка за 2014 год, информационно-справочные материалы. Первый опыт внедрения паллиативной помощи неизлечимо больным детям в Ивано-Франковской области показал его целесообразность и своевременность. С целью всестороннего удовлетворения потребностей неизлечимо больных детей и их близких в паллиативной помощи необходимо развивать различные формы ее оказания, а также разработать соответствующую нормативно-правовую базу.

**Ключевые слова:** организация медицинской помощи, паллиативная помощь детям, дом ребенка.

### Висновки

1. Перший досвід запровадження паліативної допомоги невиліковно хворим дітям засвідчив його доцільність і своєчасність.

2. З метою всебічного задоволення потреб невиліковно хворих дітей та їхніх близьких у паліативній допомозі необхідно розбудовувати різні форми її надання та розробити відповідну нормативно-правову базу.

**Перспективи подальших досліджень** полягатимуть у розробці заходів з удосконалення організації паліативної допомоги дітям.

### Achievements and prospects of implementation of children's palliative care in the Carpathian region

O. Z. Detsyk, R. Melnyk, H. Kuznetsova

<sup>1</sup>HGEI «Ivano-Frankivsk National Medical University», Ukraine

<sup>2</sup>Nadvirna orphanage, Ukraine

To examine the existing organizational forms of palliative care for children (for example Nadvirna orphanage ) and to outline prospective directions of its development there were elaborated: the legal and regulatory framework of the organization of palliative care in Ukraine, «Annual report of health-care setting» (f.№20) of Nadvirna orphanage for 2014 year, information and reference materials. It was established that the first experience of introducing palliative care of terminally ill children in Ivano-Frankivsk region proved its feasibility and timeliness. In order to meet the comprehensive needs of terminally ill children and their relatives in palliative care the different forms of its provision should be developed and regulatory framework must be designed also.

**Key words:** organization of medical care, palliative care for children, orphanage .

#### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ:

**Децик Орина Зенонівна** – д. мед. н., проф., зав. каф. соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного права-знавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2; тел. (0342)527-111.

**Мельник Роман Михайлович** – асистент кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного права-знавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України, Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2; тел. (0342) 527-111.

**Кузнецова Галина Петрівна** – гол. лікар Надвірнянського будинку дитини, Адреса: м. Надвірна, Івано-Франківська обл., вул. Руднева, 24; тел. (0347 5) 23601.

Стаття надійшла до редакції 19.10.2015 р.

## НОВОСТИ

### Наука близка к созданию метода восстановления памяти при болезни Альцгеймера

На протяжении почти 30 лет ученые, занимающиеся изучением болезни Альцгеймера, пребывали в уверенности, что ухудшение памяти при этом заболевании является необратимым. Однако новое исследование обнаружило, что воспоминания могут быть восстановлены.

Группа американских исследователей, возглавляемая профессором Судзуми Тонегавы (Susumu Tonegawa), лауреатом Нобелевской премии по физиологии и медицине за 1987 год, совершила без преувеличения эпохальное открытие.

Проводя опыты с мышами, ученые обнаружили, что память у животных, у которых с помощью методов генной инженерии были вызваны симптомы болезни Альцгеймера, может быть восстановлена с помощью воздействия света синего участка спектра на определенную зону мозга.

Разумеется, эта методика вряд ли пригодна для лечения людей, страдающих болезнью Альцгеймера или другими формами деменции, однако важно здесь другое. Сотрудникам Массачусетского технологического института (Massachusetts Institute of Technology) впервые удалось доказать, что при болезни Альцгеймера воспоминания не исчезают полностью из долговременной памяти, а просто становятся недоступными.

Облучая синим светом область гиппокампа у мышей с симптомами болезни Альцгеймера, исследователям удалось добиться восстановления у них утраченных условных рефлексов, быстро исчезнувших из-за заболевания.

Воздействие световых волн особой длины обеспечивало ускоренный рост особых шипиков на дендритах нейронов, в результате чего образовывались новые синаптические связи между нервными клетками головного мозга, и утраченные воспоминания о событиях недельной давности (условный рефлекс на удар электрическим током) вновь возникали в мозгу животных.

«Можно утверждать, что ухудшение памяти при деменции является обратимым. Теперь главная задача – это создать метод, позволяющий извлекать воспоминания из глубин человеческого гиппокампа», – отмечает профессор Тонегавы.

Источник: med-expert.com.ua

О.В. Поступаленко

## Корекція анемії у підтримуючій терапії онкологічних хворих

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2016.1(3):54-59; doi 10.15574/IJRP.2016.01.54

За даними світової літератури та рекомендаціями провідних онкологічних і гематологічних організацій, корекція анемії онкологічних хворих відіграє важливу роль у покращенні їх онкологічного прогнозу (за рахунок підтримання достатнього гематологічного фону для продовження специфічного лікування) та якості життя (зменшення та контроль анемічної симптоматики).

**Ключові слова:** анемія, трансфузія еритроцитарної маси, еритропоетини, терапія залізовмісними препаратами.

**А**немія – гематологічний синдром або самостійне захворювання, яке характеризується зниженням до субнормальних величин концентрації гемоглобіну ( $\leq 11$  г/дл), кількості еритроцитів ( $< 4 \times 10^{12}$  у чоловіків,  $< 3,7 \times 10^{12}$  у жінок) або гематокриту ( $< 35\%$ ), що зустрічається у 30–90% онкологічних хворих [15]. У пацієнтів з неходжкінськими лімфомами цей показник становить 32%, при немілоїдних злоякісних пухлинах – 40% (при онкогінекологічній патології – 49–65%, раку легень – до 71%) [8,16,17]. У 30% онкологічних хворих перебіг анемії легкий, у 9% – помірний, у 1% – важкий. Для більшості типів пухлин анемія є негативним прогностичним фактором загальної виживаності [16].

У онкологічних хворих виділяють три групи етіологічних факторів, пов'язаних з: 1) пацієнтом (гемоглобінопатії, таласемії, порушення харчового статусу з дефіцитом); 2) основним захворюванням (пухлинна інфільтрація кісткового мозку, гіперспленізм, гемоліз, анемія внаслідок хронічних хвороб); 3) лікуванням (променева терапія, токсичний вплив хіміотерапії на кістковий мозок та нирки, індукований препаратами гемоліз).

Мультифакторна етіологія анемії онкологічних хворих ускладнює її оцінку та вибір лікувальної тактики. Онкологічне захворювання може самостійно призводити до анемії чи загострювати її перебіг. Пухлинні клітини здатні пригнічувати гемопоез шляхом інфільтрації кісткового мозку або продукції цитокінів, що зумовлює секвестрацію заліза, зменшення продукції та тривалості життя еритроцитів. Поглиблює анемію хронічна крововтрата з

ерозованих пухлиною чи новоутворених судин. Додатковий непрямий вплив має харчова недостатність, спричинена втратою апетиту, гемоліз імуноопосередкованими антитілами, коагулопатії.

Хіміотерапевтичні препарати індукують анемію, безпосередньо вражаючи гемопоез кісткового мозку, порушують синтез прекурсорів еритроцитів [1]. Через нефротоксичний вплив знижується синтез еритропоетинів нирками. Препарати платини – відомі індуктори анемії завдяки комбінованій нефро- та гематотоксичності. Мієлосупресивний ефект цитотоксичних агентів може акумулюватися з кожним курсом хіміотерапії та призводити до стійкого зростання ступеня і важкості перебігу анемії. Індукована хіміотерапією анемія (ІХА) часто зустрічається у пацієнтів онкогінекологічного профілю та хворих на рак легень.

Променева терапія з включенням у поле опромінення кісток асоційована з гематологічною токсичністю. За результатами ретроспективного аналізу S. Jefferies et al. (1998), 33% пацієнтів, які отримували краніо-спінальну променеву терапію з приводу пухлин центральної нервової системи, мали побічні гематологічні реакції 3–4 ст. важкості (незалежно від хіміотерапевтичного лікування) [10].

Основні скарги та результати огляду при анемії не мають характерних особливостей у онкологічних хворих. Анемія, що має гострий початок, характеризується більш виразною клінічною картиною. При поступовому наростанні анемії включаються фізіологічні компенсаторні механізми – збільшений серцевий викид, підвищений коронарний кровообіг,



## Час дозрівання ретикулоцитів залежно від фактичного рівня гематокриту

Гематокрит, %	Час дозрівання ретикулоцитів, дні
40–45	1,0
35–39	1,5
25–34	2,0
15–24	2,5
<15	3,0

зміна в'язкості крові, зміни у споживанні кисню тканинами. Наявність супутніх серцево-судинних, легневих, церебральних захворювань може поставити під загрозу толерантність організму до анемії.

З анамнезу слід з'ясувати початок та тривалість симптомів, наявність супутніх захворювань та спадкових хвороб, проходження променевої чи хіміотерапії. Загальний аналіз крові дозволяє дати первинну оцінку не лише анемії, а й іншим відхиленням його показників.

Існує два основні підходи для оцінки анемії: морфологічний та кінетичний. Для отримання максимально повної картини необхідно використовувати обидва. Морфологічно оцінюється середній об'єм еритроцитів (mean corpuscular volume – MCV). MCV < 80 фл (мікроцитоз) частіше зустрічається при дефіциті заліза, можлива інша етіологія (таласемія, анемія внаслідок хронічних хвороб, сидеробластична анемія). MCV = 80–100 фл (нормоцитоз) свідчить про анемію внаслідок кровотеч, гемолізу, ушкодження кісткового мозку, хронічного запалення чи ниркової недостатності. При MCV > 100 фл (макроцитоз) основними причинами немегаглобластичної анемії є алкоголізм та деякі медичні препарати, мегаглобластичної анемії – B<sub>12</sub>-фолієвий дефіцит (недостатнє вживання або порушена абсорбція через брак внутрішнього фактора).

Кінетичний підхід полягає в оцінці патофізіологічних механізмів, які лежать в основі анемії: 1) зменшення продукції функціонуючих еритроцитів; 2) підвищена деструкція еритроцитів; 3) крововтрата.

Основним еритроцитарним індексом є ретикулоцитарний індекс (РІ), який коригує кількість ретикулоцитів з поправкою на ступінь анемії, виміряний за гематокритом. Кількість ретикулоцитів (часто представлена як відсотковий показник) відображає їх відношення до загальної кількості еритроцитів. Ретикулоцитарний індекс розраховується на основі кількісного показника ретикулоцитів та відображає здатність кісткового мозку до еритропоезу. У нормі РІ коливається від 1,0 до 2,0.

$РІ = \text{кількість ретикулоцитів (\%)} \times (\text{фактичний гематокрит} / \text{очікуваний гематокрит})$ , де очікуваний гематокрит становить 45%.

У нормі, після виходу з кісткового мозку, ретикулоцити протягом 24 годин трансформуються у зрілі еритроцити та персистують у крові. З наростанням анемії цей час збільшується до 2–3 діб. Виникає хибно високий показник РІ. Індекс продукції ретикулоцитів (ППР) є зваженим індексом, який враховує цей недолік та розраховується наступним чином:  $ППР = РІ \times (1 / ЧДР)$ , де ЧДР – час дозрівання ретикулоцитів – константа, яка визначається за фактичним рівнем гематокриту (табл.).

Показник РР/ППР < 1 свідчить про зниження продукції еритроцитів внаслідок залізо- чи B<sub>12</sub>-фолієвого дефіциту, апластичної анемії, дисфункції кісткового мозку внаслідок пухлинного процесу чи протипухлинної терапії. Показник РР/ППР > 1 свідчить про нормальну чи підвищену продукцію еритроцитів та дозволяє запідозрити крововтрату чи гемоліз.

Існують інші інформативні діагностичні тести, залежно від етіологічного фактора. Дані анамнезу можуть навести на думку щодо спадкової анемії. Про гемоліз можуть свідчити позитивна проба Кумбса, ознаки дисемінованого внутрішньосудинного згортання, низький рівень гаптоглобіну, підвищений рівень непрямого білірубину, підвищений рівень лактатдегідрогенази. У випадку аліментарної недостатності буде спостерігатись низький рівень заліза та загальної залізов'язуючої здатності та/або низький рівень вітаміну B<sub>12</sub> та фолатів. Кровотеча підтверджується позитивними пробами на приховану кров, даними ендоскопічних досліджень. Зниження швидкості клубочкової фільтрації < 60 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> протягом ≥ 3 місяців спостереження, низький рівень еритропоетину є симптомами ниркової дисфункції. Наявність сидеробластів у біоптаті кісткового мозку – ознака сидеробластичної анемії.

Анемія корегується через вплив на етіологічний фактор та забезпечення підтримуючої терапії – трансфузії еритроцитарної маси (ТЕМ), терапії еритропоетинами (ТЕП), терапії препаратами заліза (ТПЗ). Не пов'язана з протипухлинною терапією анемія підлягає етіотропному лікуванню. За неможливості визначити етіологічний чинник причиною анемії має бути визначений ефект асоційованого з пухлинним процесом запалення та/або міелосупресивної хіміотерапії.

При виборі підтримуючої терапії слід зважувати переваги та недоліки кожного з методів, враховувати прогноз онкологічного захворювання та індивідуальні побажання пацієнта.

Терапія еритропоетинами дозволяє уникати чи зменшувати потребу в ТЕМ та досягти поступового

покращення симптоматики. Трансфузія еритроцитарної маси призводить до швидкого підвищення рівня гемоглобіну та гематокриту, швидкого покращення анемічної симптоматики. Контроль анемії ТЕП триваліший від такого при ТЕМ.

До ризиків ТЕП відносять підвищену частоту тромбоемболічних ускладнень, можливе зниження виживаності та зменшення часу до пухлинної прогресії. Ризики ТЕМ: трансфузійні реакції, трансфузійно-асоційоване циркуляторне перевантаження, вірусна трансмісія, бактеріальна контамінація, перевантаження залізом, підвищена частота тромбоемболічних ускладнень, підвищена внутрішньогоспітальна летальність [6]. Відсутня доказова база щодо рутинної премедикації з ацетамінофеном чи антигістамінними препаратами з метою попередження алергічних чи фебрильних негемолітичних трансфузійних реакцій при ТЕМ [9, 13].

Рішення про ТЕМ не можна виносити лише на підставі рівня гемоглобіну. G.M. Rodgers et al. (2012) виділяють три категорії хворих з анемією: 1) асимптомні без значних супутніх захворювань, щодо яких доцільне спостереження та періодичне обстеження; 2) асимптомні із супутніми захворюваннями (ішемічна хвороба серця, трансфузійно-асоційоване циркуляторне перевантаження, хронічні захворювання дихальної системи, цереброваскулярні захворювання) або в групі високого ризику (прогресивне зменшення гемоглобіну після недавніх курсів променевої чи хіміотерапії), яким може бути виконана ТЕМ; 3) симптомні (стійка тахікардія, тахіпное, біль у грудній клітці, задишка при фізичному навантаженні, запаморочення, втрата свідомості, виразна загальна слабкість), яким показана ТЕМ [3].

Згідно з рекомендаціями Американської асоціації банків крові (American Association of Blood Banks – AABB) щодо ТЕМ: 1) граничний рівень гемоглобіну для клінічно стабільних пацієнтів становить 7–8 г/дл; 2) симптомним пацієнтам із супутніми серцево-судинними захворюваннями та рівнем гемоглобіну  $\leq 8$  г/дл показана ТЕМ; 3) рішення про ТЕМ має бути зваженим та прийматися на підставі симптомів і рівня гемоглобіну. Цільовий рівень гемоглобіну є індивідуальним у кожному випадку і має враховувати ризик та користь ТЕМ [15].

Уміст одного флакону еритроцитарної маси (300 мл) має наступні характеристики: гематокрит 50–80%, гемоглобін 42,5–80 г (147–278 мг заліза), еритроцити 128–240 мл. Трансфузія еритроцитарної маси 1 флакону в середньому дозволяє підвищити рівень гемоглобіну на 1 г/дл, гематокрит – на 3%; супутня інфузійна терапія може знижувати ці показники [14].

Трансфузія еритроцитарної маси знижує негативний прогностичний вплив низького рівня гемоглобіну на прогноз онкологічного захворювання, фактично вирівнюючи його з таким у пацієнтів, які мали аналогічний рівень гемоглобіну без ТЕМ [18].

Асоційоване ТЕМ перевантаження залізом спостерігається у пацієнтів, які потребують частих трансфузій протягом декількох років з метою контролю анемії (наприклад, при мієлодиспластичному синдромі). Перевантаження залізом не характерне для пацієнтів, які протягом обмеженого часу (<1 року) отримували ТЕМ у зв'язку з хіміотерапевтичним лікуванням. Після насичення депо залізо залишається у не зв'язаній з трансферином формі. Після 10–15 ТЕМ надлишок заліза відкладається у печінці, серці, шкірі та ендокринних органах. Пацієнти скаржаться на загальну слабкість, потемніння шкіри, артралгію; виникає гепатомегалія, кардіоміопатія, ендокринні порушення. Хелатотерапія не покращує виживаність онкологічних пацієнтів, які потребують ТЕМ. Цільовий рівень феритину становить  $\leq 1000$  мкг/л.

Для ТЕП доступні рекомбінантні людські еритропоетини: епоетин  $\alpha$ , епоетин  $\beta$  та дарбепоедин  $\alpha$ . Не всі пацієнти відповідають на ТЕП. За ефективністю та безпечністю різниця між еритропоетинами відсутня [16]. За даними Н. Ludwig et al. (2009), підвищення рівня гемоглобіну на  $\geq 1$  г/дл можливо досягти у 65% пацієнтів [19]. Кращий ефект ТЕП спостерігають у пацієнтів із солідними пухлинами та тих, хто отримує хіміотерапію з препаратами платини, порівняно з іншими видами пухлин та іншими режимами хіміотерапії.

Згідно з European Medicines Agency (EMA), ТЕП: 1) показана пацієнтам з рівнем гемоглобіну  $\leq 10$  г/дл, які отримують хіміотерапію, з метою його підвищення  $< 2$  г/дл або для попередження його подальшого зниження; 2) не показана пацієнтам, які не отримують хіміотерапію, у зв'язку з підвищеним ризиком смерті при цільовому рівні гемоглобіну 12–14 г/дл; 3) застосовується з обережністю у курабельних пацієнтів.

У рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні T.J. Littlewood et al. (2001) було показано, що епоетин  $\alpha$  знижує потребу пацієнтів, які отримують хіміотерапію, у ТЕМ (24,7% проти 39,5%,  $p=0,0057$ ) та підвищує рівень гемоглобіну (2,2 г/дл проти 0,5 г/дл,  $p<0,001$ ) [4]. Аналогічний ефект зниження потреби у ТЕМ спостерігали в іншому подвійному сліпому плацебо-контрольованому дослідженні з використанням дарбепоедину  $\alpha$  (27% проти 52%,  $p<0,001$ ) [4]. Здатність ТЕП знижувати показання до ТЕМ в онкологічних хворих ( $n=20102$ ) була підтверджена за даними Кохранівського огляду (RR 0,65; 95% CI 0,62–0,68) [6].

Популярність ТЕП сягнула піку у 2003–2004 рр. та різко впала протягом наступних років через достовірне зростання частоти венозного тромбоемболізму та зменшення виживаності. Цільовий рівень гемоглобіну  $>12$  г/дл є фактором ризику погіршення онкологічного прогнозу, цільовий рівень гематокриту  $42\pm 3\%$  – фактор ризику тромбоемболічних ускладнень при ТЕП. Тромбогенний потенціал еритропоетинів не залежить від рівня гемоглобіну.

Злоякісна пухлина та хіміотерапевтичне лікування підвищують ризик тромбоемболічних ускладнень. Результати метааналізів вказують на сильний зв'язок ТЕП з підвищеним ризиком тромбоемболій зі статистично значущим ризиком (OR 1,48-1,69). Інші фактори ризику тромбоемболій включають дані анамнезу щодо тромбоемболічних подій, спадкових мутацій, гіперкоагуляцій, підвищеного рівня тромбоцитів до хіміотерапії, недавнього хірургічного втручання, гормональної терапії (у тому числі стероїдами), тривалої іммобілізації, супутніх захворювань (гіпертензія, хронічна ниркова недостатність). Превентивна роль антикоагулянтів чи аспірину по відношенню до тромбоемболічних ускладнень при ТЕП не доведена [16].

Рандомізованими дослідженнями було показано зниження загальної виживаності та/або локо-регіонального контролю при ТЕП у хворих на рак молочної залози, шийки матки, недрібноклітинний рак легень, пухлини голови та шиї, лімфоїдної тканини. Дослідницькі групи аналізували пацієнтів, які отримували променеви та/або хіміотерапію, а також тих, хто не отримував жодну з них. Результати метааналізів вказують на статистично значуще зростання смертності серед пацієнтів, які отримують ТЕП (RR/HR 1,10-1,17). Дані Кохранівського дослідження вказують на підвищену смертність серед пацієнтів, які отримували ТЕП, з рівнем гемоглобіну понад 12 г/дл [6].

Результати інших метааналізів повідомляють про відсутність статистично достовірного впливу ТЕП на виживаність чи безрецидивний період (HR/OR 0,97–1,06). Y. Ohashi et al. (2013) у метааналізі з використанням даних трьох рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень японських онкологічних хворих з анемією, індукованою хіміопрепаратами, показали відсутність зниження виживаності при ТЕП [12]. При аналогічній виживаності та рівнях тромбоемболічних ускладнень необхідність ТЕП знижувалась на 53%, значно покращувалась якість життя та знижувалась загальна слабкість. Дані можуть розходитись з результатами Кохранівського дослідження через те, що під час проведення цих досліджень (2006–2009 рр.) вже було усвідомлення можливого зв'язку погіршення виживаності та

ТЕП. Тому за пацієнтами був встановлений більш ретельний нагляд, моніторинг рівня гемоглобіну (хоча б щотижня) та встановлення визначених меж для припинення ТЕП.

Повідомлення про гіпертензивні кризи у пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю (ХНН) після ТЕП та зростання рівня гіпертензії підтверджені результатами Кохранівського огляду (RR 1,30) [6].

Аплазія червоного кісткового мозку (АЧКМ) характеризується низьким показником ретикулоцитів, втратою кістковим мозком еритробластів, утворенням нейтралізуючих антитіл до еритропоетину, резистентністю до ТЕП. Внутрішньовенна ТЕП у порівнянні з підшкірним введенням дозволяє зменшити частоту АЧКМ на 83%. До категорії підвищеного ризику АЧКМ відносяться хворі з ХНН. За появи ознак АЧКМ необхідно припинити ТЕП, заміна препарату є недоцільною, оскільки антитіла мають перехресну реактивність.

Терапія еритропоетинами може застосовуватись лише у випадку анемії, індукованої хіміопрепаратами, та має бути припинена після завершення курсу хіміотерапії [7]. Вона небажана при потенційно курабельному характері лікування первинної пухлини (початкові стадії раку молочної залози та недрібноклітинного раку легень, лімфоми, рак яєчок). Пацієнти, які отримують паліативну терапію, можуть вибирати ТЕП чи ТЕМ на власний розсуд.

Хронічна ниркова недостатність є незалежним показанням до ТЕП. Близько 1/3 хворих з кінцевою стадією ХНН мають онкологічне захворювання. Хворі з ХНН, які отримують лікування з приводу злоякісного новоутворення, мають уникати ТЕП. При паліативній хіміотерапії і ХНН важка анемія краще піддається контролю ТЕП, ніж ТЕМ. Слід враховувати підвищений ризик тромбозів, відносний ризик яких зростає з 48% до 69% при ТЕП, до 92% при ТЕП і супутній ХНН. Ризик побічних серцево-судинних явищ підвищений лише у онкологічних хворих.

Рекомендовані дози ТЕП – мінімально можливі для запобігання ТЕМ. Зростання кількості еритроцитів при ТЕП спостерігається не раніше, ніж через два тижні. Вимірювання гемоглобіну слід проводити щотижня до стабілізації його показника. Терапію еритропоетинами слід відмінити після завершення хіміотерапевтичного лікування та анемії (зазвичай протягом шести тижнів). За відсутності ефекту після 8–9 тижнів ТЕП (у тому числі при супутній ТПЗ) її слід відмінити і розпочати ТЕМ.

Для кращого ефекту та скорочення часу відповідей на ТЕП (але не дозування) може бути застосована ТПЗ. Протягом ТЕП з метою своєчасного виявлення залізодефіциту слід вести моніторинг таких показників крові, як сироваткове залізо (СЗ),

залізов'язуюча здатність (total iron binding capacity – ТІВС), сироватковий феритин (СФ), насичення трансферину залізом (НТЗ). Перше дослідження слід виконати до ТЕП з метою виявлення абсолютного дефіциту заліза, що піддається ТПЗ без ТЕП. Повторне дослідження показників крові не потрібне протягом чотирьох тижнів після призначення ТПЗ. Клінічно необхідність досліджень виникає при гіпохромії еритроцитів та  $MCV < 80$  фл.

Залізодефіцит відмічається у 32–60% онкологічних хворих, більшість з яких також мають анемію. Абсолютний дефіцит заліза відбувається через виснаження депо заліза і характеризується низьким рівнем гемоглобіну, СФ, НТЗ. Низький рівень СЗ, висока ТІВС є причиною  $НТЗ < 20\%$  та  $СФ < 30$  нг/мл.

Абсолютний залізодефіцит визначається при  $СФ < 30$  нг/мл і  $НТЗ < 20\%$ . При дискордантних показниках низький рівень СФ є пріоритетним у визначенні потреби в ТПЗ.

Функціональний залізодефіцит характеризується достатнім рівнем заліза в депо і його низькою біодоступністю для еритробластів. Це буває при порушенні транспорту заліза до кісткового мозку через інфекції чи запалення (наприклад, анемія при хронічних захворюваннях). При низькому рівні гемоглобіну та НТЗ відмічається нормальний показник СФ. Функціональна недостатність заліза часто виникає при ТЕП та проявляється притупленням відповіді на ТЕП; для підтримки оптимального еритропоезу необхідно додавати ТПЗ. Якщо до ТЕП є підозра на функціональний залізодефіцит, то її проведення не рекомендоване.

Показники  $СФ 30–100$  нг/мл і  $НТЗ 20–50\%$  свідчать про достатнє насичення депо заліза. У таких хворих при ТЕП виникне функціональна недостатність, тому вони потребують додатково ТПЗ. При  $НТЗ < 20\%$  буде краща відповідь на ТПЗ, якщо вони

ідуть у комбінації з ТЕП; при  $НТЗ 20–50\%$  відповідь буде зменшена, а час відповіді – подовженим.

Для ТПЗ використовують високо- та низькомолекулярні декстрини заліза, глюконат заліза, сахарозу заліза. Карбоксимальтоза заліза застосовується, якщо інфузійні реакції перешкоджають використанню інших парентеральних препаратів заліза. Її використання можливе у пацієнтів з ХНН, запальними захворюваннями кишечника, хронічною серцевою недостатністю тощо. Для ТПЗ надається перевага внутрішньовенному введенню. Якщо хворий отримував ТПЗ per os без ефекту протягом чотирьох тижнів, слід перейти на внутрішньовенне введення. За відсутності ефекту протягом наступних чотирьох тижнів є підстави за підозрити функціональну недостатність.

Побічні ефекти в/в препаратів заліза: гіпо- чи гіпертензія, нудота, блювота, діарея, свербіж, задишка, біль у грудній клітці, головний біль, запаморочення. При введенні препаратів заліза необхідним є введення тест-дози для визначення можливості ТПЗ. За наявності ознак перевантаження залізом ТПЗ не показана. При  $СФ > 800$  нг/мл або  $НТЗ > 50\%$  залізодефіцит відсутній і не буде виникати при ТЕМ, тому ТПЗ не показана. Терапія препаратами заліза не рекомендована пацієнтам з активним інфекційним процесом. Відсутні дані про негативний вплив ТПЗ на виживаність, частоту та перебіг побічних явищ.

Корекція анемії відіграє важливу роль у підтримуючій терапії онкологічних хворих. При адекватному виборі тактики (залежно від прогнозу онкологічного захворювання, показників крові тощо), вона дозволяє підтримувати гематологічний статус, достатній для проведення специфічного лікування. Таким чином можливо нівелювати негативний вплив анемії на показники виживаності та покращити якість життя онкологічних хворих.

### Література

1. *A systematic review and economic evaluation of epoetin alpha, epoetin beta and darbepoetin alpha in anaemia associated with cancer; especially that attributable to cancer treatment / Wilson J., Yao G. L., Raftery J. [et al.] // Health Technol Assess. – 2007. – Vol. 11. – P. 1–202.*
2. *Blood transfusions, thrombosis, and mortality in hospitalized patients with cancer / Khorana A. A., Francis C. W., Blumberg N. [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2008. – Vol. 168. – P. 2377–2381.*
3. *Cancer- and chemotherapy-induced anemia / Rodgers G. M., Becker P. S., Blinder M. [et al.] // J. Natl. Compr. Canc. Netw. – 2012. – Vol. 10 (5). – P. 628–53.*
4. *Double-blind, placebo-controlled, randomized phase III trial of darbepoetin alfa in lung cancer patients receiving chemotherapy / Vansteenkiste J., Pirker R., Massuti B. [et al.] // J. Natl. Cancer Inst. – 2002. – Vol. 94. – P. 1211–1220.*
5. *Effects of epoetin alfa on hematologic parameters and quality of life in cancer patients receiving nonplatinum chemotherapy: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial / Littlewood T. J., Bajetta E., Nortier J. W. [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2001. – Vol. 19. – P. 2865–2874.*
6. *Erythropoietin or darbepoetin for patients with cancer / Tonia T., Mettler A., Robert N. [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. – 2012. – 12:CD003407.*

7. Food and Drug Administration. Epoetin alfa label [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2011/103234Orig1s5166\\_103234Orig1s5266lbl.pdf](http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2011/103234Orig1s5166_103234Orig1s5266lbl.pdf).
8. Frequency and significance of anemia in non-Hodgkin's lymphoma patients / Moullet I., Salles G., Ketterer N. [et al.] // *Ann. Oncol.* – 1998. – Vol. 9. – P. 1109–1115.
9. Geiger T. L. Acetaminophen and diphenhydramine premedication for allergic and febrile nonhemolytic transfusion reactions: good prophylaxis or bad practice? / T. L. Geiger, S. C. Howard // *Transfus Med. Rev.* – 2007. – Vol. 21. – P. 1–12.
10. Haematological toxicity of cranio-spinal irradiation / Jefferies S., Rajan B., Ashley S. [et al.] // *Radiother Oncol.* – 1998. – Vol. 48. – P. 23–27.
11. Knight K. Prevalence and outcomes of anemia in cancer: a systematic review of the literature / K. Knight, S. Wade, L. Balducci // *Am. J. Med.* – 2004. – Vol. 116, Suppl 7A. – P. 11–26.
12. Meta-analysis of epoetin beta and darbepoetin alfa treatment for chemotherapy-induced anemia and mortality: Individual patient data from Japanese randomized, placebo-controlled trials / Ohashi Y., Uemura Y., Fujisaka Y. [et al.] // *Cancer Sci.* – 2013. – Vol. 104. – P. 481–485.
13. Pharmacological interventions for the prevention of allergic and febrile non-haemolytic transfusion reactions / Marti-Carvajal A. J., Sola I., Gonzalez L. E. [et al.] // *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2010:CD007539.
14. Practice Guidelines for Blood Transfusion: A compilation from recent peer-reviewed literature / Miller Y., Bachowski G., Benjamin R. [et al.]. – ed 2. – 2007.
15. Red blood cell transfusion: a clinical practice guideline from the AABB / Carson J. L., Grossman B. J., Kleinman S. [et al.] // *Ann. Intern. Med.* – 2012. – Vol. 157. – P. 49–58.
16. Schrijvers D. Erythropoiesis-stimulating agents in the treatment of anaemia in cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines for use / D. Schrijvers, H. De Samblanx, F. Roila // *Ann Oncol.* – 2010. – Vol. 21, Suppl 5. – P. 244–7.
17. The European Cancer Anaemia Survey (ECAS): a large, multinational, prospective survey defining the prevalence, incidence, and treatment of anaemia in cancer patients / Ludwig H., Van Belle S., Barrett-Lee P. [et al.] // *Eur. J. Cancer.* – 2004. – Vol. 40. – P. 2293–2306.
18. The importance of hemoglobin levels during radiotherapy for carcinoma of the cervix / Grogan M., Thomas G. M., Melamed I. [et al.] // *Cancer.* – 1999. – Vol. 86. – P. 1528–1536.
19. Treatment patterns and outcomes in the management of anaemia in cancer patients in Europe: findings from the Anaemia Cancer Treatment (ACT) study / Ludwig H., Aapro M., Bokemeyer C. [et al.] // *Eur. J. Cancer.* – 2009. – Vol. 45. – P. 1603–1615.

### Коррекция анемии в поддерживающей терапии онкологических больных

**А.В. Поступаленко**

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Согласно данным мировой литературы и рекомендациям ведущих онкологических и гематологических организаций, коррекция анемии онкологических больных играет важную роль в улучшении их онкологического прогноза (за счет поддержки гематологического фона, достаточного для продолжения специфического лечения) и качества жизни (уменьшение и контроль анемической симптоматики).

**Ключевые слова:** анемия, трансфузия эритроцитарной массы, эритропоэтины, терапия железосодержащими препаратами.

### Anemia correction in supportive therapy of oncology patients.

**O.V. Postupalenko**

National Medical Bohomolets University, Kyiv, Ukraine

According to the world literature and recommendations of leading oncological and hematological organizations, anemia correction of oncology patients plays an important role in improvement of oncological prognosis (due to appropriate hematological status that allows to continue specific treatment) and life's quality (anemia symptoms reduce and control).

**Key words:** anemia, red blood cell transfusion, erythropoietic therapy, iron supplementation.

---

### БІОМОСТІ ПРО АВТОРА

**Поступаленко Олена Вікторівна** – ст. лаборант каф. онкології НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, вул. Верховинна, 69, Київський міський клінічний онкологічний центр; тел. (044) 450-41-76.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

Г.Я. Пилягіна

## Діагностика, принципи лікування та комплексної реабілітації хворих з тяжкими органічними психічними розладами

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

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2016.1(3):60-66; doi 10.15574/IJRP.2016.01.60

У статті узагальнюються критерії діагностики, принципи лікування і комплексної реабілітації хворих з тяжкими органічними психічними розладами. Діагностична оцінка тяжкості таких порушень повинна враховувати тяжкість морфо-функціонального ураження головного мозку, перебіг і нозологічну приналежність розладів, а також ступінь порушень психосоціальної продуктивності. Ефективне терапевтичне ведення таких хворих засноване на поєднанні фармакотерапії з комплексною психосоціальною реабілітацією, що включає тренінг когнітивних функцій і психокорекційну допомогу хворим, а також психоосвітницьку роботу з родичами та особами, що доглядають за пацієнтами, їхню психологічну підтримку. Підкреслюється, що своєчасність, послідовність і комплексність при проведенні психосоціальної реабілітації істотно підвищують можливості компенсації нейрокогнітивного дефіциту в таких хворих.

**Ключові слова:** органічні психічні розлади, деменція, діагностика, терапія, психосоціальна реабілітація.

Органічні психічні розлади (ОПР), зокрема внаслідок ураження головного мозку, займають одне із провідних місць у сучасній психопатології [16,18]. Ці порушення дуже різноманітні з точки зору їх генезу, клінічних проявів та характеру перебігу. Але, головне, що помірно, тяжкі та вкрай тяжкі ОПР є економічно обтяжливими як для суспільства й системи охорони здоров'я нашої країни, так і для самих пацієнтів та їхнього оточення [12, 14, 16, 18]. Такі хворі потребують тривалого лікування та догляду, а також обов'язкового застосування комплексної психосоціальної реабілітації (КПР). У зв'язку з величезною кількістю таких пацієнтів і різноманітністю клінічних проявів, характеру прогресивності та тривалості лікувально-реабілітаційних заходів, вкрай актуальними стають питання оптимізації ведення хворих з тяжкими ОПР. Це потребує відповіді на наступні питання: як визначити тяжкість ОПР та яка стратегія терапевтичного втручання при тяжких ОПР допоможе якісно зменшити психологічне і соціально-економічне навантаження від цих розладів, поліпшити психофізичний стан та якість життя хворих.

**Метою** роботи є узагальнене формулювання принципів діагностики і лікування хворих з тяжкими ОПР, визначення загальної моделі їх КПР з метою оптимізації стратегії терапії та тривалого ведення таких пацієнтів.

Як визначити тяжкість ОПР? Відповідь на це запитання ґрунтується на удосконаленні діагностичних підходів щодо цієї дуже гетерогенної за етіопатогенезом та перебігом групи станів. Визначення тяжкості ОПР ґрунтується на наступних базових принципах.

1. Тяжкість морфо-функціонального ураження головного мозку.

Незважаючи на відносність цього критерію, його визначення можливе за допомогою оцінки виразності нейрокогнітивного дефіциту у конкретного хворого [2, 9, 11]. За кількістю та якістю втрати функцій, що відповідають за психічну діяльність, характеризують ступінь неврологічних порушень та обумовлюють синдромальну і нозологічну приналежність ОПР.

2. Перебіг розладів внаслідок морфо-функціонального ураження головного мозку.

Мова йде про визначення, по-перше, зворотності, а саме можливості якісної функціональної

компенсації порушень психічної діяльності та роботи ЦНС, чи незворотності таких ушкоджень; по-друге, про з'ясування гостроти клінічних проявів і глибини психопатологічних порушень, що викликані морфо-функціональним ураженням головного мозку. Обидві характеристики обумовлюють психопатологічні синдроми, що фіксуються у хворих [10, 13, 16]. За класифікацією А.В. Снежневського, до продуктивних психопатологічних синдромів, що виявляються при тяжких ОНР, належать: розлади свідомості, дисмнестичний, психоорганічний, галюцинаторно-параноїдний або парафренний та судомний; а до негативних – регрес особистості, амнестичний та дементний [16]. До зворотних уражень головного мозку належать інсульти, крововиливи, запалення мозку чи мозкових оболонок, новоутворення, черепно-мозкові травми з мінімальним ушкодженням, некрозом кори головного мозку або/та субкортикальних структур, а до незворотних – усі наведені вище захворювання і травми, а також будь-які прогресуючі дегенеративні процеси з атрофією, ушкодженням та некрозом великих ділянок кори головного мозку або/та його субкортикальних структур. При зворотних ураженнях гострі порушення функціонування ЦНС та психічної діяльності спостерігаються переважно на першому етапі захворювання, при незворотних можуть з'явитися на будь-якому його етапі.

Обидва зазначені діагностичні критерії ґрунтуються на з'ясуванні соматоневрологічної патології, котра етіопатогенетично зумовлює виникнення ОНР, виявляється у більшості хворих, особливо в осіб у віці понад 50 років, та кваліфікується згідно IV вісі МКХ-10 «Соматичні розлади, що найчастіше зустрічаються при психічній патології». Якісне діагностування соматоневрологічних порушень допомагає визначити ступінь неврологічного дефіциту, котрий має безпосередній взаємозв'язок з особливостями психопатологічної симптоматики та обумовлює терапевтичну стратегію щодо таких хворих.

3. Ступінь порушень психосоціальної продуктивності, що визначається за критеріями VI вісі МКХ-10 «Загальна оцінка порушень психосоціальної продуктивності».

Це рівень зниження психосоціальної компетентності, що характеризує особливості психосоціального і трудового функціонування хворого у контексті його психофізичних і соціальних можливостей на момент діагностичного дослідження та враховуючи перебіг його стану після виникнення ОНР. Порушення психосоціальної продуктивності при тяжких ОНР характеризуються: 1) нездатністю до продуктивного функціонування в повсякденному житті (хворий для підтримки повсякденного

функціонування потребує певного або постійного поточного нагляду та догляду з боку сторонніх, частково або повністю не здатний самостійно задовольняти повсякденні потреби у харчуванні, гігієні, пересуванні, спілкуванні, різноманітності занять та інтересів); 2) серйозними порушеннями соціальної продуктивності (повна втрата працездатності, дуже значне погіршення можливостей до навчання, істотне обмеження соціальної активності та інтересів, суттєві труднощі й порушення у відносинах та спілкуванні з оточуючими, суттєва або повна нездатність виконувати обов'язки у родині, неспроможність долати нові соціальні ситуації без допомоги оточуючих). Тобто за цим критерієм у хворих з тяжкими ОНР обов'язково виявляється значне порушення інтелектуально-мнестичних функцій, емоційного реагування і поведінки та вкрай істотне погіршення повсякденного функціонування і психосоціальної компетентності.

#### 4. Нозологічна приналежність.

Вона визначається діагностичними критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10) [4,8,10,13,19]. По-перше, це діагностична приналежність порушень, насамперед, до рубрики F0 – органічні психічні розлади за I віссю МКХ-10. У рубриці F0 до тяжких порушень внаслідок ураження головного мозку, без прив'язки до віку, відносяться усі види деменцій (F00 – деменція при хворобі Альцгеймера, F01 – судинна деменція, F02 – деменція при других хворобах, що кваліфікуються в інших розділах, F03 – деменція без уточнень) і органічний амнестичний синдром – F04. А також до ОНР, що викликані тяжкими морфо-функціональними ураженнями головного мозку з хронічним перебігом та виразним чи наростаючим когнітивним дефектом, входять окремі нозології рубрики F06 – інші психічні розлади, обумовлені ураженням і дисфункцією головного мозку або соматичною хворобою (зокрема F06.0 – органічний галюциноз, F06.1 – органічний кататонічний стан, F06.2 – органічний маячний, шизофреноподібний розлад) та F07 – розлади особистості і поведінки, обумовлені хворобою, ураженням або дисфункцією головного мозку. Також за етіологічним принципом, а саме при тяжких морфо-функціональних ураженнях головного мозку, до тяжких ОНР можна віднести нозології, що включені до інших рубрик МКХ-10: I-ї вісі – клінічні діагнози (рубрики F0-F6, F84, F9), II-ї вісі – специфічні розлади психічного розвитку (рубрика F8) та III-ї вісі – рівень інтелекту (рубрика F7), котрі вочевидь мають ознаки тяжких органічних ушкоджень головного мозку. Це нозології, включені до рубрик: психічні розлади і порушення поведінки, пов'язані з вживанням психоактивних речовин – F1 (F1x.6 – амнестичний синдром, F1x.7 –

резедуальні і відстрочені психотичні розлади: F1x.73 – деменція та F1x.74 – інше стійке когнітивне порушення), шизофренія, шизотипові та маячні розлади – F2 (варіанти параноїдної шизофренії з наростаючим псевдоорганічним дефектом: F20.x0 – з безперервним перебігом та F20.x1 – з епізодичним перебігом і наростаючим дефектом). Також до тяжких ОНР, що мають уроджений чи неясний генез, мають бути включені порушення, що відносяться до рубрик F7 – розумова відсталість (F71 – помірна розумова відсталість та F72 – тяжка розумова відсталість) та F8 – розлади психологічного розвитку (що супроводжуються помірною чи тяжкою розумовою відсталістю).

Таким чином, діагностичний аналіз, що визначає ступінь тяжкості ОНР, ґрунтується не стільки на нозологічній приналежності до тієї чи іншої рубрики МКХ-10 [10, 16], яка свідчить лише про дуже широку етіопатогенетичну різноманітність розладів, що можна віднести до тяжких ОНР, а на синдромальних характеристиках стану хворого, визначенні зворотності-незворотності та глибини нейрокогнітивного дефіциту у пацієнта [4,8,13,19]. При використанні зазначених діагностичних принципів весь континуум станів, що відносяться до ОНР, можна поділити на ступінь тяжкості: від мінімального (зі збереженням психосоціальної продуктивності та мінімальними ознаками нейрокогнітивного дефіциту) чи помірного до глибокого, коли у хворій особи діагностується синдром психічного маразму чи ідіотії (як ступеня розумової відсталості) з глибоким, незворотним, загальним порушенням психічних функцій, фізичною немічністю, повною втратою можливості до самообслуговування, спілкування і пересування. Такі хворі не мають психофізичних ресурсів до відновлення психічної діяльності та потребують лише паліативної допомоги, тобто підтримуючої терапії, постійного нагляду та догляду з боку сторонніх.

Своєчасне діагностичне визначення ступеня тяжкості ОНР дозволяє розробити ефективну стратегію терапевтичного впливу та сформулювати адекватні рекомендації щодо КНР таких пацієнтів [1, 4-6, 10, 15, 17, 20]. Це відповідь на інше тезове запитання: яка стратегія терапевтичного втручання допоможе якісно поліпшити психофізичний стан та якість життя осіб, що страждають на тяжкі ОНР, і зменшити психологічне й соціально-економічне навантаження від цих розладів? Така терапевтична стратегія враховує перерозподіл акцентів з активної до підтримуючої фармакотерапії, а також з фармакотерапії – на компенсацію нейрокогнітивного дефіциту або посилення навичок пристосування до свого стану залежно від зворотності-незворотності уражень, гостроти і

характеру психопатологічних та нейрокогнітивних порушень.

Принципи застосування фармакотерапії при тяжких ОНР ґрунтуються на визначенні провідного психопатологічного синдрому, бо такі стани характеризуються поліморфністю симптоматики, особливо за наявності ознак лише лакунарної деменції чи явних симптомів органічного розладу особистості з порушеннями поведінки.

Насамперед визначаються умови лікування. Стаціонарне лікування таких пацієнтів не повинно бути тривалим. Воно застосовується лише при розвитку станів сплутаності, гострих психотичних розладів, виразних порушень поведінки, а також для вирішення експертно-діагностичних питань або соціальних питань самотніх хворих, осіб без певного місця проживання з деменцією середнього або тяжкого ступеня. Амбулаторне лікування є провідним у наданні медико-психологічної допомоги пацієнтам з психоорганічним синдромом чи синдромом деменції легкого ступеня і хворим з деменцією середнього та тяжкого ступеня за наявності відповідного догляду й нагляду [4, 10].

Психофармакотерапія хворих з тяжкими ОНР включає постійне застосування таких груп препаратів, як інгібітори ацетилхолінестерази і цитоколіни [10, 15]. Наявність стану сплутаності, продуктивної психопатологічної симптоматики чи ідеаторно-поведінкової розгальмованості є підставою для призначення атипичних нейролептиків. При виявленні занепокоєння в нічні години короткостроково можуть призначатися бензодіазепінові транквілізатори чи інші седативні препарати. Наявність виразних депресивних симптомів є підставою для призначення антидепресантів, переважно з групи селективних блокаторів зворотного захвату серотоніну, бо препарати з виразними холінолітичними властивостями можуть викликати суттєві побічні ефекти у таких хворих [10, 15]. Обов'язковою частиною лікування таких пацієнтів є адекватна терапія коморбідних соматоневрологічних захворювань, а також гемодінамична терапія, спрямована на покращення кровообігу головного мозку, і вітамінотерапія – переважно з комплексами вітамінів А, В, С та Е [10, 15]. Адекватне лікування хворих з тяжкими ОНР вже через декілька тижнів дає позитивні результати, до яких можна віднести зменшення когнітивних порушень, купірування стану психомоторного збудження та гострих маячних або афективних симптомів у випадках діагностування ОНР при гострих, але зворотних, ураженнях головного мозку. При незворотних ураженнях позитивний ефект застосування фармакотерапії визначається протягом більш тривалих періодів (місяці). До нього можна віднести певне



уповільнення прогресування слабоумства, зі збереженням рівня психосоціальної компетентності та упорядкованості поведінки [4,10,15].

У зв'язку з тим, що терапія хворих з тяжкими ОНР є тривалою, а у багатьох випадках, зокрема при незворотних чи прогресуючих ураженнях головного мозку, має бути постійною, її обов'язковою частиною є КНР [1, 4-6, 15, 17, 20]. Стратегія лікування хворих з тяжкими ОНР не може ґрунтуватися лише на застосуванні методів фармакологічного втручання, тоді як останнім часом є тенденція до неадекватного, безпідставного призначення нейролептичних препаратів у великих дозах, що при таких розладах викликає у хворих істотні побічні ефекти та ще більше знижує якість їхнього життя та прискорює зростання нейрокогнітивного дефіциту – тобто посилює прогресування слабоумства [11, 13]. У терапії цих розладів не можна ігнорувати немедикаментозні методи компенсації нейрокогнітивного дефіциту, бо вони мають безпосередній терапевтичний вплив на психопатологічні порушення та їх використання якомога раніше є вочевидь ефективним [1, 4-6, 10, 15, 17, 20]. Тому саме при тяжких ОНР украй важливою є розробка та застосування у лікуванні, втілюючи КНР, способів активного впливу на нейрокогнітивні порушення нелікарськими методами на підставі визначення функціонального стану хворого за вищезначеними діагностичними принципами.

Комплексна психосоціальна реабілітація хворих з тяжкими ОНР – це комплекс лікувальних заходів, що спрямовані на поліпшення загального стану здоров'я пацієнта, насамперед відновлення фізичних і когнітивних функцій, а також підвищення можливості участі в діяльності, обмеженій через розлади, що виникли внаслідок ураженнями головного мозку [1, 4, 5, 6, 15, 17, 20]. Вона включає патогенетично обумовлені варіанти фізіо-, кінезіо-, ерготерапії, нейрокогнітивну реабілітацію, індивідуальне психотерапевтичне втручання, відновлення навичок самообслуговування, а також, обов'язково, психологічну та просвітительську роботу з членами родини хворого. Застосування КНР у пацієнтів із тяжкими ОНР має якісний компенсуючий та відновлювальний вплив на загальний функціональний стан хворого, прояви захворювання і взаємопов'язаного з ним нейрокогнітивного дефіциту, котрий на сьогодні розглядається як «третя група симптомів» поряд з позитивними та негативними психопатологічними порушеннями. Передусім КНР компенсує прояви психопатологічних розладів та нейрокогнітивного дефіциту, що найбільше турбують хворих з тяжкими ОНР і розладжують будь-які форми повсякденної, професійної та соціальної активності, знижують якість

їхнього життя: це суттєві і стійкі порушення уваги, пам'яті та емоцій, функції програмування і контролю поведінки, сприйняття реальності через органи почуттів, пересування чи дрібномотормого праксису [2, 4, 5, 9, 11, 13, 20]. Але застосування КНР буде достатньо ефективним тільки за наступних умов: 1) своєчасного, постійного застосування, комплексності та якомога ранішого початку; 2) втілення, виходячи з концепції «ризик-користь втручання» зі зменшенням ризику розвитку ускладнень чи побічних дій. Саме так патологічні процеси максимально піддаються корекції, і можна отримати найбільш позитивні фізичні, психологічні і соціальні зрушення у стані хворого [4-6, 17, 20].

Першим етапом застосування КНР пацієнтам з тяжкими ОНР є: 1) з'ясування загального обсягу функціональних втрат у конкретного хворого щодо фізичних можливостей, психічної діяльності та неврологічних функцій; 2) визначення методів і форм реабілітаційної допомоги залежно від перебігу хвороби й особливостей процесу відновлення психофізичного стану пацієнта. Це детермінує основні завдання КНР, які спрямовані на: 1) сприяння природному відновленню психічних функцій у випадках гострих, але зворотних, уражень головного мозку; 2) навчання хворого внутрішнім стратегіям компенсації порушень загального функціонування або окремих когнітивних функцій чи патернів поведінки, посилення існуючих особистісних ресурсних настанов та формування нових стереотипів пізнавальної і поведінкової активності; 3) відновлювальне тренування окремих когнітивних функцій задля досягнення достатнього обсягу повсякденних навичок; 4) ефективне використання зовнішніх компенсаторних пристроїв і сторонньої допомоги; 5) реорганізацію та структурування стилю життя та життєвого середовища відповідно до стану пацієнта та перебігу процесу його відновлення; 6) включення родичів хворого до ефективної взаємодії з ним та їх навчання цьому; 7) профілактику вторинних ускладнень, що можуть виникнути у ході розвитку захворювання чи проведення реабілітаційних заходів [4-6, 15, 17, 20].

Важливою частиною КНР є психотерапевтичне втручання, але у багатьох випадках для пацієнтів з тяжкими ОНР воно трансформується у психокорекційну допомогу, бо у хворих з гострими ураженнями головного мозку та деменцією відсутня здатність до саморефлексії, необхідна для ефективної психотерапії. Основними завданнями психокорекції у хворих з тяжкими ОНР є пом'якшення реакцій хворих у відповідь на ситуації, що пов'язані з хворобою і лікуванням, а також запобігання їх ізоляції в оточенні [1, 6].

Одним з основних видів психокорекційної допомоги для пацієнтів з тяжкими ОНР є тренінг когнітивних функцій, метою застосування якого є відновлення або компенсування втрачених психічних функцій чи їх довільної регуляції [5,15,20]. Цей варіант та етап КНР обов'язково потребує використання принципів: 1) «віяловий принцип» (розширення завдань від моноmodalного підходу до поліmodalного, починаючи з опори на збережену modalність); 2) «правило крок за кроком» (поступове розширення та ускладнення завдання після його виконання); 3) «позиція гіперпротекції» (підвищення самооцінки хворого незалежно від отриманих пацієнтом результатів зі стимуляцією позитивних емоцій). Їх втілення стимулює механізм терапевтичного ефекту тренінгу когнітивних функцій, а саме додаткову мобілізацію залишкових нейрокогнітивних ресурсів та можливостей, що формуються у пацієнта завдяки морфо-функціональній перебудові ушкоджених церебральних систем, враховуючи їх спонтанне відновлення. У випадках, коли відновлення втраченої психічної функції у попередньому обсязі неможливе, хворого навчають внутрішнім або зовнішнім стратегіям компенсації функціонального дефіциту. До внутрішніх компенсаторних стратегій відносять порядок дій, що самостійно ініціюється та дозволяє хворому досягти мети, реалізація якої іншим способом утруднена через ОНР [5, 15, 20]. Зовнішні способи компенсації – це використання допоміжних пристроїв (від записних книжок, коробочки з відсіками ліків до варіантів екзоскелету чи нейронкомп'ютинга), що частково заміщують втрачені людиною функції. Це також реорганізація навколишнього середовища, котра включає необхідні зміни умов та способу життя.

У випадках тяжких ОНР при гострих та зворотних ураженнях головного мозку можливим етапом КНР на стадії реституції є застосування індивідуальної психотерапії, спрямованої на збереження навичок адекватної соціальної поведінки, роботу з відчуттям неадекватності власного «Я», розгубленістю та негативними емоціями, що виникли внаслідок патології, а також на «випереджальну» адаптацію до наявного нейрокогнітивного дефіциту та його можливого прогресування [6, 20].

Обов'язковою частиною КНР є робота з оточенням хворого з ОНР [4, 6, 20]. По-перше, це психоосвітня робота, зорієнтована на інформування роди-

чів або доглядачів пацієнта щодо його стану і перспектив на майбутнє. Теми інформаційної роботи з родичами хворих мають включати питання етіології, симптомів і перебігу ОНР; суті та етапності активної та підтримуючої медикаментозної терапії, а також вирішувати основні проблеми, з якими стикаються родини хворих. По-друге, необхідна психологічна допомога родичам пацієнта в адаптації до факту наявності тяжкого ОНР у члена родини, емоційна та інформативна підтримки осіб, що здійснюють догляд за такими хворими, задля формування у них адекватного розуміння і ставлення до пацієнта та його хвороби.

При втіленні КНР хворим із тяжкими ОНР періодично має проводитися оцінка ефективності її застосування [3, 7]. Певні труднощі в цьому пов'язані з відсутністю загальноприйнятих критеріїв такої оцінки. Встановлено, що навіть поліпшення стану хворих та їх нейропсихологічного функціонування у ході КНР далеко не завжди супроводжується підвищенням самооцінки щодо якості свого життя чи розширенням повсякденної активності [1, 4, 6]. Ефективність застосування КНР залежить від правильного вибору заходів, їх комплексного, своєчасного та послідовного застосування, урахування фізичного стану хворого, виразності нейрокогнітивного дефіциту та перебігу ОНР [3]. Застосування КНР можна вважати ефективним при явних ознаках компенсації нейрокогнітивного дефіциту чи уповільнення прогресування слабоумства, пом'якшення змін особистості, поліпшення якості життя хворого та осіб, що доглядають за ним, що фіксуються через 3–6 місяців після початку реабілітаційних заходів.

Таким чином, завдяки ретельній діагностиці ступеня тяжкості ОНР та застосуванню адекватної стратегії терапевтичного втручання щодо таких хворих, з обов'язковим включенням своєчасної, комплексної та послідовної КНР, у багатьох пацієнтів відновлюється достатній рівень компенсації психофізичних порушень і психосоціальної активності, а також має місце запобігання прогресуванню нейрокогнітивного дефіциту у пацієнтів та істотної втрати ними психосоціальної компетентності. Такий комплексний підхід у лікуванні і реабілітації дозволяє забезпечити пацієнтам з тяжкими ОНР максимально можливу якість життя і суттєво знизити психологічний і соціально-економічний тягар, котрий супроводжує ці розлади для хворої особи, її оточення та суспільства в цілому.

### Література

1. Бабин С. М. Психотерапія в системі лікування і реабілітації психічески больних: дис. ... д-ра мед. наук / С. М. Бабин. – Санкт-Петербург: НИПНИ ім. В. М. Бехтерева, 2006. – 526 с.

2. Буклина С. Б. Нарушения высших психических функций при поражении разных отделов ствола мозга / С. Б. Буклина // Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: к 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии : сб. ; [сост. Н. К. Корсакова, Ю. В. Микадзе]. – Москва : факультет психологии МГУ имени М. В. Ломоносова, 2012. – С. 129–148.
3. Булыгина В. Г. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации / В. Г. Булыгина, А. М. Абдраязова // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 3. – С. 54–58.
4. Бровин А. Н. Клинико-экспертные особенности, профилактика инвалидности и реабилитация больных с органическим расстройством личности : дис. ... канд. мед. наук / А. Н. Бровин. – Санкт-Петербург, 2009. – 201 с.
5. Григорьева В. Н. Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга : учебное пособие / В. Н. Григорьева, М. С. Ковязина, А. Ш. Тхостов. – Москва : УМК «Психология»; Московский психолого-социальный институт. – 2006. – 256 с.
6. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – Москва : Медпрактика-М, 2004. – 492 с.
7. Друес Й. Эффективность психосоциальной реабилитации / Й. Друес // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 1. – С. 100–104.
8. Калинин В. В. Органические психические расстройства в МКБ-10: несовершенство критериев диагностики или псевдодиагностические критерии / В. В. Калинин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 3. – С. 42–44.
9. Краснов В. Н. Психоорганический синдром как предмет нейропсихиатрии / В. Н. Краснов // Неврология. Психиатрия. – 2011. – № 4 (63). – С. 32–34.
10. Критерии диагностики и лечения психических расстройств и расстройств поведения у взрослых. – Харьков : Арсис ЛТД, 2000. – 304 с.
11. Левада О. А. Особенности когнитивных нарушений на этапах развития субкортикальной сосудистой деменции в пожилом и старческом возрасте / О. А. Левада // Медична психологія. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 97–103.
12. Любов Е. Б. Клинико-эпидемиологические, фармакоэпидемиологические и экономические аспекты старческих деменций / Е. Б. Любов, И. Р. Еналиев, Т. П. Крюченкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 2. – С. 33–39.
13. Органическое психическое расстройство: современная диагностическая концепция / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – Москва : НЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004. – 236 с.
14. Проблемы социальной психиатрии / под. ред. К. Л. Барановского. – Киев : Аратта, 2003. – 148 с.
15. Рекомендации по лечению болезни Альцгеймера и других видов деменции // *Neuro news*. – 2012. – № 8 (43). – С. 35–38.
16. Руководство по психиатрии : в 2 т. / под ред. А. С. Тиганова. – Москва : Медицина, 1999.
17. Цветкова Л. С. Восстановление высших психических функций (после поражения головного мозга) / Л. С. Цветкова. – Москва : Академический проект, 2004. – 383 с.
18. *Dementia: a public health priority. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data : World Health Organization, 2012. – 102 p.*
19. *Disclosing a diagnosis of dementia: a systematic review / Bamford C., Lamont S., Eccles M. [et al.] // Int. J. Geriatric Psychiatry. – 2004. – Vol. 19. – P. 151–169.*
20. *Sohlberg M. M. Cognitive Rehabilitation: An integrative neuropsychological approach / M. M. Sohlberg, C. A. Mateer. – New York : Guilford Press, 2001. – 500 p.*

### **Диагностика, принципы лечения и комплексной реабилитации больных с тяжелыми органическими психическими расстройствами**

**Г.Я. Пилягина**

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

В статье обобщаются критерии диагностики, принципы лечения и комплексной реабилитации больных с тяжелыми органическими психическими расстройствами. Диагностическая оценка тяжести таких нарушений должна учитывать характер морфо-функционального поражения головного мозга, течение и нозологическую принадлежность возникших расстройств, а также степень нарушений психосоциальной продуктивности. Эффективное терапевтическое ведение таких пациентов основано на сочетании фармакотерапии с комплексной психосоциальной реабилитацией, которая включает тренинг когнитивных функций и

психокоррекционную помощь больным, а также психообучающую работу с родственниками и другими лицами, ухаживающими за пациентами, и их психологическую поддержку. Подчеркивается, что своевременность, последовательность и комплексность психосоциальной реабилитации существенно повышают возможности компенсации нейрокогнитивного дефицита у таких больных.

**Ключевые слова:** органические психические расстройства, деменция, диагностика, терапия, психосоциальная реабилитация.

### **Diagnosics, treatment principles and complex rehabilitation for patients with severe organic mental disturbances**

**G.Ya. Pyliagina**

*Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine*

This review article generalizes the issue of diagnostic criteria, treatment principles and complex rehabilitation for patients with severe organic mental disturbances. The diagnostic of such impairments should consider character of brain morfo-functional defeat, clinical features, course and nosologic category of them, and also evaluation of patients' psychosocial efficiency decrease. Effective therapeutic case conducting is based on a combination of pharmacotherapy with complex psychosocial rehabilitation. It includes training cognitive functions and the psychocorrectional help to patients with organic mental frustration, and also psychotraining work with relatives and other kipers who are looking after patients, and their psychological support. Timeliness, sequence and integrated approach at psychosocial rehabilitations essentially raises restoration of patients' neurocognitive deficiency.

**Key words:** organic mental disturbances, dementia, diagnostic, treatment, psychosocial rehabilitation.

### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Піягінна Галина Яківна** – д.мед.н., проф., зав. каф. психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика Адреса: м. Київ, вул. Фрунзе 103. Тел.: +38 067 902 58 31.

*Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.*

## НОВОСТИ

### Капуста, щавель и шпинат способны предотвратить слепоту

Глаукома, высокое внутриглазное давление, является одной из главных причин полной потери зрения в современном мире. А ученые обнаружили, что опасность развития глаукомы заметно уменьшается при регулярном включении в рацион вполне доступных овощей.

Исторически сложилось так, что большинство людей из всех разновидностей овощей отдают предпочтение корнеплодам и бобовым (картофелю, свекле, гороху, фасоли, моркови, огурцам и тому подобное).

Отношение же к так называемым листовым овощам (щавель, шпинат, петрушка укроп, салат, латук и так далее) несколько иное – подобная «зелень», за исключением разве что капусты и ее родственников: брокколи и цветной капусты, рассматривается как необязательное дополнение к основному рациону.

Подобная «дискриминация» листовых овощей связана с их низкой калорийностью и они традиционно не рассматриваются как источник энергии.

Между тем, американские исследователи обнаружили, что природные соединения азота, которым очень богаты листовые овощи, способны снижать риск развития глаукомы, опасного заболевания органов зрения, которое наряду с макулярной дегенерацией сетчатки глаза является основной причиной слепоты современных людей.

Например, в США в настоящее время имеется 3 миллиона жителей, страдающих глаукомой, а 120 000 американцев полностью потеряли зрения из-за осложнений этого заболевания.

Ученые из медицинской школы при Гарвардском университете (Harvard Medical School) на протяжении четверти века с 1986 по 2011 год наблюдали группу жителей США численностью почти 105 000 человек (64 000 женщин и 41 000 мужчин).

Участники исследования регулярно информировали ученых о результатах проверки их зрения, а также об индивидуальных особенностях их питания.

Анализ полученных ответов показал, что у той подгруппы участников исследования, которые потребляли листовых овощей больше других испытуемых, риск развития глаукомы был ниже на 30% по сравнению с участниками, которые такие овощи употребляли в пищу нерегулярно.

Подобным эффектом в наибольшей степени обладала кудрявая капуста (кале).

*Источник: med-expert.com.ua*

О.Т. Шевченко

## Особливості паліативної допомоги хворим із хронічними інфекційними захворюваннями

Черкаський медичний коледж, м. Черкаси, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2016.1(3):67-70; doi 10.15574/IJRPM.2016.01.67

Проаналізовано потребу в паліативній допомозі (ПД) хворим на хронічні інфекційні захворювання, особливо на ВІЛ/СНІД та туберкульоз. Організація та ефективне функціонування системи ПД хворим із хронічними інфекційними захворюваннями можливі лише за умови якісної підготовки медичних спеціалістів, що ґрунтується на розробці та використанні сучасного науково-методичного забезпечення. Науково-методичні напрацювання викладачів коледжу забезпечують підготовку з ПД медичних фахівців Черкаської області як на додипломному, так і на післядипломному рівні.

**Ключові слова:** паліативна допомога, туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД, науково-методичне забезпечення, додипломна та післядипломна підготовка.

### Вступ

Протидія ВІЛ-інфекції/СНІДу залишається одним із пріоритетних завдань держави. Незважаючи на зниження інтенсивності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції, зросли ризики щодо поширення ВІЛ в умовах гуманітарної кризи та бойових дій на Сході.

За період 1987–2015 (6 міс.) рр. серед громадян України зареєстровано 271 942 ВІЛ-інфікованих осіб, у тому числі 79 569 випадків захворювання на СНІД та 36 922 випадки смерті від захворювань, зумовлених СНІДом [2].

За даними ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України», у 14 регіонах нашої держави, у тому числі в Черкаській області, відмічається підвищення регіональних показників смертності від СНІДу порівняно з відповідними показниками минулого року [2].

Зважаючи на той факт, що кількість померлих від СНІДу щорічно збільшується (3426 у 2014 р. проти 2507 у 2007 р.), потреба в паліативній допомозі цій категорії осіб є надзвичайно гострою.

Пандемія ВІЛ-інфекції викликала різке зростання захворюваності на туберкульоз в країнах Африки, Південно-Східної Азії, Східної Європи, а також

у США, Канаді та Західній Європі. За рішенням ВООЗ, з 1995 р. Україну включено до числа держав, охоплених епідемією туберкульозу – захворювання, яке відображає соціально-економічне благополуччя держави. Ці два захворювання сягнули в Україні масштабів епідемії і щороку спричиняють смерть десятків тисяч наших співвітчизників. За даними вибіркового дослідження Інституту фтизіатрії та пульмонології, у 43,5 % ВІЛ-інфікованих на стадії СНІДу розвивається туберкульоз [10]. За 2001–2013 рр. захворюваність на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ/СНІД зросла у 35,25 разу [11]. Ситуація ускладнюється й тим, що для ВІЛ-інфікованої чи хворої на СНІД людини туберкульоз у понад 50 % випадків стає смертельним захворюванням. Так, за 6 міс. 2015 р. туберкульоз, як основна ко-інфекція, спричинив смерть 899 осіб, що становить 60,1 % від загальної кількості померлих від СНІДу [2].

Окрім туберкульозу і СНІДу великою проблемою є хіміорезистентний туберкульоз. В Україні науковцям вдалося встановити зв'язок між «полі-резистентною формою» туберкульозу та ВІЛ. Спеціалісти ВООЗ стверджують, що люди, які живуть з ВІЛ, удвічі вірогідніше отримують саме цю важку форму туберкульозу [9].

У клінічній структурі смертності 90,7% займає туберкульоз органів дихання, переважно його

хронічні поширені фіброзно-кавернозні і дисеміновані форми (92, 75) [10], що при організації паліативної допомоги хворим цієї категорії вимагає ретельного дотримання вимог інфекційної безпеки.

Нормативними документами МОЗ України передбачено, що паліативна допомога (ПД) пацієнту, хворому на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію/СНІД, надається у відповідних спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах [8].

Розрахована спеціалістами потреба в ПД хворим на туберкульоз, що становить 80% від кількості пацієнтів з інкурабельними (невиліковними) формами захворювання, сьогодні залишається практично недосяжною.

**Мета:** проаналізувати потребу у паліативній допомозі хворим на хронічні інфекційні захворювання, особливо на ВІЛ/СНІД та туберкульоз.

Попри складнощі у розвитку ПД в Україні, у тому числі й пацієнтам з хронічними інфекційними захворюваннями, Черкаський медичний коледж розглядає своє основне завдання у формуванні знань студентів та слухачів відділення післядипломної освіти з основних аспектів ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, у тому числі й тих, що стосуються ПД.

### Результати дослідження та їх обговорення

У всіх європейських країнах ПД надається переважно пацієнтам з поширеними формами раку. Пацієнти, що страждають на інші захворювання, наприклад неврологічні, ВІЛ/СНІД чи такі, що мають серцеву, легеневу чи ниркову недостатність, можуть так само потребувати ПД, як і хворі на рак, але паліативна допомога для них є менш доступною.

Понад 95% усіх пацієнтів, що отримують спеціалізовану ПД, – це хворі на рак. Дослідження і розрахунки свідчать, що якби ПД була доступною для неонкологічних хворих так само, як для хворих на рак, то співвідношення пацієнтів, які потребують ПД, склало б 40% (неонкологічні хворі) і 60% (хворі на рак) [1].

Застосування комбінованої високоактивної антиретровірусної терапії в останні роки дозволило значно поліпшити стан хворих та уповільнити прогресування хвороби, однак таке лікування не здатневилікувати і викликає цілий ряд побічних ефектів. Тому кількість хворих з ВІЛ-інфекцією, що потребуватимуть ПД, не лише не зменшиться, але й буде постійно збільшуватися.

Надання ПД хворим на СНІД може супроводжуватися низкою труднощів, як медичних (численні інфекції, тривале виснажливе лікування, високий

ризик побічних ефектів, велика кількість препаратів), так і психологічних, і соціальних (важко доступні соціальні прошарки, часто – ВІЛ-інфіковані статеві партнери, близькі родичі, стигматизація й дискримінація, конфіденційність, великі втрати, страх перед хворобою) [5].

При ПД пацієнтам з хронічними інфекційними захворюваннями, на наш погляд, доцільно виділити декілька складових, на яких має ґрунтуватися її організація та підготовка і підбір фахівців.

По-перше, це знання самого захворювання та проблем, які виникають у пацієнтів у зв'язку з ним. У Черкаському медичному коледжі таке питання вирішено наступним чином. У вересні 2013 р. відкрився Черкаський регіональний навчально-тренінговий центр з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу Черкаського медичного коледжу на базі комунального закладу «Черкаський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом» Черкаської обласної ради – перший і єдиний поки що подібний заклад в Україні. Медичні сестри, фельдшери, акушерки з найвіддаленіших районів області, фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій практично навчаються первинної профілактики, профілактики серед груп ризику, сучасних методів діагностики і лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу, заходів інфекційної безпеки медичних працівників. Навчальні програми з усіх спеціальностей укладені таким чином, що кожна група слухачів відділення післядипломної освіти має можливість пройти навчання з таких тем: «Попередження ВІЛ/СНІДу на робочому місці», «Медичні, соціальні та психологічні аспекти роботи з пацієнтами на ВІЛ/СНІД».

Важливо, щоб медичні працівники розуміли проблеми, які виникають у людей з ВІЛ, і не лише медичні, але й соціальні, і, особливо, психологічні; уміли забезпечити догляд за пацієнтами зі СНІДом, у тому числі паліативний та хоспісний.

Викладачі коледжу мають значні напрацювання у цій сфері і прагнуть, щоб якомога більше фахівців могли скористатися розробленими ними навчально-методичними матеріалами.

Одним із перших кроків стала підготовка навчального посібника «Застосування медсестринського процесу при ВІЛ-інфекції/СНІДі» [4], в якому розкрито прикладні аспекти застосування медсестринського процесу при ВІЛ-інфекції/СНІДі, продемонстровано тісні міждисциплінарні зв'язки. Важливий аспект, який має бути зрозумілим усім, без винятку, медичним працівникам, – це значна кількість психологічних, соціальних та духовних проблем, які виникають у пацієнтів з таким «соціально неприйнятним» захворюванням. Тому при наданні ПД таким пацієнтам важлива не стільки

кількість консультацій чи відвідувань хворого, а їх результат – зниження інтенсивності чи усунення симптому, зміна емоційного стану пацієнта, вирішення його соціальних проблем. Посібник презентовано на засіданні опорної циклової комісії сестринської справи ВМНЗ України I-II р.а.

Друга складова – це відбір і навчання персоналу безпосередньо навичкам та умінням надання ПД хворим на СНІД. Надання ПД багатопрофільною бригадою при цьому захворюванні є найбільш виправданим, тому що в при жодній іншій нозології пацієнти не потребують такої різнобічної клінічної та психологічної допомоги. Міжнародна асоціація лікарів з проблем ВІЛ/СНІДу серед учасників допомоги хворим на СНІД на першому місці вказує медичних сестер, що, на наш погляд, є абсолютно закономірним [5].

Паліативна допомога передбачає опіку не лише пацієнта з невиліковним захворюванням, але й членів його родини [8]. Повертаючись до питання захворювань чи причин смерті, неприйнятних для суспільства, варто зазначити, що рідні та близькі пацієнтів зі СНІДом, туберкульозом потребують особливих підходів. У більшості випадків до термінального стану своїх близьких вони приходять через тривалий період боротьби за них, період жалю, гніву, безсилля, сорому, втрати надій. Часто до цього часу вони вже фізично й морально втомлені та спустошені. Їхні почуття амбівалентні, а переживання горя може мати риси патологічного [12]. У рідних пацієнтів зі СНІДом може розвиватися передчасне горе, тобто переживання горя заздалегідь, до очікуваної втрати, оскільки це захворювання на сьогоднішній день для широкого загалу залишається невиліковним. Медичні фахівці мають бути обізнаними з такими проявами горьових реакцій і рекомендувати особам з дисфункціональним горем професійну психологічну допомогу.

Окрім того, професійна медична спільнота має бути поінформованою про те, що на XVII Всесвітній конференції зі СНІДу (Мехіко, 2008) фахівці визначили: «Якщо діагноз ВІЛ ставиться сьогодні 20-річній людині, то у неї є шанс прожити в середньому ще 49 років за умови необмеженого доступу до лікування». Таким чином ВІЛ – це не смертельна, а довготривала хронічна хвороба.

### Література

1. *Белая книга: стандарты и нормы хосписной и палиативной помощи в Европе: часть 1. Рекомендации Европейской ассоциации палиативной помощи. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=W5xHFfIvgE0%3D&tabid=736>*
2. *ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень № 44. – Київ, 2015. – 37 с.*
3. *Губенко І. Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т. Шевченко. – Київ : ВСВ «Медицина», 2013. – 296 с.*

Часто проблема добору персоналу для надання ПД хворим на СНІД пов'язана зі страхом інфікування. Тому необхідна грамотна підготовка і роз'яснювальна робота, адже ризик зараження при щоденному догляді та в побуті невеликий, і дотримання нескладних правил абсолютно забезпечує осіб, що здійснюють опіку.

Протягом декількох останніх років навчальний заклад брав участь у проектах Міжнародної організації праці (МОП) з попередження ВІЛ-інфекції на робочих місцях, ініційованих Федерацією профспілок Черкаської області. Викладачі, студенти, працівники медичного пункту брали участь у тренінгах, що проводили представники МОП, ЮНЕЙДС, Фонду народонаселення ООН, та мали змогу на місці пройти анонімне, добровільне і конфіденційне тестування на ВІЛ.

Третя складова – це психологічна готовність спеціалістів з медичною освітою працювати з пацієнтами з туберкульозом, ВІЛ/СНІДом, адже нерідко такі хворі належать до маргінальних прошарків населення, зазнають стигматизації й дискримінації. Зважаючи на цілий ряд особливих психологічних проблем, питанню спілкування та його психологічним аспектам при наданні паліативної допомоги пацієнтам, які мають ВІЛ/СНІД, у підручнику з психології для медичних сестер, фельдшерів, акушерок, укладеному авторським колективом викладачів коледжу, присвячено окремий розділ [3].

### Висновки

Забезпечення ПД високої якості пацієнтам з хронічними інфекційними захворюваннями, у тому числі ВІЛ-інфекцією/СНІДом, туберкульозом, повинно бути одним з пріоритетних напрямів розвитку української системи охорони здоров'я.

Організація та ефективне функціонування системи ПД хворим з хронічними інфекційними захворюваннями можливі лише за умови якісної підготовки медичних спеціалістів на додипломному та післядипломному рівнях, що ґрунтується на розробці та використанні сучасного науково-методичного забезпечення.

4. Застосування медсестринського процесу при ВІЛ-інфекції/СНІДі: навчальний посібник / І. Я. Губенко, Л. П. Бразалій, О. Т. Шевченко, В. Г. Аншай. – Черкаси, 2008. – 44 с.
5. Палиативная помощь при ВИЧ-инфекции. Модуль Гален 15 [Электронный ресурс] / IAPAC, USA. – 2004. – Режим доступа : [http://aids.belmapo.by/downloads/method\\_manual&guidelines/dl/Galen\\_15\\_Rus.pdf](http://aids.belmapo.by/downloads/method_manual&guidelines/dl/Galen_15_Rus.pdf)
6. Про затвердження клінічного протоколу «Надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію : наказ МОЗ України від 03.07.2007 № 368 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20120307\\_p.html](http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120307_p.html). – Назва з екрану.
7. Про затвердження примірних положень про хоспіс та відділення паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію та СНІД : наказ МОЗ України від 27.12.2007 р. № 866 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20071227\\_866.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20071227_866.html). – Назва з екрану.
8. Про організацію паліативної допомоги в Україні : наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z0229-13#n16>. – Назва з екрану.
9. Україні загрожує туберкульоз. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://tsn.ua/ukrayini-zagrozhuye-tuberkuloz.html>. – Назва з екрану.
10. Фещенко Ю. І. Епідеміологія туберкульозу в Україні за останні 3 роки. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ifp.kiev.ua/doc/news/tubepidem.htm>. – Назва з екрану.
11. Фещенко Ю. І. Концептуальні засади оптимізації протитуберкульозних заходів і реформування протитуберкульозної служби України [Електронний ресурс] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко. – Режим доступу : <ftp://ftp1.ifp.kiev.ua/original/2015/feschenko2015.pdf>. – Назва з екрану.
12. Шевченко О. Т. Психологія кризових станів / О. Т. Шевченко. – Київ : Здоров'я. 2005. – 120 с.

### Особенности паллиативной помощи больным с хроническими инфекционными заболеваниями

**А.Т. Шевченко**

Черкасский медицинский колледж, г. Черкассы, Украина

Проанализирована потребность в паллиативной помощи (ПП) больных хроническими инфекционными заболеваниями, особенно ВИЧ/СПИДом и туберкулезом. Организация и эффективное функционирование системы ПП больным с хроническими инфекционными заболеваниями возможны лишь при условии качественной подготовки медицинских специалистов, которая базируется на разработке и использовании современного научно-методического обеспечения. Научно-методические наработки преподавателей колледжа обеспечивают подготовку по ПП медицинских специалистов Черкасской области как на додипломном, так и на последипломном уровне.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, туберкулез, ВИЧ-инфекция/СПИД, научно-методическое обеспечение, додипломная и последипломная подготовка.

### Peculiarities of palliative care of patients with chronic infectious diseases

**O. Shevchenko**

Cherkassy Medical College, Cherkassy, Ukraine

Analysis of the need for palliative care for patients with chronic infectious diseases, especially HIV/AIDS and tuberculosis. Scientific and methodological achievements of. The organization of effective functioning of palliative care to patients with chronic infectious diseases is possible only due to qualified training of health professionals on undergraduate and postgraduate levels, based on the development and use of modern scientific and methodological provision. College teachers provide training of medical specialists in palliative care of Cherkassy region on both undergraduate and postgraduate level.

**Key words:** palliative care, tuberculosis, HIV/AIDS, scientific and methodological provision, undergraduate and postgraduate training.

---

### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

**Шевченко О.Т.** – Черкаський медичний коледж. Адреса: м. Черкаси, вул. Хрещатик, 215; тел. (0472) 35-24-80.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.



Т.А. Александріна

## Розвиток паліативної і хоспісної допомоги хворим на туберкульоз. Минуле, сучасне, майбутнє

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

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2016.1(3):71-75; doi 10.15574/IJRPM.2016.01.71

Проведений аналіз розвитку епідемічного процесу щодо туберкульозу в Україні, стану організації паліативної допомоги хворим на туберкульоз. Аналіз нормативних актів та рекомендацій міжнародних організацій показав необхідність широкого розвитку паліативної і хоспісної допомоги зазначеній категорії пацієнтів.

При цьому стаціонарне лікування не повинно замінюватись поняттям хоспісної допомоги, а зняття пацієнта з протитуберкульозної терапії – поняттям «паліативне лікування».

**Ключові слова:** паліативна, хоспісна допомога хворим на туберкульоз, паліативне лікування хворих на туберкульоз.

### Вступ

Паліативна допомога, за визначенням ВООЗ (2014), – це підхід, який дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів та їхніх сімей, що зіткнулись з проблемами, пов'язаними з небезпечним для життя захворюванням, шляхом запобігання та полегшення страждань за рахунок раннього виявлення хвороби, ретельної оцінки та лікування болю та інших фізичних симптомів, а також надання психосоціальної і духовної підтримки.

Зміцнення паліативної медичної допомоги в якості одного з компонентів комплексного лікування протягом всього життєвого циклу є одним з пріоритетних завдань сьогодення [8].

У сфері соціально небезпечних захворювань, крім ВІЛ-інфікованих, паліативної допомоги потребують і деякі категорії хворих на хіміорезистентний туберкульоз, особливо у кінцевій його стадії. Щороку в Україні від туберкульозу помирає близько шести тисяч українців, з них майже дві тисячі – від поєднаної інфекції туберкульоз-ВІЛ-інфекція.

#### *Минуле*

Паліативна допомога хворим на туберкульоз має визначальне історичне значення. Повертаю-

чись до часів становлення протитуберкульозної служби в Україні, слід зазначити, що на початку минулого століття соціально-економічний стан, у якому знаходилась Україна (революція 1905–1907 рр., Перша світова війна (1914–1918), коли воєнні дії розгорнулися саме на території України), спричинив масове поширення туберкульозу. Рівень захворюваності становив у різних губерніях від 360 до 645 на 100 тис. населення [7]. Першими видами медичної допомоги хворим стали загальнозміцнювальне і симптоматичне лікування. Хворим призначали відхаркувальні й наркотичні засоби, про що зазначається у всіх звітах амбулаторій, починаючи з 1913 р. Допомога хворим надавалась у протитуберкульозних амбулаторіях з опікою [11]. Тобто принципи паліативної допомоги хворим на туберкульоз почали формуватись із самого початку становлення протитуберкульозної благодійності, яка стала базовою у розвитку фтизіатричної служби.

Благодійні організації створювали умови для надання допомоги тим, хто страждає. Але протитуберкульозна благодійність в Україні, яка ґрунтувалась переважно на відкритті поодиноких протитуберкульозних опікунських закладів і санаторіїв, не витримала випробування і припинила

свою діяльність з початком Першої світової війни 1914 р. [3].

Після революції та громадянської війни туберкульоз у нашій країні посідав перше місце серед усіх причин ненасильницької смерті. Боротьба з ним стала одним із головних завдань радянської охорони здоров'я. Саме тоді була закладена серйозна наукова база, створена мережа протитуберкульозних закладів та налагоджена одна з найбільш досконалих у світі систем боротьби з туберкульозом. Елементи симптоматичного лікування та догляду за хворими завжди були складовою лікування хворого на туберкульоз [7].

У наступний історичний етап розвитку епідемії в Україні, який збігся з розробкою протитуберкульозних препаратів, паліативна допомога хворим на туберкульоз все частіше надавалась у державних та комунальних протитуберкульозних закладах. Після Великої вітчизняної війни всі хворі на виявлений активний туберкульоз підлягали стаціонарному лікуванню та санаторній реабілітації. Симптоматичне лікування було обов'язковим компонентом. Для хворих на поширені та хронічні форми туберкульозу були створені окремі санаторії тривалого перебування. Ці заходи швидко дали результат – рівні захворюваності на туберкульоз та смертності від нього знизилися у десятки разів [10].

Погіршення епідемічної ситуації наприкінці ХХ століття змусило змінити підходи до паліативної допомоги, у т.ч. хворим на туберкульоз.

### *Сучасне*

Питання щодо впровадження нових моделей паліативної допомоги хворим на туберкульоз знову постало на початку 90-років минулого століття. Більшість країн повернулися обличчям до загрози світової епідемії мультирезистентного туберкульозу. Незалежна Україна в 1992 р. опинилася в економічній скруті. За умов відсутності державної програми протидії захворюванню на туберкульоз та відповідного фінансування відбулися перерва в постачанні протитуберкульозних препаратів, подальший занепад застарілого діагностичного обладнання, що призвело до неповноцінної діагностики захворювання та лікування хворих і сприяло поширенню епідемії туберкульозу в Україні з розвитком мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) та туберкульозу з розширеною резистентністю (РРТБ) [9].

У 2005 р. в країні зареєстрований найвищий рівень захворюваності на туберкульоз за останні 50 років, а у 2013 р. найбільша у світі кількість випадків МРТБ та РРТБ – 10 585. Країна посідає третє місце в Європі за тягарем ТБ/ВІЛ [2].

За матеріалами 46-тої Всесвітньої Конференції зі здоров'я легень, що відбулася в Кейптауні у 2015 р., з оглядом ситуації з туберкульозом за минулий рік (19-а Доповідь про глобальну боротьбу з туберкульозом), у світовому масштабі в 2014 р. у 480 000 людей розвинувся туберкульоз із множинною стійкістю до протитуберкульозних препаратів і зафіксовано близько 190 000 випадків смерті від нього.

В Україні також виявлені несприятливі епідеміологічні тренди, пов'язані з поширенням резистентних форм туберкульозу. Україна утримується серед п'яти країн, у яких зареєстровано 2/3 світового тягаря МРТБ (Індія, Китай, Росія, Пакистан). Причому оціночна кількість випадків МРТБ в Україні удвічі більша, ніж їх було виявлено [12].

Ефективність лікування МРТБ в Україні становить 34%, загальносвітового показника – 50%. Загалом у Європейському регіоні ВООЗ значно знизилась ефективність лікування ТБ/ВІЛ (47% у когорті 2013 р. порівняно із 57% у 2012 р.), що пояснюється виключно низькою ефективністю лікування ко-інфекції саме в Україні – 44%, тоді як середньосвітовий показник ефективності лікування ТБ/ВІЛ становить 71%. Такий стан вимагає розробки нових моделей допомоги хворим на туберкульоз [6].

Необґрунтована перевага стаціонарної моделі лікування, неефективний, недопрацьований соціальний супровід хворого на ТБ, довготривалість (20 місяців основний курс лікування МРТБ і РРТБ), висока вартість сучасних схем хіміотерапії, відсутність в Україні нових протитуберкульозних препаратів, таких як, наприклад, бедаквілін та деламаїд, які вже використовуються в світі, труднощі з реєстрацією цих препаратів в країні не сприяють ефективному подоланню епідемії резистентного туберкульозу [5].

Як наслідок, в Україні зафіксовані найнижчі в Європі результати ефективності лікування МРТБ та постійно зростає чисельність хворих, яким за показаннями припиняють лікування протитуберкульозними препаратами. Показання до припинення лікування хворих на ТБ регламентовані наказом МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Туберкульоз»». Ними є: «невдача лікування», навіть за умови доброї прихильності до лікування, коли вичерпані усі резерви хіміотерапії протягом попередніх курсів та коли неможливо провести оперативне лікування; у разі низької прихильності до лікування (часті перерви режиму хіміотерапії та/або несистематичний прийом добових доз протитуберкульозних препаратів). Існує два важливі

аргументи для відміни хіміотерапії та переходу на паліативний догляд. Перший аргумент стосується якості життя хворого: всі препарати, які застосовують у режимі хіміотерапії, мають значні побічні реакції, і продовження лікування, яке не дає ефекту, викликає додаткові страждання. Другий аргумент стосується здоров'я суспільства: продовження режиму хіміотерапії, який не дає позитивного ефекту, супроводжується поширенням медикаментозної резистентності штаму МБТ, який виділяє хворий, з формуванням суперрезистентного штаму та передачею його іншим.

Прогноз життя для таких хворих має сумнівний або несприятливий характер. Для важко хворих на туберкульоз в Україні створені хоспісні відділення та палати, де вони отримують паліативну допомогу та доживають останні дні свого життя.

На жаль, у світі відсутні уніфіковані поняття паліативного лікування хворих на туберкульоз. У доповіді фахівців Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського (С.О. Черенько, Н.А. Литвиненко, Г.О. Варицька), представленій на II Конгресі паліативної та хоспісної допомоги у 2015 р., надані різні поняття паліативної допомоги.

Крім запропонованого на початку статті визначення ВООЗ, існують такі поняття, як:

- спеціальне лікування для людей, що мають термінальну стадію хвороби (*Australian Institute of Health and Welfare, 2008*);

- активне тотальне лікування для пацієнтів, яких немає можливостівилікувати. Активний цілісний догляд пацієнтів з пізніми стадіями прогресуючої хвороби (*NICE [www.ncpc.org.uk/palliative\\_care.htm](http://www.ncpc.org.uk/palliative_care.htm)*);

- активний цілісний догляд за людиною, що страждає від прогресуючого або термінального серйозного захворювання. (*Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs*).

Відповідно до Порядку надання паліативної допомоги, затвердженого наказом МОЗ України від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», загальна паліативна допомога – це допомога, яка надається паліативному пацієнту від моменту встановлення діагнозу невиліковного прогресуючого захворювання медичними працівниками відповідно до їх спеціалізації; 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...

Де сьогодні проводиться паліативне лікування в Україні? У протитуберкульозних стаціонарах на окремих ліжках, у хоспісах за паліативною програ-

мою догляду, вдома, під наглядом закладів та фахівців первинної медико-санітарної допомоги, волонтерів, працівників Червоного Хреста.

Хоспісна допомога є складовою паліативної допомоги, яка надається паліативним хворим, передусім у термінальних стадіях захворювання, і членам їхніх родин фахівцями, які одержали спеціальну підготовку з надання паліативної та хоспісної допомоги. Кількість таких ліжок у різних адміністративних регіонах значно відрізняється, умови перебування не завжди відповідають вимогам інфекційного контролю.

Питання, де надавати допомогу хворим на туберкульоз, які мають МРТБ або РРТБ і потребують паліативної допомоги, на разі дискутується у суспільстві і потребує прийняття конкретних рішень, підтверджених фінансовими зобов'язаннями.

### Майбутнє

Обговорюючи нові підходи до подолання епідемії хіміорезистентного туберкульозу в країні, слід пам'ятати, що необхідність хоспісної допомоги не повинна замінюватись стаціонарним лікуванням хворого на туберкульоз, а зняття пацієнта з протитуберкульозної терапії – поняттям «паліативне лікування». Паліативне (симптоматичне) лікування починається з моменту діагностики хвороби та поступово зростає після встановлення невиліковної форми хвороби, максимально збільшується у кінці життя «end-of-life care» та продовжується після смерті хворого (психологічна робота з родичами) [4].

Відміна протитуберкульозної терапії з ПТП II ряду проводиться для хворих з невиліковною формою хвороби та хворих, що мають виліковну форму хвороби, але відмовляються від лікування та/або мають погану прихильність та/або яким хіміотерапія відмінена у зв'язку із побічними реакціями. Якщо пацієнту відмінено хіміотерапію та при цьому він не отримує паліативного лікування (допомоги), некоректно говорити «пацієнт переведений на паліативне лікування». Правильно говорити «пацієнт знятий з протитуберкульозного лікування через ....» [6].

На Міжнародній конференції фтизіатрів та експертів з паліативного догляду в Женеві 19 листопада 2010 року «Зупинимо туберкульоз», OSF, Світова асоціація паліативного догляду прийняла Декларацію з паліативного догляду хворих на МРТБ/РРТБ, у якій наголошується, що:

- доступ до паліативного догляду дорослим та дітям з МРТБ/РРТБ є невід'ємним правом людини та ознакою поваги до її гідності;

- паліативний догляд є важливим компонентом надання догляду дорослим та дітям з МРТБ/РРТБ, незалежно від місця надання догляду;

– паліативний догляд необхідно підсилувати там, де він надається, інтегрувати в допомогу хворим на МРТБ/РРТБ, разом з профілактикою та лікуванням цих форм туберкульозу.

У Плані дій щодо боротьби з туберкульозом у Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2020 роки, прийнятому на 65-й сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ, яка відбулась у Вільнюсі 14–17 вересня 2015 р., визначений принцип комплексного та орієнтованого на пацієнта лікування і профілактики. Даний план дій встановлює регіональну мету і цільові орієнтири на період з 2016 до 2020 року: «покласти край туберкульозу та туберкульозу з множинною лікарською стійкістю», що збігається з положеннями вищезазначеної Декларації з паліативного догляду хворих на МРТБ/РРТБ.

Паліативна медична допомога повинна надаватись хворим на туберкульоз, коли неможливе вилікування пацієнта. Вона вирішує питання життя невиліковного пацієнта – медичні, психологічні, соціальні, культурні і духовні. Крім ослаблення болю і ліквідації інших патологічних симптомів необхідні психосоціальна підтримка пацієнта, а також надання допомоги близьким хворого, який помирає під час догляду за ним, та в горі після його втрати [4].

Основними завданнями медичних установ під час надання паліативної допомоги хворим на туберкульоз повинне бути забезпечення цілісного підходу, який передбачає надання духовної, психологічної, медичної і соціальної допомоги. Серед таких заходів – проведення терапії для пом'якшення симптомів захворювання та клінічно виражених побічних ефектів призначених лікарських засобів, включаючи протитуберкульозні препара-

ти; надання медико-соціальної допомоги хворим з обмеженими функціональними можливостями та членам їхніх сімей; надання медико-психологічної допомоги хворим на туберкульоз на стадії прогресування захворювання, включаючи період після його смерті; забезпечення догляду за хворими на туберкульоз, здатність до самообслуговування яких значно знижена або втрачена [1].

### Висновки

Оцінюючи основні складові сучасних підходів до формування паліативної допомоги хворим на туберкульоз у світі та Україні, провідними науковцями та менеджерами у сфері фтизіатрії України були надані пропозиції, які включено до Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на 2016–2020 роки та плану заходів з її реалізації та обговорено на II Конгресі паліативної допомоги, що відбувся в жовтні 2015 р. у м. Києві. Цей план передбачає створення і розвиток доступної та ефективної системи паліативної допомоги і потребує розробки національних стандартів надання паліативної та хоспісної допомоги; застосування мультидисциплінарного та міжсекторального підходу до проблеми; інтеграції послуг з надання паліативної допомоги у діяльність усіх рівнів національної системи медико-соціальної допомоги зі створенням відповідних механізмів фінансування; розробки і впровадження стандартів та моделей надання послуг паліативної допомоги і забезпечення контролю за їх виконанням; зміцнення і розвиток кадрових ресурсів охорони здоров'я для надання паліативної допомоги, у т.ч. підготовку волонтерів; забезпечення хворих в амбулаторних умовах необхідними медичними засобами.

### Література

1. Декларація по паліативній допомозі и М/ШЛУ-ТБ. INT J TUBERC LUNG DIS 16(6):712-713 @ 2012 The Union [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.12.0267>. – Названня с екрана.
2. Деніс Фалзон. Глобальна епідемічна ситуація з МРТБ/РРТБ. Нове у клінічному та програмному веденні випадків МРТБ/РРТБ / Деніс Фалзон // Глобальна доповідь ВООЗ на 45-й Всесвітній Конференції із здоров'я легень. – Барселона, 2014.
3. Донік О. М. Благодійність в Україні (XIX — початок XX ст.) / О. М. Донік // Український історичний журнал, 2005. – № 4. – С. 159–177.
4. Д-р Стефан Р. Коннор Огляд паліативної допомоги при хіміорезистентному туберкульозі: психологічні і програмні питання / Д-р Стефан Р. Коннор, Міжнародний альянс з хоспісної і паліативної допомоги [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://stbcu.com.ua/wp.../8\\_Palliative-Care\\_UKR.pdf](http://stbcu.com.ua/wp.../8_Palliative-Care_UKR.pdf) – Назва з екрану.
5. Крістіан Ліенхардт Бедаквілін та деламанід у лікуванні МР/РР ТБ – Глобальна програма з ТБ, ВООЗ / Christian Lienhardt. – Женева, Швейцарія, 2014.

6. Менеджмент МРТБ. Матеріали 45-ї Всесвітньої конференції зі здоров'я легень [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://stbcu.com.ua/2015/mdrtb-management/> – Назва з екрану.
7. Приходько А. М. Исторические аспекты борьбы с туберкулезом в Украине (начало XX века) [Електронний документ] / А. М. Приходько. – Режим доступу : <http://www.umj.com.ua/article/12796/istorichni-aspekti-borotbi-z-tuberkulozom-v-ukraini-pochatok-xx-st.> – Назва з екрану.
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. Феценко Ю. І. Епідемія туберкульозу в Україні: історичні аспекти та сучасний стан проблеми / Ю. І. Феценко, С. О. Черенько // Науковий журнал МОЗ України. – 2012. – № 1 (1).
10. ЦДАВО України, спр. 1108, арк. 4.
11. Цисс В. Г., Медицина Запорізької області: Історичні нариси / В. Г., Цисс. – Запоріжжя : Дике Поле, 2001. – 412 с.
12. Global tuberculosis report, 2015 [Electronic resource]. – URL : [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)

### Развитие паллиативной и хосписной помощи больным туберкулезом: прошлое, настоящее, будущее

**Т.А. Александрина**

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

Проведен анализ развития эпидемического процесса по туберкулезу в Украине, состояния организации паллиативной помощи больным туберкулезом. Анализ нормативных документов и рекомендаций международных организаций показал необходимость широкого развития паллиативной и хосписной помощи указанной категории пациентов. При этом стационарное лечение не должно заменяться понятием хосписной помощи, а снятие пациента с противотуберкулезной терапии – понятием «паллиативное лечение».

**Ключевые слова:** паллиативная, хосписная помощь больным туберкулезом, паллиативное лечение больных туберкулезом.

### Palliative and hospice care to TB patients: past, present, future

**T.A. Aleksandrina**

*P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine*

TB epidemic process in Ukraine and the status of palliative care to TB patients was analyzed. The analysis of regulation and international recommendations demonstrated the need of extensive development of palliative and hospice care for the mentioned category of patients. This being said, the concept of hospice care should not be viewed as a replacement for hospital care, while palliative treatment does not replace termination of TB treatment.

**Key words:** palliative, hospice care to TB patients, palliative treatment of TB patients.

---

### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

**Александріна Тетяна Андріївна** – к.мед.н., доц. каф. вірусології НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: вул. Дорогожицька, 9.

*Стаття надійшла до редакції 22.01.2016 р.*

Р.В. Войтович

## Екзистентність людського буття в умовах пошуку нових смисложиттєвих атракторів у добу постмодерну

*Національна академія державного управління при Президентові України, м. Київ*

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2016.1(3):76-79; doi 10.15574/IJRP.M.2016.01.76

У межах даної статті здійснено аналіз екзистентності людського буття в добу постмодерну; ідентифіковано гностичний, аксіологічний та феноменологічний зміст смерті та безсмертя; класифіковано критерії зміни життєвої матриці постмодерної людини щодо сприйняття об'єктивної реальності на вироблення нового конструкту смислової еkleктики нових пріоритетів буття та запровадження відповідних кореляційних систем, які формують сучасну онтологію смерті та безсмертя; розкрито гностичні імперативи, на яких ґрунтуються ціннісні інтенції ставлення до смерті та будується константна модель сприйняття безсмертя; розроблено матрицю особистої відповідальності за побудову індивідуального проекту буття, яка дозволяє здійснювати перманентну корекцію смисложиттєвих горизонтів, що нівелюють апіорний прагматизм сучасної дійсності.

*Ключові слова:* людська екзистентність, буття, страх смерті, постмодерна людина, апіорний прагматизм, етатистський філогенез.

У добу постмодерну змінюється смислова органіка феноменології сприйняття та оцінки сенсу людського буття, кристалізації ціннісних імперативів, які забезпечують своєрідну легкість життя та відповідну довіру до сучасної реальності. У ХХІ столітті людина стає уособленням надзвичайної акумуляції гностичних, аксіологічних та феноменологічних сентенцій наповнення власного буття, в межах якого вона відчуває сильну особисту свободу. Завдяки цьому вона втрачає екзистенційне почуття страху перед невідомим, перед новим світом. Така ілюзорна реальність порушує традиційну життєву матрицю, в межах якої екстраполюється її власна бутафорія буття. Смерть для сучасної людини виходить за категорії аномалій звичного життя, сприйняття часу «вжимається» мобільністю подій, які перекидають собою недосконалість життєсмислових конструктів. Життя людини як невловима мить опредмечується через пошук нових творчих синергій, які дозволяють їй об'єктивно сприймати світ, протистояти його сучасним викликам, відчувати свою генетичну непорушність із ним. Саме творчість для постмодерної людини стає ціннісно-

смисловим інструментарієм перетворення світу із хаосу у порядок, який стає уособленням нового конструкту наповнення смислової реальності її буття.

Проблеми смерті та безсмертя, які цікавили людство протягом багатьох віків, у добу постмодерну стають еkleктичними та нав'язливими, людина зрештою навчилася протистояти світу, а відтак сприймає їх як об'єктивну даність, з чіткими гностичними та феноменологічними викладками. У ранжувальній системі ціннісних пріоритетів перемагає особиста ідеологія людини, з її суб'єктивним сприйняттям світу та дуальними світоглядними переконаннями. Людині вдається сформулювати таку систему уявлень, яка дозволяє їй побудувати нову цінність життя, яка виключає переживання його втрати. Завдяки цьому людина усвідомлює тотальну потребу наповнення власного життя абсолютним сенсом, побудувавши в умовах органічного буття кореляційну систему взаємодетермінованих постулатів, які стають підтвердженням достовірності її переконань. Такі переконання являють собою «часову ментальну платформу», завдяки якій людині вдається утриматись у межах певної реальності, уникаючи при

цьому певних ілюзорних підпор, які традиційно тримають людину.

Людська екзистентність у добу постмодерну робить своєрідний виклик «суперечностям», які порушують органічну цілісність її буття. Відбувається трансцендентне зіткнення ілюзорних світів, світоглядних систем, носії яких намагаються довести нестійкі основи власних переконань. У такий спосіб сучасна людина намагається самоствердитись через тотальне нав'язування власного індивідуального проекту буття, із суб'єктивно препарованими життєвими горизонтами. Відтак у людини з'являється можливість продовження життя через творчість, яка дозволить їй здійснити повноправну спробу самоствердження через власну діяльність. Це закладає підвалини для символічного безсмертя, з утвердженням ідеї вічного життя людини, переходом її в інші форми трансцендентного буття, завдяки тим ідеям та ціннісним опорам, які їй вдалося сконструювати в умовах тимчасового виміру фізичного життя.

Саме тому, аби об'єктивно-коректно сприймати смерть і мати онтологічне бажання продовжити життя, людина повинна мати чітке уявлення про його гностичні засади. Цього вона в змозі досягнути лише за наявності таких констант, які детерміновано привнесуть нові імпульси для формування абсолютної цінності життя, не поляризуючи його на реальне та феноменологічне (позбавлене фізичної реальності). Людина в добу постмодерну не «просто проживає своє життя», а перебуває у постійному пошуку його смислових координат, відповідно до яких відбувається корекція її ціннісно-мотиваційної сфери. Рефлексивність стає визначальним атрибутом людської екзистентності, яка відкриває перед нею нові «перспективи вічності» навіть після припинення фізичного буття.

Рефлексивність людського буття стає завершеною лише через ідентифікацію своєї причетності до Бога як найвищого абсолюту коригування реальності та присутності кожного індивіду в ній. Ідея Бога як найвищої константної цінності в добу постмодерну не працює, людина відчуває себе сильнішою і вищою за абсолютну даність, яку він привносить у світ. Досить часто людина мислить себе через тотожність, а інколи і зверхність із Богом, що тим самим провокує кризу її традиційних смислових установок. Априорний прагматизм, який захопив сучасний світ, переакцентував ставлення людини до Бога у такий спосіб, що вона відчула себе родовою істотою, яка свідомо провокує свій власний відчай, відмовляючись від необхідності сповідувати традиційну систему цінностей, у межах якої Бог є абсолютною константою її буття. Якщо у XXI столітті й надалі людина буде

свідомо відмовлятися від ідеї Бога як абсолютного структурного мотиватора її буття, то вона ризикує опинитись у ситуації вселенського відчуження від гуманного трансценденталізму, коли людина залишається наодинці сама із собою та світом. Це неминуче послабить її статусно-рольові позиції, що тим самим призведе до утвердження априорних формул життєвого нігілізму та відкриє можливість для розвитку таких життєвих девіацій, як самогубство.

Людина, здобуваючи певну свободу над власним життям, втрачає відчуття ціннісного ставлення до нього. Усе більше відчуваючи свою самотність у світі, вона стає найменш захищеною і у стосунках з державою, яка все більше декларує свою розгнуждану експресію по відношенню до неї. У такому гностичному варіанті людина нічого не вартує для держави, тому остання втрачає антропність свого буття, революції та війни здійснюються з однією метою – посилення інституційного імунітету держави. Постмодерний світ вже давно переступив через традиційні життєві горизонти людини, через що вона перетворюється на шуруп, який має забезпечити соціальний та етатистський філогенез, нівелюючи при цьому свої власні ціннісно-смислові установки.

Глобальний світ, який стає уособленням неосяжних, локально препаративаних життєвих горизонтів, втратив людину як творця нових інтелектуально-інноваційних цінностей. Завдяки цьому детерміновано сучасний світ розмив цінність інтелектуальної праці та інтелектуалів, спровокувавши розпорошеність людського потенціалу в умовах глобальної міграції, яка виконує компенсаторну функцію. Відтік інтелектуального потенціалу з однієї частини світу компенсує потреби в ньому іншої частини світу, відбувається так звана «антропна релевантність», яка покликана змінити його економічний перфоменс. Щоб утримати високі показники соціальної мобільності та антропологічної самоцінності, держава має переакцентувати свою політику виключно на людину та розширення просторовості її життєвих горизонтів. Держава, аби подовжити життя людини, має виробити іманентно реальне уявлення про боротьбу за нього. Звуження просторовості життєвих горизонтів постмодерної людини відбувається через тотальне розширення просторовості держави, яка неминуче намагається зберегти власну самотність, позбавляючи людину жодного шансу на щасливу учасність.

Від зародження людства до сьогодення важливим предметним питанням було, як зробити людину щасливою у державі, основним призначенням якої є не лише вип'ячування її ціннісно-смислових атракторів, але й збереження її фізичного буття.

Для цього її рефлексивність має обернутись навколо науки, спроможної протистояти епідеміям, важким хворобам, «поганій політиці», для якої недооціненою залишається людина з її фізичним та феноменологічним виміром. Сучасні соціальні утопії також втратили свою традиційно-іманентну роль; розробити ідеальний конструкт стає значно важче, ніж інструментарій його реалізації. У світі тотально у геометричній пропорції зростає кількість людей, які ладні свідомо відмовитись від науки, що тим самим провокує ціннісну рецесію сучасного світу без інтелектуальної касти серед громадян та управлінців, не здатних реалізувати принаймні загальні абрисы інтелектуальної політики.

Відтак держава провокує онтологічну порожнечу для людини, яка перестає сподіватись на державу, вбачаючи в ній найбільше зло та форпост для всіх своїх бід. Але й це не формує її сервісно-опіковий потенціал по відношенню до людини, утриму-

ючи позицію зверхності до неї, держава розширює свою розгнужданість доти, доки людина не звузить свої тиски протистояння їй через відповідні протокольні норми етики. Така трансцендентна боротьба між людиною та державою може закінчитись лише у разі, якщо остання усвідомить для себе константну цінність людини у всіх вимірах її буттєвості і творитиме свою політику заради реалізації її виключних інтересів. Така смислова догматика дозволить виробити об'єктивно-предметне ставлення до евтаназії з боку держави і людини, яка єдина зберігає за собою право власного вибору, а держава лише його санкціонує. Такий еклектично-санаційний підхід дозволить позбутись заяложеного сприйняття смерті людини не як виклику для її буттєвості, а як імпліцитної ситуації, перед якою неминуче опиняється кожен у своєму житті, сприймаючи її як об'єктивно граничну подію, в очікуванні якої відбувається ретрансляція всього життєвого досвіду.

### Література

1. Бердяев Н. *Философия свободного Духа* [Электронный ресурс] / Н. Бердяев. – Режим доступа : <http://vehi.net/berdyayev/fsduha/index.html>. – Название с экрана.
2. Кьеркегор С. *Страх и трепет* [Электронный ресурс] / С. Кьеркегор. – Режим доступа : <http://www.vehi.net/kierkegor/kjerkegor.html>. – Название с экрана.
3. Фромм Э. *Бегство от свободы* [Электронный ресурс] / Э. Фромм. – Режим доступа : [http://royallib.com/book/fromm\\_erih/begstvo\\_ot\\_svobodi.html](http://royallib.com/book/fromm_erih/begstvo_ot_svobodi.html). – Название с экрана.
4. Фукуяма Ф. *Наше постчеловеческое будущее: Последствия биотехнологической революции* [Электронный ресурс] / Ф. Фукуяма [http://yanko.lib.ru/books/politologiya/fukuyama-nashe\\_postchel\\_budujee-a.htm](http://yanko.lib.ru/books/politologiya/fukuyama-nashe_postchel_budujee-a.htm). – Название с экрана.

### Екзистенціальність людського буття в умовах пошуку нових смисложизненних аттракторів в епоху постмодерна

Р. Войтович

Національна академія державного управління при Президенті України, м. Київ

В рамках даної статті здійснено аналіз екзистентності людського буття в епоху постмодерна; ідентифіковані гностический, аксіологічний та феноменологічний смисл смерті та бессмертя; класифіковані критерії змінення життєвої матриці постмодерного людини в контексті сприйняття їм об'єктивної реальності касательно створення нового конструкта смислової еклектики нових пріоритетів буття та впровадження відповідних кореляційних систем, які формують сучасну онтологію смерті та бессмертя; розкриті гностическі імперативи, на яких базуються ціннісні інтенції стосно смерті та створюється константна модель сприйняття бессмертя; розроблена матриця личної відповідальності за побудову індивідуального проекту буття, яка дозволяє здійснювати перманентну коррекцію смисложизненних горизонтів, нивелюючих априорний прагматизм сучасної дійсності.

**Ключевые слова:** людська екзистентність, буття, страх смерті, постмодерний человек, априорний прагматизм, етатистський філогенез.



## Existential conditions of human existence in search of new life meaning attractors in the postmodern era

R. Voitovich

National Academy of State Administration under the President of Ukraine, Kiev

Within this article analyzes ekzystentnosti human being in the age of postmodernism, identified gnostic, axiological and phenomenological meaning of death and immortality, classified criteria matrix postmodern life changes on human perception of objective reality to develop new semantic construct new priorities being eclectic and implementation of relevant correlation systems that form the modern ontology of death and immortality are discovered Gnostic imperatives underlying the value intentions attitude to death and built constant pattern perception immortality, developed a matrix of personal responsibility for building a personal project of life, which enables permanent correction purport horizons that reduce priori pragmatism contemporary reality.

**Key words:** human ekzystentnist, being, the fear of death, postmodern man, pragmatism priori, statist phylogeny.

### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Войтович Радмила Василівна – д.н. з державного управління, проф., зав. каф. філософії, теорії та історії державного управління Національної академії державного управління при Президентові України.

Стаття надійшла до редакції 28.01.2016 р.

## НОВОСТИ

### «Точечная химиотерапия»: новый метод лечения рака поджелудочной железы

Некоторые злокачественные опухоли (головного мозга, поджелудочной железы) плохо поддаются химиотерапии из-за того, что в них попадает лишь незначительная часть лекарства. А ученые предлагают использовать в таких случаях «адресную доставку» препарата.

Американские ученые изобрели новый метод доставки противоопухолевых препаратов в новообразования поджелудочной железы, который во много раз превосходит по эффективности традиционные методики, при которых лекарства вводятся в организм больного с помощью таблеток или внутривенных вливаний.

В случае с аденокарциномой поджелудочной железы эта опухоль в отличие от большинства других раковых опухолей снабжена небольшим количеством кровеносных сосудов – из-за этого в ее ткани попадает лишь незначительная часть лекарства.

А исследователи из Массачусетского технологического института (Massachusetts Institute of Technology) создали пленку из особого материала, который способен в обычных условиях удерживать препараты для лечения рака поджелудочной железы (например, гемцитабин), а в живых тканях обеспечивать постепенное высвобождение лекарства.

Свернутый в тонкую трубочку отрезок такой пленки с помощью катетера под рентгенографическим контролем подводится непосредственно к опухоли, где распрямляется и фиксируется на ней.

Высвобождение лекарства происходит только с одной стороны пленки – той, которая обращена к опухоли. Другая сторона пленки непроницаема для препарата – поэтому его воздействие на здоровые ткани будет минимальным.

Ученые из Массачусетса провели испытания этого метода на животной модели. Они наблюдали 2 группы мышей со злокачественными опухолями поджелудочной железы.

Одной группе животных противоопухолевый препарат вводили с помощью инъекций, а мышам из другой группы ввели в опухоль пленку, пропитанную тем же препаратом.

Исследование тканей опухоли, проведенное 4 недели спустя, показало, что концентрация в ней препарата у мышей с имплантированной пленкой была в 5 раз выше по сравнению с животными из контрольной группы. Но главным было то, что у мышей из экспериментальной группы опухоли уменьшились в размерах намного больше.

В скором времени начнется первый этап испытаний этого метода с участием людей, пациентов нескольких онкологических клиник США.

Источник: med-expert.com.ua

## Вплив міждисциплінарного підходу в наданні паліативної допомоги на якість життя паліативних пацієнтів (на прикладі роботи першого денного хоспісу в Україні)

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

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна*

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2016.1(3):80-83; doi 10.15574/IJRPM.2016.01.80

Медико-психологічна та духовна допомога паліативним пацієнтам, що проводиться мультидисциплінарною командою професіоналів та включає спілкування в колі осіб, об'єднаних спільними проблемами, сприяє уникненню ізоляції хворих, відновленню довіри, знімає психологічне навантаження на близьких, що в свою чергу сприяє підтриманню максимально можливої якості життя усієї родини.

Денний хоспіс, як нова модель мультипрофесійного надання допомоги важкохворим в Україні, є важливою складовою надання допомоги інкурабельним пацієнтам, зокрема тим, які перебувають на амбулаторному лікуванні. Така організаційна форма дозволяє уникнути непотрібної госпіталізації та зменшити навантаження на стаціонарні заклади.

**Ключові слова:** паліативна допомога, паліативний пацієнт, якість життя, мультидисциплінарний підхід.

### Вступ

Паліативна допомога – комплексний підхід, мета якого – забезпечити максимальну якість життя пацієнта з невиліковним (смертельним) захворюванням і членів його родини шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню (оцінці) проблем, що виникають, та проведенню адекватних лікувальних заходів (при больовому синдромі та інших розладах життєдіяльності), а також полегшення психологічних та духовних проблем [1].

Завершальний період життя людини з невиліковою хворобою є для неї та членів її сім'ї часом випробувань: фізичних, психологічних, духовних, соціальних тощо. Окрім фізичних страждань (зокрема сильного болю), на що здебільшого звертають увагу медичні працівники, хворі з діагнозом невилікового захворювання наприкінці життя переживають біль психічної та духовної природи.

До нього належить: страх від втрати самостійності та контролю над своїм життям, тривога від втрати надії на видужання, смуток від прощання з життям, до цього приєднуються екзистенційні питання, пов'язані із сенсом життя і близької смерті.

Усі ці проблеми, які мають різну природу, впливають на якість життя паліативного пацієнта та його близьких. Паліативний пацієнт – пацієнт усіх вікових груп, хвороба якого не піддається лікуванню, спрямованому на одужання [4].

Відповідно до стану пацієнта надання та/або вдосконалення допомоги повинне здійснюватися групою професіоналів, які працюють разом. Робота у складі команди вважається центральним компонентом паліативної допомоги [7].

Якість життя (ЯЖ) – один із феноменів, що відображає особливості переживання людиною актуальної життєвої ситуації у зв'язку з порушеннями здоров'я. Якість життя, пов'язана зі здоров'ям, – інтегральна характеристика фізичного, психологічного,

емоційного і соціального функціонування здорової чи хворої людини, заснована на її суб'єктивному сприйнятті [8]. Дослідження ЯЖ дозволяє вивчити вплив захворювання і лікування на показники ЯЖ хворої людини, оцінюючи всі складові здоров'я – фізичне, психологічне та соціальне функціонування. Поняття ЯЖ покладено в основу нової парадигми розуміння хвороби і хворого і визначення ефективності методів лікування. Якість життя оцінюється людиною на підставі всієї повноти свого досвіду і своїх переживань, не завжди усвідомлюваних у різних сферах життєдіяльності, з урахуванням їх індивідуальної значущості. Дослідження ЯЖ онкологічних хворих проводяться, як правило, у зв'язку з необхідністю оцінки ефективності лікування та прогнозу одужання, а також для оцінки негативних психологічних наслідків захворювання і лікування.

Важливим завданням для сфери охорони здоров'я є організація таких форм надання допомоги важкохворим, які б забезпечили найбільш можливу ЯЖ, враховуючи різносторонні потреби паліативного пацієнта та його родини, як у стаціонарних умовах, так і амбулаторно.

Європейська Декларація з паліативної допомоги, підписана у Брюсселі у жовтні 2014 року, рекомендує урядам країн «Розвивати або надавати нову якість суто специфічним для паліативної допомоги напрямкам, включаючи такі умови звернення за допомогою, які б надавали можливість пацієнтам та їх родинам тимчасовий доступ до відповідного рівня паліативної допомоги, які вони потребують, незалежно від діагнозу, віку, прогнозу, очікуваного терміну життя або призначеної допомоги» [3].

**Метою** дослідження було провести аналіз впливу мультидисциплінарного підходу, який включав контроль болю, застосування психокорекційних методів, духовних бесід, на якість життя паліативних (онкохворих) пацієнтів, які отримували догляд у денному хоспісі відділення паліативної медицини Київської міської клінічної лікарні № 2 з листопада 2014 по серпень 2015 роки (26 пацієнтів).

**Методи дослідження:** клініко-психодіагностичне інтерв'ю, анкетування, вивчення показників якості життя за методикою SF36.

### Результати дослідження та їх обговорення

Для забезпечення всебічного догляду за невиліковно хворими (онкологічними) пацієнтами на амбулаторному рівні нами було ініційовано створення нової для України моделі – денного хоспісу, робота якого ґрунтується на мультидисциплінар-

ному підході із залученням до співпраці окрім лікаря-терапевта та медсестри (штатних працівників лікарні), лікаря-психолога, лікаря-психотерапевта, священика та волонтерів. Організаційно денний хоспіс став структурним підрозділом паліативного відділення Київської міської лікарні № 2, відповідно у Положення про паліативне відділення внесені зміни, підписані головним лікарем. Послугами денного хоспісу можуть користуватися дорослі паліативні пацієнти (та їх родичі) Дніпровського та Дарницького районів м. Києва та пацієнти паліативного відділення лікарні. Денний хоспіс працює один день на тиждень у приміщенні конференц-залу лікарні у складі всієї мультидисциплінарної команди. У денному хоспісі проводиться консультивання з питань контролю болю та інших симптомів розладів життєдіяльності, психологічне консультивання та духовний супровід, проводиться перегляд фільмів, арт-терапія, фізична праця на свіжому повітрі. Важливими принципами, якими керується команда мультидисциплінарного догляду, є уважність, щирість, вміння слухати, виявляти милосердя, емпатію та безумовне прийняття, а також мати для пацієнтів стільки часу, скільки для них необхідно. При денному хоспісі функціонує також гаряча телефонна лінія, послугами якої можна скористатись в інші дні тижня.

Для аналізу ефективності розробленого нами підходу психотерапевтичної допомоги та покращення психологічного стану пацієнтів їх було розділено на дві групи залежно від етапу включення в програму комплексної системи психокорекції (КСП): група 1 (на початку психокорекційної програми включала в себе 26 онкохворих) та група 2 (наприкінці проведення КСП включала 22 пацієнти). Для оцінки ефективності КСП було проведено оцінку показників ЯЖ за методикою якості життя SF36 (біль, фізичне функціонування, психологічне здоров'я, рольове функціонування, життєздатність, загальне здоров'я, соціальне функціонування).

Отримані дані дозволили встановити, що інтенсивність болю (Bodily pain – BP), яка зазвичай впливає на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи хатню роботу і роботу поза домом, зменшилася у другій групі (так, у групі 1 було 11,8, у групі 2 – 10,2). Як наслідок, у групі 2 зросло фізичне функціонування (Physical Functioning – PF) – показник, який відображає ступінь обмеження виконання фізичних навантажень, таких як самообслуговування, ходьба, підйом по сходах тощо (група 1 – 11,2, група 2 – 12,8).

Основними психотравмуючими чинниками для пацієнтів встановлені: перебування у підвищено стресогенній та психоемоційно напруженій

ситуації, пов'язаній з фізичними симптомами: слабкістю, нудотою, відсутністю апетиту; залученість у емоційні конфлікти з родичами; емоційне реагування на «втрату» контролю над ситуацією та втрату автономності.

Результатом проведеної КСП стало зростання показників психічного здоров'я (Mental Health – MH), покращення настрою, зростання загальних показників позитивних емоцій (група 1 – 14, група 2 – 21,6). Проте дещо знизилися показники ролівого функціонування, обумовленого емоційним станом (Role-Emotional – RE): у групі 1 – 7,4, у групі 2 – 6,2.

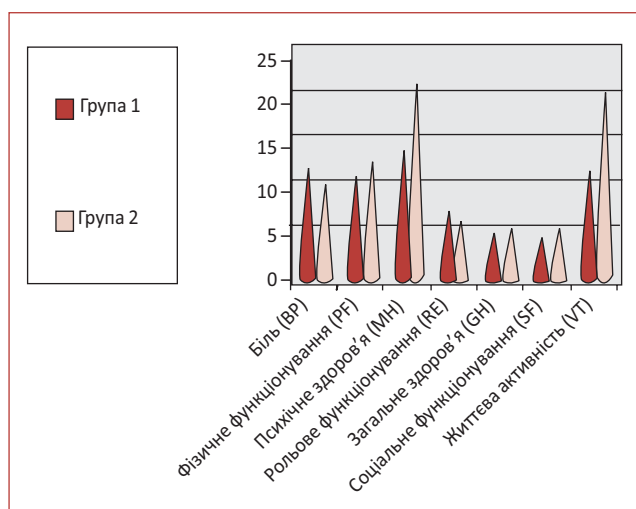


Рис. Показники якості життя за методикою якості життя SF36 у паліативних хворих у результаті проведення комплексної системи психокорекції

За даними методики, у пацієнтів зростає оцінка ними свого загального стану здоров'я (General Health – GH), яка була оцінена на актуальний час,

### Література

1. Визначення паліативної допомоги Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Гнездилов А. Путь на Голгофу: Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе / А. Гнездилов. – Санкт-Петербург : АОЗТ, фирма «КЛИНТ», 1995.
3. Європейська Декларація з Паліативної Допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://palliativecare2020.eu/declaration/>. – Назва з екрану.
4. Про організацію паліативної допомоги в Україні : наказ МОЗ України від 21.01.2013 року №41 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua/go/z0229-13>. – Назва з екрану.
5. Хартія працівників служби охорони здоров'я, Папська рада у справах душпастирства охорони здоров'я, ЛОБЛ. Медицина і право. – Львів, 2010.
6. Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, 2003. [Electronic resource] [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) (last accessed 08/09/2009).
7. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams / Junger S., Pestinger M., Elsner F. [et al.] // Palliat. Med. – 2007. – Vol. 21. – P. 347–354.
8. Programme on mental health/ WHOQOL. Measuring quality of health. Mental Health publications [Electronic resource]. – Assess mode : [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)

а також з перспектив лікування (у групі 1 – 4,9, у групі 2 – 5,3). У результаті покращення фізичного та емоційного стану зросли з 4,3 у групі 1 до 5,1 у групі 2 показники соціального функціонування (Social Functioning – SF), що виявилось високим рівнем спілкування. Майже вдвічі порівняно з початковим рівнем збільшилась життєва активність (Vitality – VT), пацієнти вказували, що відчують себе повними сил і енергії, що підтверджувало їх життєздатність (група 1 – 11,8, група 2 – 20,7).

### Висновки

Таким чином, медико-психологічна та духовна допомога паліативним пацієнтам, що проводиться мультидисциплінарною командою професіоналів та включає спілкування в колі осіб, об'єднаних спільними проблемами, сприяє уникненню ізоляваності, відновленню рівноваги і довіри, знімає психологічне навантаження близьких, що в свою чергу сприяє підтриманню максимально можливої ЯЖ усієї родини. Доведено, що робота у команді в паліативній допомозі пропонує більше переваг для пацієнтів [6].

Денний хоспіс, як нова модель мультипрофесійного надання допомоги важкохворим в Україні, є важливою складовою надання допомоги інкурабельним пацієнтам, зокрема тим, які перебувають на амбулаторному лікуванні. Окрім того, денний хоспіс дозволяє уникнути непотрібного перебування в лікарні, що зменшує навантаження на стаціонарні заклади. З огляду на досвід роботи денного хоспісу та виявлену нами потребу паліативних хворих у різнобічній підтримці, така модель допомоги потребує поширення та затвердження на законодавчому рівні.

### Влияние междисциплинарного подхода в оказании паллиативной помощи на качество жизни паллиативных пациентов (на примере работы первого дневного хосписа в Украине)

**О.П. Брацюнь, Г.М. Науменко**

*Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина  
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина*

Медико-психологическая и духовная помощь паллиативным пациентам, которая проводится мультидисциплинарной командой профессионалов и включает общение в кругу лиц, объединенных общими проблемами, позволяет избежать изоляции больных, способствует восстановлению доверия, снимает психологическое напряжение на близких, что в свою очередь способствует поддержанию максимально возможного качества жизни всей семьи.

Дневной хоспис, как новая модель мультипрофессионального оказания помощи тяжелобольным в Украине, является важной составляющей оказания помощи инкурабельным пациентам, в частности тем, которые находятся на амбулаторном лечении. Такая организационная форма позволяет избежать ненужной госпитализации и уменьшить нагрузку на стационарные учреждения.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, паллиативный пациент, качество жизни, мультидисциплинарный подход.

### Impact of a multidisciplinary approach in the provision of palliative care on the quality of life of palliative patients (as in case of work of the first daytime hospice in Ukraine)

**O.P. Bratsyun', G.M. Naumenko**

*P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine  
A.A. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine*

In the article was highlighted medical-psychological and spiritual help to palliative patients, which was provided by a multi-disciplinary team of professionals. It includes communication among individuals with common problems, allow to avoid the isolation of patients, contributes to confidence restoring, relieves psychological stress on the family, which in turn helps to maintain the highest possible quality of life of all family.

Daytime hospice as a new model of multi-professional assistance to critically ill in Ukraine is an important part of the delivery of care to incurable patients, including those who are in the out-patient treatment. This organizational form allows avoiding unnecessary hospitalization and reducing the burden on residential institutions.

**Key words:** palliative care, palliative patient, quality of life, a multidisciplinary approach.

---

#### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

**Брацюнь О. П.** – лікар-психотерапевт, асистент каф. паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика.

**Науменко Г.М.** – медичний психолог, к.мед.н., викладач кафедри психотерапії та психосоматики НМУ ім. О.О.Богомольця.

*Стаття надійшла до редакції 28.01.2016 р.*

Т.П. Гарник<sup>1</sup>, О.В. Калачов<sup>2</sup>, Н.П. Огороднікова<sup>2</sup>, М.П. Барановська<sup>3</sup>,  
О.П. Барановська<sup>3</sup>, А.Б. Пилипчук<sup>4</sup>, Л.Г. Дудченко<sup>4</sup>

## Фіто- та ароматерапія у комплексній реабілітації осіб із порушеннями голосу

<sup>1</sup>ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», Україна

<sup>2</sup>Київський міський клінічний онкологічний центр, Україна

<sup>3</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

<sup>4</sup>Київський міський центр радіологічного захисту населення, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2016.1(3):84-86; doi 10.15574/IJRPM.2016.01.84

У статті наведено результати власних досліджень та літературні дані щодо використання фітопрепаратів та натуральних ефірних олій у паліативній допомозі пацієнтам для відновлення голосових функцій.

**Ключові слова:** онкологія, фіто- та ароматерапія, паліативна допомога, голосові функції.

### Вступ

Голосові дисфункції – захриплість, дисфонії та афонії (втрата голосу) часто викликані мікробними та вірусними інфекціями у гортані, мигдаликах або можуть бути наслідком появи новоутворень у ротовій порожнині чи щитоподібній залозі.

У онкологічній практиці досить поширені випадки голосових порушень у пацієнтів від стресу, спричиненого усвідомленням того, що хвороба не піддається лікуванню, і вони перебувають на термінальній стадії життєвого шляху.

У хворих з невротичними станами та функціональними порушеннями голосу для відновлення голосу рекомендують методи психотерапії [2, 11].

Останніми роками для поліпшення фізичного та психічного стану невиліковних хворих, що перебувають у хоспісах, залучаються різноманітні альтернативні методи терапевтичного впливу. Для усунення тривожності, страху, дратівливості та інших порушень емоційного фону успішно використовуються, зокрема, музика, світло, арттерапія, біоенергоінформаційні препарати, ароматерапія, праце- та гідротерапія, гомеопатичні засоби [3, 4, 8, 10, 14].

Численні літературні дані та результати багаторічних досліджень свідчать про позитивний вплив натуральних ефірних олій на всі системи та органи людини [5, 6, 9, 12, 13, 15, 16].

Ефірні олії являють собою багатокомпонентні суміші, що містять у своєму складі від 100–800 речовин – це альдегіди, кетони, органічні кислоти,

аліфатичні та циклічні вуглеводні, спирти, прості та складні ефіри. Саме ці біологічно активні речовини визначають їх поліфункціональність. Натуральні ефірні олії набули широкого застосування у світовій медичній практиці як ефективні регулятори емоційного фону [5, 6, 9, 15, 16].

У наших попередніх дослідженнях доведено доцільність використання сумішей ефірних олій у паліативній допомозі [1].

Ароматизація приміщення ефірними оліями допомагала позбутися нав'язливих ідей, апатії, загальмованості, неспокою, слабкості, відчуття втоми, свербіж у різних частинах тіла, покращити загальний стан та в цілому зняти емоційне напруження.

**Метою** даного дослідження було вивчення можливості відновлення голосових функцій за допомогою натуральних ефірних олій та галенових фітопрепаратів. Робота проводилась у хоспісі Київського міського клінічного онкоцентру.

### Результати дослідження та їх обговорення

Для полоскання горла та внутрішнього прийому як протизапальні використовували препарати з кореня алтеї лікарської (20 г), кореневищ лепехи звичайної (10 г), листя шавлії лікарської (20 г), листя евкالیпта кулястого (20 г) та кори дуба звичайного (50 г). Дві столові ложки суміші залити 0,5 літра окропу, нагріти на водяному нагрівнику 15 хв, настояти 30 хв, процідити. Полоскати горло

теплим настоєм 4–5 разів на день. Внутрішньо приймати по 50–100 мл 2–3 рази на день теплим.

Для інгаляцій використовували ефірні олії: евкаліпта, м'яти, сосни, ялини або ялиці, а також ефіроолійну сировину – траву материнки звичайної, чебрецю звичайного, листя шавлії лікарської та квіток нагідок лікарських.

Перед початком процедур для кожного пацієнта індивідуально підбирали композиції ефірних олій з обов'язковою перевіркою на сприйняття (ідіосинкразію) компонентів за шкірною та нюховою пробами.

Процедури проводились щодня у інгаляторі, а за його відсутності капали 3–5 крапель підібраної суміші 3–5 найменувань ефірних олій у мисочку з гарячою водою. Пацієнт дихав парами, нахилившись над мисочкою з оліями, накрившись рушником. Обов'язково радили при прийомі процедур з ефірними оліями пити по 1,5–2 літри мінеральної або джерельної води (за відсутності протипоказань), щоб вивести надлишок ефірних олій з організму.

Найефективніші результати для усунення афонії, обумовленої сильними психотравмуючими ситуаціями, викликаними інформацією про невиліковну хворобу, були такі натуральні ефірні олії: бергамоту, герані, кипариса, каюпутова, пальмарози, чебрецю, фенхеля, шавлії, евкаліпта.

Для людей похилого віку оптимальними композиціями були аромаформи з геранієвою, кипарисовою та шавлієвою оліями. А для молодих людей різних вікових категорій найкращими були аромакомпозиції з використанням бергамотової, фенхелевої та евкаліптової олій.

У хворих з виразною гіпертензією було доцільним використання ефірних олій з гіпотензивною дією: майоранова, геранієва, кипарисова, фенхелева, пальмарозова.

Слід зазначити, що при гормональному лікуванні хворих відбуваються незворотні зміни у голосовому апараті. Ароматерапія дозволяє лише припинити прогресування порушень голосової функції без їх покращень.

За бажанням пацієнтів ароматерапія проводилась у формі масажу. Робочі концентрації ефірних олій у сумішах були від 0,5% до 3%.

Для приготування 0,5%-ної концентрації береться 3 краплі суміші ефірних олій на 30 мл (2 столові лож-

ки) масла-носія. Наприклад, соняшникової олії, прокип'яченої на водяному нагрівнику 15–20 хвилин.

Для приготування однопроцентної – 3 краплі суміші ефірних олій на 15 мл (1 столова ложка) масла, 2- та 3%-ної – 6 та 9 крапель суміші ефірних олій відповідно.

Досить вдалою формою для використання ефірних олій у важкохворих, як у хоспісі, так і в домашніх умовах, є ароматизація приміщення. Для цього в аромалампу або просто на гарячу воду в мисочку вносили необхідну суміш ефірних олій. Вносили 1–3 краплі, щоб у кожному кубічному метрі повітря було 0,5–2 мг ефірних олій (1 крапля 22–24 мг). Олії, випаровуючись мономолекулярно, насичували повітря. Процедури приймали протягом 20–30 хвилин.

Перед застосуванням ефірних олій для масажу, як і для інгаляцій, необхідно провести пробу на ідіосинкразію для всіх компонентів сумішей ефірних олій кожному пацієнту. У випадку ароматизації приміщень таку пробу не проводили. Важливо, що при ароматизації приміщення ефірні олії з парою розподіляються мономолекулярно в повітрі, тому практично відсутня алергічна реакція.

Слід зазначити, що аромаформи, використані для відновлення голосу, сприяли також усуненню депресивного стану, зокрема у композиціях з використанням бергамотової, пальмарозової, чебрецевої та шавлієвої ефірних олій.

Кипарисова олія виявилася найефективнішою для усунення вищого ступеня подразнення нервової системи – емоційного збудження, нестримного плачу та нервових зривів, що часто спостерігаються у хворих із злоякісними новоутвореннями.

Після проведення курсу ароматерапії пацієнтам давали рекомендації щодо гігієни голосу, щоб уникнути рецидивів [7].

### Висновки

Відновлення голосу та нормалізація голосової функції є досить тривалою та копіткою роботою, але вона того варта, бо часто супроводжується значним покращанням емоційного фону хворих.

Обнадійливі результати спонукають нас до продовження досліджень з використанням фіто- та аромапрепаратів для відновлення голосових функцій при пошкодженнях різної етіології.

### Література

1. *Ароматерапія у паліативній та хоспісній допомозі* / Гарнік Т. П., Калачов О. В., Огороднікова Н. П. [та ін.] // *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому Дню паліативної та хоспісної допомоги, м. Київ, 10–11 жовтня 2013 року.* – Київ, 2013. – С. 23–24.
2. *Гончарук Л. Е. Клиника и лечение стойких функциональных нарушений голоса : дисс. ... канд.мед.наук* / Л. Е. Гончарук. – Москва, 1985. – 161 с.
3. *Грицишин Б. Н. Музикотерапія в умовах хоспісу, як засіб оновлення життєвих цілей і смислів хвороб людини на заключних етапах її життя* / Б. Н. Грицишин // *Матеріали міжнародної науково-*

- практичної конференції, присвяченої Всесвітньому Дню паліативної та хоспісної допомоги, м. Київ, 10–11 жовтня 2013 року. – Київ, 2013. – С. 27–30.
4. Досвід застосування гомеопатичних препаратів для паліативних пацієнтів / Слогоцька І. В., Андрійшин Л. І., Доцун Н. Б., Кулікова І. І. // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому Дню паліативної та хоспісної допомоги, м. Київ, 10–11 жовтня 2013 року. – Київ, 2013. – С. 84–85.
  5. Дудченко Л. Г. Ароматерапія и аромамассаж / Л. Г. Дудченко, Г. П. Потебня, Н. А. Кривенко. – Киев : ИД «Максимум», 1999. – 352 с.
  6. Дудченко Л. Г. Ароматы здоровья / Л. Г. Дудченко. – Киев : Глобус, 1997. – 287 с.
  7. Егоров А. М. Гигиена голоса и его физиологические основы / А. М. Егоров. – Москва : Музгиз, 1962. – 174 с.
  8. Епифанов В. А. Медицинская реабилитация / В. А. Епифанов. – Москва : Мед. Пресс информ, 2005. – 328 с.
  9. Ефіроолійні та жиролійні рослини / Дудченко Л. Г., Коновалова О. Ю., Гарник Т. П. [та ін.]. – Київ : ЧП Блудчий М. І., 2010. – 496 с.
  10. Застосування альтернативних методів терапевтичного впливу при наданні паліативної допомоги / Андрійшин Л. І., Доцун Н. Б., Кулікова І. І., Слогоцька І. В. // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому Дню паліативної та хоспісної допомоги, м. Київ, 10–11 жовтня 2013 р. – Київ, 2013. – С. 11–12.
  11. Лаврова Е. В. Восстановление голоса при функциональных дисфониях у больных с невротическими состояниями / Е. В. Лаврова, Э. Г. Самолюбовер // Весник оториноларингол. – 1979. – № 1. – С. 17–21.
  12. Николаевский В. В. Ароматы растений и здоровье человека / В. В. Николаевский, В. И. Зинькович. – Тольятти : АО АВТОВАЗ, 1997. – 206 с.
  13. Редфорд Дж. Полная книга семейной ароматерапии / Дж. Редфорд. – Минск : Попурри, 1996. – 240 с.
  14. Технология создания и использования био-энерго-информационных светомузыкальных препаратов А.е. Шевченко И. Н. и др. №6962, Заявл. 17.10.2003; Оpubл. 21.01.2003. Бюл. №3-1 с.
  15. Lawless J. The illustrated encyclopedia of essential oils. The Complete Guide to the Use of Oils in Aromatherapy and Herbalism / J. Lawless. – Boston, 1999. – 256 p.
  16. Valnet Aromatherapie Traitement des maladies par les essences de plantes. – Paris : Maloine, 1984. – 545 p.

### Фито- и ароматерапия в комплексной реабилитации лиц с нарушениями голоса

Т.П. Гарнык<sup>1</sup>, О.В. Калачов<sup>2</sup>, Н.П. Огородникова<sup>2</sup>, М.П. Барановская<sup>3</sup>, О.П. Барановская<sup>3</sup>, А.Б. Пилипчук<sup>4</sup>, Л.Г. Дудченко<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ЧВУЗ «Киевский медицинский университет УАНМ», Украина

<sup>2</sup>Киевский городской клинический онкологический центр, Украина

<sup>3</sup>Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

<sup>4</sup>Киевский городской центр радиологической защиты населения, Украина

В статье приведены результаты собственных исследований и литературные данные об использовании фитопрепаратов и натуральных эфирных масел в паллиативной помощи пациентам для восстановления голосовых функций.

**Ключевые слова:** онкология, фито- и ароматерапия, паллиативная помощь, голосовые функции.

### Phyto- and aromatherapy for comprehensive rehabilitation of people with voice disorders

T.P. Garmyk<sup>1</sup>, O.V. Kalachov<sup>2</sup>, N.P. Ogorodnikova<sup>2</sup>, M.P. Baranovskaya<sup>3</sup>, O.P. Baranovskaya<sup>3</sup>, A.B. Pilipchuk<sup>4</sup>, L.G. Dudchenko<sup>4</sup>

<sup>1</sup>PGEI Kyiv Medical University UANM, Ukraine

<sup>2</sup>Kiev City Clinical Center, Ukraine

<sup>3</sup>A.A. Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine

<sup>4</sup>Kyiv City Center of Radiological Protection, Ukraine

This article provides the results of their research and published data on the use of herbal medicines and natural essential oils in palliative care patients to restore the voice functions.

**Key words:** oncology, herbal and aroma therapy, palliative care, voice features.

### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

**Гарник Т.П.** – д.мед.н., проф., зав. каф. фітотерапії, гомеопатії та біоенергоінформаційної медицини ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ».

**Калачов О.В.** – Київський міський клінічний онкологічний центр. Адреса: м. Київ, вул. Верховинна, 69; тел. (044) 450-41-76.

**Огородникова Н.П.** – Київський міський клінічний онкологічний центр. Адреса: м. Київ, вул. Верховинна, 69; тел. (044) 450-41-76.

**Барановська М.П.** – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.

**Барановська О.П.** – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.

**Пилипчук А.Б.** – Київський міський центр радіологічного захисту населення. Адреса: м. Київ, вул. Жукова, б.10; тел.(044) 481-10-39.

**Дудченко Л.Г.** – Київський міський центр радіологічного захисту населення. Адреса: м. Київ, вул. Жукова, б.10; тел.(044) 481-10-39.

Стаття надійшла до редакції 18.10.2015 р.



Alexandre Sidorenko

# Empowerment of older persons: principal approaches<sup>1</sup>

*Senior Advisor, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna, Austria*

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2016.1(3):87-91; doi 10.15574/IJRP.2016.01.87

This review article addresses the issue of empowerment of older persons as an important prerequisite for improving their quality of life and integrating them in society. Three principal policy approaches to empowerment of older persons are briefly outlined: guaranteeing the rights of older persons; addressing their needs; and promoting positive images of ageing and older persons.

*Key world: older persons, the rights of older persons, addressing needs, positive images.*

## Introduction

The term *empowerment* can be defined, in its broadest sense, as the 'expansion of freedom of choice and action' (The World Bank, 2002). The experts of the World Bank view the empowerment as the process of increasing the capacity of individuals or groups to make choices and to transform those choices into desired actions and outcomes. At the individual level, such interpretation of empowerment implies increasing one's authority and control over the resources and decisions that affect individual's life. As people exercise real choice, they gain increased control over their lives. Most definitions of empowerment are linked to the quality of individual life and focus on related issues of gaining power and control over decisions and resources. Ensuring worth and dignity at any stage of life, including its end, is an ultimate purpose of empowerment.

The meaning of empowerment varies in different socio-cultural and political contexts and therefore its definitions are linked to local values and beliefs (The World Bank, 2002). In many languages, including some European languages, the term empowerment simply does not exist and can be translated from English only descriptively. The descriptive elements include self-strength, control, self-power, self-reliance, own choice, life of dignity in accordance with one's values, capability of fighting for one's rights, independence, own decision making, capability, etc.

The definitions of empowerment in the area of ageing correspond to its connotations in other social areas. One of the definitions relates the empowerment of older people to their 'ability to make informed choices, exercise influence, make continuing contributions to society, and take advantage of services' (Thursz, Nusberg and Prater, 1995). The above definition underscores that empowerment is vital to the quality of life of older persons and the health of society on the whole if seniors are engaged and involved members of it.

Measures of empowerment should be advanced in various areas and directions and can be based on guaranteeing the rights of older persons; addressing their needs; and promoting positive images of ageing.

## Guaranteeing the rights of older persons

Guaranteeing the human rights of older persons is the primary area of empowerment and thus an essential dimension of policy on ageing. Moreover, in some places, particularly those affected by conflicts or recovering from natural or man-made disasters, the efforts aimed at protecting the rights and dignity of vulnerable members of society, including older persons, should be included among the emergency measures. As noted in MIPAA, "in emergency situations, such as natural disasters and other humanitarian emergencies, older persons are especially vulnerable and should be identified as such because they

<sup>1</sup> The earlier version of this article was presented in June 2014 at the *Second International Forum on the Human Rights of Older Persons* in Mexico City, Mexico.

may be isolated from family and friends and less able to find food and shelter”.

Vulnerability of older persons can expose them to the risk of marginalization and violation of their rights. The violation of older persons' rights may occur in a variety of institutional, community and family settings. For instance, age discrimination in the workplace may lead to perceptions of older workers as unproductive and exclude them from the labour force, and age discrimination in health care institutions may lead to denial of appropriate care facilities and procedures. Combination of ageism and sexism can make older women particular prone to discrimination. Legal and justice systems may fail to protect the rights of older persons in various countries. In its extreme, the denial of human rights of older persons may lead to neglect, violence and abuse.

Guaranteeing the human rights of older persons is the principal responsibility of government. The necessary measures should include the following: introducing new laws specifically to protect older people; ensuring that the relevant existing criminal and civil laws explicitly cover the abuse, neglect and exploitation of older people; and extending the existing laws on domestic or intra-family violence to include older people as a group (World Health Organization, 2002).

The national efforts to protect the rights of older persons should be supported by the internationally agreed documents. Unfortunately, at the international level, there are no *legally binding* documents addressing the rights of older persons. Among the milestone documents of the United Nations on human rights are the Universal Declaration of Human Rights (United Nations, 1948), the International Covenant on Civil and Political Rights (United Nations, 1966a), the International Covenant on Economic Social and Cultural Rights (United Nations, 1966b), and the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (United Nations, 1979). None of these documents contains any references to older persons. Meanwhile, one can argue that the universal nature of these documents implicitly recognizes the rights of older members of a society. More recently, the references to the rights of older persons have appeared in the International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families (United Nations, 1990) and the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (United Nations, 2006).

In the absence of an international legally binding document on the rights of older persons this dimension of policy on ageing has been addressed in several United Nations policy frameworks on ageing. The Vienna International Plan of Action on Ageing (VIPAA) was the first to outline measures that should be taken by governments “to safeguard the rights of older per-

sons within the context of the rights proclaimed by the International Covenants on Human Rights” (United Nations, 1982). In 1991, the UN General Assembly adopted the United Nations Principles for Older Persons (United Nations, 1991), which remains the most important international document promoting the rights of older persons in the five areas of independence, participation, care, self-fulfilment, and dignity.

The human rights approach is clearly established in MIPAA, which was adopted in 2002 at the second World Assembly on Ageing (United Nations, 2002). As stated in MIPAA, “the promotion and protection of all human rights and fundamental freedoms, including the right to development, is essential for the creation of an inclusive society for all ages in which older persons participate fully and without discrimination and on the basis of equality”. The first central theme of MIPAA is the full realization of all human rights and fundamental freedoms of all older persons. Another central theme emphasizes the importance of ensuring the full enjoyment of economic, social and cultural rights, and civil and political rights of persons and the elimination of all forms of violence and discrimination against older persons. MIPAA includes numerous references to human rights and recommendations on how to achieve them for older persons. Moreover, MIPAA contains a set of policy recommendations under priority issue devoted to neglect, abuse and violence against older persons. This issue has two objectives: first, to eliminate all forms of neglect, abuse and violence against older persons, and, second, to create support services to address elder abuse.

During the recent decade, several important actions have been undertaken within the United Nations which may eventually lead to elaboration of an international legally binding document on the rights of older persons. Among such actions is the establishment of an open-ended working group on strengthening the protection of the human rights of older persons (United Nations, 2010) with the task of “considering proposals for an international legal instrument to promote and protect the rights and dignity of older persons” (United Nations, 2012b). Since 2012, however, the emphasis of human rights mandates formulated at the UN in the area of ageing has again shifted to promoting national efforts in ensuring human rights of older persons (United Nations, 2013, 2014), thus reflecting difficulties in building global consensus of the UN member states in pursuing the idea of international legal instrument on ageing.

### Addressing the needs of older persons

As noted above, empowerment of older persons envisages improving their quality of life through addressing the needs of individuals as they are ageing.

Measures aimed at addressing the needs of older persons have been central to national and international policy frameworks on ageing. Such measures have been proposed and undertaken in sectoral policy areas of income security, health, social services, and participation, among others.

VIPAA in 1982 formulated recommendations in seven 'areas of concern to ageing individuals': health and nutrition; protection of elderly consumers; housing and environment; family; social welfare; income security and employment; and education (United Nations, 1982). Following VIPAA, the UN Principles for Older Persons emphasized that policies and programmes should ensure independence, participation, care, self-fulfillment and dignity of older members of society (United Nations, 1991).

During preparations for observing the 1999 International Year of Older Persons (IYOP), the Conceptual framework of the IYOP identified four facets of policy for *promoting a society for all ages* – the motto of the IYOP: situation of older persons; lifelong individual development; multigenerational relationships; and interrelationship of ageing and development (United Nations, 1995). The formulations of appropriate policy approaches within the four facets have informed the process of elaboration of MIPAA. MIPAA, particularly in its second priority direction 'Advancing health and well-being into old age', proposes specific measures for improving quality of life of older persons within the following priority issues: health promotion and well-being throughout life; universal and equal access to health-care services; older persons and HIV/AIDS; training of care providers and health professionals; mental health needs of older persons; and older persons and disabilities (United Nations, 2002).

Every five years the progress in implementing MIPAA is assessed with the two review and evaluation cycles (2002-2007 and 2007-2012) completed until now. The results of the evaluation exercise demonstrate the major priorities in national policy action on ageing in various parts of the world, with two priorities winning the most attention: income security and health care, followed by human rights (United Nations, 2012a).

### Promoting positive images of ageing and older persons

The essential prerequisite of empowerment of older persons in any society is ensuring that older persons are recognized and appreciated as valued members. Unfortunately too often the prevailing images of and corresponding public attitudes toward older persons are negative and the realistic image of older persons is replaced by *stereotypes*. Current and often predominant

stereotypes about ageing prompt to ignore older persons because they are portrayed as non-productive group within a society which places its strongest emphasis upon the roles of economic productivity and independence. The most prominent example of old age stereotype was branded by Robert Butler as *ageism*: a systematic stereotyping and discrimination against people because they are old (Butler, 1969). Stereotyping of older persons may lead to their exclusion from society, community, and family life. Acceptance of stereotypes by older persons themselves could result in their marginalization and social exclusion.

The sources of stereotypes could be both societal and individual (Victor, 1994). The major societal source is the lack of adequate information. There is also an "ideological" source of stereotypes of older persons as such stereotypes may endorse the acceptance and even the subordination of older people within society, allowing society to conveniently ignore the real issues and problems of older persons.

The prevalent individual source of ageing stereotypes is fear of growing old because of anticipated problems. Old age stereotypes affect individuals of different ages: exaggerated fears of getting old may prevent younger people from benefiting from the natural process of individual development and also from planning later stages of life. Meanwhile, thinking positively about getting older extends one's life by seven-and-one half years, which is more than the longevity gained from low blood pressure or low cholesterol or by maintaining a healthy weight, abstaining from smoking and exercising regularly (Levy et al., 2002).

Establishing positive yet realistic image of ageing is a matter of long-term policy. Its promotion has to start with providing to older persons a secure and dignified place in society through legal and legislative measures. Positive images of ageing are promoted throughout the entire set of recommendations of MIPAA. Moreover, one of its eighteen priority issues is directly devoted to images of older persons. The objective formulated under this priority issue calls for enhancement of public recognition of the authority, wisdom, productivity and other important contributions of older persons.

\*\*\*

The new vision of ageing outlined in MIPAA considers ageing in the twenty-first century as both challenge and opportunity. This vision has framed international and national policy on ageing which emphasize the role of empowerment of older persons through ensuring their rights, meeting their needs, and promoting positive image of ageing so that 'persons everywhere are able to age with security and dignity and to continue to participate in their societies as citizens with full rights' (United Nations, 2002).

## Bibliography

1. Butler, R. (1969) Age-ism: Another form of bigotry, *The Gerontologist*, 9, 243-246
2. Levy, B.R., Slade, M.D., Kunkel, S.R. and Kasl, S.V. (2002) Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology* 83, 2, 261-70.
3. The World Bank (2002) *Empowerment and Poverty Reduction: A Sourcebook*. PREM. Washington DC: World Bank. Accessible at: <http://siteresources.worldbank.org/INTEMPowerment/Resources/486312-1095094954594/draft.pdf>
4. Thursz, D., Nusberg, C. and Prater, J. (1995) *Empowering Older People: An International Approach*. Westport, CT: Auburn House.
5. United Nations (1948) *Universal Declaration of Human Rights*. Accessible at: <http://www.un.org/en/documents/udhr/>
6. United Nations (1966a) *The International Covenant on Civil and Political Rights*. Accessible at: <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>
7. United Nations (1966b) *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Accessible at: <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
8. United Nations (1979) *The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. Accessible at: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>
9. United Nations (1982) *Vienna International Plan of Action on Ageing*. New York: United Nations. Accessible at: <http://www.un.org/es/globalissues/ageing/docs/vipaa.pdf>
10. United Nations (1990) *The International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families*. Accessible at: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cmw/cmw.htm>
- United Nations (1991) *The United Nations Principles for Older Persons*. New York: United Nations. Accessible at: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r091.htm>
11. United Nations (1995) *Conceptual framework of a programme for the preparation and observance of the International Year of Older Persons in 1999*. New York: United Nations Accessible at: <http://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/080/41/pdf/N9508041.pdf?OpenElement>
12. United Nations (2002) *Report of the Second World Assembly on Ageing Madrid, 8-12 April 2002*. New York: United Nations. Accessible at: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/51/PDF/N0239751.pdf?OpenElement>
13. United Nations (2006) *The Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Accessible at: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>
14. United Nations (2010) *The open-ended working group on ageing for the purpose of strengthening the protection of the human rights of older persons*. Accessible at: <http://social.un.org/ageing-working-group>
15. United Nations (2012a) *Second review and appraisal of the Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002. Report of the Secretary-General. Commission for Social Development*. New York: United Nations. Accessible at: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N12/613/56/PDF/N1261356.pdf?OpenElement>
16. United Nations (2012b) 67/139. *Towards a comprehensive and integral international legal instrument to promote and protect the rights and dignity of older persons. Resolution adopted by the General Assembly*. New York: United Nations. Accessible at: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N12/486/94/PDF/N1248694.pdf?OpenElement>
17. United Nations (2013) 68/134. *Follow-up to the Second World Assembly on Ageing. Resolution adopted by the General Assembly on 18 December 2013*. New York: United Nations. Accessible at: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N13/447/49/PDF/N1344749.pdf?OpenElement>
18. United Nations (2014) 69/146. *Follow-up to the Second World Assembly on Ageing. Resolution adopted by the General Assembly on 18 December 2014*. New York: United Nations. Accessible at: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N14/704/85/PDF/N1470485.pdf?OpenElement>
19. Victor, Christina R. (1994) *Old age in modern society. A textbook of social gerontology*. London, UK: Chapman & Hall.
20. World Health Organization (2002) *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>

**Расширение прав и возможностей пожилых людей: основные подходы****Александр Сидоренко***Старший советник Европейского Центра по вопросам политики в области социального обеспечения и исследований (Вена, Австрия)*

В данной статье рассматривается вопрос о расширении прав и возможностей пожилых людей, что является неотъемлемым условием для улучшения качества жизни и интеграции их в обществе. В статье кратко изложено три основных политических подхода к расширению прав и возможностей пожилых людей: гарантии прав пожилых людей; удовлетворение их потребностей; продвижение позитивного имиджа пожилых людей.

**Ключевые слова:** пожилые люди, права пожилых людей, удовлетворение потребностей, позитивный имидж.

**Розширення прав і можливостей людей похилого віку: основні підходи****Олександр Сидоренко***Старший радник Європейського Центру з питань політики в області соціального забезпечення та досліджень (Відень, Австрія)*

У даній статті розглядається питання про розширення прав і можливостей людей похилого віку, що є невід'ємною умовою для покращення якості життя та інтеграції їх у суспільстві. У статті коротко викладено три основних політичних підходи до розширення прав і можливостей людей похилого віку: гарантії прав літніх людей; задоволення їхніх потреб; просування позитивного іміджу людей похилого віку.

**Ключові слова:** люди похилого віку, права людей похилого віку, задоволення потреб, позитивний імідж.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Сидоренко Олександр** – *Старший радник Європейського Центру з питань політики в області соціального забезпечення та досліджень (Відень, Австрія).*

*Стаття надійшла до редакції 18.10.2015 р.*

**НОВОСТИ****Создан первый в мире носимый энцефалограф**

В США создан и испытан первый в своем роде автономный носимый электроэнцефалограф, который по функциональности сопоставим со стационарными устройствами, используемыми в клиниках.

Прибор был разработан группой ученых из Калифорнийского университета (University of California) под руководством Майка Ю Чи (Mike Yu Chi). Комплект состоит из шлема-энцефалографа, а также программного обеспечения, необходимого для получения, обработки и анализа получаемых сигналов.

Главная особенность носимого энцефалографа – сухие электроды. Известно, что при снятии ЭЭГ в клинике электроды обрабатывают гелем, что обеспечивает их контакт с кожей. Для работы нового устройства гель не нужен – электроды состоят из особой смеси углерода и серебра, входящих в состав гибкой полимерной основы. Кроме того сверху электроды покрыты серебром и хлоридом серебра. Такое устройство позволяет снимать ЭЭГ прямо через волосы, обходясь без геля.

Авторы считают, что новый энцефалограф поможет изучать деятельность мозга не только в условиях клиники или лаборатории, но и в привычной для человека обстановке, а также в нестандартных ситуациях.

*Источник: med-expert.com.ua*

# Матеріали Другого Національного конгресу з паліативної допомоги в Україні 01–03 жовтня 2015 року м. Київ

Л. Андріюк, І. Магулка

## Можливості немедикаментозної корекції порушених функцій у пацієнтів із перенесеним геморагічним інсультом у відновному періоді

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
Кафедра реабілітації та нетрадиційної медицини ФПДО, Україна*

**Вступ.** Судинні захворювання головного мозку надалі залишаються основною проблемою сучасного суспільства та завдають соціальних та економічних збитків. Зважаючи на щорічне зростання кількості пацієнтів із наслідками перенесеного інсульту, виникає потреба удосконалення та оптимізації відновного лікування. За останніми даними, інсульти все частіше виникають у пацієнтів працездатного віку, і відсутність своєчасного відновного лікування веде до розвитку стійких функціональних та анатомічних змін, порушення психоемоційного стану людини. Тому необхідний пошук нових шляхів оптимізації реабілітаційного процесу пацієнтів з даною патологією.

**Метою роботи** є дослідження ефективності немедикаментозних засобів реабілітації (рефлексо-, апі-, гірудо- та мануальної терапії) на відновлення функцій пацієнтів із наслідками порушення мозкового кровообігу у відновному періоді.

**Матеріали та методи.** У дослідженні взяли участь 116 пацієнтів, 67 чоловіків і 49 жінок. Середній вік становив  $46,4 \pm 10,4$  року. Пацієнтів було поділено на дві групи: хворі першої групи ( $n=66$ )

отримували відновне лікування з використанням немедикаментозних засобів (рефлексо-, грудно-, апі- та мануальної терапії). Немедикаментозне лікування призначалось додатково до основного лікування (фізична, фізіотерапевтична психологічна реабілітація). Реабілітаційний процес у пацієнтів даної групи був розділений на етапи. Гірудотерапія проводилась на адаптаційному етапі (II), ставили 2–4 п'явки на проекцію сосцевидних відростків скроневої кістки, по задній волосистій лінії голови, в проекції куприкової кістки, 8–10 сеансів. Апітерапію призначали на контрольно-корекційному етапі (IV). Після дворазової негативної проби на апітоксин ставили 2–6 бджіл на БАТ та паравертебральні точки. Голкорексотерапію призначали на адаптаційному (II) та стабілізаційному етапах (IV). Використовували точки як на ураженій кінцівці, так і на здоровій стороні, за гальмівною та тонізуючою методикою, 10–12 сеансів. Мануальна терапія передбачала використання м'яких технік з метою релаксації м'язів та призначалась дворазовим курсом на діагностичному (I) та контрольно-корекційному етапах (IV).

Пацієнти другої групи (n=50) отримували класичну відновну терапію (медикаментозну, фізичну, фізіотерапевтичну).

Для оцінки ефективності відновного лікування використовували функціональні шкали (шкала Ренкіна, індекс Бартел), шкали оцінки неврологічних розладів (NIHSS) та когнітивних функцій (MMSE), оцінки психоемоційного стану пацієнтів, які застосовували тричі: на початку лікування, після першого та третього місяця реабілітації.

**Результати дослідження.** Після проведеної реабілітації у всіх пацієнтів відмічалось покращання показників функціонування організму. Після трьох місяців проведеного комплексного відновного лікування із додатковим застосуванням рефлексо-, гірудо-, аплі- та мануальної терапії показники функціонування пацієнтів основної групи за даними шкали Ренкіна достовірно покращились на 29%, індекс активності у щоденному житті (Бартел) зріс на 20% ( $p < 0,05$ ) порівняно із початковим станом. У пацієнтів контрольної групи дані показники зросли на 23% та 11% відповідно ( $p < 0,05$ ).

Після проведення курсу комплексної реабілітації у пацієнтів, які перенесли геморагічний інсульт, спостерігали покращання показників когнітивних функцій на 19% порівняно з початковим

станом, у групі контролю – на 12%. Про ефективність немедикаментозного відновного лікування свідчить також достовірне зменшення показників важкості депресії на 44% за шкалою Монтгомері–Асберг та на 40% за шкалою депресії Бека порівняно із початковим станом. У пацієнтів контрольної групи даний показник змінився на 40% та 37% відповідно ( $p < 0,05$ ).

Неврологічний статус за даними шкали NIHSS покращився на 8% та на 6% в контрольній групі порівняно із початковим станом. Після проведеної реабілітації спостерігали зменшення спастичності за модифікованою шкалою Ашфорта на 12% в основній групі та на 6% у групі порівняння.

**Висновки.** Після включення в комплекс реабілітації хворих, які перенесли геморагічний інсульт, немедикаментозних натуропатичних методів лікування спостерігалася достовірне підвищення динаміки показників загального стану та якості життя порівняно із пацієнтами, які отримували класичну відновну терапію. Спостерігали також помірне покращання когнітивних функцій, зменшення спастичності м'язів, що дозволяє рекомендувати включення даних методик у комплекс заходів з відновлення пацієнтів після перенесених крововиливів в мозок.



А.І. Гоженко, В.С. Гойдик, С.К. Сервецький

## Хоспісна та паліативна допомога – перспективи розвитку

*ДП НДІ медицини транспорту МОЗ України, м. Одеса*

*Одеський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, м. Одеса*

**С**еред пріоритетних завдань держави у галузі охорони здоров'я є сприяння забезпеченню стандартів життя, прийнятих у цивілізованому світі. Однією з актуальних медико-соціальних та гуманітарних проблем є питання створення та розвитку системи з надання адекватної паліативної та хоспісної допомоги (ПХД). Щороку в Україні, незважаючи на значні досягнення сучасної медицини, збільшується кількість осіб, які її потребують, – пацієнтів з онкологічними захворюваннями, прогресуючою ВІЛ-інфекцією у стадії СНІДу, туберку-

льозом, інвалідів, громадян похилого віку та дітей з обмеженим прогнозом життя. Окрім безпосередньо медичної допомоги – знеболення та симптоматичного лікування, – пацієнти з безповоротним прогресуванням хвороби та їхні сім'ї потребують також соціальної допомоги, тобто найкращим рішенням є мультидисциплінарний підхід із залученням не лише медичних працівників, але й психологів, соціальних працівників, волонтерів.

Загалом ПХД може надаватись у спеціалізованих стаціонарах, виїзними мультидисциплінарними

бригадами та у виділених палатах профільних відділень. Також важливим є залучення лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання ПХП вдома. Але основною проблемою є недостатня кількість спеціалізованих закладів – хоспісів. Саме на їх основі можливо забезпечити тривалий професійний догляд, адекватне знеболення, симптоматичне лікування, психологічну та соціальну допомогу.

Ще у 2012 році було прийнято «Національну стратегію розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року», проте й досі значна кількість завдань, сформульованих у цьому документі, далека від вирішення. Щороку в Україні близько 90 тисяч осіб помирає від різних форм онкологічних захворювань, зростає кількість людей похилого віку. Наприклад, лише осіб у віці 75 років і старше нараховується понад 3 мільйони. Загальна кількість осіб, що потребують паліативної допомоги, з урахуванням рідних та близьких тяжкохворих, сягає 1,5 мільйони осіб.

Проте чіткої структури з надання ПХД в країні не існує, більше того, немає чіткої систематизації даних, що стосуються кількості установ, які її надають. Відомо, що станом на 2013 рік в Україні функціонувало лише 12 хоспісів – менше, ніж у половині областей, і 74 відділення паліативної допомоги. Загальна кількість ліжок-місць становила 1136, що, без сумніву, не може вважатися достатнім. За підрахунками експертів ВООЗ, потреба в паліативній допомозі становить 7 стаціонарних ліжок і 10 ліжок паліативної допомоги вдома на 100 тис. населення, тобто в Україні повинно бути не менше 3,7 тисяч паліативних ліжок.

Вирішенням цієї проблеми може стати репрофілювання існуючих лікувальних закладів, особливо у районах області, які визнано нерентабельними і заплановано до закриття через брак хворих, із залученням коштів благодійних фондів та волонтерських організацій. У країнах, де надання ПХД знаходиться на високому рівні, наприклад у Німеччині, основний внесок належить саме благодійним неприбутковим організаціям.

Окремо слід сказати, що надання паліативної допомоги при ВІЛ/СНІДі має свої особливості. Варіанти перебігу цього захворювання дуже різноманітні і не завжди передбачувані, дуже різняться як швидкість прогресування, так і тривалість життя. Щороку від СНІДу в Україні помирає понад три тисячі осіб. Проте, на відміну від інших захворювань, навіть у задованих випадках при правильній тактиці лікування і своєчасному призначенні високоактивної антиретровірусної терапії можливий зворотній розвиток процесу, в такому випадку можна радше говорити про балансування між інтенсивним лікуванням та симптоматичною терапією.

За даними статистики, із всієї кількості онкохворих та хворих на СНІД лише 5% помирає у медичних закладах, маючи змогу отримувати адекватну симптоматичну допомогу та знеболення, решта помирає вдома. Кількість осіб, що мають доступ до ПХД, становить близько 10% від загальної кількості осіб, що її потребують.

Таким чином, головною кінцевою метою має стати доступність ПХД для широких верств населення нашої країни незалежно від нозології захворювання та соціального статусу хворого.



УДК 351.84 : 364.442

К.В. Данилюк

## Роль консультацій з громадськістю у розвитку системи паліативної допомоги

*Інститут соціальної роботи та управління Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, м. Київ, Україна*

**В**ажливою передумовою удосконалення системи надання паліативної допомоги є громадські консультації, які повинні забезпечувати реальну участь громадян усіх соціальних

груп у розробленні важливих відповідних проектів рішень. З набуттям чинності Закону України «Про соціальні послуги» [3] започатковано процес удосконалення вітчизняної системи надання



паліативної допомоги. Консультації з громадськістю з надання паліативної допомоги ґрунтуються на принципах: адресності та індивідуального підходу, доступності та відкритості (ст. 3 вказаного закону). Консультації з громадськістю – інструмент забезпечення гласності, відкритості, прозорості в діяльності органів влади, сприяння системному діалогу органів виконавчої влади і громадськості, підвищення якості підготовки та прийняття рішень з важливих питань паліативної допомоги з урахуванням думки громадськості [2].

Слід зазначити, що в діяльності органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, до відання яких віднесено питання організації та управління системою надання паліативної допомоги, і досі зберігаються тенденції до непрозорості, закритості та забюрократизованості, створення штучних перепон замість налагодження ефективного діалогу з громадськими організаціями, приватними підприємцями, благодійними організаціями, іншими зацікавленими сторонами. По суті, в Україні де-юре та де-факто державні інститути недооцінюють можливості НДО та не сприймають їх як рівноправних партнерів у фінансуванні та організації надання паліативної допомоги. Такий формат державно-громадського співробітництва є спотвореним, неповноцінним, що в результаті негативно позначається на якості та ефективності надання паліативної допомоги в Україні [2].

З огляду на вищенаведене, важливо забезпечити дотримання державно-управлінських принципів відкритості та прозорості, а також створити для отримувачів паліативної допомоги рівні можливості для реалізації права вибору провайдерів на ринку таких допомог.

Консультації з громадськістю в системі надання паліативної допомоги дають органам державної влади, місцевого самоврядування, мешканцям територіальної громади, зацікавленим сторонам змогу отримати такі основні переваги та позитивні наслідки:

1. Покращення якості надання паліативної допомоги, зокрема шляхом прийняття більш виважених, дієвих та ефективних управлінських рішень щодо їх надання.

2. Удосконалення підходів до надання паліативної допомоги. Консультації дають органам виконавчої влади та місцевого самоврядування змогу отримувати об'єктивну інформацію про потреби громадян у паліативній допомозі.

3. Участь громадян у консультаціях підвищує їх обізнаність стосовно діяльності місцевих органів влади щодо надання паліативної допомоги, сприяє підвищенню рівня їх довіри до держави та створює для громадян можливість «бути почутими» владою, впливати на розроблення та ухвалення рішень, пов'язаних з наданням паліативної допомоги.

## Література

1. Конституція України : [прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. із змінами, внесен. Законом України від 8 груд. 2004 р. : за станом на 1 січня 2006 р.]. – Київ : М-во юстиції України, 2006. – 124 с.
2. Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики : Постанова Кабінету Міністрів України від 3 листоп. 2010 р. № 996 // *Офіц. вісн. України*. 2010. – № 84. – 12 лист. – С. 36.
3. Про соціальні послуги : Закон України від 19 черв. 2003 р. № 966-IV (із змінами, внесен. згідно із 8 Законами у 2004-2012 рр.) // *Офіц. вісн. України*. – 2003. – 1 серп. (№ 29). – С. 52. – Ст. 1435.



Т.Н. Козыменко

## Классическая гомеопатия при паллиативных состояниях

*Кафедра гомеопатии, фитотерапии и биоэнергоинформационной медицины КМУ УАНМ,  
г. Киев, Украина*

**Т**ермин «паллиативное лечение» имеет два значения в классической гомеопатии. Первое – негативное, означает исчезновение каких-либо локальных симптомов со стороны отдельных органов или систем при выборе гомеопатического препарата только по местным (локальным) симптомам, без учета общих физических и психических симптомов. В этом смысле понятие «паллиативное лечение» можно ассоциировать с понятием «гомеопатическое подавление». После такого назначения можно ожидать возникновения новых, более тяжелых, симптомов со стороны других органов либо ухудшения состояния психики. Например, если после исчезновения геморроя под действием гомеопатического препарата возникает гипертонический криз или появляются боли в области сердца, то это означает, что препарат вызвал гомеопатическое подавление, или что данное назначение было паллиативным, неправильным.

Второе значение термина «паллиативное лечение» в гомеопатии согласуется с общепринятым значением и используется при выборе гомеопатического препарата для лечения тяжелых состояний у пациентов с IV группой здоровья (согласно теории уровней здоровья Джорджа Витулкса). Это пациенты в терминальных стадиях рака, цирроза, почечной недостаточности и т.д. Только при таких условиях подбор гомеопатического препарата может осуществляться по симптомам, беспокоящим пациента в настоящий момент. Такими симптомами могут быть боли, отеки, запоры, за-

держка мочи, рвоты и другие подобные состояния. При этом мы ожидаем быстрого положительного эффекта после препарата, смены симптомов пациента, на которые нужно искать новый препарат, и такая ситуация может продолжаться по мере изменения состояния больного.

В качестве примера такого паллиативного лечения можно привести случай ведения пациентки с раком шейки матки с метастазами в лимфатические узлы брюшной полости. После постановки диагноза и отказа онкологов от лечения в связи с поздним обращением, пациентка периодически принимает гомеопатические препараты. Удалось справиться с такими состояниями, как кровянистые выделения, постоянная рвота, задержка мочи, асцит, ущемление увеличенного лимфоузла в грыжевом отверстии и пр.

Опыт работы с такими пациентами получен на семинарах д-ра Дари Спинеди – руководителя гомеопатической онкологической клиники в г. Локкарно (Швейцария), которая около 20 лет занимается вопросами лечения рака только методом классической гомеопатии. Также очень ценную информацию предоставляет д-р Парик (г. Агра, Индия), имеющий опыт лечения многих пациентов в тяжелых и терминальных состояниях.

Классическая гомеопатия обладает большими возможностями при паллиативных состояниях. Внедрение ее в систему паллиативной и хосписной помощи может значительно облегчить страдания пациентов.



О. В. Лучинська

## Особливості надання паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію в Україні

*НАДУ при Президентові України, м. Київ, Україна*

**П**аліативна допомога – вид медичної допомоги, котрий спрямований на покращення якості життя пацієнтів і членів їхніх родин, які стикаються з проблемами невиліковної хвороби [4]. На відміну від специфічного (або етіотропного) лікування, яке націлене на покращання самопочуття пацієнта та зміну перебігу хвороби, паліативна допомога зосереджується на профілактиці і зменшенні страждань, які виникають на фоні прогресування невилікового захворювання. Звісно, ми не можемо виокремлювати етіотропне лікування чи паліативну допомогу, адже вони мають бути складовими комплексного лікування хворого з хронічним та прогресуючим захворюванням. Залежно від стадії захворювання, фізичної і психологічної потреби хворого та ресурсів закладу, має бути баланс між цими видами терапії.

За визначенням ВООЗ, ВІЛ-інфекція – це довготривале інфекційне захворювання, яке розвивається в результаті інфікування вірусом імунодефіциту людини і характеризується прогресуючим ураженням імунної системи людини, що проявляється вторинними інфекціями, пухлинами та іншими патологічними проявами [3]. Тому ми з впевненістю можемо сказати, що хворі на ВІЛ-інфекцію потребують паліативної допомоги від початку захворювання та на стадії СНІДу поготові.

Дослідивши статистичні дані, які надає Український центр контролю за соціально-небезпечними захворюваннями МОЗ України, можемо побачити, що за період з 1987 р. по липень 2015 р. в Україні офіційно зареєстровано 273 307 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 80 302 випадки захворювання на СНІД та 37 116 смертей від захворювань, зумовлених СНІДом [5]. Інші статистичні дані показують нам інформацію щодо кількості ВІЛ-інфікованих осіб, яким було надано хоспісну допомогу: усього станом на 01.01.2015 р. цей показник становить 2282 особи, з них на базі центрів СНІДу – 698, на базі інших ЗОЗ – 973 та вдома – 611; у тому числі за підтримки неурядових організацій всього 744 особи, на базі центрів СНІДу – 134, на базі інших ЗОЗ – 168 та вдома – 443 особи [2].

Нагадаємо, що хоспісна допомога є складовою паліативної допомоги, яка надається паліативним

хворим у термінальній стадії захворювання (IV клінічна стадія або стадія СНІДу, якщо говорити про ВІЛ-інфекцію), однак, порівнявши статистичні дані, можемо зробити висновок, що можливості надання паліативної допомоги не перебивають попит хворих.

Паліативна допомога в ідеалі має поєднувати активну участь професіоналів із міждисциплінарної команди (лікарів, медичних сестер, психологів, соціальних працівників тощо) та пацієнта і членів його сім'ї. Досвід показує, що паліативна допомога здатна полегшити страждання людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом. Однак ВІЛ/СНІД вимагає переоцінки ідей паліативної допомоги внаслідок його специфічних особливостей, а саме:

- *складний та непередбачуваний перебіг хвороби.* Перебіг ВІЛ-інфекції – дуже різноманітний і непередбачуваний процес, із широким спектром можливих ускладнень, різною швидкістю прогресування і тривалістю життя. У деяких хворих протягом тривалого часу захворювання може не мати жодних серйозних проявів, в інших захворювання перебігає з періодами загострення і ремісії або частими ко-інфекціями чи опортуністичними захворюваннями. Таким чином, паліативна допомога при ВІЛ/СНІДі, на відміну від підходу при інших захворюваннях, – це баланс між інтенсивним лікуванням і симптоматичною терапією хронічних симптомів і станів. Окрім того, не будемо забувати, що прийняття хворим важкого (смертельного) діагнозу також відбувається по різному, хтось одразу проходить усі п'ять стадій, а комусь для цього потрібні роки, що ускладнює планування і реалізацію паліативної допомоги;

- *комплексний підхід у лікуванні.* У даний час для хворих на ВІЛ-інфекцію в Україні доступне високоактивне медикаментозне лікування. Свою високу ефективність у стримуванні прогресування ВІЛ-інфекції продемонстрували антиретровірусні (АРВ) препарати. Проте складність полягає в тому, що прийом АРВ-препаратів вимагає, так би мовити, прихильності хворого до лікування і методичного прийому лікарських препаратів. Тобто ми не можемо призначити лікування препаратами АРВ, попередньо не обговоривши та не підготувавши

пацієнта до подальшого лікування та зміни способу життя, адже несистематичний чи неправильний прийом препаратів в подальшому може призвести до розвитку резистентності до лікування в майбутньому;

- *високий рівень стигматизації та дискримінації.* За результатами дослідження рівня стигми по відношенню до ВІЛ-позитивних жителів України, проведеного Всеукраїнською мережею ЛЖВ у 2013 році, загальний рівень стигматизації ВІЛ-позитивних людей все ще залишається високим, незважаючи на позитивну динаміку у зміні ставлення до ЛЖВ порівняно з 2010 роком. Незмінно високим залишається показник самостигматизації (82%) і самодискримінації (62%) ЛЖВ. Упереджене ставлення і відповідні дії по відношенню до себе з боку соціального оточення у 2013 році зазнавали 40% опитаних ЛЖВ [1], тому особи, які надають паліативну допомогу хворим на ВІЛ-інфекцію, мають бути підготовані та треновані на високому рівні та мати природній високий рівень толерантності;

- *відсутність комплексного підходу.* Найчастіше хворі на ВІЛ-інфекцію зтикаються з рядом проблем, які здебільшого пов'язані не з фізичною недугу-

гою, а з психоемоційними, соціальними та духовними проблемами. Так, часто хворі скаржаться на те, що з питаннями різного характеру доводиться звертатись у різні установи, шукати спеціалістів, часом на це просто не вистачає сил та бажання, і хворі залишаються наодинці зі своїми проблемами.

Наказом МОЗ України 368 від 03.07.2007 р. створено «Клінічний протокол надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію», який намагається вирішити ряд вищезазначених проблем. Ознайомившись із цим документом, можна зробити висновок, що держава зробила чимало для того, щоб регламентувати та стандартизувати надання паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію, втім залишилися аспекти, які потребують удосконалення. Зокрема слід детальніше описати особливості надання паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям: хто має надавати цю допомогу, її розмір та специфіку, враховуючи психосоціальні особливості розвитку дитини. Недостатньо інформації щодо особливостей навчання членів родини та соціальних працівників догляду за хворим, тому потрібно доопрацювати методологію навчання та можливість практичного відпрацювання здобутих знань.

## Література

1. Аналітичний звіт за результатами «Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс стигми» / за ред. І. Л. Демченко. – Київ, 2014. – С. 22–32.
2. Інформація щодо кількості ВІЛ-інфікованих осіб, яким було надано хоспісну допомогу [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/5ed909/48a248f7f0ac6d71bc1797cd87d9f2f7.pdf>. – Назва з екрану.
3. Про удосконалення лікування хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД : наказ МОЗ України № 580 від 12.12.2003 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
4. Клінічний протокол надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію : наказ МОЗ України від 03.07.2007 № 368 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та кількість смертей, зумовлених СНІДом за липень 2015 року [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/83da57/5b80991633b3c622c3d1c7ef1bd01d15.pdf>. – Назва з екрану.
6. Консультирование при ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей различных специальностей. – Москва, 2003.



С. С. Малик

## Паліативна та хоспісна медицина як медико-соціальна проблема

*Кременчуцький медичний коледж ім. В.І. Литвиненка, м. Кременчук, Україна*

**З**а оцінками вітчизняних експертів, в Україні щорічно потребують паліативної допомоги близько 500 000 осіб – хворі в термінальних стадіях онкологічних та серцево-судинних захворювань, СНІДу і туберкульозу, з важкими дегенеративними хворобами головного мозку тощо, а також понад мільйон їхніх родичів, разом – понад 1,5 млн мешканців України, що робить проблему надання паліативної та хоспісної допомоги однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем нашого суспільства [1-4].

Питання психологічної, соціальної та духовної підтримки як компоненту стандартів паліативної допомоги в умовах, коли родина страждає духовно, має непосильні видатки на потреби тяжко хворого члена сім'ї, набуває загальнодержавного значення. Забезпеченням такої підтримки мають також опікуватися медичні працівники.

Система паліативної допомоги передбачає не тільки медикаментозне лікування, але й цілий комплекс заходів, спрямованих на вирішення психологічних, соціальних або духовних проблем хворого і членів його сім'ї. На даний час концепція паліативної допомоги полягає в тому, що навмисне припинення життя пацієнта ніколи не є необхідним, якщо симптоми захворювання пацієнта контролюються. На превеликий жаль, не тільки в засобах масової інформації, але й у періодичних медичних виданнях питання надання паліативної допомоги інкурабельним хворим обговорюються вкрай рідко.

Привертає увагу той факт, що лікарі загальної практики, фельдшери ФАПів, які «ведуть» інкурабельних пацієнтів в амбулаторних умовах, не мають відповідної підготовки з паліативної допомоги. Слід зазначити, що у вищих медичних навчальних закладах I–II рівня навчальні плани та програми не передбачають вивчення організаційних та соціально-медичних аспектів паліативної допомоги. Окремі питання забезпечення паліативно-хоспісної допомоги вивчаються в курсі дисциплін «Основи медсестринства», «Догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка», «Геронтологія, геріатрія та паліативна медицина», «Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині».

Отже, факти свідчать, що існує необхідність введення викладання основ паліативної допомоги не тільки студентам, але й на післядипломному етапі, у т.ч. молодших медичних спеціалістам.

За визначенням ВООЗ, **паліативна допомога** – це напрямок медичної допомоги та соціальної опіки, що застосовується відносно пацієнтів з важкими невиліковними хворобами та обмеженою тривалістю (прогнозом) життя.

**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 смерті останнього;
- **духовну** складову, що здійснюється душпастирями відповідної релігійної конфесії (медичне капеланство).

**Медична складова паліативної допомоги** полягає в контролі фізичного стану хворого, симптоматичному лікуванні патологічних проявів хвороби, у тому числі болю, консультуванні та навчанні пацієнта та його рідних і близьких навичкам догляду за хворим.

**Соціальний компонент паліативної допомоги** має на меті підтримку найменш захищених верств суспільства, якими є невиліковно хворі в кінці їхнього земного життя. Відповідно до цієї мети, завданнями соціальної роботи у сфері паліативної допомоги є розширення можливостей пацієнта, з'єднання його з ресурсами, що забезпечують підтримку, забезпечення діяльності системи надання комплексних послуг таким особам, а також сприяння тому, щоб ця система відповідала потребам пацієнта.

**Психологічний компонент паліативної допомоги** вирішує завдання полегшення психоемоційних станів, пов'язаних з невиліковним захворюванням, подолання стресу, тривожності, депресії

хворих, їхніх родичів та персоналу, залученого до надання паліативної допомоги, обговорення та підготовки до смерті, допомоги близьким родичам під час і після важкої втрати. Паліативна допомога також допомагає хворому зберегти максимально можливу активність до останнього дня життя. Психологічна підтримка родини хворого покликана зменшити негативний психоемоційний вплив та стрес, пов'язаний із невиліковним захворюванням рідної та близької людини, полегшити горе втрати, за необхідності – з використанням психологічного консультування після смерті хворого.

Хворий, який потребує паліативної допомоги, має невід'ємне право на задоволення своїх духовних потреб, у тому числі шляхом релігійних відправ, відповідно до своїх переконань, соціальної, культурної та духовної ідентичності або уподобань.

Разом з тим, згідно з більш широким визначенням, прийнятим у заключному документі *Комітету Міністрів Ради Європи* державам – учасникам Народи по організації паліативної допомоги (2003 рік), «Паліативна допомога не є допомогою 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 – днів). Вона не є синонімом термінальної допомоги, але включає в себе останню».

### *Паліативна медицина в сучасному світі.*

У світі відбуваються глибокі демографічні та соціальні зміни, які притаманні більшості постіндустріальних країн світу, у тому числі (в останні десятиріччя) й Україні. Ці зміни полягають у постарінні населення зі значним накопиченням у популяціях похилого та старечого віку та пов'язаними з цим суттєвими зрушеннями у структурі захворюваності та смертності, особливо серед осіб похилого та старечого віку.

Згідно з прогнозами експертів Європейського регіонального бюро ВООЗ на 2020 рік, ранжовані причини смерті будуть розподілятися наступним чином:

1. Ішемічна хвороба серця.
2. Порушення мозкового кровообігу, включаючи інсульти.
3. Хронічні обструктивні захворювання легень.
4. Інфекції нижніх дихальних шляхів.
5. Рак легенів, трахеї, бронхів.

За оцінками міжнародних експертів, приблизно з 150 000 осіб, які вмирають на Землі щоденно, близько двох третин – тобто біля 100 000 осіб – вмирають від хвороб, пов'язаних зі старінням, у першу чергу – серцево-судинних та онкологічних захворювань. У промислово розвинених країнах ця част-

ка досягає 90%. На думку експертів ВООЗ, 60% осіб старше 60 років, що потерпають від невиліковних хвороб, потребують високоспеціалізованої професійної паліативної допомоги.

У ієрархії причин смерті населення України у попередніх роках перші п'ять місць стало займали такі класи хвороб:

- хвороби системи кровообігу (63%)
- новоутворення (11,8%);
- зовнішні причини смерті (8,6%);
- хвороби органів травлення (4,4%);
- хвороби органів дихання (3,3%).

Смерть – природне явище, кінець життя. Усі люди рівні перед її ликом. Вибирати не доводиться: людина приречена, вона кінечна. Життя її обмежене зачаттям і смертю. А тому найважливіша етична проблема – виробити механізми його захисту від страху перед смертю – емоційні та раціональні. Виникає питання: що означає «померти з гідністю»? Чи можна померти з гідністю всупереч природним процесам? Чи можна знищити життя, коли воно надається понад усе? Часто вважають, що неприборканий біль і страждання позбавляють гідності людину, тому краще смерть, ніж життя, позбавлене гідності. Разом з тим є й інша точка зору: у тому, як людина веде себе перед лицем смерті і страждань, проявляється її гідність (Д. Пулмен), тому бажання жити, незважаючи на біль і страждання, не тільки не зменшує, а навпаки, виражає і закріплює гідність.

«Умирання з гідністю» символізує моральну турботу про вмираючого, а тому в рівній мірі торкається як його особистої гідності, так і гідності суспільства, яке своїми діями повинно охороняти гідність кожної людини. Змінилися соціальні умови, демократизація суспільства, поява нової моделі у взаємовідносинах лікаря і пацієнта підсилила автономність пацієнта, впровадження в практичну медицину досягнень науки, яка продовжує життя тяжкохворого, але не завжди покращує його якість, – все це значно розширило рамки поняття «вмирання з гідністю».

«Умирання з гідністю» неможливе без гідного ставлення до хворого з боку медичних працівників, які насамперед повинні дати хворому правдиву інформацію про діагноз його хвороби, про процедури, що впливають на нього, про аргументи «за» і «проти» цих процедур, щоб пацієнт сам міг зробити вибір.

«Умирання з гідністю» включає в себе психологічні та естетичні виміри: *повагу особистої унікальності пацієнта, його світоглядних, релігійних поглядів і переконань, його національної приналежності.* Лікар, психолог, психотерапевт, можливо і священнослужитель, якщо пацієнт бажає цього, повинні

психологічно підготувати пацієнта до смерті, допомогти йому в подоланні страху, гніву, почуття вини. Слід приділити увагу і тілесному стану пацієнта, оскільки людська гідність включає в себе і турботу про гігієнічний та естетичний стан тіла.

Таким чином, «*помирання з гідністю*» передбачає добре обдумане рішення самого хворого з урахуванням його психічного і фізіологічного стану, а не вибір у хвилину глибокого відчаю. Воно може бути розглянуто як самоповага, оскільки

пов'язане з ціннісними підходами до життя. Помираючий хворий сам визначає для себе, що для нього важливіше: «гомо», «раціо» або «віта» – просто залишатися ще якийсь час живим. Отже, завдання педагогічних колективів вищих медичних навчальних закладів – забезпечити якісну освітньо-професійну підготовку майбутніх молодших медичних спеціалістів, оволодіння ними життєвими та фаховими компетенціями, сформуванню високоморальної Особистості професіонала.

## Література

1. Паліативна та хоспісна медицина: медико-демографічні та клінічні аспекти / Губський Ю. І., Царенко А. В., Барановська Г. А. [та ін.] // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – Вип. 20, кн. 2. – Київ, 2011. – С. 723–734.
2. Діяльність Інституту паліативної та хоспісної медицини МОЗ України в 2010 році щодо удосконалення нормативно-правової бази паліативної та хоспісної медицини в Україні / Губський Ю. І., Царенко А. В., Бабійчук О. М., Шевчик А. Л. // Медичне право. – 2011. – № 2. – С. 4–16.
3. 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.
4. 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 та медико-соціального обслуговування населення : матеріали IV Всеукраїнської наук.-практ. конф. з мед. права (III Міжнародної науково-практичної конференції з медичного права). – Львів: ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – С. 148–155.
5. Мишаткина Т. В. Биомедицинская этика. Учебно-методическое пособие / Т. В. Мишаткина. – Минск: МГЭУ им. А. Д. Сахарова, 2007.



УДК: 376-056.26

С.О. Мугаль

## Розвиток психосоматичних розладів у дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку

*Інститут соціології, психології та соціальних комунікацій Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, м. Київ, Україна*

Однією з найбільш важливих та актуальних проблем у спеціальній психології та медицині є проблема вивчення розвитку психосоматичних розладів у дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку (ЗПР) та їх вплив на формування та розвиток особистості дитини; вивчення проблеми впливу психосоматичних розладів на виховання, навчання та соціалізацію дітей із ЗПР. Останніми роками відмічається тенденція до

зростання кількості дітей з відхиленнями психічного та фізичного здоров'я, які зумовлюються біологічними, соціально-психологічними, екологічними та іншими чинниками, а також їх комплексними поєднаннями. Велику кількість серед цих дітей займають діти із ЗПР, яких стає дедалі більше на тлі погіршення дитячого здоров'я в цілому.

Актуальність даного питання можна пояснити не тільки інтересом до психосоматичних

співвідношень у дітей із ЗПР з боку психологів та медиків, але й тим, що ця категорія дітей менш адаптована до ситуацій, що можуть спричинити виникнення хвороби, та потребує до себе більшої уваги у плані психологічної допомоги.

Останнім часом спостерігається зростання частоти виникнення психосоматичних розладів (ПСР) у дітей під негативною дією мінливих соціально-економічних чинників (С.І. Табачников, 2001; Я.Б. Бікшаєва, 2003; О.Г. Луценко, 2004; R. M. Gottlieb, 2003).

Отже, одним з актуальних питань психосоматичних співвідносин є виявлення зв'язку між особливостями особистості, змістом та характеристикою психотравми та специфічністю ураження органу або системи органів. Тому проблема дослідження психосоматичних розладів в останні десятиріччя набула актуальності в усьому світі.

На сьогодні з'ясовані основні чинники ризику розвитку психосоматичних розладів, а також затримки психічного розвитку, які свідчать про існування спільних патогенетичних ланок їх формування. Переконаливо доведена роль спадкової схильності (В.М. Синьов, 2007; H. Gundel, M Siess., U. Ehlert, 2000; J. Frommer, 2004), гострого та хронічного стресу (J. Kuchenhoff, 2001), соціальних факторів (D. Oken, 2000), педагогічної занедбаності (Л.О. Булахова, 2005; D. Oken, 2000), метаболічних розладів та інфекцій TORCH-комплексу (герпес, цитомегалія, токсоплазмоз) (N. Leonhardt, 1999) у виникненні ЗПР і ПСР та в хронізації, рецидивуванні і прогресуванні останніх у дітей (Ю.И. Щербаков та співавт., 2002; Я.Б. Бікшаєва, 2003; Э.А. Михайлова та співавт., 2003; L.T. Weaver, 1995; R. Dantzer, 2003).

Визначення загальних психологічних чинників є неможливим без звернення до психологічних особливостей, які обумовлюють вразливість чи резистентність стресу, що роблять можливим саме психосоматичний спосіб реагування на стрес. За наявності емоційного переживання, яке не блокується психологічним захистом, а переходить у соматизацію та уражує відповідну йому систему органів, функціональний етап ураження переростає у деструктивно-морфологічні зміни у соматичній системі, здійснюється генералізація психосоматичного захворювання.

У якості таких характеристик були виділені деякі характеристики «Я», психічної інстанції, основна функція якої полягає в ефективній адаптації. «Слабкість Я» або «невпевненість Я», яка

притаманна дітям дошкільного віку із затримкою психічного розвитку, які мають психосоматичні розлади, проявляється у зменшенні здатності до інтроспекції, зниженні фрустраційної толерантності, порушенні «базисної довіри» до себе, мінімальної здібності до набуття нових емоційних установок (Б. Любан-Плоцца, В. Пельдінгер, 1996). Дослідники у якості загальної особливості дітей із ЗПР, які мають психосоматичні розлади, визначають домінування переживань «втрати об'єкту» із відчуттям «душевної порожнечі», автоматично-механічним характером розумових процесів, зменшеною спроможністю до психічної переробки.

Психосоматичні розлади можуть бути розглянуті як окремий особистісний спосіб реагування, зумовлений браком его-ідентичності або нечіткими кордонами тілесного его (Д. Мак-Дауголл, Г. Аммон).

Психосоматичний симптом розуміють як захисну психічну реакцію, спрямовану на підтримку інтеграції «Я», запобігання його розпаду або фрагментації. Брак его-ідентичності розглядається як структурний дефект «Я», витoki якого слід шукати на ранніх стадіях онтогенезу, пов'язаних із психологічним симбіозом «мати-дитина». Незадовільні емоційні стосунки в цьому психологічному союзі, недостатня підтримка й прийняття дитини із затримкою психічного розвитку можуть суттєво завадити становленню її психологічної автономності, визначенню власних психологічних кордонів і порушують процес формування его-ідентичності.

Отже, недостатньо стабільний психологічний базис автономності, слабкість інтеграційних механізмів особистості, яка притаманна дітям дошкільного віку із ЗПР, призводить до того, що ситуацію стресу дитина сприймає як загрозу своїй психологічній цілісності. Її психологічних ресурсів та навичок виявляється недостатньо для психічної переробки стресу, емоційного відреагування, приведення в дію механізмів психологічного захисту та опанування ситуацією. Небезпека психічного зриву, психотичного розладу відвертається виникненням психосоматичних симптомів, «примітивних психічних сигналів тривоги тілу» (Д. Мак-Дауголл, 1982).

Виходячи з цього, слід зазначити, що системний аналіз теоретичних та практичних матеріалів досліджень підтвердив актуальність проблеми вивчення розвитку психосоматичних розладів у дітей дошкільного віку із ЗПР та дає змогу пошуку відповідних індивідуальних напрямків у побудові психолого-педагогічної роботи.





І.В. Слугоцька, Р.М. Мельник, В.П. Гришук, Д.С. Ашбах, В.І. Мельник

## Застосування іонізуючих розчинів у паліативній медицині

*Обласний клінічний центр паліативної медицини,  
м. Івано-Франківськ, Україна*

**Вступ.** Глобальна тенденція постаріння населення зумовлює пошук безпечних і природних засобів для паліативної допомоги, основною метою якої (за визначенням ВООЗ) є забезпечення максимальної якості життя у термінальному періоді невиліковних захворювань. Таким засобом можуть бути іонізуючі розчини, отримані внаслідок електрохімічної активації води. Вчена рада МОЗ України та НАМН України, з метою зниження захворюваності населення на хвороби цивілізації, запропонувала сертифіковану в Україні інноваційну технологію отримання якісних вод із відновлювальними та окислювальними властивостями.

**Мета роботи:** дослідження антисептичної та трофічної дії води з окислювальними властивостями (аноліту) для лікування належнів та трофічних виразок у паліативних пацієнтів.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилися 16 хворих із трофічними виразками та належнями (з них 9 хворих із ускладненням цукрового діабету у вигляді важкої ангіопатії нижніх кінцівок та 7 хворих із важким ступенем хронічної недостатності кровообігу ІІБ–ІІІ ст.), які на тлі симптоматичної терапії отримували процедури з анолітом. Контрольною групою були 7 хворих з цими ж діагнозами (4 хворих із цукровим діабетом і 3 хворих із ХНК ІІБ–ІІІ), які отримували тільки симптоматичну терапію. Процедури проводились у вигляді протирань анолітом (2–3 рази на

день) у випадку лікування належнів та накладання пов'язок і примочок з анолітом у випадку лікування трофічних виразок.

**Результати дослідження.** Усі 16 пацієнтів отримували процедури протягом двох тижнів. У групі із трофічними виразками заживлення відбулося у 7 пацієнтів, що склало 72% (у 2 хворих (ХНК ІІБ–ІІІ) на 7 день процедур, ще у 3 хворих (із цукровим діабетом) на 12–14 день). У 2-ох пацієнтів (із діагнозом цукровий діабет) заживлення не відбулося взагалі, що склало 28%. У групі із належнями заживлення зафіксовано у 9 пацієнтів, що склало 89% від усієї кількості хворих із цукровим діабетом та із ХНК, причому у 5 пацієнтів – на 5-й день і у 3 пацієнтів – на 10–11-й день. І лише у одного пацієнта (11%) з цукровим діабетом не зафіксовано заживлення належнів незважаючи на проведені процедури протягом двох тижнів. У контрольній групі заживлення на фоні лише симптоматичного лікування зафіксоване лише у одного пацієнта (15%).

**Висновки.** Застосування іонізуючого розчину з окислювальними властивостями (аноліту), як лікувального антисептичного і трофічного засобу, в комплексі з іншими заходами є ефективним для профілактики та лікування належнів та трофічних виразок у паліативних пацієнтів. Це може бути одним із методів вирішення важливої проблеми надання якісної паліативної допомоги в умовах хоспісу.



К.О. Талалаєв<sup>1</sup>, С.В. Єсипенко<sup>2</sup>

## Поєднання зусиль закладів вищої медичної освіти та практичної охорони здоров'я в дотриманні прав на паліативну допомогу хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ (на прикладі досвіду Одеського національного медичного університету та протитуберкульозної служби Одеської області)

<sup>1</sup>*Кафедра соціальної медицини, медичного права та менеджменту Одеського національного медичного університету, Україна*

<sup>2</sup>*Одеський обласний протитуберкульозний диспансер, Україна*

**Ш**ороку в Одеській області помирає близько 5 тисяч осіб, з них близько 400 – від туберкульозу, 365 помирають від СНІДу, з яких 255 з туберкульозом/ВІЛ. Серед хворих на туберкульоз 466 потребували паліативного догляду та хоспісної допомоги.

Смертність від СНІДу по Одеській області за 2014 рік збільшилася (15,3 на 100 тис. нас.) порівняно з 2012–2013 рр. (13,2 та 12,1 на 100 тис. нас. відповідно).

Станом на 01 вересня 2015 року кількість хворих на туберкульоз та ТБ/ВІЛ, які отримують паліативну допомогу в Одеському регіоні, становила 687, з них з ТБ/ВІЛ – 160 осіб.

На виконання листа ДУ «Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України» від 21.05.2014 р. за № 23-01-15/27 та наказу ректора ОНМедУ за №210-0 від 26.05.2014р., на кафедрі соціальної медицини, медичного права та менеджменту Одеського національного медичного університету з 2014 року в учбову програму включено питання паліативної та хоспісної допомоги для спеціальностей «Лікувальна справа» та «Педіатрія».

Найбільш ефективною формою підготовки на додипломному рівні визнано не стільки введення окремої дисципліни, скільки підготовку майбутніх лікарів за принципом наскрізного формування інтегральних знань у межах тих предметів, які викладаються у медичних навчальних закладах, тому питання паліативної та хоспісної допомоги

викладаються й на інших кафедрах зазначеного ВМНЗ. Але на сьогодні в Україні ще відчувається нестача якісно підготовлених фахівців у галузі паліативної допомоги, і ця робота має бути продовжена.

Наказом УОЗ Одеської ОДА від 12.05.2015 р. №189 «Про затвердження порядку надання паліативної допомоги хворим на туберкульоз та ко-інфекцію ТБ/ВІЛ» затверджено Порядок надання паліативної допомоги (в т.ч. стаціонарна допомога, хоспіси вдома, мультидисциплінарні бригади). До штатного розпису Одеського обласного протитуберкульозного диспансеру №2 (м. Білгород-Дністровський), де саме надається паліативна допомога, включено посаду психолога, з хворими працюють соціальні працівники та представники духовенства, на території відкрито капличку.

У 2015 році паліативна допомога була надана: стаціонарна – 152 особам з туберкульозом та 35 з ТБ/ВІЛ, хоспіс вдома – 54 особам з туберкульозом та 34 з ТБ/ВІЛ, мультидисциплінарні бригади – 476 осіб з туберкульозом та 42 з ТБ/ВІЛ.

В Україні система паліативної та хоспісної допомоги знаходиться на стадії формування, потребує збільшення обсягів та покращення якості. Має бути пріоритезовано систему паліативної та хоспісної допомоги на державному рівні з гарантованим достатнім фінансуванням. Серед організаційних заходів першочергового значення набуває спеціальна підготовка медичних працівників.



В.С. Шпак<sup>1</sup>, А.В. Макаров<sup>2</sup>, И.В. Сокур<sup>2</sup>, Т.Н. Мавровская<sup>3</sup>

## Изменение качества жизни больных раком молочной железы в течение трех недель после мастэктомии на фоне Цигун-тренинга и в отдельном случае метастатического рака молочной железы на протяжении 9 месяцев наблюдения и Цигун-тренинга

<sup>1</sup>Кафедра здоровья человека Херсонского государственного университета, Украина<sup>2</sup>Херсонский областной онкологический диспансер, Украина<sup>3</sup>Херсонская областная психиатрическая больница, Украина

**Ц**ель данного исследования заключается в оценке потенциала лечения экспериментальным Цигун-тренингом с помощью исследования изменения качества жизни пациенток HRQOL по опросникам EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-BR23.

На базе маммологического отделения стационара Херсонского областного онкологического диспансера 10 пациенток ВСП после радикальной мастэктомии в модификациях Madden и Patey проходили экспериментальный короткий Цигун-тренинг с оценкой качества их жизни HRQOL EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-BR23 на 7-й и 21 день после мастэктомии, еще сорок пациенток ВСП после мастэктомии сформировали контрольную группу.

Также этот экспериментальный Цигун-тренинг проходила девять месяцев пациентка МВСП с оценкой качества жизни HRQOL в 1-й день, через 3 и 9-ть месяцев обучения Цигун, и с 3-кратным томографическим обследованием.

Оценки качества их жизни выполнялись по 23 шкалам функционирования и симптоматики опросников EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-BR23 (53 вопроса) с обработкой показателей шкал методами

непараметрической статистики для малых групп пациентов и представлялись в виде сетчатых диаграмм.

Были выявлены низкие медианы шкал HRQOL пациенток, при этом рост по шкале «Глобальное состояние здоровья» EORTC-C30 QLQ при Цигун-тренинге (74,9 против 33,3  $p < 0,016$ ) достоверно превышал показатель контрольной группы (54,1 против 45,8,  $p < 0,001$ ), также, соответственно, и по шкале «Дальнейшая перспектива» EORTC-BR23 QLQ (33,3 против 0  $p < 0,05$ ).

Остальные показатели пациенток не выявили достоверных изменений.

Для пациентки МВСП с девятимесячным Цигун-тренингом значительное улучшение показателей HRQOL и позитивная динамика томограмм были очевидными.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности экспериментального Цигун-тренинга и в ранней реабилитации пациенток после мастэктомии, и в долговременном восстановлении пациентки с метастатическим раком молочной железы, что будет учтено в наших дальнейших исследованиях.



А.О. Ярошенко

## Основні проблемні напрями освітнього та кадрового забезпечення системи паліативної допомоги в Україні

*Інститут соціальної роботи та управління НПУ імені М.П. Драгоманова, м. Київ, Україна*

**Р**еформування системи освіти та соціального захисту населення України позначилося на ефективності діяльності цих систем. Проведені реформи на даний час не внесли тих необхідних змін, яких потребує сьогодні напрям підготовки «соціальна робота». У вищих навчальних закладах підготовка фахівців усіх освітньо-кваліфікаційних рівнів за вказаними напрямом здійснюється за освітньо-професійними програмами, в яких визначено відповідні вимоги до рівня оволодіння певною сукупністю умінь, навичок, необхідних для майбутньої професійної діяльності [3].

В Україні немає узгоджених, уніфікованих навчальних планів, дисциплін, програм практики, інших навчальних документів щодо напрямку підготовки «соціальна робота». Навчально-методичною базою для навчання фахівців за цим напрямом є переважно відповідні напрацьовані за кордоном досвід і практика, експертно-аналітичні матеріали міжнародних проектів, здійснених в Україні. На даному етапі відсутня загальноприйнята на державному рівні єдина модель освітньо-професійної програми підготовки соціальних працівників.

Вадою професійної підготовки є відсутність інструментів її удосконалення, таких як єдиний стандарт ліцензування напрямку підготовки «соціальна робота», на підставі якого розробляються навчальні плани з тих дисциплін, вивчення яких і забезпечує відповідний рівень професійної підготовки. На даний час вищі навчальні заклади розробляють навчальні плани напрямку підготовки «соціальна робота» через призму свого бачення і вносять до них дисципліни, орієнтуючись на тих науковців, яких вони мають в своєму арсеналі.

В освітньо-професійних програмах підготовки соціальних працівників, через відсутність уніфікованих стандартів спеціалізацій, не завжди враховуються соціально-психологічні та профорієнтаційні характеристики студента, профіль і специфіку соціальної служби, в якій він буде працювати. Наприклад, якщо студент буде працювати в хоспісній установі, то в навчальних дисциплінах

повинно бути передбачено такі навчальні дисципліни, як соціальна психологія, технології соціальної паліативної допомоги, соціально-медичні та побутові форми догляду, право соціального забезпечення тощо. А відтак навчальні дисципліни повинні бути спрямовані на вивчення відповідних функціональних завдань і обов'язків. Всупереч цій логіці, сьогодні у ВНЗ, що проводять підготовку соціальних працівників, вивчаються і виносяться на державні екзамени дисципліни, які не мають визначального значення у подальшій професійній діяльності випускника [3].

На підставі проведено аналізу [1–3] можна виокремити основні проблемні напрями освітнього та кадрового забезпечення системи паліативної допомоги в Україні:

- відсутність стандартів спеціалізацій професійної підготовки за напрямками майбутньої практичної діяльності;
- неузгодженість у формуванні, забезпеченні виконання державного замовлення на підготовку кваліфікованих кадрів, фахових соціальних працівників з вищою освітою та їх працевлаштування в систему надання паліативної допомоги, адже отримання освіти за фахом соціального працівника не гарантує його власникові забезпечення першим робочим місцем з боку держави тощо;
- робота соціального працівника, що надає паліативну допомогу, є низькооплачуваною, не враховує специфіку та обсяг виконуваної роботи, її складність, що призводить до низького престижу професії та плінності кадрів;
- соціальні працівники, які працюють у системі надання паліативної допомоги, – це особи переважного старшого віку, яким важче освоїти та впроваджувати в професійну діяльність інноваційні методи роботи, сучасні технології тощо;
- на тлі безробіття у трудових відносинах між роботодавцями та соціальними працівниками мають місце зловживання, які певною мірою зумовлені нерегульованістю механізму конкурсного відбору на відповідні посади в систему паліативної допомоги тощо.

## Література

1. *Державна кадрова політика в Україні : стан, проблеми та перспективи розвитку : наук. доп. / авт. кол. : Ю. В. Ковбасюк, К. О. Ващенко, Ю. П. Сурмін та ін.; за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, К. О. Ващенко, Ю. П. Сурміна. – Київ : НАДУ, 2012. – 72 с.*
2. *Матеріали науково-методичної комісії МОН України. – Київ, 2013. – 275 с.*
3. *Про вищу освіту : Закон України від 1 липня 2014 р. № 1556-VII // Офіц. вісн. України : офіц. вид. – 2014. – 15 серп. (№ 63). – С. 7. – Ст. 1728.*



## НОВОСТИ

## Разработан быстрый и дешевый способ диагностики туберкулеза

Мэтт Трау (Matt Trau) и его коллеги из Австралийского института биоинженерии и нанотехнологии (Australian Institute of Bioengineering & Nanotechnology) предложили альтернативу методам детекции заболевания, используемым в настоящее время.

Туберкулез – одно из широко распространенных инфекционных заболеваний. В настоящее время простые и доступные методы выявления туберкулеза отсутствуют.

Сейчас наиболее распространенными способами диагностики является проведение туберкулиновой пробы или же микроскопический анализ мокроты пациента. Кроме того, для исключения ложноположительных результатов используется культивирование микобактериальных штаммов. Эти методы требуют высокой квалификации медицинского персонала, а их проведение занимает несколько дней.

Другой вариант диагностики предполагает проведение полимеразной цепной реакции для выявления бактериальной ДНК. Несмотря на то, что такой способ позволяет получить ответ в течение нескольких часов, его использование затруднено в бедных странах из-за высокой стоимости необходимого оборудования и самого теста.

Мэтт Трау (Matt Trau) и его коллеги из Австралийского института биоинженерии и нанотехнологии (Australian Institute of Bioengineering & Nanotechnology) предложили альтернативу методам детекции заболевания, используемым в настоящее время.

Авторы разработали новый тест, в основе которого также лежит амплификация фрагментов бактериальной ДНК. Однако, сложное лабораторное оборудование для его проведения не требуется. Для детекции используется не флуоресцентная технология, а дешевый электрохимический сенсор, способный регистрировать изменение цвета раствора, в котором присутствует микобактериальная ДНК.

Источник: [med-expert.com.ua](http://med-expert.com.ua)

# МІНІСТЕРСТВО СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ

## НАКАЗ

29.01.2016

м. Київ

№ 58

*Зареєстровано в Міністерстві юстиції України  
17 лютого 2016 р. за № 247/28377*

### Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду

Відповідно до абзацу чотирнадцятого статті 1 Закону України «Про соціальні послуги», пункту 7 Плану заходів на 2013 – 2016 роки щодо реалізації Стратегії реформування системи надання соціальних послуг, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 13 березня 2013 року № 208-р, з метою організації надання соціальних послуг з паліативного догляду

#### НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Державний стандарт паліативного догляду, що додається.
2. Управлінню у справах людей похилого віку та надання соціальних послуг (Суліма О. В.) забезпечити подання цього наказу в установленому порядку на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.
3. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.
4. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра В. Мушчиніна.

**Міністр**

**П. Розенко**

#### ПОГОДЖЕНО:

**Заступник Міністра  
охорони здоров'я України**

**В. Шафранський**

**Перший заступник Голови  
Спільного представницького  
органу сторони роботодавців  
на національному рівні**

**Д. Олійник**

**Заступник Міністра  
фінансів України**

**Р. П. Качур**

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики України

29 січня 2016 року № 58

Зареєстровано

в Міністерстві юстиції України

17 лютого 2016 р. за № 247/28377

## ДЕРЖАВНИЙ СТАНДАРТ паліативного догляду

### I. Загальні положення

1. Цей Державний стандарт визначає зміст, обсяг, норми і нормативи, умови та порядок надання соціальної послуги з паліативного догляду, показники її якості.

2. Цей Державний стандарт застосовується для: організації надання соціальної послуги з паліативного догляду паліативним хворим (особам похилого віку, інвалідам, хворим (із числа осіб працездатного віку на період до встановлення їм групи інвалідності, але не більше ніж чотири місяці)), які не здатні до самообслуговування і потребують постійної сторонньої допомоги;

моніторингу й контролю за якістю надання соціальної послуги з паліативного догляду.

3. Соціальна послуга з паліативного догляду в обсягах, визначених цим Державним стандартом, надається безоплатно, за плату або з установленим диференційованою плати.

4. У цьому Державному стандарті терміни вживаються в таких значеннях:

індивідуальний план надання соціальної послуги з паліативного догляду (далі – індивідуальний план) – документ, складений на підставі результатів комплексного визначення та оцінки індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги, у якому зазначено заходи, що здійснюватимуться для надання такої послуги, відомості про необхідні ресурси, періодичність і строки виконання, відповідальних виконавців, дані щодо моніторингу результатів та інформація стосовно перегляду індивідуального плану;

моніторинг якості надання соціальної послуги з паліативного догляду – постійний чи періодичний перегляд діяльності суб'єкта, що надає соціальну послугу, з метою оцінювання поточних результатів, виявлення труднощів, визначення проблем, надання рекомендацій для їх усунення, покращення чи удосконалення надання соціальної послуги;

мультидисциплінарна команда – команда, до складу якої включається не менше трьох осіб з числа таких працівників: соціальний працівник, соціальний робітник, медичний працівник, юрист-консульт, психолог, духівник та інші фахівці, які пройшли навчання за тематичними циклами з питань паліативного догляду;

надавач соціальної послуги з паліативного догляду (працівник суб'єкта, що надає соціальну послугу з паліативного догляду) (далі – надавач соціальної послуги) – фахівець у сфері надання соціальних послуг, соціальний робітник або мультидисциплінарна команда, що безпосередньо здійснює заходи, які становлять зміст соціальної послуги з паліативного догляду;

отримувач соціальної послуги з паліативного догляду (далі – отримувач соціальної послуги) – особа з обмеженим прогнозом життя, яка має невиліковні прогресуючі захворювання, що супроводжуються вираженим больовим синдромом, тяжкими розладами життєдіяльності, потребує догляду, психологічної, соціальної, духовної підтримки, користується заходами, які становлять зміст соціальної послуги з паліативного догляду;

паліативний / хоспісний догляд – допомога у самообслуговуванні, спостереження за станом здоров'я, сприяння наданню медичних послуг, допомога в забезпеченні технічними засобами реабілітації, навчання навичкам користування ними, навчання членів сім'ї догляду, представництво інтересів, психологічна підтримка особи та членів її сім'ї, надання інформації з питань соціального захисту населення, допомога в отриманні безоплатної правової допомоги, організація та підтримка груп самопомоги;

соціальна послуга з паліативного догляду (далі – соціальна послуга) – комплекс заходів, що здійснюються протягом робочого дня суб'єкта, який надає соціальну послугу, спрямованих на створення умов забезпечення життєдіяльності осіб, які

частково або повністю втратили здатність до самообслуговування, є паліативними хворими;

суб'єкт, що надає соціальну послугу з паліативного догляду (далі – суб'єкт, що надає соціальну послугу), – підприємства, установи, організації, заклади незалежно від форм власності та господарювання, фізичні особи – підприємці, які відповідають Критеріям діяльності суб'єктів, що надають соціальні послуги, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 14 листопада 2012 року № 1039;

Інші терміни у цьому Державному стандарті застосовуються у значеннях, наведених у Сімейному кодексі України, Законах України «Про соціальні послуги», «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» та інших нормативно-правових актах.

### II. Загальні підходи щодо організації та надання соціальної послуги

1. Підставою для отримання соціальної послуги є звернення (заява) потенційного отримувача соціальної послуги, та/або члена його сім'ї, та/або законного представника отримувача соціальної послуги до структурного підрозділу з питань соціального захисту населення обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, районних, районних у містах Києві та Севастополі державних адміністрацій або органу місцевого самоврядування (далі – структурний підрозділ з питань соціального захисту населення) чи суб'єкта, що надає соціальну послугу.

2. Рішення про надання соціальної послуги чи відмову в її наданні приймається суб'єктом, що надає соціальну послугу, протягом 14 календарних днів з дати звернення (подання заяви) потенційним отримувачем соціальної послуги, та/або членом його сім'ї, та/або законним представником отримувача соціальної послуги з урахуванням ступеня індивідуальних потреб потенційного отримувача соціальної послуги, що визначається згідно з таблицею 1 додатка 1 до цього Державного стандарту.

Сума балів, за якою визначають ступінь індивідуальних потреб потенційного отримувача соціальної послуги, має становити:

за місцем проживання потенційного отримувача соціальної послуги (вдома) протягом робочого часу – не менше ніж 12 балів та не більше ніж 100 балів;

у приміщенні суб'єкта, що надає соціальну послугу, з наданням місця постійного проживання – від 1 до 54 балів;

у приміщенні суб'єкта, що надає соціальну послугу, протягом робочого часу (у формі консультацій) – сума балів не встановлюється.

3. Проведення комплексного визначення ступеня індивідуальних потреб потенційного отримувача соціальної послуги здійснюється впродовж 10 календарних днів з дати звернення (подання заяви) потенційним отримувачем соціальної послуги, та/або членом його сім'ї, та/або законним представником отримувача соціальної послуги.

4. Суб'єкт, що надає соціальну послугу, може відмовити в її наданні, якщо за наявних ресурсів він не здатний задовольнити індивідуальні потреби отримувача соціальної послуги.

Відмова повинна супроводжуватися письмовим поясненням причини відмови та довідковою інформацією про можливість отримати таку послугу в іншого суб'єкта, що надає соціальну послугу.

5. Підставою для припинення надання соціальної послуги є:

1) письмова відмова отримувача соціальної послуги, та/або члена його сім'ї, та/або законного представника отримувача соціальної послуги;

2) перенаправлення отримувача соціальної послуги до інших установ або закладів для постійного перебування;

3) зміна місця проживання / перебування отримувача соціальної послуги;

4) невиконання умов договору про надання соціальної послуги та письмове попередження про можливість відмови у її наданні;

5) наявність медичних протипоказань для надання соціальної послуги, зокрема:

хронічних захворювань у фазі загострення, які потребують лікування чи спостереження в умовах відповідних відділень закладів охорони здоров'я; психічних і гострих інфекційних захворювань, які становлять небезпеку для оточуючих і персоналу та потребують лікування у відповідних закладах охорони здоров'я;

гострих хірургічних станів та станів після оперативного втручання, які внаслідок існуючої патології можуть потребувати реанімаційних заходів чи спостереження і лікування в умовах інтенсивної терапії;

6) смерть отримувача соціальної послуги.

### III. Визначення індивідуальних потреб

1. Соціальна послуга надається суб'єктом, що надає соціальну послугу, після здійснення первинного комплексного визначення індивідуальних потреб потенційного отримувача соціальної послуги, складення індивідуального плану та укладення договору про надання соціальної послуги.

2. Форма визначення індивідуальних потреб потенційного отримувача соціальної послуги розробляється суб'єктом, що надає соціальну послугу, з урахуванням його спеціалізації.



Визначення індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги здійснюється соціальним працівником, членами мультидисциплінарної команди (за потреби) із залученням отримувача соціальної послуги, та/або члена його сім'ї, та/або законного представника отримувача соціальної послуги.

Визначення індивідуальних потреб потенційного отримувача соціальної послуги здійснюється з урахуванням ступеня його індивідуальних потреб. Ступінь індивідуальної потреби отримувача соціальної послуги в її наданні визначається на основі шкали оцінки можливості виконання елементарних дій та шкали оцінки можливості виконання складних дій, наведених відповідно в таблицях 2 та 3 додатка 1 до цього Державного стандарту.

3. Результати визначення індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги є підставою для складання /перегляду індивідуального плану та укладання договору про надання соціальної послуги.

4. Через 30 днів з початку надання соціальної послуги соціальним працівником, членами мультидисциплінарної команди (за потреби) проводиться повторне визначення індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги з метою коригування індивідуального плану (за потреби).

Надалі повторне визначення індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги здійснюється один раз на півроку.

### IV. Складання індивідуального плану надання соціальної послуги

1. Індивідуальний план є основою для надання соціальної послуги та ґрунтується на результатах визначення індивідуальних потреб потенційного отримувача соціальної послуги.

2. Індивідуальний план складається та узгоджується з кожним потенційним отримувачем соціальної послуги, та/або членом його сім'ї, та/або законним представником отримувача соціальної послуги і суб'єктом, що надає соціальну послугу.

Індивідуальний план складається за формою згідно з додатком 2 до цього Державного стандарту у двох примірниках і підписується потенційним отримувачем соціальної послуги, та/або членом його сім'ї, та/або законним представником отримувача соціальної послуги і суб'єктом, що надає соціальну послугу.

Один примірник індивідуального плану надається потенційному отримувачеві соціальної послуги, та/або члену його сім'ї, та/або законному представникові отримувача соціальної послуги, інший – залишається у суб'єкта, що надає соціальну послугу.

3. Структура індивідуального плану має включати:

загальні відомості про потенційного отримувача соціальної послуги;

заходи, що здійснюються при наданні соціальної послуги, згідно з пунктом 1 розділу VIII цього Державного стандарту;

періодичність і строк виконання заходів;

відомості про виконавців заходів;

дані щодо моніторингу результатів надання соціальної послуги та перегляду індивідуального плану (за потреби).

4. Індивідуальний план переглядається надавачем соціальної послуги разом з отримувачем соціальної послуги, та/або членом його сім'ї, та/або законним представником отримувача соціальної послуги через 30 днів з початку її надання та надалі коригується відповідно до потреби отримувача соціальної послуги.

### V. Укладання договору про надання соціальної послуги

1. З кожним отримувачем соціальної послуги, та/або членом його сім'ї, та/або законним представником отримувача соціальної послуги протягом 5 днів з дати прийняття рішення про надання соціальної послуги укладається договір про її надання.

2. У договорі зазначаються:

соціальна послуга, її обсяг, зміст, вимоги до якості, строк надання;

отримувач соціальної послуги, відомості щодо вартості соціальної послуги;

умови договору;

права, обов'язки та відповідальність сторін;

порядок внесення змін до договору про надання соціальної послуги та припинення його дії тощо.

3. Договір про надання соціальної послуги укладається за участю потенційного отримувача соціальної послуги, та/або члена його сім'ї (у разі необхідності до складання договору залучаються члени сім'ї отримувача соціальної послуги), та/або його законного представника.

4. Договір про надання соціальної послуги підписується отримувачем соціальної послуги, та/або членом його сім'ї (у разі залучення членів сім'ї до складання договору), та/або законним представником отримувача соціальної послуги і представником суб'єкта, що надає соціальну послугу. Кожна зі сторін отримує один примірник договору.

5. Договір про надання соціальної послуги може переглядатись за потреби.

### VI. Місце та строки надання соціальної послуги

1. Соціальна послуга надається:

за місцем проживання отримувача соціальної послуги (вдома) протягом робочого часу;

у приміщенні суб'єкта, що надає соціальну послугу, з наданням місця постійного проживання;

у приміщенні суб'єкта, що надає соціальну послугу, протягом робочого часу (у формі консультацій).

2. Соціальна послуга за місцем проживання отримувача соціальної послуги (вдома) може надаватись постійно (III група рухової активності – 2 рази на тиждень, IV група рухової активності – 3 рази на тиждень, V група рухової активності – 5 разів на тиждень), періодично (2 рази на місяць), тимчасово (визначений у договорі період).

3. Строки надання соціальної послуги узгоджуються з отримувачем соціальної послуги, та/або членом його сім'ї, та/або законним представником отримувача соціальної послуги після проведення комплексного визначення індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги та зазначаються у договорі про надання соціальної послуги.

### **VII. Принципи надання соціальної послуги**

#### **1. Доступність соціальної послуги:**

суб'єкт, що надає соціальну послугу, вживає заходів щодо інформування потенційних отримувачів соціальної послуги, та/або членів їхніх сімей, та/або законних представників отримувачів соціальної послуги про соціальну послугу, порядок звернення за її наданням, порядок та умови її надання. Інформація для отримувачів соціальної послуги розміщується на спеціальних стендах у доступному місці в приміщенні суб'єкта, що надає соціальну послугу, в інших місцях, де можуть перебувати потенційні отримувачі соціальної послуги, на сайті суб'єкта, що надає соціальну послугу, висвітлюється в засобах масової інформації тощо.

#### **2. Незалежність отримувача соціальної послуги:**

надавачі соціальної послуги застосовують індивідуальний підхід (з урахуванням фізичного та психічного стану отримувачів соціальної послуги) незалежно від раси, національності, культури, релігії, віку, статі, соціального статусу, релігійних та політичних переконань отримувачів соціальної послуги;

отримувачі соціальної послуги, та/або члени їхніх сімей, та/або законні представники отримувача соціальної послуги повинні бути поінформовані про свої права, обов'язки, можливість отримання альтернативних послуг у громаді, самостійного прийняття рішень щодо вирішення кризової ситуації, а також про державні й громадські організації, до повноважень яких належить забезпечення захисту прав людини.

#### **3. Захист і безпека отримувачів соціальної послуги:**

надавач соціальної послуги провадить свою діяльність з повагою до гідності отримувачів

соціальної послуги, не допускаючи негуманних і дискримінаційних дій щодо них;

отримувачам соціальної послуги, та/або членам їхніх сімей, та/або законним представникам отримувачів соціальної послуги надається інформація про порядок оскарження непрофесійних дій чи бездіяльності надавача соціальної послуги;

отримувачі соціальної послуги, та/або члени їхніх сімей, та/або законні представники отримувача соціальної послуги інформуються про відповідальність згідно з чинним законодавством у разі застосування ними фізичного чи іншого насильства щодо надавача соціальної послуги.

#### **4. Конфіденційність інформації:**

суб'єкт, що надає соціальну послугу, вживає заходів щодо захисту персональних даних відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних», конфіденційної інформації щодо отримувачів соціальної послуги;

отримувачі соціальної послуги, та/або члени їхніх сімей, та/або законні представники отримувачів соціальної послуги в обов'язковому порядку ознайомлюються із заходами з дотримання принципу конфіденційності;

надавачі соціальної послуги інформують отримувачів соціальної послуги, та/або членів їхніх сімей, та/або законних представників отримувачів соціальної послуги щодо нерозголошення отриманої ними конфіденційної інформації.

### **VIII. Зміст соціальної послуги**

1. Основні заходи, що становлять зміст соціальної послуги, передбачають:

1) для отримувачів соціальної послуги IV та V груп рухової активності за місцем проживання (вдома):

організацію денного відпочинку (сну) (за потреби);

допомогу у веденні домашнього господарства; допомогу у самообслуговуванні;

навчання навичкам самообслуговування;

надання допомоги у догляді за особистими речами, зовнішнім виглядом;

допомогу при пересуванні по квартирі;

допомогу в організації взаємодії з іншими фахівцями та службами;

надання інформації з питань соціального захисту населення;

допомогу в отриманні безоплатної правової допомоги;

допомогу в оформленні документів, внесенні платежів;

спостереження за станом здоров'я отримувача соціальної послуги відповідно до медичних показань і рекомендацій;

надання психологічної підтримки та рекомендацій стосовно режиму харчування, який відповідає стану здоров'я та системі лікування;

сприяння в наданні медичних послуг, проведення медичних процедур відповідно до рекомендацій лікаря;

допомогу в обробленні присадибних ділянок для сільської місцевості (площа оброблення присадибних ділянок визначається окремо для кожного конкретного випадку, але не більше ніж 0,02 гектара) (за потреби);

допомогу в забезпеченні технічними засобами реабілітації, гігієнічними засобами, навчання навичкам користування ними;

сприяння в організації денної зайнятості (читання книг, журналів, газет, допомога в написанні й прочитанні листів) (за потреби);

сприяння в транспортуванні отримувача соціальної послуги;

сприяння в підтриманні контактів із соціальними мережами, членами сім'ї та/або законними представниками отримувача соціальної послуги;

сприяння в отриманні інших соціальних послуг і консультацій фахівців відповідно до виявлених потреб;

супроводження на прогулянку;

сприяння в дотриманні релігійних традицій (за потреби);

2) для отримувачів соціальної послуги IV та V груп рухової активності у приміщенні суб'єкта, що надає соціальну послугу, з наданням місця постійного проживання:

створення умов для проживання;

організацію харчування й допомогу у прийомі їжі;

організацію денного відпочинку (сну) (за потреби);

допомогу в догляді за особистими речами, зовнішнім виглядом;

допомогу у самообслуговуванні;

навчання навичкам самообслуговування;

допомогу при пересуванні в приміщенні;

допомогу в організації взаємодії з іншими фахівцями та службами;

надання інформації з питань соціального захисту населення;

допомогу в отриманні безоплатної правової допомоги;

допомогу в оформленні документів, внесення платежів;

спостереження за станом здоров'я отримувача соціальної послуги відповідно до медичних показань та рекомендацій;

надання психологічної підтримки та рекомендацій стосовно режиму харчування, який відповідає стану здоров'я та системі лікування;

сприяння в наданні медичних послуг, проведення медичних процедур відповідно до рекомендацій лікаря;

допомогу в забезпеченні технічними засобами реабілітації, гігієнічними засобами, навчання навичкам користування ними;

сприяння в організації денної зайнятості (читання книг, журналів, газет, допомога в написанні й прочитанні листів);

сприяння у транспортуванні отримувача соціальної послуги;

сприяння у підтриманні контактів із соціальними мережами, законними представниками;

сприяння в отриманні інших соціальних послуг та консультацій фахівців відповідно до виявлених потреб;

супроводження на прогулянку;

сприяння в дотриманні релігійних традицій (за потреби);

3) для членів сімей (законних представників, осіб, що забезпечують догляд) отримувачів соціальної послуги в приміщенні суб'єкта, що надає соціальну послугу, протягом робочого дня (у формі консультацій):

організацію соціально-психологічної допомоги членам родини отримувача соціальної послуги;

консультування щодо основ паліативного догляду за хворою людиною;

навчання навичкам догляду за тяжкохворими;

консультування та інформування щодо наявних гігієнічних засобів, медичного та реабілітаційного обладнання, які необхідно використовувати при наданні паліативної допомоги в домашніх умовах;

психологічну підтримку з метою контролю депресії, розпачу та інших розладів психічного здоров'я;

соціально-правові консультації щодо прав громадян з особливими потребами.

2. Зміст та обсяг соціальної послуги, що складається із вищезазначених заходів, для кожного отримувача соціальної послуги визначаються індивідуально залежно від ступеня індивідуальної потреби отримувача соціальної послуги і зазначаються в договорі про надання соціальної послуги.

Орієнтовний час, необхідний для виконання кожного заходу, що становить зміст соціальної послуги, наведено в додатку 3 до цього Державного стандарту.

## **IX. Використання ресурсів під час організації надання соціальної послуги**

1. Суб'єкт, що надає соціальну послугу, забезпечує необхідну кількість працівників відповідно до потреб отримувачів соціальної послуги згідно зі штатним розписом.

2. Безпосереднє надання соціальної послуги здійснюють надавачі соціальної послуги.

Суб'єкт, що надає соціальну послугу, у разі потреби може залучати до надання соціальної послуги інших фахівців, зокрема психологів, реабілітологів, юристів, медичних працівників або осіб, які пройшли відповідне навчання.

Для виконання заходів, визначених в індивідуальному плані та договорі про надання соціальної послуги, суб'єкт, що надає соціальну послугу, на договірних засадах може залучати інші підприємства, установи, організації тощо, які в свою чергу вживають заходів щодо захисту персональних даних відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних», конфіденційної інформації щодо отримувачів соціальної послуги.

3. Працівники, що надають соціальну послугу, повинні володіти необхідними знаннями й навичками відповідно до кваліфікаційних вимог, визначених у Випуску 80 «Соціальні послуги» Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників, затвердженого наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 14 жовтня 2005 року № 324.

4. Суб'єкт, що надає соціальну послугу, вживає стосовно надавачів такої послуги заходів щодо: підвищення кваліфікації; формального та неформального професійного навчання;

проведення атестації; забезпечення впровадження діагностичних, профілактичних та реабілітаційно-лікувальних заходів з метою запобігання розвитку у працівників суб'єкта, що надає соціальну послугу, синдрому професійного (емоційного) вигорання.

5. Суб'єкт, що надає соціальну послугу, розробляє і затверджує посадові інструкції надавачів соціальної послуги.

6. Надавач соціальної послуги повинен проходити обов'язкові профілактичні медичні огляди відповідно до законодавства.

### **X. Приміщення та обладнання**

1. Суб'єкт, що надає соціальну послугу, забезпечує наявність необхідної кількості приміщень для здійснення заходів з надання соціальної послуги (кімнати для проживання отримувачів соціальної послуги, для проведення санітарно-гігієнічних процедур з дотриманням вимог щодо приватності, для персоналу тощо).

2. Приміщення суб'єкта, що надає соціальну послугу, мають відповідати санітарним і протипожежним вимогам, бути забезпечені гарячим і холодним безперебійним водопостачанням та водовідведенням, освітленням, опаленням згідно з

вимогами чинного законодавства, обладнані засобами безперешкодного доступу для осіб з обмеженими можливостями відповідно до державних будівельних норм.

3. Суб'єкт, що надає соціальну послугу, для забезпечення виконання заходів з надання цієї послуги повинен мати:

твердий та м'який інвентар (меблі, спецодяг, взуття тощо);

транспорт (за потреби), пристосований для перевезення отримувачів соціальної послуги, зокрема до закладів охорони здоров'я тощо.

4. Суб'єкт, що надає соціальну послугу, забезпечує надавачів соціальної послуги робочим місцем, обладнанням, інвентарем, витратними матеріалами та робочим одягом, взуттям, проїзними квитками (або грошовою компенсацією за їх придбання), необхідними для виконання посадових обов'язків.

### **XI. Інформаційно-методичне забезпечення організації та надання соціальної послуги**

1. Суб'єкт, що надає соціальну послугу, організовує інформаційно-методичне забезпечення своєї діяльності, зокрема забезпечує своїх працівників нормативно-правовими актами, методичними та іншими матеріалами з питань надання соціальних послуг.

2. Суб'єкт, що надає соціальну послугу, створює можливості для підвищення кваліфікації надавачів соціальної послуги, зокрема щодо обміну досвідом надавачів соціальної послуги з іншими суб'єктами надання соціальної послуги.

### **XII. Взаємодія з іншими суб'єктами, що надають соціальну послугу**

Суб'єкт, що надає соціальну послугу, організовує виконання заходів з надання цієї соціальної послуги із залученням (за потреби та на договірній основі) інших підприємств, установ, організацій та закладів.

### **XIII. Оцінка ефективності надання соціальної послуги**

1. Ефективність надання соціальної послуги визначається під час зовнішнього та внутрішнього оцінювання якості зазначеної соціальної послуги.

2. Суб'єкт, що надає соціальну послугу, здійснює опитування отримувачів соціальної послуги, та/або членів їхніх сімей, та/або їхніх законних представників з метою отримання відгуків стосовно організації та надання соціальної послуги.

Результати опитувань обговорюються під час проведення аналізу діяльності суб'єкта, що надає соціальну послугу, та надавачів соціальної послуги

і враховуються у подальшій роботі з метою вдосконалення своєї діяльності, підвищення ефективності та якості соціальної послуги.

#### **XIV. Документація щодо організації процесу надання соціальної послуги**

Суб'єкт, що надає соціальну послугу, здійснює свою діяльність відповідно до установчих документів (положень, статутів), цивільно-правових договорів (для фізичних осіб – підприємців).

Документація ведеться, оформлюється та зберігається відповідно до вимог чинного законодавства.

#### **XV. Механізми оцінки дотримання цього Державного стандарту**

1. Діяльність суб'єкта, що надає соціальну послугу, підлягає внутрішній та зовнішній оцінці.

Для проведення внутрішньої та зовнішньої оцінки якості надання соціальної послуги застосовуються показники якості соціальної послуги, наведені в додатку 4 до цього Державного стандарту.

Результати проведення внутрішньої та зовнішньої оцінки якості надання соціальної послуги оприлюднюються і поширюються серед отримувачів соціальної послуги, членів їхніх сімей, законних представників, населення адміністративно-територіальної одиниці, де здійснює свою діяльність суб'єкт, що надає соціальну послугу.

2. Суб'єкт, що надає соціальну послугу, не рідше ніж один раз на рік проводить внутрішнє оцінювання своєї діяльності щодо відповідності соціальної послуги, яка ним надається, вимогам цього Державного стандарту та вживає заходів для усунення виявлених недоліків.

3. До процедури проведення оцінювання залучаються надавачі соціальної послуги, отримувачі соціальної послуги, та/або члени їхніх сімей, та/або законні представники отримувачів соціальної послуги.

З цією метою розробляється й упроваджується процедура консультування отримувачів соціальної послуги, членів їхніх сімей, законних представників щодо відповідності обсягу, змісту, умов і порядку надання соціальної послуги вимогам, зазначеним у цьому Державному стандарті.

4. Суб'єкти, що надають соціальну послугу, підлягають зовнішньому оцінюванню, що здійснюється місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, іншими уповноваженими органами відповідно до законодавства.

Суб'єкт, що надає соціальну послугу, вживає заходів щодо:

інформування отримувачів соціальної послуги, та/або членів їхніх сімей, та/або законних представників отримувачів соціальної послуги про проведення та результати зовнішнього оцінювання діяльності суб'єкта, що надає соціальну послугу;

забезпечення безперешкодного доступу отримувачів соціальної послуги, та/або членів їхніх сімей, та/або законних представників отримувачів соціальної послуги до органу, що здійснює зовнішнє оцінювання.

#### **XVI. Фінансово-економічне обґрунтування вартості соціальної послуги**

Вартість соціальної послуги розраховується з урахуванням її собівартості, адміністративних витрат і податку на додану вартість відповідно до законодавства.

Вартість соціальної послуги, що надається за рахунок коштів місцевих бюджетів, формується з урахуванням фінансових можливостей відповідних місцевих бюджетів.

**Начальник Управління  
у справах людей похилого віку  
та надання соціальних послуг** **О. Суліма**

Додаток 1  
до Державного стандарту паліативного догляду  
(пункт 2 розділу II)

## **Визначення ступеня індивідуальної потреби отримувача соціальної послуги у наданні соціальної послуги**

1. Ступінь індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги визначається на підставі оцінки можливостей виконання елементарних та складних дій (табл. 1).

## Визначення ступеня індивідуальних потреб

Група рухової активності	Сума балів за шкалами оцінки виконання елементарних та складних дій	Ступінь	Характеристика ступенів індивідуальної потреби
I	127		Сторонньої допомоги не потребує
II	100 – 126	1	<p>Основні види елементарних дій (умивання, одягання, взування, контроль за актами сечовиділення та дефекації, приймання ванни, душу, користування туалетом, харчування, користування посудом та побутовою технікою) виконує самостійно й у повному обсязі.</p> <p>Основні види складних дій (приготування їжі, прийом ліків, користування телефоном, транспортом, ведення домашнього господарства, прибирання, прання, заняття рукоділлям, розпоряджання власними коштами, здійснення покупок у магазинах й отримання послуг в організаціях району, у якому мешкає) виконує самостійно й у повному обсязі.</p> <p>Пересувається поза помешканням і двором без віддалення на великі відстані. Користується транспортом. Має труднощі при підйомі крутими сходами. Може потребувати сторонньої допомоги при здійсненні покупок чи отриманні послуг в організаціях району, у якому мешкає.</p> <p>Незначна залежність від сторонньої допомоги.</p> <p>З огляду на наявні фактори ризику отримувач соціальної послуги може потребувати сторонньої допомоги й догляду в незначному обсязі (часткової сторонньої допомоги потребує виконання менше ніж 10 % простих і складних дій)</p>
III	88 – 99	2	<p>Основні види елементарних дій (вмивання, одягання, взування, контроль за актами сечовиділення та дефекації, користування туалетом, харчування, користування посудом та побутовою технікою) виконує самостійно й у повному обсязі.</p> <p>Основні види складних дій (приготування їжі, прийом ліків, користування телефоном, транспортом, розпоряджання власними коштами) виконує самостійно й у повному обсязі.</p> <p>Пересувається в межах двору, біля помешкання та на невеликі відстані. Користується транспортом. Має складнощі при підйомі сходами.</p> <p>Ванну чи душ приймає самостійно, може періодично потребувати сторонньої допомоги (присутність сторонньої особи з метою уникнення травм).</p> <p>Може потребувати незначної допомоги у веденні домашнього господарства, часткової допомоги при пранні, занятті рукоділлям, у здійсненні покупок у магазинах чи отриманні послуг в організаціях, розміщених не поблизу місця проживання.</p> <p>Помірно виражена залежність від сторонньої допомоги. Може потребувати помірного обсягу сторонньої допомоги й догляду з огляду на наявні обмеження у життєдіяльності, умовах проживання й фактори ризику (часткової сторонньої допомоги може потребувати виконання до 20 % простих і складних дій)</p>
	76 – 87	3	<p>Основні види елементарних дій (вмивання, контроль за актами сечовиділення та дефекації, користування туалетом, харчування, користування посудом і побутовою технікою) виконує самостійно й у повному обсязі.</p> <p>Види складних дій (прийом ліків, користування телефоном, розпоряджання власними коштами) виконує самостійно й у повному обсязі.</p> <p>Пересування в основному обмежується помешканням. Може пересуватися на невеликій відстані самостійно чи із супроводом пішки або на транспорті.</p> <p>Може мати значні труднощі при підйомі сходами або не може самостійно підніматися сходами без сторонньої допомоги.</p> <p>При прийнятті ванни чи душу може потребувати часткової сторонньої допомоги.</p> <p>Може потребувати незначної допомоги при вдяганні, взуванні, приготуванні їжі, веденні домашнього господарства; часткової допомоги при пранні, здійсненні покупок у магазинах чи отриманні послуг в організаціях, розміщених не поблизу місця проживання.</p>

III	76 – 87	3	<p>Помірно виражена залежність у сторонній допомозі. Може потребувати помірного обсягу сторонньої допомоги й догляду з огляду на наявні обмеження в життєдіяльності, умовах проживання й фактори ризику (часткової та повної сторонньої допомоги може потребувати виконання до 40 % простих і складних дій)</p>
	63 – 74	4	<p>Основні види елементарних дій (вмивання, контроль за актами сечовиділення та дефекації, користування туалетом, користування посудом і побутовою технікою) виконує самостійно й у повному обсязі.  Види складних дій (прийом ліків, користування телефоном, розпорядження власними коштами) виконує самостійно й у повному обсязі.  Пересування обмежується помешканням.  В окремих випадках (рідко) може пересуватися на невеликі відстані самостійно чи із супроводом пішки або на транспорті.  Не може підніматись сходами без сторонньої допомоги.  Може потребувати часткової сторонньої допомоги при вдяганні та взуванні, приготуванні та прийомі їжі, веденні домашнього господарства, пранні, прийманні ванни чи душу.  Потребує допомоги у здійсненні покупок у магазинах чи отриманні послуг в організаціях.  Має виражену залежність від сторонньої допомоги й догляду, в тому числі з огляду на наявні обмеження в життєдіяльності, умовах проживання та фактори ризику (часткової і повної сторонньої допомоги та догляду потребує виконання до 50 % простих і складних дій)</p>
IV	54 – 62	5	<p>Основні види елементарних дій (вмивання, контроль за актами сечовиділення та дефекації, користування туалетом, посудом та побутовою технікою) виконує самостійно й у повному обсязі.  Види складних дій (прийом ліків, користування телефоном, розпорядження власним коштом) виконує самостійно й у повному обсязі.  Пересування обмежується помешканням.  В окремих випадках (рідко) може пересуватися на невеликі відстані із супроводом пішки або на транспорті.  Не може підніматись сходами без сторонньої допомоги.  Може вести домашнє господарство невеликого обсягу при великих часових затратах.  Не може прати великі речі.  Може потребувати часткової сторонньої допомоги при купанні у ванні чи душі, одяганні, взуванні, приготуванні й прийомі їжі.  Потребує допомоги у здійсненні покупок у магазинах чи отриманні послуг в організаціях.  Має виражену залежність від сторонньої допомоги й догляду, у тому числі з огляду на наявні обмеження в життєдіяльності, умовах проживання й фактори ризику (часткової та повної сторонньої допомоги й догляду потребує виконання до 90 % простих і складних дій)</p>
	43 – 53	6	<p>Може вмиватися, розчісуватися, чистити зуби, взуватися, вдягатися, приймати їжу з частковою сторонньою допомогою. Може частково контролювати акти сечовиділення та дефекації.  Пересування в основному обмежене кімнатою. Рідко може виходити у двір із супроводом.  Приймає ванну чи душ зі сторонньою допомогою. Користується туалетом зі сторонньою допомогою (потребує допомоги при збереженні рівноваги, вдяганні, роздяганні).  Основні види домашнього господарства вести не може. Може приготувати найпростіші страви, випрати невеликі речі.  Потребує допомоги у здійсненні покупок у магазинах чи отриманні послуг в організаціях.  Може користуватись телефоном.  Приймає ліки самостійно чи з незначною допомогою. Може розпоряджатися власними коштами.  Має виражену залежність від сторонньої допомоги й догляду, у тому числі з огляду на обмеження в життєдіяльності, умовах проживання й фактори ризику (часткової та повної сторонньої допомоги й догляду потребує виконання до 100 % простих і складних дій, із них 60 % і більше потребує часткової сторонньої допомоги)</p>

IV	32 – 42	7	<p>Може вмиватися, розчісуватися, чистити зуби, взуватися, вдягатися, приймати їжу, приймати ванну чи душ зі сторонньою допомогою.</p> <p>Користується туалетом зі сторонньою допомогою (потребує допомоги при збереженні рівноваги, вдяганні, роздяганні).</p> <p>Пересування обмежене кімнатою.</p> <p>При переході з ліжка до крісла іноді потребує мінімальної допомоги чи нагляду.</p> <p>Не може вести домашнє господарство, готувати найпростіші страви, прати.</p> <p>Викликає труднощі самостійний прийом ліків.</p> <p>Часто не може розпоряджатися власними коштами.</p> <p>Може користуватися телефоном із незначною допомогою.</p> <p>Повністю залежить від сторонньої допомоги й догляду, у тому числі з огляду на обмеження у життєдіяльності, умовах проживання й фактори ризику (часткової та повної сторонньої допомоги й догляду потребує виконання до 100 % простих і складних дій, із них близько 50 % потребує часткової сторонньої допомоги)</p>
V	25 – 31	8	<p>Приймає ванну чи душ, вмивається, розчісується, чистить зуби, вдягається, взувається зі сторонньою допомогою. Потребує часткової допомоги при прийомі їжі. Акти сечовиділення та дефекації може контролювати повністю або частково.</p> <p>Пересування обмежене ліжком й простором навколо нього.</p> <p>При переході з ліжка до крісла може потребувати часткової сторонньої допомоги. Користуватися туалетом може самостійно чи зі сторонньою допомогою (крісло-туалет біля ліжка чи судно).</p> <p>Користується телефоном або має труднощі при користуванні ним.</p> <p>Не може самостійно готувати їжу, вести домашнє господарство, прати, займатися рукоділлям.</p> <p>Не може самостійно приймати ліки, розпоряджатися власними коштами.</p> <p>Повністю залежить від сторонньої допомоги (часткова залежність становить менше ніж 50 % випадків виконання простих і складних дій та обумовлена станом здоров'я й можливістю пересування).</p>
	12 – 24	9	<p>Постійно знаходиться в ліжку.</p> <p>Потребує сторонньої допомоги при переході з ліжка до крісла.</p> <p>Може здійснювати активні рухи у межах ліжка. Може самостійно сидіти.</p> <p>Сідає самостійно чи з незначною допомогою. Контролює акти сечовиділення та дефекації частково чи повністю. Користується судном чи кріслом-туалетом.</p> <p>Повністю залежить від сторонньої допомоги</p>
	0 – 11	10	<p>Постійно знаходиться у ліжку.</p> <p>Пересувається тільки зі сторонньою допомогою.</p> <p>Вмивається, купається, вдягається, роздягається, приймає їжу тільки зі сторонньою допомогою.</p> <p>Не сідає самостійно, не може сидіти. Не контролює акти сечовиділення та дефекації.</p> <p>Потребує постійного цілодобового догляду.</p> <p>Повністю залежить від сторонньої допомоги</p>

2. Можливості виконання отримувачем соціальної послуги різних видів дій для підтримання життєдіяльності визначаються за допомогою анкетування, яке проводиться з використанням шкали оцінки можливості виконання елементарних дій (табл. 2) та шкали оцінки можливості виконання складних дій (табл. 3), за допомогою яких визначають:

залежність від будь-якої сторонньої допомоги (фізичної, словесної, нагляду)\*;

можливість самостійно задовольняти свої основні життєві потреби;

ступінь залежності\*\* та передбачуваної тривалості індивідуальної потреби у сторонній допомозі, причини, що її викликають.

3. Ступінь залежності отримувача соціальної послуги від сторонньої допомоги визначається оптимальним для конкретної ситуації методом: опитування отримувача соціальної послуги, членів його сім'ї, законних представників, надавача соціальної послуги; безпосереднє спостереження фахівців за отримувачем соціальної послуги.

4. При застосуванні зазначених шкал вибрані відповіді на запитання повинні відображати реальні дії отримувача соціальної послуги. Оцінювання проводиться на підставі інформації за попередні 24 – 48 годин (за необхідності проводиться оцінювання за довший період).



5. Шкала оцінки можливості виконання елементарних дій визначає повсякденну діяльність людини за допомогою 10 критеріїв, що стосуються сфери самообслуговування та можливості пересуватися (табл. 2). Оцінка рівня виконання елементарних дій здійснюється за сумою балів, визначених для кожного отримувача соціальної послуги, за кожним із критеріїв цієї шкали. Максимальний результат становить 100 балів, мінімальний – 0 балів.

Таблиця 2

## Шкала оцінки можливості виконання елементарних дій

№	Критерій	Характеристика	Бали
1	Прийом їжі	Приготування до прийому їжі та прийом їжі здійснює самостійно, користується посудом, столовими приборами, побутовою технікою без труднощів	10
		Приготування до прийому їжі, прийом їжі здійснює самостійно, але повільніше	9
		Приготування до прийому їжі, прийом їжі здійснює самостійно із застосуванням спеціального посуду й технічних засобів реабілітації (далі – ТЗР)	8
		З труднощами здійснює самостійно або за допомогою ТЗР приготування до прийому їжі та прийом їжі	7
		Приймає їжу самостійно або за допомогою ТЗР, але не може приготуватися до прийому їжі (покласти їжу в тарілку, наповнити стакан тощо)	6
		Потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги в приготуванні до прийому їжі та прийомі їжі (при розрізанні продуктів, приготуванні бутербродів) (до 25 % дій або часу приймання їжі)	5
		Необхідні постійний нагляд або часткова допомога в прийомі їжі (до 50 % дій або часу приймання їжі)	3
		Потребує значної допомоги в прийомі їжі	1
		Не може самостійно приймати їжу	0
2	Купання	Приймає ванну чи душ самостійно без труднощів	5
		Приймає ванну чи душ самостійно з труднощами	4
		Потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги в прийманні ванни чи душу, наприклад при виході з ванни чи душу, при роздяганні (до 25 % дій або часу)	3
		Потребує сторонньої допомоги в прийманні ванни чи душу (до 50 % дій або часу)	2
		Потребує значної сторонньої допомоги в прийманні ванни чи душу	1
		Купання тільки зі сторонньою допомогою в межах ліжка, в тому числі за допомогою ванни-простирадла	0
3	Особистий туалет (вмивання, розчісування, чищення зубів, бриття, маніпуляції із зубними протезами)	Самостійно без труднощів	5
		Самостійно з труднощами	4
		Потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги (до 25 % дій або часу)	3
		Потребує сторонньої допомоги (до 50 % дій або часу)	2
		Потребує значного обсягу сторонньої допомоги	1
		Не може самостійно	0
4	Одягання та взування	Вдягається і взувається самостійно без труднощів	10
		Вдягається і взувається самостійно із застосуванням ТЗР без труднощів	9
		Повільно вдягається і взувається самостійно або із застосуванням ТЗР	8
		З труднощами вдягається і взувається самостійно або із застосуванням ТЗР	7
		При вдяганні та взуванні потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги, наприклад при застібанні гудзиків, зав'язуванні шнурків (до 25 % дій або часу)	5
		Потребує сторонньої допомоги при вдяганні та взуванні (до 50 % дій або часу)	3
		Потребує значної сторонньої допомоги при вдяганні та взуванні	1
		Не може самостійно вдягатися та взуватися	0

5	Контроль дефекації	Повністю контролює, за необхідності може використовувати клізму чи свічки без сторонньої допомоги	10
		Має функціонуючу колостому, за якою доглядає самостійно із застосуванням калоприймача	8
		Випадкові інциденти не частіше ніж 1 раз на тиждень або потребує допомоги при використанні клізми та свічок (не частіше ніж 1 раз на тиждень)	5
		Періодично (2 – 3 рази на тиждень) не контролює дефекацію або потребує використання клізми, яку ставить надавач соціальної послуги з паліативного догляду, або має функціонуючу колостому, за якою може доглядати самостійно з частковою сторонньою допомогою із застосуванням калоприймача	2
		Практично не контролює (порушення більше ніж 3 рази на тиждень), за колостоною доглядати самостійно не може	1
		Постійно не контролює або потребує застосування клізми чи догляду за колостоною, який здійснюється надавачем соціальної послуги з паліативного догляду	0
6	Контроль сечовиділення	Повністю контролює без сторонньої допомоги	10
		Самостійно справляється з уростоною із застосуванням сечоприймача та інших спеціальних засобів або самостійно справляється з катетером	8
		Випадкові інциденти не частіше ніж 1 раз на добу	5
		Періодично (2 – 3 рази на добу) не контролює сечовиділення; за функціонуючою уростоною може доглядати з частковою сторонньою допомогою із застосуванням сечоприймача	2
		Практично не контролює (порушення більше ніж 3 рази на добу); за уростоною доглядати самостійно не може; використовуються памперси	1
		Постійно не контролює або потребує використання катетера, яким не може користуватися самостійно; постійно використовує памперси або відмовляється від їх використання (внаслідок психічних порушень чи з інших причин)	0
7	Відвідування туалету й справляння природних потреб	Відвідує туалет й справляє природні потреби самостійно без труднощів	10
		Відвідує туалет й справляє природні потреби самостійно із застосуванням ТЗР	9
		Із труднощами відвідує туалет й справляє природні потреби із використанням крісла-туалету, ТЗР без сторонньої допомоги	7
		Потребує незначної сторонньої допомоги й нагляду під час відвідування туалету й справляння природних потреб, застосування крісла-туалету, наприклад для збереження рівноваги, при роздяганні, вдяганні й інших діях	5
		Потребує значної сторонньої допомоги при відвідуванні туалету й справлянні природних потреб	3
		Потребує постійної сторонньої допомоги при відвідуванні й здійсненні туалету	2
		Справляння природних потреб здійснюється тільки із застосуванням спеціальних засобів безпосередньо у ліжку (судно, памперси)	0
8	Вставання й перехід з ліжка	Переходить самостійно без труднощів	15
		Переходить за допомогою ТЗР	12
		При переході потребує нагляду (чи мінімальної допомоги)	10
		Переходить самостійно або за допомогою ТЗР з труднощами	7
		Може самостійно сидіти у ліжку, при переході необхідна часткова стороння допомога	5
		Може сидіти, але перехід здійснюється за постійної сторонньої допомоги	3
		Може сидіти й сидіти тільки з підтримкою, перехід здійснюється за постійної сторонньої допомоги	1
		Не може сидіти й вставати з ліжка навіть зі сторонньою допомогою	0
9	Пересування	Може без сторонньої допомоги пересуватися на відстань понад 500 метрів. Може ходити в помешканні без сторонньої допомоги	15

9	Пересування	Може без сторонньої допомоги самостійно пересуватися на відстань понад 500 метрів із застосуванням ТЗР. Може ходити в помешканні без сторонньої допомоги	14
		Може без сторонньої допомоги самостійно пересуватися на відстань понад 500 метрів із застосуванням ТЗР повільно та з труднощами. Може ходити в помешканні без сторонньої допомоги	11
		Може пересуватися зі сторонньою допомогою на відстань до 500 метрів. Може ходити в помешканні без сторонньої допомоги	10
		Може самостійно пройти до 100 метрів або пересувається за допомогою крісла-коляски. Пересувається в помешканні повільно із зупинками на відпочинок	5
		Може пройти до 100 метрів із застосуванням ТЗР. У помешканні пересувається з труднощами	3
		Може пройти до 100 метрів тільки зі сторонньою допомогою. У помешканні пересувається зі сторонньою допомогою	2
		Не може самостійно рухатись на відстань більше ніж 50 метрів чи не може пересуватися	0
10	Підйом сходами	Може підніматись самостійно	10
		Піднімається самостійно за допомогою ТЗР	9
		Потребує багато часу для самостійного чи за допомогою ТЗР підйому сходами	7
		Потребує незначної сторонньої допомоги (чи нагляду)	5
		Підніматися сходами може тільки зі сторонньою допомогою	2
		Не може підніматися сходами навіть зі сторонньою допомогою	0
<b>Сума балів</b>			

6. За допомогою шкали оцінки можливості виконання складних дій такі дії людини оцінюються за 9 критеріями (табл. 3). Оцінка рівня виконання складних дій визначається за сумою балів, установлених для кожного отримувача соціальної послуги, за кожним із критеріїв цієї шкали. Максимальний результат становить 27 балів, мінімальний – 10 балів.

Таблиця 3

### Шкала оцінки можливості виконання складних дій

№	Критерій	Характеристика	Бали
1	Користування телефоном	Може користуватися самостійно	3
		Може користуватися тільки спеціально обладнаним телефоном (наприклад через слабкий слух чи зір)	2,5
		Може користуватися з незначною допомогою чи набирати тільки добре знайомі номери	2
		Може розмовляти по телефону, якщо хтось набере необхідний номер	1,5
		Не може користуватися	1
2	Пересування на відстані, куди не можна дійти пішки	Може пересуватися самостійно, в тому числі громадським транспортом чи на таксі. Планує поїздки самостійно	3
		Може пересуватися самостійно, в тому числі громадським транспортом чи на таксі після детальних словесних інструкцій	2,5
		Може пересуватися самостійно із незначною сторонньою допомогою, в тому числі громадським транспортом чи на таксі	2
		Може пересуватися тільки з постійним супроводом громадським транспортом чи на таксі	1,5
		Не пересувається	1

## Законодавчі настанови

3	Дрібні покупки в магазині	Може робити покупки самостійно	3
		Може робити покупки з незначною допомогою	2
		Робить покупки за умови сторонньої допомоги й супроводу	1,5
		Не може робити покупки	1
4	Приготування їжі	Може готувати самостійно	3
		Може готувати з напівфабрикатів	2,5
		Може готувати з незначною допомогою	2
		Може тільки розігрівати їжу	1,5
		Не може готувати	1
5	Ведення домашнього господарства	Може вести самостійно	3
		Може виконувати самостійно нетрудомісткі види робіт	2,5
		Може вести з незначною допомогою	2
		Потребує сторонньої допомоги при виконанні більше ніж половини робіт	1,5
		Не може вести домашнє господарство	1
6	Дозвілля, у тому числі рукоділля	Може організувати й займатися самостійно	3
		Може організувати й займатися самостійно	2,5
		Може організувати й займатися із незначною допомогою	2
		Не може організувати й займатися самостійно	1
7	Прання	Може прати самостійно	3
		Може прати самостійно тільки за допомогою пральної машини	2,5
		Може прати самостійно із незначною допомогою, наприклад при розвішуванні білизни	2
		Потребує значної сторонньої допомоги	1,5
		Не може займатись пранням	1
8	Прийом ліків	Може приймати ліки самостійно (правильно дозуючи й у відповідний час)	3
		Може приймати ліки самостійно із незначною допомогою (хтось визначає точну дозу й нагадує про необхідність прийняти ліки)	2
		Може приймати ліки самостійно, якщо хтось постійно контролює їх прийом	1,5
		Не може самостійно приймати ліки	1
9	Розпорядження власними коштами	Самостійно	3
		Самостійно з незначною допомогою	2
		Розпоряджається поточними витратами самостійно, але місячний бюджет розподілити не може	1,5
		Розпоряджатися не може	1
<b>Сума балів</b>			

\* Необхідність у нагляді та словесній допомозі означає, що отримувач соціальної послуги належить до категорії тих, хто потребує сторонньої допомоги (залежний від сторонньої допомоги).

\*\* Категорія «незалежний» допускає використання допоміжних технічних засобів реабілітації.

**Індивідуальний план надання соціальної послуги**

Інформація про отримувача соціальної послуги

Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

Вік \_\_\_\_\_

Стать \_\_\_\_\_

Сімейний стан \_\_\_\_\_

Мова спілкування \_\_\_\_\_

Конфесійна приналежність \_\_\_\_\_

Інвалідність, група \_\_\_\_\_

Ступінь індивідуальної потреби в наданні соціальної послуги з паліативного догляду \_\_\_\_\_

Дата звернення \_\_\_\_\_

Прізвище, ім'я, по батькові надавача соціальної послуги \_\_\_\_\_

Інформація щодо необхідності в залученні додаткових фахівців \_\_\_\_\_

Послуга	Заходи, що становлять зміст соціальної послуги	Ресурси (обладнання, технічні засоби реабілітації, інвентар, витратні матеріали)	Періодичність, термін виконання (час, що витрачається на здійснення заходу)	Виконавці
Паліативний догляд	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
Моніторинг / поточне оцінювання результатів, перегляд індивідуального плану (дата проведення, підпис)				

Надавач соціальної послуги (підпис) \_\_\_\_\_

Отримувач соціальної послуги (особистий підпис  
та/або підпис члена сім'ї (законного представника)) \_\_\_\_\_

## ОСНОВНІ ЗАХОДИ, що становлять зміст соціальної послуги з паліативного догляду, та орієнтовний час для їх виконання

Таблиця 1

№ з/п	Назва заходу	Одиниця вимірювання / періодичність здійснення заходів	Витрати часу на надання послуги / здійснення одного заходу, хвилин
Для отримувачів соціальної послуги з паліативного догляду IV та V груп рухової активності за місцем проживання (вдома), у приміщенні суб'єкта, що надає соціальну послугу, з наданням місця постійного проживання			
1	Організація денного відпочинку (сну)	Один захід (за потреби)	60
2	Допомога у веденні домашнього господарства		
2.1	Придбання і доставка продовольчих товарів, медикаментів	Один захід (за потреби, не більше ніж 1 раз за 1 відвідування)	84
2.2	Допомога у приготуванні їжі (підготовка продуктів для приготування їжі, миття овочів, фруктів, посуду, винесення сміття тощо)	Один захід (за потреби)	18
2.3	Приготування їжі	Один захід (за потреби, 1 – 2 рази за відвідування)	60
2.4	Годування (для ліжкових хворих)	Один захід (за потреби, 1 – 2 рази за відвідування)	24
2.5	Придбання та доставка промислових і продовольчих товарів	Один захід (за потреби, не більше ніж 1 раз за 1 відвідування)	84
2.6	Прибирання (допомога в прибиранні) житла:	Один захід (за потреби)	
	а) косметичне;		18
	б) вологе;		42
	в) генеральне		126
2.7	Розпалювання печей, піднесення вугілля, дров, розчистка снігу; доставка води з колонки	Одне розпалювання, доставка, піднесення (за потреби)	42
2.8	Миття вікон (не більше ніж 3)	Одне миття одного вікна (за потреби, не більше ніж 3 вікна)	30
2.9	Обклеювання вікон	Разове доручення (за потреби, не більше 3 вікон)	30
2.10	Прання білизни, одягу	Одне прання (до 1,5 кг сухої білизни) (за потреби)	30
2.11	Прасування	Одне прасування (до 1,5 кг сухої білизни) (за потреби)	30
2.12	Ремонт одягу (дрібний)	Разове доручення (за потреби)	6
3	Допомога у самообслуговуванні		

3.1	Умивання, обтирання, обмивання (підготовка води, рушника, винесення води тощо)	Один захід	30
3.2	Купання (підготовка ванни, мийних засобів, рушника, білизни для перевдягання, винесення води тощо)	Один захід	60
3.3	Організація заходів з чищення зубів	Один захід	15
3.4	Миття голови (підготовка ванни, рушника, мийних засобів, винесення води тощо)	Один захід	30
3.5	Розчісування волосся	Один захід	10
3.6	Гоління (підготовка посуду з водою, інструментів для гоління, рушника, винесення води тощо)	Один захід	20
3.7	Обрізання нігтів (без патології) на руках або ногах	Один захід	30
3.8	Організація заходів для стрижки волосся (не модельна)	Один захід	40
3.9	Вдягання, роздягання	Один захід	15
3.10	Зміна натільної білизни	Один захід	15
3.11	Допомога у користуванні туалетом (подача й винесення судна з подальшою обробкою)	Один захід (за потреби)	20
3.12	Допомога у користуванні катетерами чи калоприймачами	Один захід (за потреби)	40
3.13	Зміна постільної білизни	Один захід (за потреби)	20
4	Навчання навичкам самообслуговування (навчання навичкам вмивання, обтирання, обмивання, вдягання, роздягання, зміни натільної білизни, зміни постільної білизни, користування туалетом)	Один захід (за потреби)	30
5	Надання допомоги у догляді за особистими речами, зовнішнім виглядом	Один захід (за потреби)	30
6	Допомога при пересуванні у квартирі (приміщенні)		30
7	Допомога в організації взаємодії з іншими фахівцями та службами (виклик лікаря, комунальних служб, транспортних служб, відвідування хворих у закладах охорони здоров'я)	Разове доручення (за потреби)	20
8	Надання інформації з питань соціального захисту населення	Разове доручення (за потреби)	20
9	Допомога в отриманні безоплатної правової допомоги	Один захід (за потреби)	30
10	Допомога в оформленні документів, внесенні платежів	Один захід (за потреби)	60
11	Спостереження за станом здоров'я отримувача соціальної послуги відповідно до медичних показань та рекомендацій		
11.1	Спостереження за зміною стану здоров'я	Один захід	15
11.2	Контроль за прийомом ліків за приписом лікаря	Один захід	15
11.3	Збір матеріалів для проведення лабораторних досліджень (кал, сеча)	Один захід	40
11.4	Профілактика та контроль пролежнів	Один захід	15
11.5	Профілактика розладів шлунково-кишкового тракту тощо	Один захід	15
12	Надання психологічної підтримки та рекомендацій стосовно режиму харчування, що відповідає стану здоров'я та системі лікування		
12.1	Бесіда, спілкування	Один захід	20
12.2	Консультації психолога, соціального працівника, соціального педагога з метою профілактики та контролю депресії, страху, станів шоку, розпачу, розвитку реактивного психозу, мотивації до активності тощо	Один захід	30
13	Сприяння у наданні медичних послуг, проведення відповідно до припису лікаря медичних процедур		
13.1	Вимірювання артеріального тиску	Один захід	10

## Законодавчі настанови

13.2	Закапування крапель	Один захід	15
13.3	Здійснення ін'єкцій	Один захід	20
13.4	Накладання компресів, перев'язок	Один захід	60
13.5	Промивання, змазування (вухо, горло, ніс)	Один захід	15
13.6	Проведення очищувальних клізм	Один захід	75
14	Допомога в обробітку присадибних ділянок для сільської місцевості (площа обробітку присадибних ділянок визначається окремо для кожного конкретного випадку, але не більше ніж 0,02 гектара)	Разове доручення (за потреби)	138
15	Допомога в забезпеченні технічними засобами реабілітації, гігієнічними засобами (протези, ортези, памперси, катетери, калоприймачі тощо), навчання навичкам користування ними	Один захід	45
16	Сприяння в організації денної зайнятості		
16.1	Читання книг, журналів, газет	Один захід (за потреби)	15
16.2	Допомога у написанні й прочитанні листів	Один захід (за потреби)	30
17	Сприяння у транспортуванні отримувача соціальної послуги	Разове доручення (за потреби)	30
18	Сприяння у підтримці контактів у соціальних мережах, із членами їхніх сімей, законними представниками	Один захід (за потреби)	20
19	Сприяння в отриманні інших соціальних послуг та консультацій фахівців відповідно до відповідних потреб	Один захід (за потреби)	20
20	Супроводження на прогулянку	Один захід (за потреби)	30
21	Сприяння в дотриманні релігійних традицій (за потреби)	Разове доручення (за потреби)	10
Для членів сімей (законних представників, осіб, що забезпечують догляд) отримувачів соціальної послуги у приміщенні суб'єкта, що надає соціальну послугу, протягом робочого дня (у формі консультацій)			
22	Організація соціально-психологічної допомоги членам сім'ї отримувача соціальної послуги	Один захід (за потреби)	30
23	Консультавання щодо основ паліативного догляду за хворою людиною	Один захід (за потреби)	20
24	Консультавання та інформування щодо наявних гігієнічних засобів, медичного та реабілітаційного обладнання, яке необхідно використовувати при наданні паліативної допомоги в домашніх умовах (протипролежневі матраци, багатофункціональні ліжка, підіймачі, концентратори кисню, стільчики тощо)	Один захід (за потреби)	20
25	Навчання навичкам догляду за тяжкохворими	Один захід (за потреби)	60
26	Соціально-правові консультації щодо прав громадян з особливими потребами	Один захід (за потреби)	60

Таблиця 2

№ з/п	Назва заходу	Форма роботи (І/Гр)*	Орієнтовний час виконання (хв., середній показник)**	Нормативи
1	Створення умов для проживання			
1.1	Забезпечення ліжко-місцем	I		Відповідно до розділу 6.1 Державних будівельних норм України «Будинки і споруди. Заклади соціального захисту населення» (ДБН В.2.2-18:2007). Не менше ніж 8 кв. м на отримувача соціальної послуги



1.2	Створення соціально-побутових умов для проживання (забезпечення твердим інвентарем, посудом, комплектом постільної білизни)	Гр		Відповідно до Мінімальних норм забезпечення предметами, матеріалами та інвентарем громадян похилого віку, інвалідів та дітей-інвалідів в інтернатних установах та територіальних центрах соціального обслуговування (надання соціальних послуг) системи соціального захисту населення, затверджених наказом Міністерства соціальної політики України від 19 серпня 2015 року № 857, зареєстрованих у Міністерстві юстиції України 04 вересня 2015 року за № 1068/27513
2	Організація харчування й допомога у прийомі їжі (забезпечення чотириразовим харчуванням, у тому числі дієтичним, з урахуванням віку і стану здоров'я отримувача соціальної послуги в межах натуральних норм харчування)	Гр	60 (проміжки часу між прийомом їжі не повинні бути більше ніж чотири години, останній прийом їжі організовується за дві години до сну)	Відповідно до вимог постанов Кабінету Міністрів України від 13 березня 2002 року № 324 «Про затвердження натуральних добових норм харчування в інтернатних установах, навчальних та санаторних закладах сфери управління Міністерства соціальної політики», від 20 жовтня 2010 року № 953 «Про встановлення норм харчування на підприємствах, в організаціях та установах сфери управління Міністерства праці та соціальної політики»

\* І – індивідуальна форма роботи;

Гр – групова форма роботи.

\*\* Час, необхідний для виконання заходів щодо надання соціальної послуги з паліативного догляду, подано орієнтовно (як середній показник), він може відрізнятись з огляду на ступінь індивідуальної потреби потенційного отримувача / отримувача соціальної послуги у сторонній допомозі.

Додаток 4  
до Державного стандарту паліативного догляду  
(пункт 1 розділу XV)

## ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ соціальної послуги з паліативного догляду

### 1. Кількісні показники:

кількість скарг і результати їх розгляду (у розрахунку на 100 отримувачів соціальної послуги);

кількість подяк (у розрахунку на 100 отримувачів соціальної послуги);

чисельність / частка отримувачів соціальної послуги, у яких відбулося покращення емоційного, психологічного стану;

кількість задоволених звернень про отримання соціальної послуги (% від загальної кількості звернень);

частка працівників, які мають відповідну фахову освіту (%);

частка працівників, які підвищили рівень кваліфікації (%);

періодичність здійснення моніторингу якості надання соціальної послуги;

відповідність показників якості, отриманих у ході контролю.

### 2. Якісні показники:

1) адресність та індивідуальний підхід – критерії оцінювання:

наявність визначення індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги;

наявність індивідуального плану надання соціальної послуги, що відповідає визначеним індивідуальним потребам її отримувача;

забезпечення перегляду індивідуального плану надання соціальної послуги відповідно до Державного стандарту паліативного догляду, затвердженого наказом Міністерства соціальної політики України від 29 січня 2016 року № 58;

- 2) результативність – критерії оцінювання:  
рівень задоволеності соціальною послугою (за оцінками отримувачів соціальної послуги);  
покращення емоційного, психологічного стану отримувачів соціальної послуги, позитивні зміни у стані отримувача соціальної послуги в процесі її надання порівняно з попереднім періодом;  
проведення опитувань, збору відгуків, реагування на скарги отримувачів соціальної послуги членів їхніх сімей (законних представників), проведення роботи з надання роз'яснень отримувачам соціальної послуги, членам їхніх сімей (законним представникам);  
наявність системи заохочення надавачів соціальної послуги, роботу яких позитивно оцінюють її отримувачі;  
проведення внутрішнього та зовнішнього моніторингу якості надання соціальної послуги;
- 3) своєчасність – критерії оцінювання:  
прийняття рішення щодо надання соціальної послуги, визначення індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги, підготовка індивідуального плану надання соціальної послуги у встановлений строк;  
підписаний у двосторонньому порядку договір про надання соціальної послуги;  
строки і терміни надання соціальної послуги відповідають зазначеним у договорі;
- 4) доступність та відкритість – критерії оцінювання:  
наявність приміщень, що відповідають санітарним і протипожежним нормам;  
наявність спеціально обладнаних місць для паркування транспортних засобів, спеціальних ліфтів, пандусів, інших пристосувань для безперешкодного доступу отримувачів соціальної послуги до суб'єкта, що надає таку послугу;  
наявність стендів з інформацією для отримувачів соціальної послуги про порядок її надання, умови та зміст;  
наявність копій довідника, буклетів та інших інформаційних, роздаткових матеріалів, газетних статей (у тому числі на електронних носіях) щодо надання соціальної послуги;
- 5) повага до гідності отримувача соціальної послуги – критерії оцінювання:  
відгуки отримувачів соціальної послуги щодо ставлення до них надавачів соціальної послуги;  
недопущення негуманних і дискримінаційних дій щодо отримувачів соціальної послуги;  
наявність стендів з інформацією про правозахисні організації, порядок подання і розгляду скарг;  
наявність у договорі про надання соціальної послуги положень стосовно дотримання принципу конфіденційності;  
дотримання принципу конфіденційності;
- 6) професійність – критерії оцінювання:  
штатний розпис сформовано відповідно до законодавства з урахуванням спеціалізації суб'єкта, що надає соціальну послугу;  
наявні затверджені посадові інструкції;  
розроблено програму стажування для початківців, які надаватимуть соціальну послугу;  
розроблено графіки проведення навчань, підвищення кваліфікації та атестації соціальних працівників;  
наявність документів / завірених копій документів про освіту (державного зразка) працівників суб'єкта, що надає соціальну послугу;  
наявність особистих медичних книжок надавачів соціальної послуги та проходження обов'язкових медичних оглядів;  
наявність графіка проведення робочих нарад з питань законодавства у сфері надання соціальних послуг;  
наявність обладнання, твердого та м'якого інвентарю, транспорту для надання соціальної послуги.

# 25

лет

## 25-я Юбилейная Международная медицинская выставка



# ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

# 4-6 октября`2016

МВЦ • Броварской пр-т, 15 • Киев

Организаторы:

**PREMIER**  
EXPO

**ITE** GROUP

Премьер Экспо  
Тел: +38 (044) 496-86-45  
E-mail: [ph@pe.com.ua](mailto:ph@pe.com.ua)

[www.publichealth.com.ua](http://www.publichealth.com.ua)

Соорганизатор:



Министерство охраны  
здоровья Украины

Проходит одновременно:



IV Международная выставка  
и конференция медицинского  
туризма MTEC.Kiev 2016



# НАЛБУФІН

## Ефективна опіодна аналгезія з кращим профілем безпеки



Аналгетичний потенціал з морфіном 1:1



Швидкий початок дії 2-15 хв.  
Тривалість аналгезії 6-8 год.



Можливість амбулаторного використання.

### У ПОРІВНЯННІ З МОРФІНОМ

- Меншою мірою пригнічує ЦНС та дихальний центр
- Не впливає на гемодинаміку
- Знімає спазм сфінктера Одді

- Не викликає свербіж шкіри
- Попереджує післяопераційну нудоту, блювання
- Не пошкоджує моторику ШКТ
- Не викликає затримку сечі

#### ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ

- Болітовому синдрому сильної та середньої інтенсивності;
- Як додатковий засіб при проведенні анестезії;
- Для зняття болю в перед- та післяопераційний період;
- Знеболення під час пологів.

**ФАРМАКОЛОГІЧНІ ВЛАСНОСТІ ТА ЗАСТОСУВАННЯ**  
**ФАРМАКОДИНАМІКА.** Налбуфін – опіодний аналігетик групи агоністів-антагоністів опіоїдних рецепторів. Є агоністом опіоїдних рецепторів і антагоністом морфієвих рецепторів. Терміду, мінорному передню більшову систему на різних рівнях центральної нервової системи (ЦНС), агоністично на вищі відділи головного мозку. Гальмує умовні рефлексії, чинить седативну дію, спричиняє дисфорію, м'язи Мендасе нероз, ніж модифі, промодифі, фенаніл, порушує дихальний центр і впливає на історію шлунково-кишкового тракту. Не впливає на гемодинаміку.  
 Різким розширює звуження і опіодної звуженості при контрольованому застосуванні, значно нікель, ніж для опіодних агоністів. При внутрішньовенному введенні ефект розвивається через кілька хвилин, при внутрішньом'язовому – через 10-15 хв. Максимальний ефект досягається через 30-40 хв, тривалість дії – 3-6 годин.  
**СПОСІБ ТА ЗАСТОСУВАННЯ.** Налбуфін призначають для внутрішньовенного та внутрішньом'язового введення. Дозу необхідно розраховувати відповідно до інтенсивності болю, фізичного стану пацієнта та архітектурі взаємодії з іншими одночасно застосовуваними лікарськими засобами. Звичайні при болювому синдромі вводять внутрішньовенно або внутрішньом'язово від 0,15 до 0,3 мг/кг маси тіла за раз; разову дозу препарату вводять за необхідності кожні 4-6 годин. Максимальна разова доза для дорослих – 0,3 мг/кг маси тіла; максимальна разова доза – 2,4 мг/кг маси тіла. При інфаркті міокарда часто буває достатньо 20 мг препарату, які вводять

повільно у вену, проте може бути необхідним збільшення дози до 30 мг. При відсутності чіткої позитивної динаміки більшового синдрому – 20 мг повторно, через 30 хв.  
 При застосуванні Налбуфін у дозованого засобу для анестезії необхідні вищі дози, ніж для анальгезії. Для премедикації: 100-200 мг/кг маси тіла. При проведенні внутрішньовенного наркозу: для введення в наркоз – 0,3-1 мг/кг за період 10-15 хв, для підтримки наркозу – 250-500 мг/кг внутрішньовенно повільно кожні 30 хв.  
 При знеболенні під час пелюг препарат слід застосовувати у дозі 20 мг внутрішньом'язово. З обережністю призначають препарат жінкам літнього віку, при загальному ослабленні, нервовій функції дихання. У такому разі слід розпочинати застосування з мінімальної ефективної дози у зв'язку з більшим ризиком виникнення побічних реакцій.  
**ДІТЯМ – НЕ ЗАСТОСОВУЮТЬ.**  
**ПРОТИПОКАЗАННЯ.** Підвищена чутливість до набубуфіну гіперхоридру або до будь-якого з інгредієнтів препарату.  
 Призначення дихання або виконання гірчичників ЦНС, підвищений внутрішньочерепний тиск, травма голови, гострі алергічні реакції, алергічний риніт, порушення функції нирок та нирок.  
**ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ.** Під час застосування препарату можливі виникнення побічних реакцій з боку нервової системи: заміорочення, зап'ялість, головний біль, сонливість, депресія, знебарвність, діарея, збудження, плаксивість, афодія, нерозумність, сонливість, нічні мари, галюцинації, давні у зусі, сплутаність свідомості, дисфорія, парестезії, відчуття нервовості, порушення ковчання, зміна настрою, судороги, ригідність м'язів, тремор, імпульсивні м'язові скорочення. З боку серцево-судинної системи: підвищення або зниження артеріального тиску, брадикардія, тахикардія. З боку травної системи: сухість у роті, нудота, запор, диспепсія, гнійний пронос. Алергічні реакції: подразнення шлунково-кишкового тракту, судом нервової системи, шкірні висипки, при зап'ялості захворюванням шкіряним – подразнення шкірною нервовості у пенісний мезентері (запор, метеоризм, нудота, гастрит), білопляні,

З боку дихальної системи: пригнічення дихання, зменшення життєвого об'єму дихання, диспноє, астматичні напади. З боку шкіри: підвищена вологість шкіри, свербіж, кропив'янка, відчуття жару; ітеричність склер та жовтушність шкіри, зміни у м'язах свідчення, у тремор часті-білопляні.  
 Алергічні реакції: шок, респіраторний дистрес-синдром, набряк Квінке, набряк обличчя, набряк, бронхоспазм, набряк легенів, шкірні висипки, підвищене потовиділення, вище припадків, запам'ятовування візу. Зменшення діурезу, часті польоти до синаптоускієн, спазм сфінктера шлунку, гіпотензія, зміни в сечі. Білий наліт, індивідуальна здатність, синдром нічного (сонливості) біль у шкідливі, нудота, блювання, рефлекс сльозотеча, слабкість, відчуття тривожності, підвищений (температура тіла).  
**КАТЕГОРІЯ ВІДПОВІДНО.** За рецептом. Виробник: ТОВ «Юрія-Фарм».  
**МІСЦЕ ВИРОБЛЕННЯ:** Виробник: Україна, 18030, м. Червоно, вул. Верболювська, 108. Тел: 044 281-01-01.  
 Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. Перед застосуванням необхідно ознайомитися з повною інструкцією про використання. РР (UA)1429/01/01  
**ЛІТЕРАТУРА:**  
 1. Lee S-K, et al., Anesth Analg. 1997;85:819-822; Guntion M W et al. Acute Pain 2004, 6: 29-39;  
 2. A Comparison of Nalbuphine with Morphine for Analgesic Effects and Safety. Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Zheng Zeng et al. Jiahan Lu, Chang Shu, Yuan Chen, Tong Gao, Ding-ping Wu, Shang-jong Yao & Ping Yin. Scientific Reports | 5:10927 | DOI: 10.1038/srep10927  
 3. K. Ю. Кібієвич. «Современные аспекты использования смешанного агониста-антагониста опіоидных рецепторов набубуфина в комбинированной аналгезии».  
 4. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Налбуфін.

