

# РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ПАЛІАТИВНА МЕДИЦИНА



**Науково-практична конференція з міжнародною  
участю «Практика паліативної допомоги  
в Євразійському регіоні – обмін досвідом»  
Стор. 8**

**Методологічні засади проведення курсу «Основи  
довготривалого і паліативного догляду за хворими  
та внутрішньо переміщеними особами літнього віку»  
Стор. 36**

**Рефлексотерапія у комплексному лікуванні  
хронічного болю в спині у хворих після інсульту  
Стор. 47**

**Нові видання:  
Паліативна та хоспісна допомога: підручник  
Стор. 85**





# ІнтерХім

[www.interchem.ua](http://www.interchem.ua)



Європейський і національний стандарт лікування деменції.

1. Konsensusstatement "Demenz 2010" der Österreichischen AlzheimerGesellschaft

2. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Деменція», 2016

**РИВАСТИГМІН ІС.** Діюча речовина: rivastigmine. Лікарська форма: капсули. Фармакотерапевтична група: психоаналептики. Препарати, які застосовуються при деменції. Інгібтори холінестерази. Фармакологічні властивості.\* Інгібтор ацетилхолінестерази і бутирилхолінестерази карбаматного типу. Показання. Симптоматичне лікування деменції від незначного до помірного ступеня, обумовленої хворобою Альцгеймера та у пацієнтів з ідіопатичною хворобою Паркінсона. Протипоказання. Гіперчувствливість до ривастигміну, інших похідних карбамату або до будь-якого іншого компонента лікарського засобу. Період вагітності та годування груддю. Дитячий вік (до 18 років). Порушення функції печінки. Категорія відпуску. За рецептром. Виробник. ТДВ «ІНТЕРХІМ», Україна. Р.п. МОЗ України: №UA/16388/01/01; №UA/16388/01/02; №UA/16388/01/03; №UA/16388/01/04 від 25.10.17.

**МЕМАТОН ІС.** Діюча речовина: memantine. Лікарська форма: таблетки. Фармакотерапевтична група: засоби, що застосовуються при деменції. Фармакологічні властивості.\* Мемантин являє собою потенціалзалежний, середньої афінності неконкурентний антагоніст NMDA-рецепторів. Показання. Хвороба Альцгеймера від легкого ступеня тяжкості до тяжких форм. Протипоказання. Підвищена чутливість до мемантину або до будь-якого з допоміжних компонентів препарату. Період вагітності або годування груддю. Дитячий вік (до 18 років). Категорія відпуску. За рецептром. Виробник. ТДВ «ІНТЕРХІМ», Україна. Р.п. МОЗ України: №UA/16535/01/01; №UA/16535/01/02 від 11.01.18.

**ГІНКГОБА.** Діюча речовина: гінкго сухий екстракт. Лікарська форма: капсули. Фармакотерапевтична група: Засоби, які застосовуються при деменції. Фармакологічні властивості.\* Препарат рослинного походження, нормалізує обмін речовин у клітинах, реологічні властивості крові, мікроциркуляцію, медіаторні процеси у центральній нервовій системі. Показання. Симптоматичне лікування когнітивних розладів у пацієнтів літнього віку. Супутнє лікування запаморочення вестибулярного походження. Симптоматичне лікування шуму у вухах. Протипоказання. Гіперчувствливість до будь-якого компонента препарату. Категорія відпуску. Без рецепта. Виробник. ТДВ «ІНТЕРХІМ», Україна. Р.п. МОЗ України: №UA/15691/01/01; №UA/15691/01/02; №UA/15691/01/03 від 05.01.17.

\* Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препаратів. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників для розміщення у спеціалізованих виданнях для медичних закладів і лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Повідомити про небажане явище або про скаргу на якість препарату ви можете до ТДВ «ІНТЕРХІМ» за тел.: (048) 777-29-50.



of European Union  
a World Health Organization

**ВСЕУКРАЇНСЬКА ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «УКРАЇНСЬКА ЛІГА СПРИЯННЯ РОЗВИТКУ  
ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ»**

**НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА  
ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «ГРУПА КОМПАНІЙ МЕД ЕКСПЕРТ»**

# **МІЖНАРОДНИЙ ЖУРНАЛ «РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ПАЛІАТИВНА МЕДИЦИНА»**

**Науково-практичний журнал**

# **МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЖУРНАЛ «РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА»**

**Научно-практический журнал**

**Головний редактор – Князевич В.М.,**

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

**Заступник Головного редактора – Моісеєнко 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 хоспісної допомоги», заслужений лікар України*

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

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

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

*к.мед.н., доцент кафедри паліативної та хоспісної 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)

Вайнілович О.Г. (Білорусь)

Вороненко Ю.В. (м. Київ)

Гречаніна О.Я. (м. Харків)

Губенко І.Я. (м. Черкаси)

Губертус фон Фосс (Німеччина)

David W Thomas (США, Детройт)

Децик О.З. (м. Івано-Франківськ)

Донская С.Б. (м. Київ)

Колеснік О.О. (м. Київ)

Колупаєва А.А. (м. Київ)

Лісний І.І. (м. Київ)

Маншарипова А.Т. (Казахстан)

Мартинюк В.Ю. (м. Київ)

Матюха Л.Ф. (м. Київ)

Міцула І.Р. (м. Тернопіль)

Міщенко Т.С. (м. Харків)

Мясоєдов С.Д. (м. Київ)

Пальчик А.Б. (Росія)

Пінчук І.Я. (м. Київ)

Ріга О.О. (м. Харків)

Семигіна Т.В. (м. Київ)

Слугоцька І.В. (м. Івано-Франківськ)

Тулебаєв К.А. (Казахстан)

Христина де Вальден-Галушко (Польща)

Хусейнов З.Х. (Таджикистан)

Ціалковська-Риж О. (Польща)

Чайківська Д.Р. (м. Київ)

отець Ігор Бойко (м. Львів)

## **РЕДАКЦІЙНА РАДА:**

Бабов К.Д. (м. Одеса)

Безруков В.В. (м. Київ)

Болтівець С.І. (м. Київ)

Гойда Н.Г. (м. Київ)

Глумчев Ф.С. (м. Київ)

Глушко Л.В. (м. Івано-Франківськ)

Козявкін В.І. (м. Трускавець)

Корж О.М. (м. Харків)

Максименко С.Д. (м. Київ)

Місяк С.А. (м. Київ)

Нетяженко В.З. (м. Київ)

Омельченко Л.І. (м. Київ)

Стаднюк Л.А. (м. Київ)

Шекера О.Г. (м. Київ)

Чайковська В.В. (м. Київ)

Яковенко І.В. (м. Київ)

Ястремська С.О. (м. Тернопіль)

**Наказом МОН України №1222 від 07.10.2016 р. журнал «Міжнародний журнал «Реабілітація та паліативна медицина»**

**включений у перелік спеціалізованих наукових видань України в області медичних наук.**

**У виданні можуть бути опубліковані основні результати дисертаційних робіт**

Журнал «Міжнародний журнал «Реабілітація та паліативна медицина» реферується Інститутом проблем реєстрації інформації НАН України

## **ВИДАВЕЦЬ ТОВ «ГРУПА КОМПАНІЙ МЕД ЕКСПЕРТ»**

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

Видается з червня 2015 р.

**Періодичність виходу – 6 разів на рік**

**Затверджено вченого радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.**

**Протокол № 3 від 14.03.2018 р.**

Підписано до друку 20.04.2018 р.

**Адреса для листування:**

a/c 80, м. Київ, 04211, Україна

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

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

<http://med-expert.com.ua>

Формат 60x90/8. Папір офсетний.

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

Загальний наклад 1000 прим.

Зам. № 20.04/01 від 20.04.2018 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

«Міжнародний журнал «Реабілітація та паліативна медицина» включений у наукометричні, реферативні та пошукові бази даних:  
Джерело, РИНЦ, Google Scholar, CrossRef.  
Статтям присвоюється DOI

Усі статті рецензовані. Цілковите або часткове розмножування 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 хоспісної допомоги», 2018

© Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 2018

© Товариство з обмеженою відповідальністю «Група компаній Мед Експерт», 2018

**КИЇВ 2018**

UKRAINIAN PUBLIC ORGANIZATION «UKRAINIAN LEAGUE TO PROMOTE PALLIATIVE AND HOSPICE CARE»  
SHUPYK NATIONAL MEDICAL ACADEMY OF POSTGRADUATE EDUCATION, KIEV, 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, Deputy Rector, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine, deputy chairman of Ukrainian public organization «Ukrainian League to promote palliative and hospice care», Honoured Doctor of Ukraine*

**Scientific Editor – Hubskyy 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 Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine, 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 Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine*

**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*)  
Vaynylovych (*Belarusia*)  
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*)  
Misula I.R. (*Ternopil*)  
Mishchenko T.S. (*Kharkiv*)  
Myasoyedov S.D. (*Kyiv*)  
Palchyk A.B. (*Russia*)

Pinchuk I.Ya. (*Kyiv*)  
Riga O.O. (*Kharkiv*)  
Semyhina T.V. (*Kyiv*)  
Sluhotska I.V. (*Ivano-Frankivsk*)  
Tulebaev K.A (*Kazakhstan*)  
Khrystyna de Valden-Halushko (*Poland*)  
Khuseynov Z.Kh. (*Tadzhikistan*)  
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*)  
Hoya 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*)

**Qualified by the Higher Attestation Commission of Ukraine,  
the Decree of the Presidium of the Higher Attestation Commission of Ukraine № 1222 from 07.10.2016 y.**

The journal «International journal «Rehabilitation and palliative medicine» abstracted by the Institute of Information Recording Problems of Ukraine

**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 Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Protocol No. 3 from 14.03.2018*

Signed for publication 20.04.2018

**Address for correspondence:**

a/c 80, Kyiv, 04211, Ukraine

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

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

<http://med-expert.com.ua>

Format 60x90/8. Offset paper.  
Conventional printed sheet. 13,95.  
Total circulation is 8 000 copies. Ord.№20.04/01  
from 20.04.2018  
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», 2018

© Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine, 2018

© Group of companies MedExpert, LLC, 2018

**KYIV 2018**

# Зміст

|  |    |
|--|----|
| <b>Анонс</b>   | 5  |
| <b>Події</b>   |    |
| Науково-практична конференція з міжнародною участю «Практика паліативної допомоги в Євразійському регіоні — обмін досвідом» .....  | 8  |
| <b>Питання організації та управління</b>   |    |
| Мисула І.Р. , Бакалюк Т.Г., Синоверський Л.В., Попович Д.В., Сірант Г.О., Завіднюк Ю.В.  |    |
| Організація реабілітаційної допомоги людям похилого віку в умовах обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації .....   | 13 |
| Сорока О.Я., Парашук О.Р.  |    |
| Шляхи удосконалення правової та психологічної підтримки паліативних пацієнтів та членів їхніх родин.....   | 18 |
| <b>Система підготовки, перепідготовки кадрів</b>   |    |
| Мatiюха Л.Ф., Медведовська Н.В., Matvіieva L.H.  |    |
| Особливості психологічного аспекту роботи медиків первинного контакту при наданні паліативної допомоги пацієнту та його родині .....   | 24 |
| Чайковська В.В., Вялих Т.І., Царенко А.В.  |    |
| Оцінка потреби у навчанні персоналу догляду за людьми похилого віку .....  | 31 |
| Чайковська В.В., Вялих Т.І., Царенко А.В.  |    |
| Методологічні засади проведення курсу «Основи довготривалого і паліативного догляду за хворими та внутрішньо переміщеними особами літнього віку» (на допомогу навчальним закладам II–IV рівня акредитації) ..... | 36 |
| <b>Реабілітація в неврології</b>   |    |
| Чіжикова М.Є.  |    |
| Рефлексотерапія у комплексному лікуванні хронічного болю в спині у хворих після інсульту .....   | 47 |
| <b>Реабілітація в педіатрії</b>  |    |
| Антипін Ю.Г., Лапшин В.Ф., Уманець Т.Р.  |    |
| Сучасні принципи реабілітації дітей з хронічними бронхолегеневими захворюваннями .....   | 53 |
| Шаповалова Г.А., Бабов К.Д.  |    |
| Оцінка динаміки клінічних показників у дітей в період ремісії онкогематологічних захворювань за комплексом реабілітації з призначенням мінеральної лікувально-столової води.....                                 | 59 |

# Contents

|  |    |
|--|----|
| <b>Announcemente</b>   | 5  |
| <b>Events</b>  |    |
| Scientific-practical conference with international participation «Practice of palliative care in the Eurasian region – exchange of experience» .....   | 14 |
| <b>Organization and management questions</b>   |    |
| Misula I.R., Bakalyuk T.G., Sinoversky L.V., Popovich D.V., Sirant H.O., Zavidnyuk Yu.V.   |    |
| Organization of rehabilitation care for the elderly in the conditions of the regional physiotherapeutic hospital of rehabilitation .....   | 13 |
| Soroka O.Y., Parashchuk O.R.   |    |
| Ways of improving legal and psychological support for palitive patients and their family members .....   | 18 |
| <b>The preparation system, personnel retraining</b>  |    |
| Matiukha L.F., Medvedovska N.V., Matviiets L.H.  |    |
| Features of the psychological aspect of the work of initial contact physicians in providing palliative care to the patient and their family.....   | 24 |
| Chaiikovska V., Vialykh T., Tsarenko A.  |    |
| Estimation of need for staff care training for the elderly persons .....   | 31 |
| Chaiikovska V., Vialykh T., Tsarenko A.  |    |
| Methodological basis for the course «Fundamentals of long-term and palliative care for elderly patients and internally displaced persons» (to help educational institutions of the 2nd -4th accreditation levels)..... | 36 |
| <b>Rehabilitation in neurology</b>   |    |
| Chizhykova M.Y.  |    |
| Acupuncture in the complex treatment of chronic back pain in the patients after a stroke .....   | 47 |
| <b>Rehabilitation in pediatrics</b>  |    |
| Antipkin Ю.Г., Lapshin В.Ф., Umanets Т.Р.  |    |
| Сучасні принципи реабілітації дітей з хронічними бронхолегеневими захворюваннями .....   | 53 |
| Shapovalova A.A., Babov K.D.   |    |
| Evaluation of the dynamics of the clinical indexes of children in the period of the remission of oncematological diseases in the complex of rehabilitation with designation of mineral medicinal – table water .....   | 59 |

## Зміст

### Паліативна та хоспісна допомога в педіатрії

Дєцік О.З., Мельник Р.М.

Аналіз соціально-психологічних характеристик найближчих родичів важко хворих дітей ..... 63

### Законодавчі акти, настанови

Наказ МОЗ України № 552 від 23.03.2018 про затвердження плану заходів Міністерства охорони здоров'я України ..... 68

### Нові видання

85

### The palliative and hospice care in pediatrics

Detsyk O.Z., Melnyk R.M.

Analysis of socio-psychological characteristics of the seriously ill children closest relatives..... 84

### Legislative acts, guidelines

Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 23.03.2018 No. 552 On approval of the action plan of the Ministry of Health of Ukraine ..... 68

### New publications

85

## До уваги авторів!

### АЛГОРИТМ РЕЄСТРАЦІЇ 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 зайди 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 summary», «Weekly summary», «Quarterly summary», «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-xxxxxx>.

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.

## Шановні колеги!

Інформуємо вас про підготовку до проведення

# ТРЕТЬОГО НАЦІОНАЛЬНОГО КОНГРЕСУ З ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ,

який відбудеться 25-26 жовтня 2018 року у м. Києві

### Організатори проведення Конгресу:

ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги»,  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

### за підтримки:

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

**Мета проведення Конгресу:** сприяння створенню і розвитку доступної, якісної та ефективної системи паліативної і хоспісної допомоги в Україні.

## ТЕМАТИЧНІ РОЗДІЛИ КОНГРЕСУ

### 1. Організаційні аспекти системи паліативної і хоспісної допомоги:

- 1.1. Організаційна модель надання паліативної допомоги на первинному рівні медичної допомоги.
- 1.2. Залучення лікарів загальної практики – сімейних лікарів до надання паліативної допомоги.
- 1.3. Виїзна служба паліативної і хоспісної допомоги: досвід впровадження та проблеми організації і забезпечення діяльності.
- 1.4. Організаційна модель надання паліативної і хоспісної допомоги на вторинному рівні медичної допомоги
- 1.5. Особливості надання паліативної допомоги в міській та сільській місцевості
- 1.6. Особливості організації надання паліативної допомоги дітям в умовах стаціонару та виїзними бригадами вдома.
- 1.7. Організаційна модель надання паліативної і хоспісної допомоги на третинному рівні медичної допомоги
- 1.8. Стандарти надання паліативної допомоги та забезпечення догляду за паліативними пацієнтами вдома, в амбулаторних та стаціонарних умовах.
- 1.9. Організаційні аспекти створення та діяльності стаціонарних закладів паліативної і хоспісної допомоги різного підпорядкування та форм власності: центру паліативної і хоспісної допомоги, хоспісу, відділення паліативної і хоспісної медицини, виїзних мультидисциплінарних бригад паліативної і хоспісної допомоги, центрів та відділень паліативної допомоги дітям, лікарень та відділень сестринського догляду тощо.
- 1.10. Професійна підготовка медичного персоналу, соціальних працівників з питань надання паліативної і хоспісної допомоги.
- 1.11. Нормативно-правова база розвитку паліативної і хоспісної допомоги в Україні
- 1.12. Організаційні аспекти та контроль за обігом наркотичних анальгетиків у медичній сфері: перешкоди доступу до лікарських засобів та шляхи вирішення.
- 1.13. Мультидисциплінарна та міжсекторальна співпраця фахівців при наданні паліативної і хоспісної допомоги.
- 1.14. Роль та місце лікаря загальної практики – сімейного лікаря, лікарів-спеціалістів (онкологів, психіатрів, неврологів, ендокринологів тощо) в наданні паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам та членам їхніх сімей.

## Анонс

- 1.15. Наукові дослідження та підготовка наукових кадрів за напрямком «Паліативна і хоспісна допомога»
- 1.16. Економічні засади системи паліативної і хоспісної допомоги.

### 2. Клінічні аспекти системи паліативної і хоспісної допомоги:

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

### 3. Психологічні аспекти надання паліативної і хоспісної допомоги:

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

### 4. Соціальна складова паліативної допомоги:

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

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

#### 6. Забезпечення прав паліативних пацієнтів та членів їхніх сімей.

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

#### 8. Духовні засади паліативної і хоспісної допомоги. Роль Церков та релігійних організацій у системі паліативної і хоспісної допомоги. Роль і місце капелана щодо духовного супроводу та підтримки при наданні паліативної і хоспісної допомоги

**Робочі мови Конгресу:** українська, російська, англійська.

**Технічні засоби:** мультимедійний проектор.

## ПІД ЧАС РОБОТИ КОНГРЕСУ ВІДБУДУТЬСЯ:

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

Для участі у конференції необхідно до 15 вересня 2018 р. надіслати заявку, статті для публікації матеріалів конгресу в «Міжнародному журналі «Реабілітація та паліативна медицина» (з правилами оформлення та подачі матеріалів можна ознайомитися на сайті) <https://med-expert.com.ua/publishing-activity/reabilitatsiya-i-palliativnaya-meditsina/>

З питань, пов'язаних з організацією і проведенням конференції, можна звертатися за тел. (044) 482 36 75

або на сайт організаторів заходу [ligahp@ukr.net](mailto:ligahp@ukr.net)

**Ініціативна група Конгресу:**

**Князевич Василь Михайлович** – Голова правління ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», доктор медичних наук; (044) 482 36 75; ligahp@ukr.net.

**Моїсеєнко Раїса Олександрівна** – Перший заступник Голови правління ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», проректор Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, доктор медичних наук, професор; (044) 2054948; v-moiseenko@ukr.net.

**Губський Юрій Іванович** – директор організаційно-наукового департаменту Президії НАМН України, за- відувач кафедри паліативної та хоспісної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, радник Голови правління ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор; info@palliativecare.gov.ua.

**Царенко Анатолій Володимирович** – заступник Голови правління ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», доцент кафедри паліативної та хоспісної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, кандидат медичних наук, доцент; atsarenko@gmail.com.

**РЕЄСТРАЦІЙНА КАРТКА**

(заповнити та надіслати разом з матеріалами на конференцію )

ПІБ (повністю): \_\_\_\_\_

Місце роботи: \_\_\_\_\_

Посада: \_\_\_\_\_

Вчене звання, науковий ступінь: \_\_\_\_\_

Адреса для листування: \_\_\_\_\_

Телефони – роб., дом., моб.: \_\_\_\_\_

Бажана форма участі:  стаття,  стендова доповідь,  усна доповідь. \_\_\_\_\_

Назва статті: \_\_\_\_\_

Назва доповіді: \_\_\_\_\_

Читайте нас на сайті: <http://med-expert.com.ua>

Події

## Науково-практична конференція з міжнародною участю «Практика паліативної допомоги в Євразійському регіоні — обмін досвідом»

7–18 жовтня 2017 р. в Івано-Франківську відбулася науково-практична конференція з міжнародною участю «Практика паліативної допомоги в Євразійському регіоні — обмін досвідом», яка була приурочена до 20-річчя служби паліативної допомоги на Прикарпатті. У конференції взяли участь науковці, духовенство, посадовці Міністерства охорони здоров'я України і Міністерства соціальної політики України, регіональних і місцевих органів влади, представники неурядових організацій та фахівці у сфері паліативної і хоспісної допомоги з 11 країн світу: Азербайджану, Білорусі, Вірменії, Грузії, Киргизстану, Молдови, Польщі, Румунії, США, Таджикистану та України, а також представники Всесвітньої організації охорони здоров'я, Фундації Відкритого Суспільства, департаменту Європи та Центральної Азії в «Human Rights Watch» та інші.

ІВАНО-ФРАНКІВСЬК

ЖОВТНЯ  
October

IVANO-FRANKIVSK

### ПРАКТИКА ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ У ЄВРАЗІЙСЬКОМУ РЕГІОНІ ОБМІН ДОСВІДОМ

### PRACTICE OF PALLIATIVE CARE IN THE EURASIAN REGION EXPERIENCE EXCHANGE



Департамент  
охорони здоров'я  
Івано-Франківської  
обласної державної  
адміністрації



Всесвітня організація  
охорони здоров'я  
Європейське регіональне бюро

Івано-Франківський  
обласний клінічний  
центр паліативної  
допомоги



Institute  
of Analysis  
and Advocacy



Інститут  
аналітики  
та адвокатії



Учасників конференції привітала в.о. Міністра охорони здоров'я України Уляна Супрун:

*Шановні колеги,*

*Паліативна допомога – одна з проблем, про які незручно говорити. Люди бояться смерті, остерігаються розмови про смерть, особливо якщо ця розмова стосується дітей. Завжди простіше мовчати, робити вигляд, ніби все гаразд, ніж визнати проблему.*

*Паліативна допомога – це, в першу чергу, розмова про збереження гідності людини.*

*Міністерство охорони здоров'я розуміє необхідність розробки плану заходів щодо створення розгалуженої системи сервісів паліативної допомоги. З ініціативи МОЗ паліативну допомогу включено до програми медичних гарантій законопроекту щодо реформ системи охорони здоров'я України, заходи, щодо створення системи паліативної допомоги дитячому населенню, внесено до Національного плану заходів щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини.*

*Попри те, що робота не припиняється, ми знаходимось тільки на початку шляху. В Україні замало спеціалізованих медичних та соціальних закладів паліативної допомоги, лише сім мобільних служб паліативної допомоги для пацієнтів, які перебувають вдома, зазвичай надто важко отримати знеболення.*

*Маємо разом з лікарями та медичними сестрами, соціальними працівниками та психологами, духівниками та волонтерами, правозахисниками та громадськими активістами впроваджувати найкращі практики супроводу паліативних пацієнтів в Україні. Підтримуємо навчальні заходи щодо лікування хронічного болю, комунікації з пацієнтами та їх близькими, принципам філософії паліативної допомоги.*

*Бажаємо учасникам конференції плідної роботи, можливості отримати практичні навички під час сесій та впровадження найкращих практик на робочих місцях.*

Від імені Президії Правління ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» учасників конференції привітав Голова Правління Василь Михайлович Князевич. Зокрема, він зазначив: «Такі заходи, в кожному регіоні України, мають для розвитку паліативної допомоги велике значення. Позитивним є те, що БФ «Відродження» залишається стабільним партнером і донором паліативної допомоги в Україні. Також хочу відзначити, що конференція проходить в регіоні, який є одним із найкращих у розвитку паліативної допомоги в Україні, а одна із засновників цього напряму – Людмила Андрішин була номінована на Відзнаку «Орден Святого Пантелеймона» у 2017 році. Надзвичайно приємно вітати Мері Келловей, яка приклада багато зусиль для становлення палі-

ативної допомоги в Україні і нашої організації в тому числі. Щиро бажаю учасникам конференції плідних дискусій і, найголовніше, вироблення конструктивних пропозицій щодо впровадження і розвитку системи паліативної допомоги в Україні. Принагідно запрошую всіх на Третій Національний Конгрес з паліативної допомоги, який відбудеться 25–26 жовтня 2018 року в Києві».

Під час відкриття конференції перший проректор Івано-Франківського національного медичного університету професор Ганна Ерстенюк зазначила: «Усі, хто робить перші кроки у такій важкій і малопізнаній сфері для України, мають велику відвагу. Івано-Франківський національний медичний університет намагається прикладисти до процесів, які відбуваються в Україні, і насамперед ми розуміємо потребу в добрих фахівцях. Тому сьогодні в нас є наскрізна програма з паліативної та хоспісної медицини, яку підготували фахівці нашого університету і яка вже затверджена на рівні України та введена до обов'язкового вивчення. В Україні також створений підручник з паліативної і хоспісної медицини, де в складі авторського колективу є і наши вчені. Ми відвідували хоспісні клініки в різних країнах і бачили, як це відбувається в світі. Це перші кроки, і ми дякуємо, що маємо змогу сьогодні почути досвід різних країн і запровадити його в навчальний процес».

Представник Фундації Відкритого Суспільства, міжнародний радник з питань паліативної допомоги із США Мері Келловей у своєму виступі на відкритті конференції зазначила: «Паліативна допомога має бути доступною вдома, в окремих центрах, хоспісах та безпосередньо в лікарнях. Найперше, що потрібно Україні – це підвищувати рівень обізнаності населення щодо необхідності паліативної допомоги. Люди повинні зрозуміти,



Привітання Мері Келловей

## Події



Президія конференції: Марте Еверард, Керівник Представництва ВООЗ в Україні, Мері Келловей, представник Фундації Відкритого Суспільства, міжнародний радник з питань паліативної допомоги, Вікторія Тимошевська, директор програми «Громадське здоров'я» МБФ «Відродження».

що паліативна допомога — це не питання смерті, а питання забезпечення якості життя, питання допомоги пацієнтам бути настільки дієздатними, наскільки це можливо, і якомога довше. Крім того, потрібно навчати як медпрацівників, так і посадовців та чиновників. ...Паліативна допомога — спеціальність, яка викладається у всіх медичних університетах Америки і є дуже важливою. Я можу впевнено сказати, що 50–70% пацієнтів, які потребують паліативної допомоги, отримують її. Фі-



Навіть під час перерв дискусії не припиняються. Доцент А. В. Царенко, кафедра паліативної і хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, заступник Голови Правління, голова Київської міської організації ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», і Мері Келловей, представник Фундації Відкритого Суспільства, міжнародний радник з питань паліативної допомоги, обговорюють особливості розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги в Україні



Людмила Іванівна Андріїшин, голова організаційного комітету конференції, головний спеціаліст з паліативної допомоги Департаменту охорони здоров'я Івано-Франківської обласної держадміністрації, засновник і багаторічний головний лікар Обласного клінічного центру паліативної допомоги

нансування у нас йде частково від федерального уряду, а частина від приватних джерел».

Відповідно до програми конференції були представлені надзвичайно цікаві і змістовні доповіді на пленарних і секційних засіданнях, зокрема з питань навчання і підготовки фахівців для надання паліативної та хоспісної допомоги; щодо збалансованих підходів до наркopolітики в Євразійському регіоні; лікування хронічного болю; організації та забезпечення дитячої паліативної допомоги; з питань духовної опіки важкохворих у паліативній допомозі та адвокації паліативних пацієнтів тощо, а також цікаві і корисні дискусії, «круглі столи» і неформальне спілкування. Також відбулося засідання експертної групи «Стратегічне планування



У рамках конференції відбулося засідання експертної групи «Стратегічне планування для України з питань паліативної допомоги. Розробка плану дій з розвитку системи паліативної допомоги»



Учасники конференції

для України з питань паліативної допомоги. Розробка плану дій з розвитку системи паліативної допомоги».

За результатами доповідей на пленарних і секційних засіданнях та обговорень була одностайно прийнята Резолюція конференції.

### **Резолюція науково-практичної конференції з міжнародною участю «Практика паліативної допомоги в Євразійському регіоні. Обмін досвідом»**

1. Рекомендувати урядам країн Євразійського регіону та профільним міністерствам:
  - розвивати мережу спеціалізованих закладів з надання паліативної допомоги та сприяти системі надання паліативної допомоги за місцем перебування пацієнта для дорослих та дитячого населення;
  - визнати доступ до адекватного знеболення одним з пріоритетних завдань системи надання паліативної допомоги;
  - створити умови підготовки та підвищення кваліфікації фахівців, що залучені до системи надання паліативної допомоги;
  - запровадити спеціальність «лікар паліативної допомоги»; в перехідний період запровадити підготовку фахівців за спеціалізацією «паліативна допомога»;
  - сприяти розширенню мережі аптечних закладів, що здійснюють обіг наркотичних лікарських засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
  - сприяти розширенню номенклатури та форм випуску наркотичних лікарських засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
  - сприяти розвитку системи обміну досвідом у сфері паліативної допомоги між фахівцями країн Євразійського регіону.
2. Звернутися до Уряду України з пропозиціями:
  - сприяти створенню програм розвитку паліативної допомоги в кожному регіоні України;
  - виділення коштів та гарантування державного фінансування вартості лікарських засобів, які використовуються при наданні паліативної допомоги;
  - затвердити вимоги щодо кількості аптечних закладів, що здійснюють обіг наркотичних лікарських засобів, психотропних речовин і прекурсорів, відповідно до кількості населення та зобов'язати органи місцевої влади забезпечити наявність аптек комунальної власності не менше ніж затверджений показник.
3. Рекомендувати Міністерству охорони здоров'я України:
  - залучити експертів з питань паліативної допомоги з метою адаптації термінології, визначень, термінів паліативної допомоги до рекомендованих ВООЗ;
  - провести виїзні засідання в областях України з метою оцінки стану надання паліативної допомоги та доступу до адекватного знеболення;

## Події

- розширити Національний перелік лікарських засобів;
  - розширити обсяги підготовки з питань паліативної допомоги в частині нормативно-правових документів щодо обігу наркотичних лікарських засобів за рахунок збільшення годин викладання на циклах первинної спеціалізації (інтернатури) за фахом «Загальна практика – сімейна медицина». Включити до планів проведення обов'язкових тематичних циклів удосконалення «Контроль хронічного болю», «Паліативна допомога вдома», «Лікування болю із застосуванням опіоїдних анальгетиків», «Обіг наркотичних речовин у закладах охорони здоров'я»;
  - запровадити спеціальність «Лікар паліативної допомоги»; у перехідний період запровадити підготовку фахівців за спеціалізацією «Паліативна допомога»;
  - впровадити навчальні програми в систему освіти підготовки лікарів та середнього медичного персоналу;
  - у співпраці з Міністерством освіти та науки України, Міністерством соціальної політики України створити комплексну систему підготовку кадрів для закладів із надання паліативної допомоги, зокрема затвердити уніфіковані програми для підготовки психологів, соціальних працівників та волонтерів, передбачити у планах підготовки спеціалістів у вищих навчальних закладах обов'язковий курс паліативної допомоги;
  - розробити методику збору та аналізу інформації стосовно споживання та потреби в наркотичних анальгетиках для медичних потреб;
  - розробити систему статистичної звітності щодо надання медичної складової паліативної допомоги пацієнтам різних вікових груп.
4. Рекомендувати Міністерству охорони здоров'я України у співпраці з Міністерством соціальної політики України розробити нормативний документ щодо порядку взаємодії при наданні паліативної допомоги пацієнтам різних вікових груп за місцем їх перебування.
5. Враховуючи важливу роль духовної складової у паліативній допомозі, доручити Громадській раді з питань співпраці з ВРЦіРО при МОЗ України розробити проект Положення про організацію душпастирської опіки у сфері охорони здоров'я та затвердити його.
6. Рекомендувати Міністерству охорони здоров'я України розробити та затвердити пакет із соціального захисту медичних працівників, які надають паліативну допомогу; розглянути питання доплат до заробітної плати, додаткової відпустки, надання санаторно-курортного обслуговування та інших пільг для таких працівників.

УДК 616-053.9-08-039.76:614.212(477.84)

I.P. Мисула<sup>1</sup>, Т.Г. Бакалюк<sup>1</sup>, Л.В. Синоверський<sup>2</sup>, Д.В. Попович<sup>1</sup>, Г.О. Сирант<sup>1</sup>, Ю.В. Завіднюк<sup>1</sup>

## Організація реабілітаційної допомоги людям похилого віку в умовах обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації

<sup>1</sup>ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

<sup>2</sup>Більче-Золотецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації, Тернопільська область, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2018.1(7):13-17; DOI 10.15574//IJRPM.2018.7.13

У статті охарактеризовано підхід до надання реабілітаційних послуг людям похилого віку. Показано досвід роботи обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації. Наголошується на доцільності трансдисциплінарної моделі реабілітації у закладах такого типу з метою удосконалення реабілітаційної допомоги хворим похилого віку.

**Ключові слова:** реабілітація, пацієнти похилого віку, трансдисциплінарна модель реабілітації.

### Organization of rehabilitation care for the elderly in the conditions of the regional physiotherapeutic hospital of rehabilitation

I.R. Misula<sup>1</sup>, T.G Bakalyuk<sup>1</sup>, L.V. Sinoversky<sup>2</sup>, D.V. Popovich<sup>1</sup>, H.O. Sirant<sup>1</sup>, Yu.V. Zavidnyuk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SHEI «I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University Ministry of Health Care of Ukraine»

<sup>2</sup>Bilche-Zolotec regional physiotherapeutic rehabilitation hospital, Ternopil region, Ukraine

The article describes the approach of providing rehabilitation services to the elderly. The experience of the regional physiotherapy hospital of rehabilitation is shown. It is emphasized the expediency of a transdisciplinary rehabilitation model in institutions of this type in order to improve rehabilitation care for the elderly.

**Key words:** rehabilitation, elderly patients, transdisciplinary rehabilitation model.

### Организация реабилитационной помощи пожилым людям в условиях областной физиотерапевтической больницы реабилитации

И.Р. Мисула<sup>1</sup>, Т.Г. Бакалюк<sup>1</sup>, Л.В. Синоверский<sup>2</sup>, Д.В. Попович<sup>1</sup>, Г.О. Сирант<sup>1</sup>, Ю.В. Завиднюк<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ДВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины»

<sup>2</sup>Бильче-Золотецкая областная физиотерапевтическая больница реабилитации, Тернопольская область, Украина

В статье охарактеризован подход к предоставлению реабилитационных услуг пожилым людям. Показан опыт работы областной физиотерапевтической больницы реабилитации. Отмечается целесообразность трансдисциплинарной модели реабилитации в учреждениях такого типа с целью усовершенствования реабилитационной помощи больным пожилого возраста.

**Ключевые слова:** реабилитация, пациенты пожилого возраста, трансдисциплинарная модель реабилитации.

### Вступ

Перспективною технологією відновлення здоров'я для пацієнтів похилого віку є медична реабілітація, яка є розділом відновної медицини і спрямована на вторинну профілактику захворювання, компенсацію порушених функцій і покращення дієздатності. Вона є закономірним етапом розвитку профілактичного напрямку медицини і завершує

роботу багатьох ланок відновлення здоров'я пацієнта до вихідного рівня морфологічної або функціональної норми [2].

За визначенням ВООЗ (1980), медична реабілітація – це активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення порушених унаслідок захворювання чи травми функцій або, якщо це неможливо, комплексне та скоординоване використання медич-

## Питання організації та управління

них, соціальних, освітніх та професійних заходів для тренування і підготовки неповносправної особи до якнайвищого рівня своїх функціональних можливостей.

Спеціалісти, що займаються медичною реабілітацією, мають різну освіту і різний фах: лікарі (неврологи, ортопеди, терапевти, педіатри, офтальмологи, отоларингологи та ін.), а також реабілітологи, логопеди, спеціальні педагоги, середні медичні працівники (медичні сестри, масажисти, спеціалісти з фізіотерапії, з лікувальної фізкультури), психологи, психотерапевти, соціальні та інші працівники. Незалежно від освіти і методів лікування, метою всіх спеціалістів, які задіяні у медичній реабілітації, є допомога у відновленні втраченого здоров'я і підвищення функціональних можливостей своїх пацієнтів.

Медична реабілітація складається з наступних етапів:

1. Госпітальний (лікарня) етап — від моменту госпіталізації людини до стаціонару в гострому періоді. У цей час необхідно сформувати програму реабілітації в цілому.

2. Амбулаторно-поліклінічний етап (поліклініки, МСЧ, медичні центри) спрямований на застосування заходів, що активують регенераторні та компенсаторні функції організму.

3. Санаторно-курортний етап (санаторії, профілакторії, будинки відпочинку) спрямований на по-передження рецидивів, збільшення адаптаційних резервів організму та тривалості ремісій.

4. Побутова реабілітація (оздоровчі центри, спортивно-оздоровчі секції, групи загальнофізичної підготовки) спрямована на розширення фізіологічних резервів організму, профілактику функціональних розладів та відновлення здатності хворого до самообслуговування).

Однак після виписки із стаціонару пацієнти тільки в 26% випадків продовжують відновне лікування в амбулаторних умовах, у 15% — в санаторно-курортних закладах [1].

В Україні існує декілька організаційних форм проведення відновного лікування — монопрофільні відділення медичної реабілітації у складі колишніх дільничних лікарень, багатопрофільні відділення у складі ЦРЛ, потужні науково-дослідні центри та санаторно-курортні заклади [6].

Тобто на сьогодні медична реабілітація являє собою диференційовану етапну систему профілактично-лікувальних заходів, що забезпечують цілісність функціонування організму і, як наслідок, максимальне відновлення здоров'я хворого до оптимального рівня працевдатності, за допомогою поєднаного, послідовного та узгодженого застосування індивідуального комплексу методів фармакологіч-

ної, хірургічної, фізичної і психофізіологічної дії на функціонально або патологічно змінені органи і системи організму.

За даними Державної служби статистики, населення України у 2017 р. становило 42 414 905 осіб. З них старші понад 65 років становили 16,2% населення, що склало 6 867 534 особи (2 298 280 чоловіків та 4 569 254 жінки) [7]. Сучасна демографічна ситуація в країні і дані статистичних прогнозів свідчать про збільшення кількості людей похилого та старечого віку у загальній чисельності населення.

Старіння організму сприяє виникненню та накопиченню хвороб. При обстеженні у осіб похилого та старечого віку діагностують від трьох до п'яти різних захворювань. Сучасна людина похилого віку — унікальний клінічний феномен з точки зору наявності і поєднання у неї різноманітних за характером і перебігом захворювань, які конкурують за свою прогностичною значущістю та впливають на якість життя.

Слід зазначити, що адаптаційні можливості старіючого організму знижені, ймовірність розвитку різних захворювань збільшується. У зв'язку з цим у разі виникнення захворювань у пацієнтів похилого віку особлива роль належить саногенетичним механізмам, їх стимуляції і підтримці.

Старіння є суперечливим процесом, оскільки на тлі регресивних процесів перебудови — атрофії, деградації та ін. — розвиваються прогресивні тенденції формування нових компенсаторно-пристосувальних механізмів, спрямованих на підтримання гомеостазу старіючого організму, що, однак, повністю не компенсує нарastaючих явищ деградації [3]. Тому у людей похилого віку ефективні реабілітаційні методи саногенетичної спрямованості, які підвищують неспецифічну резистентність організму і відновлюють його функціональні резерви [5].

У контексті ефективності допомоги пацієнтам похилого віку саме командний підхід у реалізації реабілітаційних заходів найбільше сприятиме одужанню. При цьому команда фахівців, об'єднаних спільною метою і загальним підходом до виконання завдань, повинна складатися з невеликої кількості спеціалістів з комплементарними навичками. Для реалізації визначеної мети групі спеціалістів належить не тільки скоординувати власні дії, спрямовані на ефективність медико-соціального супроводу хворого, але й чітко дотримуватися тактики єдності та взаємної відповідальності під час роботи.

У сучасній практиці існують три основні моделі командних дій: мультидисциплінарна, міждисциплінарна та трансдисциплінарна.

Мультидисциплінарна модель передбачає, що члени команди представляють різні дисципліни

і працюють безпосередньо з пацієнтом або його родиною незалежно один від одного, виконуючи свою роль та обов'язки практично без взаємодії і перетину професійних кордонів. Слабкою стороною такого підходу вважається відсутність спільніх спостережень, недостатня взаємодія і, як наслідок, неповне використання можливостей професіоналів.

Робота міждисциплінарної команди спрямована на спільну розробку індивідуальних програм реабілітації, орієнтованих на потреби і можливості кожного конкретного пацієнта і його сім'ї. Тому, у разі використання цієї моделі, робота є більш ефективною і дозволяє задовольняти специфічні потреби пацієнтів та їхніх сімей. Проте недоліком такого підходу можна вважати велику кількість цілей, які фахівці різного профілю формують відповідно до своєї спеціалізації, хоча й діють у рамках єдиного плану.

Принципова відмінність трансдисциплінарної моделі від інших моделей полягає в тому, що в даному випадку існують лише одна програма і одна мета, і вони формулюються з урахуванням індивідуальних особливостей конкретного пацієнта, з яким працює команда. При цьому також обов'язково враховується середовищний та соціальний (у тому числі сімейний) контекст [4].

З метою перевірки ефективності дії трансдисциплінарної моделі командного підходу при реалізації програми реабілітації у пацієнтів похилого віку нами проаналізовано діяльність обласної лікарні реабілітації.

## Матеріал і методи дослідження

Дослідження були проведені на базі Більче-Золотецької обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації (Тернопільська область). У лікарні активно здійснюється реабілітація пацієнтів похилого віку. У Тернопільській області зареєстровано 1 055 941 особу, з них віком понад 65 років – 163 050 (15,4%), причому лише 59 289 проживає в містах, сільське населення даної вікової категорії становить 103 761 людину [7].

Протягом 2015–2017 рр. у лікарні реабілітації перебувало 3269 осіб віком 60–75 років та 431 особа віком 76–86 років. Реабілітацію людей похилого віку в цьому закладі проводять в терапевтичному відділенні – 45 ліжок, травматологічному відділенні – 55 ліжок, неврологічному відділенні – 55 ліжок, кардіологічному відділенні – 25 ліжок.

Під час перебування людини похилого віку в лікарні реабілітації двоє фахівців (це лікар-терапевт та фізичний реабілітолог) у процесі роботи з пацієнтом весь час взаємодіють як один з одним, так і з іншими членами команди (це можуть бути фахівці з різних

спеціальностей залежно від супутньої патології). При налагодженні взаємодії фахівців різного профілю за типом трансдисциплінарної моделі командного підходу під час проведення медичної реабілітації розробляється індивідуальна програма реабілітації, в основу якої покладений принцип багатофакторного впливу на організм хворого та використовуються взаємодоповнюючі засоби і методи медикаментозного та немедикаментозного впливу, у тому числі враховуються ризики формування несприятливих наслідків захворювання.

При складанні індивідуальних програм реабілітації для пацієнтів похилого віку враховують адаптаційний потенціал організму, стан компенсації, функціональні обмеження з боку опорно-рухового апарату, характер супутньої патології. У програмі реабілітації використовуються різні форми немедикаментозних впливів: дієтотерапія, кінезіотерапія, фізіотерапія, механотерапія тощо. Лікувальні засоби призначаються за показаннями. Завданнями психо-логічного супроводу медичної реабілітації є вироблення у пацієнта мотивації участі в реабілітаційному процесі.

Призначення і контроль за проведенням заходів реабілітації здійснює лікаря-реабілітолога. Щоденний контроль адекватності фізичних навантажень проводить фізичний реабілітолог. На сьогодні фахівці з фізичної реабілітації є провідними спеціалістами з відновлення, корекції та підтримки рухових функцій. Вони володіють системними знаннями у сфері рухової діяльності людини. Клінічна діяльність фізичних реабілітологів складається з реабілітаційного обстеження, оцінювання, визначення реабілітаційного діагнозу, складання прогнозу та здійснення реабілітаційного втручання. Обстеження обов'язково передує будь-якому втручанню. Оцінка функціонального стану серцево-судинної і дихальної систем у хворих похилого віку є дуже важливим фактором перед початком курсу реабілітації. Це дає реабілітологам можливість проведення раціонального відновного лікування з адекватним дозуванням фізичних навантажень кожному хворому під час перебування в лікарні реабілітації, а також моніторингу ефективності проведених процедур та підбору для кожного пацієнта індивідуального комплексу вправ для занять у домашніх умовах. Такий контроль проведення реабілітаційних заходів з боку реабілітолога дозволяє лікарю прогнозувати очікувані результати медичної реабілітації, які відображають зміни в стані здоров'я пацієнта похилого віку після проведеного курсу реабілітаційних заходів і оцінювати за допомогою комплексних критеріїв на рівні клінічних проявів, оздоровчого ефекту і медико-соціальних показників.

## Питання організації та управління

**Таблиця**

### Результати реабілітації хворих за 2015–2017 рр.

| Рік  | Вік<br>60–75 років | Ефект лікування, % |          | Вік<br>76–86 років | Ефект лікування, % |          |
|------|--------------------|--------------------|----------|--------------------|--------------------|----------|
|      |                    | Покращання         | Без змін |                    | Покращання         | Без змін |
| 2015 | 1145               | 89                 | 11       | 130                | 76                 | 24       |
| 2016 | 972                | 86                 | 14       | 172                | 79                 | 21       |
| 2017 | 1152               | 87                 | 13       | 129                | 75                 | 25       |

### Результати дослідження та їх обговорення

На ранньому етапі реабілітації чільне місце займає етіопатогенетична та симптоматична фармакотерапія, на пізньому – неспецифічна, яка спрямована на підвищення загальної опірності організму. У лікарні реабілітації пацієнти перебувають переважно на пізньому етапі реабілітації або санаторно-курортному етапі, залежно від основного та супутніх діагнозів, тому реабілітаційні методи мають не тільки симптоматичну дію, але й патогенетичний та саногенетичний вплив.

Природні та преформовані фізичні фактори знайшли широке застосування в практиці реабілітації найрізноманітніших захворювань у хворих похилого віку, тому що володіють виразною адаптогенною, саногенетичною та імуномодулюючою дією і складають основу лікувальних технологій відновлювальної терапії, головним завданням якої є підвищення неспецифічної резистентності організму і відновлення його функціональних резервів [6]. Особливого значення ці фактори набувають в умовах екологічного неблагополуччя і надлишкового медикаментозного навантаження, що часто призводить до неадекватних реакцій організму. Також природні та преформовані фізичні фактори, як правило, позбавлені небажаних побічних ефектів, вони адекватно сприймаються фізіологічними системами організму, забезпечуючи виразну і тривалу лікувальну дію.

Водночас кінцевий результат реабілітації багато в чому залежить від індивідуальної реакції людини, від її чутливості до зовнішніх впливів і від адекватності сприйняття їх фізіологічними системами організму.

З урахуванням сучасних геріатричних підходів та особливостей застосування фізичних факторів хворим похилого віку, які знаходилися у лікарні реабілітації, при призначенні бальнеотерапевтичних процедур перевагу віддавали ультразвуковим інгаляціям з мінеральними водами та ваннам за щадними методиками, з методів апаратної фізіотерапії переважно призначали низькоінтенсивні методи: лазеротерапію, магнітолазерну терапію, інтерференцтерапію, елек-

тросон, мікрохвильову терапію, дарсонвалізацію, ультразвук. Також пацієнтам проводились різні види масажу та застосовувались фізичні методи реабілітації. З метою профілактики кліматоадаптаційних і не-кліматоадаптаційних реакцій та оптимізації процесу кліматоадаптації у реабілітаційний комплекс включались (з урахуванням встановлених факторів ризику) адаптогени і немедикаментозні методи з адаптогенною дією (фітоаeroіонізація, синглетно-киснева терапія, ароматерапія).

У процесі проведення відновного лікування вибирались найбільш ефективні поєднання різних реабілітаційних методів – бальнеотерапія, фізіотерапія та фізичні методи реабілітації. Результати реабілітації хворих за 2015–2017 рр. наведені в таблиці.

Після проведеної реабілітації в середньому у 87% пацієнтів віком 60–75 років спостерігалося покращання загального стану та зменшення симптоматики захворювань, тоді як серед пацієнтів віком 76–86 років – у 77% випадків.

Отже, комплексний підхід до реабілітації пацієнтів похилого віку, що забезпечується в Більче-Золотецькій обласній фізіотерапевтичній лікарні реабілітації, є обґрунтованим та перспективним напрямком підвищення ефективності медичної допомоги хворим похилого віку.

### Висновки

Доведено, що реалізація програми реабілітації хворих похилого віку може успішно здійснюватися в умовах лікарні реабілітації за допомогою індивідуальної програми реабілітації, яку розробляють і контролюють шляхом трансдисциплінарного підходу з урахуванням коморбідної патології, сумісності процедур та адаптаційного потенціалу. Це дозволяє лікарю прогнозувати очікувані результати медичної реабілітації, які відображають позитивні зміни в стані здоров'я пацієнта після проведеного курсу реабілітаційних заходів, і оцінювати за допомогою комплексних критеріїв на рівні клінічних проявів, оздоровчого ефекту.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

## Література

1. Голяченко АО, Мартинюк ВІ, Бакалюк ТГ. (2007). Медична реабілітація в санаторних умовах. Вісник наукових досліджень. 4:8-9.
2. Золотарєва ТА, Бабов КД, Насибуллин БА и др. (2012). Медицинская реабилитация. Киев: КИМ: 496.
3. Казимирко ВК, Коваленко ВН, Флегонтова ВВ. (2011). Инволюционный остеоартроз и остеопороз. Донецк: Издатель Заславский АЮ:722.
4. Коростій ВІ, Паровіна ГВ. (2015). Робота Центру психосоматики, психотерапії та медико-психологічної реабілітації в університетській клініці ХНМУ як модель мультидисциплінарного підходу. Український вісник психоневрології. 2:110–113.
5. Лисенюка ВП, Самосюка ІЗ, Фісенко ЛІ, Зозулі ІС. (редактори). (2007). Медична реабілітація: сучасні стандарти, тести, шкали та критерії ефективності. Низькоінтенсивна резонансна фізіотерапія і її застосування в реабілітаційній медицині: навчально-методичний посібник. Київ: ВПЦ Київський університет: 264.
6. Сергієні ОВ. (2006). Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів. Метод. рекомендації. Дніпропетровськ: 28 с.
7. <http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/>

### Відомості про авторів:

**Мисула Ігор Романович** – д.мед.н., проф, зав. кафедри медичної реабілітації ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України». Адреса: м. Тернопіль, Майдан Волі, 1.

**Бакалюк Тетяна Григорівна** – д.мед.н., доц., доц. кафедри медичної реабілітації ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України». Адреса: м. Тернопіль, Майдан Волі, 1.

**Синоверський Любомир Васильович** – к.мед.н., заслужений лікар України, магістр державного управління, головний лікар Більче-Золотецької обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації. Адреса: с. Більче-Золоте, Борщівський р-н, Тернопільська обл.

**Попович Дарія Володимирівна** – д.мед.н., проф, зав. кафедри фізичної реабілітації, здоров'я людини та фізичного виховання ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України». Адреса: м. Тернопіль, Майдан Волі, 1.

**Сірант Галина Олегівна** – ас. кафедри медичної реабілітації ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України». Адреса: м. Тернопіль, Майдан Волі, 1.

**Завіднюючий Юрій Вікторович** – ас. кафедри медичної реабілітації ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України». Адреса: м. Тернопіль, Майдан Волі, 1.

Стаття надійшла до редакції 30.11.2017 р.

## Увага!

### Зміни в оформленні списку літератури

Згідно з Наказом МОН України № 40 від 12.01.2017 р. «Про затвердження вимог до оформлення дисертацій» вносяться зміни в оформлення списку літератури у журналі. Відтепер оформлення здійснюється відповідно до стилю APA (American Psychological Association style), що використовується у дисертаційних роботах.

### Приклади оформлення літературних джерел

#### Журнальна публікація

Автор АА, Автор ВВ, Автор СС. (2005). Назва статті. Назва журналу. 10(2); 3: 49-53.

#### Книга

Автор АА, Автор ВВ, Автор СС. (2006). Назва книги. Місто: Видавництво: 256.

#### Глава у книзі

Автор АА, Автор ВВ, Автор СС. (2006). Назва розділу (глави). У кн. Автор книги. Назва книги. Під ред. Прізвище СС. Місто: Видавництво: 256.

#### Інтернет-ресурс

Автор АА, Автор ВВ, Автор СС. (2006). Назва статті. Назва журналу/книги (якщо є). URL-адреса публікації.

Оформлення літератури за новими вимогами підвищить можливості пошукових ресурсів в Інтернеті, та, як наслідок, цитованість авторів.

## Питання організації та управління

УДК 159.964.2+616-093.75

О.Я. Сорока, О.Р. Парашчук

# Шляхи удосконалення правової та психологічної підтримки паліативних пацієнтів та членів їхніх родин

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2018.1(7):18-23; DOI 10.15574//IJRPM.2018.7.18

Метою даної статті є пошук, створення та удосконалення сучасних способів надання необхідної психологічної та правової підтримки паліативним пацієнтам та членам їхніх родин.

Сьогодні забезпечення правової та психологічної підтримки осіб, що потребують паліативної допомоги, здійснюється, як правило, силами організацій громадянського суспільства, які свою діяльність спрямовують на правовий захист паліативних пацієнтів, допомагаючи хворим та їхнім родичам отримати психологічну, соціальну підтримку і, найголовніше, доступ до належного знеболення.

Важливим елементом надання паліативної допомоги є здійснення психокорекційної роботи з паліативним пацієнтом і його найближчим оточенням.

З метою правової та психологічної підтримки паліативних пацієнтів та членів їхніх родин Івано-Франківським національним медичним університетом за підтримки МФ «Відродження» проводився ряд заходів, зокрема круглий стіл на тему «Юридична допомога паліативним хворим», творчі майстер-класи для дітей – пацієнтів онкогематологічного відділення, зустрічі членів родин таких пацієнтів з психологом і психотерапевтом. Також підготовлено навчально-практичний посібник «Паліативна допомога: теплий порадник», який спрямований на психологічну підтримку з метою контролю розочарування, депресії та інших розладів психічного здоров'я.

Проведення просвітницьких чи мистецьких проектів привертає увагу громадськості та влади до проблем надання паліативної допомоги та сприяє поінформованості суспільства щодо права на отримання такої допомоги. Така діяльність забезпечить паліативним пацієнтам та їх родині гідну та якісну підтримку, а також ламатиме існуючі стереотипи, що «паліативна допомога – це про смерть», натомість формуватиме нове бачення, що «паліативна допомога – це про якість життя».

**Ключові слова:** права паліативних пацієнтів, психологічна підтримка.

## Ways of improving legal and psychological support for palliative patients and their family members

O.Y. Soroka, O.R. Parashchuk

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

The aim of this article is searching, creating and improving modern methods of providing the necessary psychological and legal support to palliative patients and their family members.

Currently, the legal and psychological support of persons who need palliative care is usually carried out by civil society organizations that target their activities to legal protection of palliative patients by helping patients and their families receive psychological, social support and, most importantly, access to a proper anesthetic.

An important element of providing palliative care is the implementation of psycho-correction work with the palliative patient and his close people.

Ivano-Frankivsk National Medical University with the support of the International Renaissance Foundation organized a series of measures for the legal and psychological support of palliative patients and their family members. Namely, there was a round table discussion on «Legal Aid to Palliative Patients», creative workshops for children – patients of the oncohematological department, meetings of family members with a psychologist and psychotherapist, and also practical manual «Palliative care: warm advisor» was made which is aimed at psychological support in order to control disappointment, depression and other mental health disorders.

Conducting educational or artistic projects attracts the attention of the public and authorities to the problems of providing palliative care and promotes awareness of the society about the right to receive such assistance. This activity will provide decent and high-quality support to palliative patients and their families, and will break down existing stereotypes that «palliative care is about death», instead, it will form a new vision that «palliative care is about quality of life».

**Key words:** palliative patients' rights, psychological support.

## Пути усовершенствования правовой и психологической поддержки паллиативных пациентов и членов их семей

О.Я. Сорока, А.Р. Паращук

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичинський університет», Україна

Целью данной статьи является поиск, создание и усовершенствование современных способов предоставления необходимой психологической и правовой поддержки паллиативным пациентам и членам их семей.

На сегодня обеспечение правовой и психологической поддержки лицам, нуждающимся в паллиативной помощи, осуществляется, как правило, силами общественных организаций, которые свою деятельность направляют на правовую защиту паллиативных пациентов, помогая больным и их родственникам в получении психологической, социальной поддержки и, самое главное, доступа к надлежащему обезболиванию.

Важным элементом оказания паллиативной помощи является осуществление психокоррекционной работы с паллиативным пациентом и его ближайшим окружением.

С целью правовой и психологической поддержки паллиативных пациентов и членов их семей Ивано-Франковским национальным медицинским университетом при поддержке МФ «Возрождение» проводились ряд мероприятий: круглый стол на тему «Юридическая помощь паллиативным больным», творческие мастер-классы для детей – пациентов онкогематологического отделения, встречи членов семьи таких пациентов с психологом и психотерапевтом, а также подготовлено учебно-практическое пособие «Паллиативная помощь: теплый советчик», который предназначен для психологической поддержки с целью контроля отчаяния, депрессии и других расстройств психического здоровья.

Проведение просветительских или творческих проектов привлекает внимание общественности и власти к проблемам оказания паллиативной помощи и способствует осведомленности общества о праве на получение такой помощи. Такая деятельность обеспечит паллиативным пациентам и их семьям достойную и качественную поддержку, поможет сломать существующий стереотип, что «паллиативная помощь – это о смерти», и сформировать новое видение, что «паллиативная помощь – это о качестве жизни».

**Ключевые слова:** права паллиативных пациентов, психологическая поддержка.

## Вступ

У 2011 р. у медико-правовому просторі України відбулася знакова подія – на законодавчому рівні було легалізовано паліативну допомогу. У статті 8 Основ законодавства України про охорону здоров'я паліативну допомогу було додано до переліку видів медичної допомоги, які кожен громадянин має право отримати безоплатно у державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Також з'явилася стаття 35-4 «Паліативна допомога», у якій зазначено: «На останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сім'ї» [10].

За розумінням ВООЗ, паліативна допомога є підходом, що покращує якість життя пацієнтів та членів їхніх сімей у ситуації, пов'язаній із хворобою, що загрожує життю пацієнта, через попередження та послаблення його страждань шляхом ранньої ідентифікації, точної оцінки та лікування болю і полегшення інших фізичних, психосоціальних та духовних проблем. [16]. Головна мета паліативної допомоги – це покращення якості життя не тільки самого пацієнта, але і його родичів чи опікуна шляхом всебічної підтримки. У контексті паліативної допомоги опікуном виступає член родини, друг чи партнер, який надає фізичну, соціальну та/або психологічну підтримку пацієнту із встановленим захворюванням, яке загрожує життю чи є невиліковним.

ВООЗ формулює наступні завдання паліативної допомоги:

- паліативна допомога забезпечує полегшення страждань, викликаних болем та іншими важкими симптомами;
- не пов'язана з намірами ні прискорити, ні відстрочити смерть;
- інтегрує психологічну та духовну підтримку пацієнта;
- пропонує і реалізує систему заходів підтримки, покликану забезпечити пацієнтові можливість жити якомога активніше до моменту смерті;
- пропонує і реалізує систему заходів підтримки сім'ї хворого, покликаної забезпечити можливість психологічно впоратися з труднощами, пов'язаними з хворобою пацієнта та його смертю;
- реалізує комплексний міждисциплінарний підхід до задоволення потреб пацієнта і його сім'ї;
- спрямована на підвищення якості життя пацієнта і пов'язана з позитивним впливом на перебіг хвороби;
- застосовується на ранніх стадіях хвороби у поєднанні з іншими методами лікування, які призначенні для подовження життя (наприклад, хіміотерапія), і включає в себе дослідження, необхідні для кращого розуміння та керування клінічними ускладненнями [14].

Як визначено у ключовому документі з даного питання – Резолюції ПАРЄ № 1649 (2009 р.) «Паліативна допомога: модель інноваційної медичної та

## Питання організації та управління

соціальної політики», система паліативної допомоги повинна забезпечувати можливості для самовизначення людини, яка має серйозне захворювання, страждає на перманентний біль або перебуває у стані відчая [11]. Так, відповідно до європейських правових стандартів стосовно надання паліативної та хоспісної допомоги, право на автономію та самовизначення розпадається на три аспекти та, відповідно, реалізується шляхом впровадження відповідних правових засобів: право на отримання повної медичної інформації; право на вибір методів лікування та догляду; право на складання та врахування документів з попередніх розпоряджень пацієнта. Ці аспекти є складовими міжнародно-правових стандартів щодо медико-соціального обслуговування паліативних пацієнтів.

Серед ключових елементів медико-соціального обслуговування паліативних пацієнтів повинна бути й просвітницька складова – проведення інформаційних кампаній та культурницьких проектів, які пояснюють, що паліативна допомога – це не очікування смерті, а гідне й організоване життя пацієнта та його близьких.

Аналіз останніх публікацій і наукових досліджень свідчить, що окремим напрямам організації медико-фармацевтичного забезпечення паліативних хворих присвячено дослідження значної кількості фахівців у сфері охорони здоров'я. Загальним питаннями паліативної та хоспісної допомоги свої праці присвятили Ю.І. Губський, Ж.М. Золотарьова, В.М. Князевич та ін. [4,6,7]. Надання паліативної допомоги дітям вивчали Л-О.І. Андріїшин, В.М. Князевич, Р.О. Моісеєнко та ін. [1,9]. Питання медико-соціальної допомоги досліджували Л-О. І. Андріїшин, О.З. Дещик, М.В. Маркова та ін. [2,5,8].

Якщо медична складова паліативної допомоги частково вирішується, хоча й тут залишається багато проблем, то соціальна її складова тільки стає предметом вивчення. Адже хворі, які долають важкі та невиліковні захворювання, потребують не лише лікування чи комплексного догляду, але й психологічної, правової і духовної підтримки.

**Мета:** пошук, створення та удосконалення сучасних способів надання необхідної психологічної та правової підтримки паліативним пацієнтам та членам їхніх родин.

Поява у родині хворого із важким, а часом і невиліковним діагнозом, призводить до фінансових труднощів, поганого самопочуття, обмеження соціальної активності, тривоги, депресії тощо. Через те, що в державі недостатньо розвинутий інститут паліативної допомоги, догляд змушений здійснювати члени сімей хворих (переважно працездатного віку), що негативно відбувається на основних аспектах якості їхнього

життя. Існує ряд причин, чому родичам необхідно надавати психосоціальну підтримку: вони несуть відповідальність за поставлені перед ними задачі, часто є фінансово незахищеними та стають соціально ізольованими, постійно знаходяться у високому рівні психологічної напруги та часто піддаються впливам стресу, не мають достатньої підтримки, обмежують задоволення власних потреб, не отримують достатнього інформаційного супроводу та відчувають недостатній рівень навичок для виконання нової для себе ролі «опікуна». Усе це значно впливає на їхню спроможність турбуватись та позитивно впливати на надання паліативної допомоги пацієнту.

Особливості психологічного стану родичів невиліковних пацієнтів були предметом дослідження, яке проводилося на базі закладів охорони здоров'я міста Івано-Франківська. Встановлено, що основний тягар догляду за невиліковними хворими припадає на пле-чі жінок (70,5% опитаних) працездатного віку (91,8%). З появою у родині невиліковно хворого погіршується якість життя родичів внаслідок фінансових труднощів (рівень матеріального добробуту респондентів зниживається у 1,5–2 рази), обмеження соціальної активності (72,5%), погіршення сімейних взаємин (51,4%) та відчуття психологічного дискомфорту через страх захворіти (77,1%), невпевненість у майбутньому (76,4%), тривогу (67,1%), незадоволеність станом власного здоров'я (61,0%) тощо. Виявлено високий рівень потреби родичів у допомозі з догляду за невиліковно хворим членом родини (92,4%), спеціальних знаннях із догляду за важкохворими (63,2%) та відповідному навчанні (53,5%) [5].

Сьогодні забезпечення правової та психологічної підтримки особам, що потребують паліативної допомоги, здійснюється, як правило, силами організацій громадянського суспільства. Останніми роками громадські організації спрямовували свою діяльність на удосконалення законодавчої бази, забезпечення доступу до знеболення, отримання соціальної чи матеріальної допомоги пацієнтів, які потребують паліативної допомоги. Реалізовувалися адвокаційні ініціативи, здійснювалося представництво інтересів в органах влади, забезпечувався правовий та, за необхідності, судовий супровід таких осіб. Такі організації свою діяльність дуже часто спрямовують на правовий захист паліативних пацієнтів, допомагаючи хворим і їхнім родичам в отриманні психологічної, соціальної підтримки і, найголовніше, доступу до належного знеболення [12].

У випадку, якщо проблему забезпечення доступу до знеболення не вдається вирішити адміністративними методами (через правовий супровід кожного випадку), пацієнтам забезпечується юридичний супровід, який включає:

- консультації з особистих питань (оформлення документів щодо спадщини, заповіту, укладення договору про довічний догляд тощо);
- консультації паліативних пацієнтів у сфері охорони здоров'я;
- відстоювання прав паліативних пацієнтів перед владою на всіх рівнях;
- представництво інтересів паліативних пацієнтів у суді;
- запобігання та подолання корупційних схем у лікарнях, куди звертаються паліативні пацієнти;
- надання можливості подати позов до суду для захисту інтересів паліативних пацієнтів, у тому числі до Європейського суду з прав людини.

На жаль, поки що держава не встигає задовольняти усі потреби населення, у тому числі правові. На наш погляд, цікавим проявом сьогодення є формування інституту параюристів як допоміжної ланки на «найпервиннішому» рівні. Параюристи працюють там, де немає швидкого доступу до спеціалізованої юридичної допомоги, там, де юристи працювати не можуть або з певних причин не хочуть – у найбільш віддалених та невеликих громадах; з незаможними, вразливими групами населення; закритими дискримінованими спільнотами. Вони не замінюють професійної юридичної допомоги, а допомагають людям розібратися, до якої інституції варто звернутись і з чого почати у розв'язанні їхніх правових питань [13].

Важливим елементом надання паліативної допомоги є здійснення психокорекційної роботи з паліативним пацієнтом і його найближчим оточенням.

Більшість дослідників фіксують п'ять основних психологічних реакцій хворого: шок, стадія заперечення, стадія агресії, стадія депресії і стадія прийняття. Отже, більш детально зупинимося на кожній фазі адаптації хворого до екстремальної ситуації близької смерті [3].

Фаза шоку. Свідомість хворого наповнюється картиною невідворотної смерті, і психічний біль цієї стадії важко визначити словами. За ним слідує фаза заперечення, витіснення ситуації. Однак у переживаннях хворого ситуація кризи залишається, хоча і витісняється в підсвідомість. Натомість з'являються рятівні думки про лікарську помилку, про можливості відкриття чудотворних ліків або цілителя, які дають перепочинок психіці, але в той самий час у клінічній картині починають виникати проекції минулого, еквіваленти кризової ситуації, яка відчувається пацієнтом будь-коли раніше. У фазі агресії отримана інформація визнається, і особистість реагує пошуком причини і винних. Не варто забувати, що агресія часто є реакцією, що приховує в собі афект страху. Однак результати її нерідко можуть бути вкрай драматичними. Ми повинні пам'ятати, що агресія,

яка не знаходить об'єкта ззовні, звертається на себе і може мати руйнівні наслідки у вигляді самогубства.

Слідом за агресією починається стадія «торгу». Пацієнт вступає в переговори за подовження свого життя, обіцяючи, наприклад, стати слухняним пацієнтом або зразковим вірянином. Фаза депресії також повинна бути пережита, щоб дати хворому нову якість життя. Почуття образів і провини, каяття і прощення переміщуються в психіці та складаються в змішаний комплекс, який важко викоренити. Проте і в оплакуванні себе, і в складанні заповіту, знаходять місце надія на прощення і спроба щось виправити, тут депресивна стадія себе зживає. У стражданнях відбувається спокутування провини. На зміну приходить стадія примирення з долею. Це саме той момент якісної перебудови життя, переочінки фізичних і матеріальних істин заради істин духовних. Сенс буття, навіть не визначений словами, починає розвиватися у хворому і заспокоює його. Звідси народжуються посмішки для близьких, і радість побачення, і довіра до вибору долі.

Зазвичай, коли людина потрапляє в лікарню, вона залишає дім: вона позбавлена звичайного життя, своїх близьких, яких може бачити тільки в певні години, позбавлена і звичних предметів оточення, тут вона підпорядкована режиму державної установи. Тож у лікарні відбувається депривація будинку. У зв'язку з цим чуйність, милосердя та увага персоналу до бажань (і побажань) хворого набувають особливого значення. Саме ці гуманні моральні засади повинні бути закладені в психотерапевтичній етиці хоспісної служби.

Життя батьків та членів родини важко хворих та інкурабельних пацієнтів також наскічне багатьма негативними аспектами, такими як висока стресогенність, значне емоційне і фізичне навантаження, постійний контакт з процесом лікування важкого захворювання, відсутність позитивних результатів докладених зусиль, підвищений ризик розвитку синдрому емоційного вигорання тощо. Підтримка членів родин паліативних пацієнтів має здійснюватися від початкової стадії встановлення діагнозу, первинної оцінки ситуації і тривати протягом періоду надання паліативної допомоги. Важливим етапом є підтримка у період важкої втрати. Тривога та депресія – це нормальна реакція на втрату чи загрозу втрати близької людини. Медичні працівники, які надають паліативну допомогу в цей період, як правило, не можуть впливати на глибинні емоції родичів. Проте вони здатні допомогти зменшити додаткові переживання, такі як відчуття ізоляції, самотності чи розгубленості, шляхом надання адекватної комплексної підтримки, яка полегшує страждання [13]. Проведення просвітницьких заходів,

## Питання організації та управління

практичних тренінгів з членами сім'ї паліативного пацієнта та найближчим оточенням передбачає їх психологічну підтримку, сприяння у виборі медичної установи й госпіталізації хворого, консультування з вирішенням сімейних проблем.

На додаток до лікування необхідно намагатися робити прості речі, що не дають впасти людині у відчай: забезпечити спілкування з людьми, з якими добре і весело, дати можливість вести так званий «щоденник відчечності», робити добре справи для інших, дивитися фільми, що створюють гарний настрій і піднімають дух. Практика позитивного мислення робить якість життя настільки високою, наскільки це можливо в тій чи іншій ситуації, і хоча це і не впливає на захворювання, але однозначно допомагає пацієнтам та членам їхніх родин легше пережити часи, коли прогнози геть не оптимістичні.

Однак не всі люди склонні бачити сонячний бік життя, коли навколо самі хмари. Для таких людей теж є вихід – навичок позитивного мислення можна набути. Ці навички знадобляться тим, хто переживає стрес або бореться із важкою хворобою.

Співробітники ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» у співпраці з громадською організацією «Фонд розвитку Івано-Франківського національного медичного університету» долучилися до проектів на підтримку вразливих груп населення. Зокрема за фінансової підтримки програмної ініціативи «Громадське здоров'я» Міжнародного фонду «Відродження» чотири роки поспіль проводилися заходи, спрямовані на психологічну підтримку дітей, які лікуються у відділенні онкогематології Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні, та членів їхніх родин. Такі діти отримують високодозовану хіміотерапію, процедура якої є три-валою в часі, вони взагалі не виходять із відділення протягом багатьох місяців, а тому крім лікування конче потребують спілкування, цікавих ігор, посмішки та широї молитви. Водночас членам їхніх родин необхідно дати можливість отримати «соціальну перерву» на перегляд кінофільму, відвідання театру чи басейну, відчувати психологічну та правову підтримку, навчитися знімати напругу та переживання, протидіяти стресу, не замикатися на проблемах. Якість життя таких людей може значно покращитися, коли вони не зациклися на сумних переживаннях, а намагаються знайти щось позитивне у кожному дні. У практичному сенсі це може працювати так: якщо людина із серйозним захворюванням концентруватиметься на позитивних емоціях, це може підвищити її імунітет і не дати розвинутися депресії.

З метою правової та психологічної підтримки паліативних пацієнтів та членів їхніх родин було проведено:

- круглий стіл на тему «Юридична допомога паліативним хворим», на засіданні якого обговорювалося формування системи надання безкоштовної правової допомоги у паліативній та хоспісній сфері, існування потреби у захисті прав пацієнтів та їх юридичному супроводі;

- творчі майстер-класи для дітей – пацієнтів онкогематологічного відділення «Майстерня витинанок», «Майстерня виготовлення пряніків», «Музичні посиденьки», на яких діти забули про неприємне лікування і занурилися в емоції справжнього дитинства;

- зустрічі з психологом і психотерапевтом для членів родин таких пацієнтів, на яких батьки мали зможу змінили лікарню атмосферу на інше, комфортніше, середовище, отримали інформацію від фахівців, як знімати напругу та переживання, як протидіяти стресу, не замикатися на проблемах тощо.

- підготовлено навчально-практичний посібник «Паліативна допомога: теплий порадник», призначений для паліативного пацієнта та членів його родини, його законного представника. Посібник містить практичні поради, як усвідомити та прийняти хворобу, як упоратися зі змінами у повсякденному житті та сильними почуттями, викликаними важким захворюванням дитини, які основні правила догляду за хворим. Посібник спрямований на психологічну підтримку з метою контролю розpacу, депресії та інших розладів психічного здоров'я.

Велику допомогу у реалізації проектів надають волонтери медичного університету (студенти, інтерни, працівники), для яких це добровільний вибір та щирість душі – основні принципи кожного волонтера, діяльність якого починається з малого – уваги до більшого, здатності до самопожертви, елементарної небайдужості.

## Висновки

Забезпечення правової та психологічної підтримки особам, що потребують паліативної допомоги, здійснюється, як правило, силами громадських організацій.

Формування інституту параюристів як допоміжної ланки доступу вразливих груп населення, у тому числі паліативних пацієнтів та членів їхніх родин, до спеціалізованої юридичної допомоги.

Важливим елементом надання паліативної допомоги є здійснення психокорекційної роботи з паліативним пацієнтом і його найближчим оточенням, проведення тренінгів для набуття навичок позитивних емоцій, залучення членів сім'ї до роботи груп само- і взаємодопомоги, що дозволяє хворим та їхнім рідним повірити у власні можливості, легше переживати стрес.

Серед ключових елементів медико-соціального обслуговування паліативних пацієнтів повинна бути просвітницька складова – проведення інформаційних кампаній та культурницьких проектів, які пояснюють, що паліативна допомога – це не очікування смерті, а гідне й організоване життя пацієнта та його близьких.

**Перспективи подальших досліджень** полягатимуть в об'єднанні зусиль щодо побудови системи, яка забезпечить паліативним пацієнтам та їхнім родинам гідну та якісну підтримку. На законодавчому рівні слід вирішити питання надання родичам права на «відпустку

по догляду за паліативним хворим», можливість отримати «соціальну перерву» шляхом відвідування спеціальних закладів «допомоги вихідного дня» тощо.

Проведення публічних заходів, флешмобів та інших просвітницьких чи мистецьких проектів привертає увагу громадськості та влади до проблем надання паліативної допомоги та сприяє поінформованості суспільства щодо права на отримання такої допомоги, а також ламатиме існуючі стереотипи, що «паліативна допомога – це про смерть», натомість формуватиме нове бачення, що «паліативна допомога – це про якість життя».

## Література

1. Андріїшин ЛІ та ін. (2015). Досвід створення першого в Україні стаціонару паліативної допомоги дітям: в Івано-Франківській області. *Реабілітація та паліативна медицина*. 1:81-82.
2. Андріїшин Л-О І. (2015). Особливості роботи психолога в закладах паліативної допомоги *Реабілітація та паліативна медицина*. 2:39-42.
3. Гнездилов АВ. (2013). Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине и сказкотерапии для врачей, психологов, волонтеров и всех интересующихся проблемой. Киев: АДЕФ-Украина: 256.
4. Губський ЮІ. (2015). Інституціональні питання стану та перспектив надання паліативної медичної допомоги в Україні: соціальні, медико-правові та клініко-фармацевтичні аспекти. *Реабілітація та паліативна медицина*. 1:20-26.
5. Децик ОЗ, Золотарьова ЖМ. (2015). Паліативна допомога: проблеми сімей інкурабельних хворих. *Реабілітація та паліативна медицина*. 1:55-59.
6. Золотарьова ЖМ. (2012). Проблеми формування та впровадження мультидисциплінарного підходу в системі паліативної і хоспісної допомоги. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 4:68-72.
7. Князевич ВМ, Моісеєнко РО. (2015). II Національний конгрес з паліативної допомоги в Україні: досвід, здобутки, стратегія розвитку. *Реабілітація та паліативна медицина*. 2:6-20.
8. Маркова МВ, Кужель ІР, Калачов ОВ. (2013). Медико-психологічна допомога особам, які здійснюють догляд за інкурабельними онкологічними хворими. У зб. Коваленко О, Брацень Л. (упорядники). *Матеріали Першого Національного Конгресу з паліативної допомоги* (м. Ірпінь, 26-27 вересня 2012 р.). Київ: 54-55.
9. Моісеєнко РО, Князевич ВМ. (2015). Паліативна підтримка дітей в Україні як складова системи педіатричної допомоги. *Реабілітація та паліативна медицина*. 2:31-38.
10. Основи законодавства України про охорону здоров'я. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
11. Резолюція 1649 (2009) «Паліативное лечение: образец инновационного подхода к здравоохранению и социальной политике». [http://www.coe.int/T/r/Parliamentary\\_Assembly/%5BRussian\\_documents%5D/%5B2009%5D/%5bJan2009%5d/Res1649\\_rus.asp](http://www.coe.int/T/r/Parliamentary_Assembly/%5BRussian_documents%5D/%5B2009%5D/%5bJan2009%5d/Res1649_rus.asp)
12. <http://www.network.rv.ua/category/evro/pravozahyst/>
13. <http://www.pravda.com.ua/columns/2017/12/7/7164687/>
14. Palliative care – the solid facts (2004). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
15. Palliative Care: Cancer Control: Knowledge into Action. WHO Guide for Effective Programmes (2007). Geneva: World Health Organization: 42.
16. World Health Organisation. National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines (2002). 2nd ed. Geneva: WHO.

### Відомості про авторів:

**Сорока Оксана Ярославівна** – к. н. з держ. упр., доц. кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я та медичного право-знавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет». Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2; тел. (034) 255-28-11.

**Паращук Олеся Романівна** – ас. кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет». Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2; тел. (034) 255-28-11.

Стаття надійшла до редакції 23.11.2017 р.

Л.Ф. Матюха, Н.В. Медведовська, Л.Г. Матвієць

## Особливості психологічного аспекту роботи медиків первинного контакту при наданні паліативної допомоги пацієнту та його родині

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

У статті проаналізовано труднощі у наданні паліативної допомоги в практиці медичного персоналу, який надає первинну медичну допомогу на засадах загальної лікарської практики в Україні. У зарубіжних джерелах інформації при наданні паліативної допомоги приділяється велика увага психологічному аспекту, тому в статті також відображені цей аспект в Україні.

**Мета:** визначення складнощів та особливостей психологічного аспекту роботи медиків первинного контакту при наданні паліативної допомоги пацієнту та його родині.

**Матеріали і методи.** Матеріалами для проведення дослідження стали результати наукових досліджень останніх років щодо проблем організації надання паліативної допомоги та шляхів їх вирішення у практичній роботі лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ) та сімейних медичних сестер.

**Результати.** У повсякденній практиці лікаря ЛЗП-СЛ та молодшого персоналу із медичною освітою важливими стають знання про складові якості життя пацієнта із невиліковним захворюванням, впливаючи на компоненти якого можна було б покращити ефективність застосованих медичних втручань. Складовими якості життя є фізичне та психологічне здоров'я, соціальне та духовне благополуччя. Якісне паліативне лікування пацієнта, обов'язок організації якого лежить на ЛЗП-СЛ, спрямоване на вирішення питань, пов'язаних з якістю життя. Необхідно враховувати психологічний аспект, а саме тривожність, суб'єктивне відчуття небезпеки, які часто виникають без визначененої причини у пацієнта. Важливою при цьому є оцінка наявності і сили болювого синдрому, з'ясування наявності поведінкових стимулів. Передусім необхідно вміти вислухати пацієнта, в окремих випадках закликаючи його виговоритися, при цьому поєднуючи діалог, в якому ділитися своїми почуттями, з періодами мовчання, уникаючи непорозумінь. Важливо вміти вислухати пацієнта, не змінюючи тему розмови, не поспішаючи, сприяючи тому, щоб пацієнт поділився своїми спогадами, емоційними взаємозв'язками. Для розширення можливостей паліативного лікування лікар передає більшу частину повноважень медичній сестрі, яка частіше відвідує родину пацієнта з невиліковним захворюванням, сприяє міждисциплінарному підходу до ведення нагляду за ним. Потрібно пам'ятати, що при спілкуванні медика з пацієнтом важливого значення набувають особливості поведінки, стиль спілкування медичного працівника, наявність або відсутність власного досвіду, пов'язаного зі смертью чи вмирянням, страх перед незнанням відповідей, відсутність порозуміння із членами родини пацієнта, мовні та інтелектуальні бар'єри.

**Висновки.** Лікування та нагляд за пацієнтом з невиліковною хворобою має наступні складнощі: обтяжене вирішення питань, пов'язаних з якістю життя паліативного пацієнта; обмеженість інтегрованого бригадного підходу соціальних працівників, психологів та медичних працівників у наданні паліативної допомоги, що значно знижує її якість та ефективність; відсутність додаткової психологічної підготовки медичних працівників для роботи з невиліковними хворими. Особливостями психологічного аспекту роботи медиків первинного контакту при наданні паліативної допомоги пацієнту і його родині є: проведення адаптації невиліковного пацієнта до самої хвороби, до зміни життя, викликаної хворобою, та до актуальних життєвих подій у період захворювання; схиляння хворого до формування адекватної оцінки життєвих цінностей і пріоритетів у конкретний період життя; вміння, психологічно зберігаючи, провести пацієнта через п'ять стадій сприйняття хвороби, описаних Елізабет Кюблер-Росс, і якомога швидше досягти стадії примирення; вміння допомагати хворому знаходити сенс у всьому, що відбувається, зокрема й у цьому важкому періоді життя, обмеженому хворобою; ЛЗП-СЛ важливо володіти техніками зниження психічного болю.

Володіння знаннями і навичками спілкування з таким пацієнтом є важливими у попередженні професійного вигорання медиків, що надають первинну медичну допомогу на засадах загальної практики – сімейної медицини.

**Ключові слова:** паліативна допомога, психологічний аспект, медичний персонал первинного контакту, лікар загальної практики – сімейний лікар.

### Features of the psychological aspect of the work of initial contact physicians in providing palliative care to the patient and their family

**L.F. Matiukha, N.V. Medvedovska, L.H. Matviets**

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

**Summary.** In article the analysis of difficulties of rendering palliative care in practice of medical personnel which provide primary medical care on the principles of the general medical practice in Ukraine is carried out. In foreign sources of information when rendering palliative care much attention is paid to psychological aspect therefore in article it is also reflected this aspect in Ukraine. Determination of difficulties and features of psychological aspect of work of physicians of primary contact when rendering palliative care to the patient and his family became the purpose of our research.

**Materials and methods.** Results of scientific research of the last years of problems of the organization of rendering palliative care in which solutions of such problems in practical the robot of doctors of the general practice – family medicine and family nurses are described became materials for writing of work. Results of a research and their discussion. In daily practice of the doctor of the general practice – the family doctor and junior staff with medical education important is knowledge of components of quality of life of the patient with an incurable disease, influencing components of which it would be possible to improve efficiency of the applied medical interventions. Making qualities of life there are physical and psychological health, social and spiritual wellbeing. High-quality palliative treatment of the patient which obligations of the organization lie on the doctor of the general practice – the family doctor is directed to the solution of the questions connected with quality of life. It is necessary to consider psychological aspect, namely uneasiness, subjective sense of danger which often arises without a certain reason at the patient. Important at the same time is assessment of existence and force of a pain syndrome, specification of existence of behavioral incentives. It is important to be able to listen to the patient, without changing a topic of conversation, without hurrying, promoting that the patient has shared with you the reminiscence, and emotions interrelations. For expansion of opportunities of palliative treatment the doctor we delegate the most part of powers to the nurse who visits family of the patient with an incurable disease more often, promotes cross-disciplinary approach to conducting observation of him. It is necessary to remember that at communication of the physician with the patient important are features of behavior, style of communication of the health worker, existence or lack of the personal experience connected with death or dying, fear of ignorance of answers, lack of mutual understanding with the patient's relatives, language and intellectual barriers.

**Conclusions.** Treatment and observation of the patient with an incurable disease has such difficulties: difficulties in the solution of the questions connected with quality of life of the palliative patient; limitation of the integrated brigade approach of social workers, psychologists and health workers in rendering palliative care that considerably lowers her quality and efficiency; the lack of additional psychological training of physicians for robots with incurably sick also reduces its efficiency. Features of psychological aspect robots of physicians of primary contact when rendering palliative care to the patient and his family remain: carrying out adaptation of the incurable patient to the disease, to the changes in life caused by a disease and to current vital events in the period of a disease; belief of the patient to formation of adequate assessment of vital values and priorities during her concrete period; ability, keeping psychologically, to spend the patient through five stages of perception of a disease described by Elisabeth Kyubler-Ross and as soon as possible to reach a reconciliation stage; ability to help the patient to find sense in all that occurs, and in particular, in this difficult period of life limited to a disease; LZP-SL is important to own technicians of decrease in mental pain. Possession of knowledge and skills of communication with such patient are important in prevention of professional burning out of physicians who provide first aid on the principles of the general practice – family medicine.

**Key words:** palliative care, psychological aspect, medical personnel of primary contact, the doctor of the general practice – the family doctor.

### Особенности психологического аспекта работы медиков первичного контакта при оказании паллиативной помощи пациенту и его семье

**Л.Ф. Матюха, Н.В. Медведовская, Л.Г. Матвиец**

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

**Резюме.** В статье проведен анализ сложностей оказания паллиативной помощи в практике медицинского персонала, который оказывает первичную медицинскую помощь на принципах общей врачебной практики в Украине. В зарубежных источниках информации при оказании паллиативной помощи большое внимание уделяется психологическому аспекту, поэтому в статье также отражен этот аспект в Украине.

**Цель:** определение сложностей и особенностей психологического аспекта работы медиков первичного контакта при оказании паллиативной помощи пациенту и его семье.

**Материалы и методы.** Материалом для написания работы стали результаты научных исследований последних лет по проблеме организации оказания паллиативной помощи, в которых описаны пути решения таких проблем в практической работе врачей общей практики – семейных врачей (ВОП-СВ) и семейных медицинских сестер.

**Результаты.** В повседневной практике ВОП-СВ и младшего персонала с медицинским образованием важными оказываются знания о составляющих качества жизни пациента с неизлечимой болезнью, влияя на компоненты которого можно было бы улучшить эффективность применяемых медицинских вмешательств. Составляющими качества жизни являются физическое и психологическое здоровье, социальное и духовное благополучие. Качественное паллиативное лечение пациента, обязательства

## Система підготовки, перепідготовки кадрів

по организации которого лежат на ВОП-СВ, направлено на решение вопросов, связанных с качеством жизни. Необходимо учитывать психологический аспект, а именно тревожность, субъективное чувство опасности, которые часто возникают без определенной причины у пациента. Важными при этом остаются оценка наличия и силы болевого синдрома, уточнение наличия поведенческих стимулов. В первую очередь необходимо уметь выслушать пациента, в отдельных случаях призывая его выговориться, при этом соединяя диалог обменом своими чувствами с периодами молчания, избегая недоразумений. Важно уметь выслушать пациента, не меняя темы разговора, не торопясь, способствуя тому, чтобы пациент поделился своими воспоминаниями, эмоциональными взаимосвязями. Для расширения возможностей паллиативного лечения врач передает большую часть полномочий медицинской сестре, которая чаще навещает семью пациента с неизлечимой болезнью, способствует междисциплинарному подходу к ведению наблюдения за ним. Нужно помнить, что при общении медика с пациентом важными становятся особенности поведения, стиль общения медицинского работника, наличие или отсутствие личного опыта, связанного со смертью или умиранием, страх перед незнанием ответов, отсутствие взаимопонимания с родственниками пациента, языковые и интеллектуальные барьеры.

**Выводы.** Лечение и наблюдение за пациентом с неизлечимой болезнью имеет такие сложности: трудности в решении вопросов, связанных с качеством жизни паллиативного пациента; ограниченность интегрированного бригадного подхода социальных работников, психологов и медицинских работников в оказании паллиативной помощи, что значительно снижает ее качество и эффективность; отсутствие дополнительной психологической подготовки медиков для работы с неизлечимо больными. Особенностями психологического аспекта работы медиков первичного контакта при оказании паллиативной помощи пациенту и его семье остаются: проведение адаптации неизлечимого пациента к самой болезни, к изменениям в жизни, вызванным болезнью, и к актуальным жизненным событиям в период заболевания; склонение больного к формированию адекватной оценки жизненных ценностей и приоритетов в конкретный ее период; умение, сохраняя психологически, провести пациента через пять стадий восприятия болезни, описанных Элизабет Кюблер-Росс, и как можно быстрее достичь стадии примирения; умение помогать больному находить смысл во всем, что происходит, в частности в этом сложном периоде жизни, ограниченном болезнью; ЛЗП-СЛ важно владеть техниками снижения психической боли. Владение знаниями и навыками общения с таким пациентом важны в предупреждении профессионального выгорания медиков, которые оказывают первую медицинскую помощь на принципах общей практики – семейной медицины.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, психологический аспект, медицинский персонал первичного контакта, врач общей практики – семейный врач.

## Вступ

Надання первинної медичної допомоги передбачає володіння цілим рядом компетенцій сімейним лікарем (СЛ) та медичною сестрою, як командою в наданні первинної медичної допомоги, що суттєво відрізняє їхню роботу від інших медичних спеціальностей. На специфіку роботи лікаря загальної практики – сімейного лікаря (ЛЗП-СЛ) накладає відбиток необхідність надання медичної допомоги пацієнтам різного віку, починаючи з перших днів від народження і завершуючи останніми днями і хвилинами життя пацієнта. Зокрема надання медичної допомоги паліативним хворим має свої особливості, що вимагає від медиків первинного контакту спеціальних знань та вмінь для ефективної роботи не тільки із самими пацієнтами, але й з їхніми родинами [3,4,10-12].

За аналізом публікацій, такі країни, як Австралія, Канада та Велика Британія, проводять комплексні пацієнт-орієнтовані дослідження якості надання паліативної допомоги, де особлива увага звертається на показники суб'єктивного відчуття пацієнта, який самостійно оцінює якість свого життя, вплив сервісу з надання паліативної допомоги на вирішення його ключових проблем та своє загальне самопочуття.

Так, у Великій Британії застосовується інтегрована оцінка якості надання паліативної допомоги, яка передбачає опитування, з одного боку, персоналу,

залученого до надання паліативної допомоги, та з іншого – пацієнтів та/чи піклувальників. Зокрема з'ясовуються функціональний статус пацієнта, рівень болю, легкість дихання, рівень депресії/стресу та повнота потрібної пацієнту інформації, а також потреби піклувальників. Велика увага приділяється розробці індивідуальних планів з надання паліативної допомоги. Пацієнт-орієнтований підхід передбачає регулярне оновлення усіх індикаторів на кожній fazі захворювання. З'явилася тенденція до переведення паліативних хворих із хоспісів та стаціонарних паліативних ліжок до надання паліативної допомоги у місцях звичного проживання паліативних пацієнтів, тобто вдома. Відповідно значна частина рекомендацій розробляється для розширення надання паліативної допомоги вдома [2].

Україна у рейтингу якості доживання до смерті невиліковних хворих стоїть на 69-му місці у світі серед 80 країн (The 2015 Quality of Death Index, The Economist Intelligence Unit, 2015) [2].

Серед факторів, які стоять на заваді якісного надання медичної допомоги невиліковному хворому в Україні, важливе місце посідає недостатня підготовка надавачів медичних послуг, що зумовлює актуальність пошуку сучасних аспектів роботи медиків первинного контакту при наданні паліативної допомоги пацієнту та його родині.

До решти факторів, що заважають наданню якісного медичного обслуговування невиліковному хво-

рому, віднесені: незадовільне розуміння суті послуг хоспісу/паліативного лікування; нездатність визнати, що можливості медицини не є безмежними; існуючі правила, нормативи і обмеження; складність і проблеми із застосуванням опіоїдів тощо.

Первинна паліативна допомога – це паліативна допомога, яка надається паліативним хворим на первинному рівні надання медико-санітарної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах або вдома ЛЗП-СЛ, дільничними лікарями та лікарями-спеціалістами поліклінік [9].

Паліативна допомога є ефективною тоді, коли хворий із невиліковним захворюванням має можливість прожити якісно останній відрізок свого життя, зберігаючи задовільний фізичний, психолого-гічний, соціальний і духовний стан, не думаючи про смерть, а думаючи про земні справи, що потребують завершення, а також надання необхідної допомоги та збереження морального стану того, хто за ним доглядає [5].

**Метою** нашого дослідження стало визначення складнощів з надання паліативної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги та особливостей психологічного аспекту роботи медиків первинного контакту при наданні паліативної допомоги пацієнту і його родині.

## Матеріал і методи дослідження

Матеріалами для проведення дослідження стали результати наукових досліджень останніх років щодо проблем організації надання паліативної допомоги та шляхів їх вирішення в практичній роботі ЛЗП-СЛ та сімейних медичних сестер. У дослідженні використані методи системного підходу, бібліосемантичного, аналітико-синтетичного аналізу.

## Результати дослідження та їх обговорення

У повсякденній практиці ЛЗП-СЛ та молодшого персоналу із медичною освітою важливими стають знання про складові якості життя пацієнта із невиліковним захворюванням, впливаючи на компоненти якого можна було б покращити ефективність застосованих медичних втручань. Складовими якості життя є фізичне та психологічне здоров'я, соціальне та духовне благополуччя. Про стан фізичного здоров'я свідчать результати вивчення функціональних можливостей, таких як сила м'язів, якість і кількість сну, відпочинку, наявність апетиту, блювоти, запорів, бальового синдрому. Стан соціального благополуччя характеризує, наприклад, наявність фінансової відповідальності, відповідальності за старших та хворих членів родини, розподіл ролей і відносин у родині, любов, задоволеність подружжіми

стосунками, стан зовнішності. Стан психологічного здоров'я характеризується рівнем тривожності, депресії, наявністю болю, нездужання, відчуття задоволення, насолоди, щастя, надії, страху, цікавості до життя, рівнем страждання, станом когнітивних функцій, рівнем уваги, що забезпечує процес адаптації до простих життєвих подразників. Значення має релігійність самого пацієнта і його родини, духовність (повнота унікального досвіду внутрішніх перевживань людини), емпіричні (характерна абсолютизація досвіду, чуттєвого пізнання, приниження ролі раціонального пізнання) та реляційні відносини, процеси раціонального мислення [13].

Ефективне паліативне лікування пацієнта вдома, обов'язок організації якого лежить на ЛЗП-СЛ, спрямоване на вирішення питань, пов'язаних з якістю життя. Передусім необхідно враховувати психологічний аспект, а саме відсутність адаптації до самої хвороби та актуальних життєвих подій у період захворювання.

Оскільки оцінка якості життя пацієнта визначається, з одного боку, ефективністю паліативного лікування, а з іншого – залежить від спокійної, зваженої оцінки хворим своїх реальних можливостей, то важливим завданням фахівця, який надає паліативну допомогу, є схиляння хворого до формування адекватної оцінки життєвих цінностей і пріоритетів у конкретний період життя [7].

У всіх онкохворих спостерігалися психогенні реакції, які відрізнялися ступенем виразності, клінічними проявами і психологічним змістом. Особливим періодом є сприйняття пацієнтом діагнозу. У 1969 р. Елізабет Кюблер-Росс вперше описала п'ять стадій, через які проходить смертельно хворий пацієнт: шок, стадія заперечення, стадія агресії, стадія депресії, стадія примирення [6,7].

До всіх змін, які приносить хвороба, адаптуватись відразу неможливо, але необхідно. Кожна фаза має загалом подібні у більшості пацієнтів емоційні прояви і поведінкові реакції, знання яких дасть можливість лікарю ефективно побудувати комунікацію для формування прихильності виконання заходів, що можуть зменшити і фізичні, і психологічні страждання.

Дослідження, проведені психологом у стаціонарних закладах паліативної допомоги та принципи організації психологічного супроводу невиліковних (в основному онкологічних) пацієнтів та їхніх родичів, показали, що паніка, тривога, страх смерті були наявні у 100% пацієнтів, що призводило до дезорганізації поведінки, сплеску високого рівня емоційної напруги і широкої палітри проявів емоцій. На початку паліативного лікування переважала замкненість, самоізоляція, оскільки діагноз раку сприймається як вирок, і на першому плані була тема

## Система підготовки, перепідготовки кадрів

приреченості, самотності у своїй хворобі. Втрата контролю над ситуацією визначалася у 98% пацієнтів, що викликало у 76% осіб почуття безнадії і важкі психологічні страждання, які підсилювали фізичний біль. 90% досліджуваних мали почуття вини перед собою, 76% – почуття вини перед іншими, 73% хворих втратили сенс життя, а 59% ще втратили відчуття гідності, 70% відчули себе непотрібними. Водночас депресія була виявленена тільки 8,6% (29 осіб) з апатією, тривогою і приреченістю через втрату контролю над ситуацією, пессимістичним баченням майбутнього, відчаю, але суїциdalні наміри виявлено тільки у 1,2% (4 особи) [1].

Отже, не дивно, що у всіх онкохворих спостерігалися психогенні реакції, які відрізнялися ступенем виразності, клінічними проявами і психологічним змістом. Та чи є можливість у них отримати фахову психологічну допомогу амбулаторно, чи підготовлені до цього лікарі первинного контакту? На жаль, на сьогодні, коли питання надання паліативної допомоги піднято до актуального рівня, на першому місці стоїть фізичне знеболення, а інші види допомоги, у тому числі психологічна, можливі тільки у спеціальних закладах, або в тих нечисленних випадках, коли паліативна допомога вдома надається мультидисциплінарною бригадою.

Для медикаментозного лікування підвищеної тривожності в повсякденній практиці застосовуються такі групи препаратів, як антидепресанти, зокрема група селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, препарати звіробою, іноді антиконвульсанти (прегабалін), відповідно до рекомендацій уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (УКПМД) «Депресія» для лікарів первинного рівня. Також можливе застосування транквілізаторів (мебікар) та анксиолітиків (афабазол, лазея).

Депресивні розлади в США є супутнім діагнозом у 25–77% невиліковних хворих і мають реактивний (невротичний) генез, який потребує обговорення причин, що викликають невротичну поведінкову реакцію, тобто пацієнти потребують психологічної корекції їхніх переконань з питань хвороби. В Україні обмежена кількість статистичних даних про наявність психічних розладів, пов’язаних з невиліковними хворобами, але дані вищезазначеного дослідження в стаціонарних паліативних закладах [7] вказують на низький рівень депресії і зовсім низький рівень суїциdalних намірів, що можна розцінювати як ефективність психологічного супроводу паліативних пацієнтів у запобіганні розвитку важких депресій. Медикаментозне лікування депресивних розладів надається відповідно до рекомендацій того самого УКПМД «Депресія», але для паліативних пацієнтів важливі адекватні нефармакологічні методи втручання [14].

При особистому спілкуванні з пацієнтом, у якого діагностовано невиліковну хворобу, ЛЗП-СЛ рекомендовано для лікування підвищеної тривожності практикувати співпереживання, зміну переконань і підтримку, використання конкретної інформаційної підтримки/попередження, релаксації з використанням уявних образів і навчити цьому членів родини або осіб, які доглядають за хворим.

Причини депресії у переважної більшості паліативних пацієнтів пов’язані з хворобою та невтішними прогнозами щодо її перебігу, іноді – з хвилюванням пацієнта за тих, хто залишається. Також можуть бути медикаментозні причини депресії, пов’язані з прийомом ліків (безпосередній фармакологічний вплив або важкі побічні дії від прийому препаратів для лікування основного захворювання).

Під час проведення психокорекції важливо допомогти пацієнту знайти сенс цього періоду життя, що залишився, наповнити його досягненнями. На жаль, при фаховій підготовці ЛЗП-СЛ основи логотерапії (пошук сенсу), заснованої Віктором Франклом, не включені до програми навчання.

Для здійснення нефармакологічного втручання при лікуванні невротичної депресії рекомендується створення умов для автономності пацієнта, його втішання, використання пізнавальних стратегій та сильних сторін особистості.

Важливою при цьому є оцінка наявності і сили більового синдрому, з’ясування наявності поведінкових стимулів, оскільки біль може бути і фізичним, і психічним. Але психічні страждання можуть мати соціальну природу і зовсім не реагувати на знеболювальні препарати. На жаль, серед ЛЗП-СЛ мало хто володіє техніками зниження психічного болю.

При обстеженні та особистому спілкуванні з такими пацієнтами необхідно звертати увагу на їхнє суб’єктивне комплексне відчуття виснаження (втоми), яке зазвичай може бути пов’язане з багатьма захворюваннями та має вплив на всі, без винятку, аспекти якості життя (Anderson & Dean, 2006). Причини хронічної втоми можуть бути пов’язані із захворюваннями, з лікуванням, тобто впливом препаратів, а також бути психологічними. ЛЗП-СЛ важко провести достовірну оцінку, але якщо одноразова психокорекція підвищує настрій і надихає пацієнта на лікування, то це означає, що пацієнт не адаптований ні до хвороби, ні до життя, яке змінилося внаслідок хвороби, і потребує психологічної допомоги для адаптації.

Невиліковна хвороба – це випробування для всієї родини. При спілкуванні медичного працівника з пацієнтом необхідно надавати інформацію таким чином, щоб пацієнт та його родина могли прийняти усвідомлені рішення. Необхідним є міждисциплінар-

ний підхід із залученням не лише медичних служб охорони здоров'я, але й соціальних. В Україні у 2016 році розроблений і затверджений Міністерством соціальної політики Державний стандарт паліативного догляду, але досі не сформовано інтегрованого бригадного підходу працівників різних відомств у наданні паліативної допомоги [8].

Спілкування з пацієнтами, які потребують паліативної допомоги, не може бути простим. Заважають спілкуванню такі фактори, як відсутність досвіду медичного персоналу, його нечутливість, страх смерті пацієнта, стриманість в емоціях, почуття провини, страх незнання, непогодження з рішеннями з тієї чи іншої сторони, відсутність порозуміння, особисті проблеми, пов'язані з переживанням горя, етичні проблеми. Все це обумовлює у лікарів посилення нервово-психічного напруження, емоційного виснаження і бажання скоротити час спілкування з хворим та його близьким оточенням.

Медики первинного контакту мають бути ініціаторами контактів і візитів пацієнта до лікаря або його відвідин в колі родини, оскільки наявність невиліковної хвороби може посилити або послабити взаємовідносини в родині. Пацієнта важливо мотивувати до активної позиції, для цього лікар повинен володіти технікою мотиваційного інтерв'ю в умовах обмеженого часу для консультації.

Рекомендують вибудовувати відносини і спілкування з дітьми відповідно до їх віку.

В Україні поки що не організовано фахової психо-соціальної підтримки, тому саме ЛЗП-СЛ доводиться її забезпечувати, і насамперед необхідно вміти вислухати пацієнта, в окремих випадках закликаючи його виговоритися, при цьому поєднуючи діалог, в якому ділитися своїми почуттями, з періодами мовчання, уникаючи непорозумінь. Важливо вміти вислухати пацієнта, не змінюючи тему розмови, не поспішаючи, сприяючи тому, щоб пацієнт поділився своїми спогадами, емоційними взаємозв'язками, скерувати розмову в оптимістичний бік планування часу проживання, який залишився.

Для розширення можливостей паліативного лікування лікар повинен передати більшу частину повноважень медичній сестрі саме в психологічній сфері, яка частіше відвідує родину пацієнта з невиліковним захворюванням і мала би бути готова до психологічної корекції сприйняття життя пацієнтом, однак поки що не існує необхідної медико-психологічної підготовки для медичних сестер закладів первинного рівня.

Важка втрата, горе близьких та рідних, у родині яких під наглядом спеціалістів помер пацієнт з невиліковним захворюванням, також вимагає від медиків спеціальних знань та вмінь, як підтримати тих,

хто продовжує жити. Сам процес горювання розпочинається в родині ще до настання смерті пацієнта з невиліковним захворюванням. Допомога при цьому складається із своїх стадій і завдань, однак ще нікому не вдалося швидко «повністю оговтатися» від горя, пов'язаного із втратою близьких. Наближена фахова допомога ЛЗП-СЛ близьким для полегшення горя дозволяє швидше відновити стан здоров'я після перенесеної втрати. Горе є емоційною реакцією на втрату — смерть близької людини, важкі операції, пов'язані з ампутацією, тощо, і має чотири фази: шоку і заціпеніння, страждання, прийняття, відновлення. Перші три фази мають закінчитися протягом року, фаза відновлення вказує на зміну горя на сум, а втрата сприймається як щось неминуче. Якщо цього не відбувається, то психологічні розлади, зумовлені горем, формуються в психічні невротичні розлади, найчастіше в депресію.

Факторами ризику ускладненого горя можуть стати: раптова травматична смерть, суїцид, вбивство, смерть дитини, кілька смертей поспіль тощо. Є ситуації, коли горе, що переживає людина (пацієнт), не визнається суспільством, наприклад втрата, яку не можна визнати відкрито (хворі на СНІД партнери, штучне переривання вагітності). На першій стадії повідомлення про горе пацієнт відчуває шок, на другій — втрату, на третій — відновлення. Процес горювання поступово завершується, але ніхто не може прогнозувати швидкість і терміни його завершення. Відчуття втрати ніколи не міне, і зціленням вважають стан, коли вщухає біль.

Правильне та своєчасне проведення психокорекції відносно горя і стадій його переживання знижує ризик розвитку психічних розладів.

Робота з пацієнтами, які знають про невиліковність своєї хвороби, досить складна і специфічна, саме тому для медичного персоналу, який надає паліативну медичну допомогу, частим є професійне вигорання. Медичним сестрам, які вперше працюють з помираючими, необхідні емоційна і духовна підтримка та адаптація.

## Висновки

Лікування та нагляд за пацієнтом з невиліковною хворобою мають наступні складнощі:

- обтяжене вирішення питань, пов'язаних з якістю життя паліативного пацієнта;
- обмеженість інтегрованого бригадного підходу соціальних працівників, психологів та медичних працівників у наданні паліативної допомоги, що значно знижує її якість і ефективність;
- відсутність додаткової психологічної підготовки медичних працівників для роботи з невиліковними хворими також знижує її ефективність.

## Система підготовки, перепідготовки кадрів

Особливостями психологічного аспекту роботи медиків первинного контакту при наданні паліативної допомоги пацієнту та його родині є:

- проведення адаптації невиліковного пацієнта до самої хвороби, до зміни життя, викликаної хворобою, та до актуальних життєвих подій у період захворювання;
- схиляння хворого до формування адекватної оцінки життєвих цінностей і пріоритетів у конкретний період життя;
- Вміння, психологічно зберігаючи, провести пацієнта через п'ять стадій сприйняття хвороби,

описаних Елізабет Кюблер-Росс, і як можна швидше досягти стадії примирення;

- вміння допомагати хворому знаходити сенс у всьому, що відбувається, зокрема у цьому важкому періоді життя, обмеженому хворобою;
- ЛЗП-СЛ важливо володіти техніками зниження психічного болю.

Володіння знаннями і навичками спілкування з таким пацієнтом є важливими у попередженні професійного вигорання медиків, що надають первинну медичну допомогу на засадах загальної практики – сімейної медицини.

### Література

1. Андріїшин Л-О І. (2015). Особливості роботи психолога в закладах паліативної допомоги. *Реабілітація та паліативна медицина*. 2: 39-42.
2. Гузій ОВ. (2017). Пациєнторіентована статистика та паліативна допомога в Україні. *Український медичний часопис. VII/VIII; 4 (120)*. <http://www.utj.com.ua/article/112712/> patsiyentoriyentovana-statistika-ta-paliativna-dopomoga-v-ukrayini
3. Карпенко ММ. (2014). Світовий досвід планування підготовки спеціалістів відповідно до прогнозованих потреб суспільства. *Стратегічні пріоритети. I* (30):129-134.
4. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 07.12.2000 р. №1313/2000 (2000). <http://www.moz.gov.ua>.
5. Ми тут усі трохи приреченні – пацієнтка хоспісу. <https://www.radiosvoboda.org/a/27649255.html>
6. Паліативна допомога. Посібник для членів родини паліативного пацієнта. Савицький А, Чернець О. (переклад). Паньков К. (заг. ред.) (2014). Київ: Видавничий дім «Калита»: 52.
7. Поняття про паліативну допомогу, історія розвитку концепції. Філософські, психологічні, соціальні та етичні аспекти паліативної медицини. [http://intranet.tdmt.edu.ua/data/kafedra/internal/magistr/lectures\\_stud 01.01.2018](http://intranet.tdmt.edu.ua/data/kafedra/internal/magistr/lectures_stud 01.01.2018).
8. Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду: наказ Міністерства соціальної політики України від 29.01.2016 №58. (2016). <http://www.zakon.rada.gov.ua>.
9. Про організацію паліативної допомоги в Україні: наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. №41 (2013). <http://www.moz.gov.ua>.
10. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України. Посібник підготовлено в рамках проекту Європейського Союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». (2009). Київ: 72.
11. Руководство по разработке стратегии обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (2008):86.
12. Слабкий ГО. Кадрова політика. <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp.p=information&s=2>.
13. Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному бальовому синдромі: наказ МОЗ України від 25.04.2012 р. № 311 (2012). <http://www.moz.gov.ua>.
14. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія»: наказ МОЗ України від 25.12.2014 №1003. (2014). <http://www.moz.gov.ua>.

#### Відомості про авторів:

**Матюха Лариса Федоровна** – д.мед.н., проф., зав. кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

**Медведовська Наталія Володимирівна** – д.мед.н., с.н.с., проф. кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

**Матвієць Людмила Григорівна** – к.мед.н., ас. кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Стаття надійшла до редакції 16.10.2017 р.

UDC 616-053.9-083:371.3

V. Chaikovska, T. Vialykh, A. Tsarenko

## Estimation of need for staff care training for the elderly persons

Dmitry Chebotarev Institute of Gerontology of the National Academy of Medical Sciences, Kyiv, Ukraine  
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2018.1(7):31-35; DOI 10.15574//IJRPM.2018.7,31

This study examines needs of physicians, nurses and social workers for new knowledge in providing care for elderly people. The gaps in the knowledge of medical and social workers were identified through a two-stage methodology assessing the training needs. This methodology enables local experts and providers of medical and social services to obtain a result based on evidence quickly and at low cost. Gaps were identified in the training of nursing staff in matters of rehabilitation and care for the elderly, physiological changes and end-of-life psychological support, effective methods of basic instrumental research, the rights of older people to receive medical and social assistance. Based on the methodology developed by the authors, a training program will be created with an account being taken of analyses of the organization of medical and social assistance in the Dnipropetrovsk, Zaporizhia and Kharkiv oblasts, the results of the workshops, as well as positive domestic and international experience.

**Key words:** level of professional knowledge, physicians, nurses, social workers, care for the elderly

### Оцінка потреби у навчанні персоналу догляду за людьми похилого віку

В.В. Чайковська, Т.І. Вялих, А.В. Царенко

ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарєва НАМН України», м. Київ, Україна

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

Дане дослідження присвячене вивченю потреби в нових знаннях лікарів, медичних сестер та соціальних працівників для надання догляду за літніми людьми, які потребують сторонньої допомоги. Виявлення прогалин у знаннях медичних і соціальних працівників здійснювалося за допомогою двохетапної методології оцінки потреби в навчанні. Ця методологія дає можливість місцевим експертам і постачальникам медичних і соціальних послуг швидко і з низькою вартістю отримати результат, заснований на фактичних даних. Були визначені прогалини в підготовці персоналу по догляду в питаннях особливостей реабілітації та догляду за людьми похилого віку, фізіологічних змін і психологічної підтримки в кінці життя, ефективних методів базових інструментальних досліджень, прав літніх людей в отриманні медичної і соціальної допомоги. На основі розробленої авторами методології буде створена програма навчання, яка враховує аналіз організації медико-соціальної допомоги в Дніпропетровській, Запорізькій і Харківській областях, результати робочих нарад, а також позитивний вітчизняний і міжнародний досвід.

**Ключові слова:** рівень професійних знань, лікарі, медичні сестри, соціальні працівники, догляд за людьми похилого віку.

### Оценка потребности в обучении персонала по уходу за людьми пожилого возраста

В.В. Чайковская, Т.И. Вялыx, А.В. Царенко

ДУ «Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», г. Киев, Украина

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

Данное исследование посвящено изучению потребности в новых знаниях врачей, медицинских сестер и социальных работников для предоставления ухода за пожилыми людьми, нуждающимися в посторонней помощи. Выявление пробелов в знаниях медицинских и социальных работников осуществлялось с помощью двухэтапной методологии оценки потребности в обучении. Эта методология дает возможность местным экспертам и поставщикам медицинских и социальных услуг быстро и с низкой стоимостью получить результат, основанный на фактических данных. Были определены пробелы в подготовке персонала по уходу в вопросах особенностей реабилитации и ухода за пожилыми людьми, физиологических изменений и психологической поддержке в конце жизни, эффективных методов базовых инструментальных исследований, прав пожилых людей в получении медицинской и социальной помощи. На основе разработанной авторами методологии будет создана программа обучения, учитывающая анализ организации медико-социальной помощи в Днепропетровской, Запорожской и Харьковской областях, результаты рабочих совещаний, а также положительный отечественный и международный опыт.

**Ключевые слова:** уровень профессиональных знаний, врачи, медицинские сестры, социальные работники, уход за пожилыми людьми.

## Система підготовки, перепідготовки кадрів

### Introduction

In order to solve the issues related to a progressive aging of the population of Ukraine, adequate preparation of care staff and the population itself is necessary [1-8]. These issues were highlighted by the Economic Commission for Europe in the relevant commitments related to the Madrid International Plan of Action on Aging and included in the Strategy for the Implementation of the State Social Program on Aging in Ukraine for 2017-2021 [9].

**Objective:** Detection of the gaps in the knowledge of medical-social workers who help the elderly people for the development of training themes. The foreground training course includes the key issues of the care for elderly people under present Ukrainian realities.

### Materials and methods

Issues of the care, treatment and rehabilitation of elderly people have been studied at the Kiev Institute of Gerontology during many years. A two-stage methodology of identifying training needs has been developed and is already being used. It gives an opportunity for local experts and service providers of medical social services to get the results based on the factual data, quickly and with a low cost.

There were following stages:

**1<sup>st</sup> stage:** Identifying the organization of medico-social care in the region. In our case the region includes the Dnipropetrovsk, Kharkiv, and Zaporizhia Oblasts.

**2<sup>nd</sup> stage:** Identifying needs in the training themes. To achieve this aim, we arranged work groups for the medico-social personnel providing care for the elderly (medical and social workers, leaders of various medical and social structures, organizers of the volunteers groups of self-care and mutual aid), arrange presentations of the preliminary training programs to hear the participants for their discussion and correction.

### Results and discussion

As part of our study, we analyzed state of medical care in the three demographically old regions of Ukraine – Dnipropetrovsk, Kharkiv and Zaporizhia. The necessary data were collected from health care and regional statistical departments of above regions. Our analysis of provision of effective medical and social care for older people has demonstrated the following:

#### Dnipropetrovsk oblast

738,000 elderly people (aged 60 and over), including 531,000 people over able-bodied age (aged 65 and over) are enumerated in this oblast making up 16.5 % of the total population. Among the elderly people about 127,600 people (17.3 %) live in the countryside. Dissemination of the diseases of the elderly population

makes up 2,990 cases per 1,000 persons. 15,200 physicians and 29,500 nurses work in the Dnipropetrovsk oblast, making up 46.4 and 90.3 per 10,000 people respectively. A total number of the hospital beds amounts to 29,900 (91.3 per 10,000 population). A number of the rural out-patient clinics and medical facilities constitutes 231 and 421 respectively; 5 hospices for 89 beds, 18 boarding houses for elderly people and invalids for 3,961 places.

#### Zaporizhia oblast

415,000 elderly people (60 years and older) live in the oblast, including 294,500 people over working age (65 years and older), making 16.9 % from the total number of population. Among the elderly population about 95,000 people (22.9%) live in the countryside. Dissemination of the diseases in the elderly people makes up 2,463 cases per 1,000 people. 8,400 physicians and 16,500 nurses work in Zaporizhia oblast making 47.5 and 93.4 per 1,000 population respectively. A total number of the hospital beds is 15,700 (89.3 per 10,000 people). A number of rural out-patient clinics and medical attendant's dispensaries constitutes 141 and 373 respectively; 1 hospice for 25 beds, 11 boarding houses for elderly people and invalids for 2,779 places.

#### Kharkiv oblast

618,700 elderly people (60 years and older) live in the oblast, including 404,400 people over working age (65 years and older), making 15.1% from the total number of the population. Among the elderly population about 133,900 people (21.6%) live in the countryside. Dissemination of the diseases in the elderly people makes up 3,003 cases per 1,000 people. 15,600 physicians and 24,400 nurses work in Kharkiv oblast making 57.7 and 90.0 per 10,000 persons respectively. The total number of the hospital beds makes up 24,000 (88.6 per 10,000 people). A number of rural out-patient clinics and medical attendant's dispensaries constitutes 200 and 507 respectively; 2 hospices for 130 beds, 18 boarding houses for elderly people and invalids for 3,352 places.

All represented oblasts are demographically old regions.

Provision of the population of these oblasts with the doctors, nurses, and hospital beds exceeds the average Ukrainian data (43.5; 88.6; and 78.5 respectively).

At the same time, only in Zaporizhia oblast there is the chief geriatric expert at public health department who is engaged in the organization of medical care for the elderly. There are no such experts in the Dnipropetrovsk and Kharkiv oblasts.

Regrettably, not a single physician has undertaken any special postgraduate geriatric training in these three oblasts. There is no compulsory systematic geriatric training of the doctors and nurses at the national level.

During the last four years under conditions of armed conflict in the eastern regions of Ukraine a large number of internally displaced persons (IDPs) flow from the zone of military operations.

A new social stratum of the population, the IDPs or settlers, has appeared. According to the information of the Ministry of Social Policy for March 2018 in Ukraine, 1 million 489,659 people or 1 million 215068 families of IDPs from Donbass and Crimea were registered in the social protection departments of the regional and Kyiv city administrations.

On the controlled territory of Ukraine 866,508 people were registered, displaced from the occupied part of the Donetsk region, 528,227 people from Lugansk, and 31,061 residents left the annexed Crimea. It should be kept in mind that these figures do not include migrants who did not indicate their previous place of residence in the applications.

The most suitable places to register IDPs from Donbass are the parts of the Donetsk and Lugansk oblast controlled by Ukraine, where 541,400 and 291,170 residents of Donetsk and Lugansk oblasts are officially registered, respectively. Neighboring the conflict zone, the Kharkiv oblast also took a significant number of people (123,156 immigrants) who fled the war. Kiev, the capital of Ukraine, has a great popularity among immigrants. So, 160,287 persons/residents from Donetsk and Lugansk oblasts and annexed Crimea are registered in Kiev plus 62,743 refugees in the Kiev oblast). Among the regions receiving the largest number of migrants are also ZapORIZHA (54,314 people) and DniproPETROvsk (73,547 people).

In the DniproPETROvsk and Kharkiv oblasts the programs of home ward are operating on the basis of the interaction of state and non-governmental structures (such as Caritas Ukraine) for the support of elderly and internally displaced people and for elderly people staying at the territory of conflict due to their weak health.

In preparation for the formation of specific training/groups, we gave our questionnaires to the **organizers** of medical-social care for elderly people, conducted interviews and arranged working meetings with them in different regions of Ukraine. The similar work was done with the teachers of the Therapy and Geriatrics Department, the Palliative and Hospice Medicine Department of the Nat. Med. Academy of Postgraduate Education, medical colleges, social workers of state and non-state organizations, heads of volunteer centers for pensioners.

The following issues were discussed at the working meetings:

- Needs in the professional preparation and gaps in the training of medical and social staff providing help for the elderly;

- Regional potential of the training organization, availability of necessary organizational and financial resources devoted for education;
- Education priorities in separate knowledge and skills during additional professional education;
- Forms and content of the volunteers' training;
- Organizational forms of the training of elderly people in self-help and mutual support;
- Expected results of training;
- Provision of the informal training stability.

Based on the obtained information, the following topics were highlighted for the training of caregivers:

1. Demographic world trends. Current challenges of aging.
  2. Social gerontology. Basic terms and concepts. Prevention of accelerated aging. Needs of older people to help. Ways to achieve active longevity.
  3. Reforming the system of social services in Ukraine.
  4. Normative provision, practical implementation. Reforms and regional experience.
  5. Standardization of social services. National standards of home care, inpatient and palliative care.
  6. Palliative care. General questions and principles of organization of palliative care – physiological, deontological, psychological, ethical, medical and legal and organizational aspects
  7. Psychological types of clients. Mental changes related to aging and disease. Effective communication techniques in care. Specific communication problems. Support to patients and their families in crisis. Psychological adaptation approaches for patients suffering from incurable disease.
  8. Preventing fall of the elderly. Sources of danger. First aid after fall. Getting up after fall.
  9. Nutrition of the elderly. Help when feeding a sick person. Nutrition during certain diseases.
  10. Aging and diseases. Old age diseases and their peculiarities.
  11. Old age aggression: causes, manifestations and prevention.
  12. Professional burnout: prevention of emotional exhaustion of medical and social workers assisting the elderly and palliative patients. Depression: symptoms, emotions and prevention.
- The program is designed for 144 academic hours, of which 60 hours for theory and 84 hours for practical classes.
- The main conclusion of this study section is: there is no modern scientific and methodological theoretical and practical basis for the training of personnel in caring for the elderly. Such training requires its standardization, with an account of the positive domestic and European experience. In this context, with the goal of training care staff, the Center for Additional Professional Education

## Система підготовки, перепідготовки кадрів

was established as a subdivision on the base of D.F. Chebotarev Institute of Gerontology.

The main goal of this Center is the organization and implementation of educational- methodological work on the training of nurses and social workers through professional-theoretical and practical training in relevant professional specialties. The Center will improve informing skills and other types of day and distance learning for additional geriatric training of physicians, nurses, social workers, volunteers through cycles of thematic improvement, professional.

This Center will contribute to the formation and development of medical and social assistance for a single interdepartmental multi-level system of medical and social education. The main goal of his work is to conduct educational and organizational and methodological work on the training of medical and social workers, as well as volunteers for the system of medical and social assistance. To achieve this, Center is solving the following tasks:

- Providing organizational, methodological and consultative assistance to health care and social protection institutions serving elderly population.
- Development, approval and implementation of training programs for physicians, nursing staff, social workers and volunteers.
- Assistance in standardizing the training of geriatric staff (hospital, geriatric departments, hospices, boarding homes for the elderly and disabled, boarding houses for veterans, apartment houses with a complex of medical and social services for pensioners, a department for medical rehabilitation of territorial social services for pensioners).
- Development and implementation of standard training programs for social workers and volunteers, soldiers of alternative service.
- Development and implementation of psychological rehabilitation programs for the workers providing medical-social care to the elderly and antiterrorist operation participants.
- Development and implementation of physical and psychological rehabilitation programs for people of older age groups (pre-retirement programs, networking of third-age universities, health schools, etc.).
- Creation of innovative structures for the system of medical-social assistance for the elderly, organization of volunteer activities to serve the elderly.
- Study and implementation of international experience in the training of nursing staff and social personnel of the geriatric profile; participation in the work of international educational organizations of medico-social orientation.
- Coordination of the work of national and public training centers engaged in the training and retraining of nursing staff and social workers for geriatrics.

- Cooperation with educational, research and methodological centers on the organization of geriatric training among nurses, social workers and the public.
- Organization of national and international scientific and practical conferences, congresses on organization and provision of medical social care to the elderly.
- Implementation of advertising and publishing activities related to the production and dissemination of educational materials on geriatric care.
- Providing organizational, methodological and consultative assistance to health care institutions and social protection of the population serving the elderly.
- Development, approval and implementation of training programs for nurses and social workers, volunteers, etc.

## Conclusions

1. Our analysis of the organization of the care in Dnipropetrovsk, Zaporizhia and Kharkiv oblasts has revealed the high need in additional professional training on the issues of medical and social care to elderly people.
2. We have disclosed the absence of gaps in the education of medical staff in the issues of the present-day models of geriatric care organization in the world and Ukraine, features of rehabilitation and care to elderly people, physiological changes and psychological support at the end of life, effective methods for basic instrumental research, rights of elderly people for receiving medical and social care.
3. Our next step was to establish a need in the foreground introduction of the issues in the program of the additional training of medical workers: demographic aging in the world and Ukraine; international documents on care organization for the elderly; psychological aspects of the work with the elderly people in crisis; bases of thanatology and palliative medicine; issues on the prevention of the professional destruction of medical staff.
4. We determined the real need in additional informal training of medical and social workers, volunteers and the elderly themselves. During formation of the training groups our preferences have been given to the medical and social workers, service providers and organizers of work of the volunteers.
5. According to the assessment of medical workers, the most acceptable forms of education are the thematic training seminars, scientific-and-practical conferences, information and legal literature provision, conducting guest trainings, on-line assistance and distance learning.
6. The regional medical and training structures of the Dnipropetrovsk, Zaporizhia and Kharkiv oblasts have the sufficient organizational-and-material basis for the provision of stable informal training.

The best approach to the development of the potential of medico social care to elderly people consists in the disclosure of the gaps and determination of the needs that are strategically important and comparable with a national strategy of medical branch reformation. The program of trainings in the frame of the research was worked

out taking into account analysis of the organization of medico social care in the Dnipropetrovsk, Zaporozhia and Kharkiv oblasts; all remarks and proposals, considered at the working meetings, as well as positive national and international experience of the performance of similar trainings.

## References

1. Geets VM. (2011). *Institutions of socialization in Ukraine and EU countries: tendencies of development and main differences*. Ukrainian Socium. 2:7-34.
2. Gerasimova NS. (2013). In-home palliative care for the elderly. Social work in Ukraine: theory and practice. 3-4:97-106.
3. Kabachenko NV. (2013). Social services organization for elderly citizens: International experience. The scientific notes of the NaUKMA: Pedagogical, psychological sciences and social work: The Collection Book: 62-67.
4. Krivobok YuV. (2013). Theoretical aspects of assessment of the minimal list of social services provided free-of-charge by the state for the citizens living under hard material conditions:11.
5. Melnik SV, Uklad VG, Zhuravskaya OI. (2010). Reference book on social care and provision of social services for the people living in hard housing conditions and need outside assistance. Lugansk:241.
6. Pinchuk IYa. (2008). The problem of psychic health of the elderly in Ukraine. NeuroNews. No.2 (7).
7. The European Association of Palliative Care. cit. 18.01.2010. <http://www.eapcnet.org/download/forPolicy/CountriesRep/France.pdf>
8. The project of UN Program of development and the project of Ministry of Social Policy of Ukraine Support of the reforms in social sector in Ukraine and the Methodological manual Management of activities of social services for 2017-2021.
9. Voronenko YuV, Gubsky YuI, Tsarenko AV. (2014). Creation of the system of palliative and hospice services during health care reforming in Ukraine: medical and social aspects. Science and Practice. 1:63-75.

---

### Відомості про авторів:

**Чайковська Віра Володимирівна** – д.мед.н., проф., зав. лабораторії соціальної геронтології, директор Центру додаткової професійної освіти ДУ «Інституту геронтології імені Д.Ф. Чеботарєва НАМН України», проф. каф. паліативної і хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

**Вялих Тетяна Ігорівна** – с.н.с. лабораторії соціальної геронтології, викладач Центру додаткової професійної освіти ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарєва НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. Вишгородська, 67.

**Царенко Анатолій Володимирович** – доц. каф. паліативної і хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, викладач Центру додаткової професійної освіти ДУ «Інституту геронтології імені Д.Ф. Чеботарєва НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. Вишгородська, 67.

Стаття надійшла до редакції 13.11.2017 р.

В.В. Чайковська<sup>1,2</sup>, Т.І. Вялих<sup>1</sup>, А.В. Царенко<sup>1,2</sup>

## Методологічні засади проведення курсу «Основи довготривалого і паліативного догляду за хворими та внутрішньо переміщеними особами літнього віку» (на допомогу навчальним закладам II–IV рівня акредитації)

<sup>1</sup>ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарєва НАМН України», м. Київ

<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

В умовах затяжного військового конфлікту на Сході України найбільш вразливими верствами населення стали літні люди, які були змушені покинути свої домівки та перетворитися на біженців у своїй країні або внаслідок знижених фізичних можливостей залишилися вдома на небезпечних територіях військових дій. З метою покращення якості життя літніх людей у цих несприятливих умовах були розроблені програми підготовки медичних і соціальних працівників з питань організації медико-соціальної допомоги людям літнього віку, особливостей фізичного і психічного здоров'я літніх людей, реабілітації та догляду, паліативної допомоги. Програма курсу з актуальних аспектів геронтології та геріатрії також може бути використана для проведення тренінгів медичного персоналу, волонтерів та членів сімей хворих літнього віку; формування груп само- і взаємодопомоги серед внутрішньо переміщених осіб літнього віку та тих, хто залишився на небезпечних територіях. Контингент слухачів: медичні працівники, соціальні працівники, педагоги, які працюють з літніми людьми, внутрішньо переміщеними особами, людьми, що знаходяться у зоні військового конфлікту, та паліативними хворими. Програма курсу складається з трьох модулів, кожен з яких включає лекційні блоки, педагогічні ігри та роботу в групах.

**Ключові слова:** літні люди, довготривала допомога, паліативна допомога, внутрішньо переміщені особи, лікарі, медичні сестри, соціальні працівники, здоров'я літніх людей, реабілітація та догляд.

**Methodological basis for the course «Fundamentals of long-term and palliative care for elderly patients and internally displaced persons» (to help educational institutions of the 2nd -4th accreditation levels)**

V. Chaikovska<sup>1,2</sup>, T. Vialykh<sup>1</sup>, A. Tsarenko<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Dmitry Chebotarev Institute of Gerontology of the National Academy of Medical Sciences, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>Shupyk National Medical Academy of postgraduate education, Kyiv, Ukraine

In the conditions of protracted military conflict in East Ukraine, the elderly people became the most vulnerable segments of the population. Many of them were forced to leave their homes, while others, due to reduced opportunities, remained at their homes in dangerous areas of hostilities. In order to improve life quality of these people in these areas, a number of training programs on the organization of medical and social care for the elderly, the physical and mental health of the elderly, rehabilitation and care, and palliative care have been developed for medical-social personnel. The program of the course on the relevant aspects of gerontology and geriatrics can also be used to conduct trainings for medical personnel, volunteers and family members of elderly patients; for the formation of self-help groups and mutual assistance among internally displaced elderly citizens and residents remaining in dangerous areas. Contingent of listeners: medical workers, social workers, teachers working with the elderly, internally displaced persons, residents in the zone of military conflict and palliative patients. The program of the course consists of 3 modules, each of which includes lecture blocks, pedagogical games and group work.

**Key words:** elderly people, long-term care, palliative care, internally displaced persons, doctors, nurses, social workers, elderly people's health, rehabilitation and care.

**Методологические принципы проведения курса «Основы долговременного и паллиативного ухода за больными и внутренне перемещенными лицами пожилого возраста» (в помощь учебным заведениям II–IV уровней аккредитации)**

В.В. Чайковская<sup>1,2</sup>, Т.И. Вялыkh<sup>1</sup>, А.В. Царенко<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Інститут геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», г. Киев

<sup>2</sup>Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

В условиях затяжного военного конфликта на Востоке Украины наиболее уязвимыми слоями населения стали пожилые люди, которые вынуждены были покинуть свои дома и превратиться в беженцев в своей стране, или, в силу сниженных

возможностей, остатися дома на опасных территориях военных действий. С целью улучшения качества жизни пожилых людей в этих неблагоприятных условиях были разработаны программы подготовки медицинских и социальных работников по вопросам организации медико-социальной помощи людям пожилого возраста, особенностей физического и психического здоровья пожилых людей, реабилитации и ухода, паллиативной помощи. Программа курса по актуальным аспектам геронтологии и гериатрии также может быть использована для проведения тренингов медицинского персонала, волонтеров и членов семей больных пожилого возраста; формирования групп само- и взаимопомощи среди внутренне перемещенных лиц пожилого возраста и людей, оставшихся на опасных территориях. Контингент слушателей: медицинские, социальные работники, педагоги, работающие с пожилыми людьми, внутренне перемещенными лицами, людьми, которые находятся в зоне военного конфликта, и паллиативными больными. Программа курса состоит из трех модулей, каждый из которых включает лекционные блоки, педагогические игры и работу в группах.

**Ключевые слова:** люди пожилого возраста, долговременная помощь, паллиативная помощь, внутренне перемещенные лица, врачи, медицинские сестры, социальные работники, здоровье пожилых людей, реабилитация и уход.

## Вступ

В Україні відмічається інтенсивне постаріння населення, накопичення в його структурі осіб похилого віку, самотніх, хронічно хворих, зі зниженою або втраченою здатністю до самообслуговування, які потребують постійної допомоги з боку держави, громади та сім'ї. В умовах сучасних українських реалій затяжного військового конфлікту на Сході України найбільш вразливими верствами населення стали літні люди, які вимушенні були покинуті своїй домівки та перетворитися у біженців в своїй країні або через знижені фізичні можливості залишилися на території військових дій.

Метою навчального курсу «Основи довготривалого і паліативного догляду за хворими та внутрішньо переміщеними особами літнього віку» є підготовка медичних і соціальних працівників з питань організації медико-соціальної допомоги людям літнього віку, особливостей фізичного і психічного здоров'я літніх людей, реабілітації та догляду, паліативної допомоги; формування груп само- і взаємодопомоги серед внутрішньо переміщених осіб літнього віку та тих, хто залишився на небезпечних територіях.

У результаті проходження курсу його учасники мають знати:

- тенденції демографічних змін в Україні і світі, маршрутні карти реалізації Мадридського міжнародного плану дій по старінню і шляхи його реалізації в Україні, права людей літнього віку;
- особливості психології людей старших вікових груп, принципи спілкування з ними та психологічної підтримки в кризових умовах;
- вікозалежні зміни в організмі людини при старінні та вікозалежні захворювання органів і систем, принципи профілактики;
- особливості довготривалого догляду за літніми хворими;
- основні складові паліативної допомоги та догляду;
- шляхи зменшення впливу негативних соціальних, фізичних і психологічних факторів на здатність людини до незалежного життя;

- правила спілкування з людьми літнього віку, які мають порушення функцій різних органів і систем;
- значення здорового способу життя як основи активного довголіття, зокрема фізичних навантажень та раціонального харчування;
- принципи профілактики виникнення синдрому професійного вигорання;
- основні елементи догляду при виникненні вікозалежних розладів, у тому числі наприкінці життя;
- симптоматику невідкладних станів у людей літнього віку та принципи надання першої допомоги.

У результаті курсу його учасники повинні вміти:

- володіти отриманими практичними і теоретичними навичками з довготривалого догляду за літніми хворими, паліативної допомоги, а також підвищувати свої знання;
- володіти отриманими навичками спілкування та обміну досвідом з літніми людьми та тимчасово переміщеними особами;
- формувати групи само- і взаємодопомоги серед літніх осіб;
- проводити роз'яснювальну роботу з ведення здорового способу життя в літньому віці, особливостей харчування, фізичного навантаження і попередження розвитку когнітивних розладів;
- формулювати й обґрутувати тактику надання допомоги при гострих невідкладних станах у гериатрії;
- раціонально застосовувати знання щодо запобігання професійного вигорання персоналу, який надає допомогу літнім людям, внутрішньо переміщеним особам та хворим, які потребують паліативної допомоги.

Програма курсу складається з трьох модулів, кожен з яких включає лекційні блоки, педагогічні ігри та роботу в групах. Кожен модуль триває три дні і складається з вступної, основної та заключної частин.

Перший модуль: 8 тем, 19 підтем – 22 академічні години занять; другий модуль: 5 тем, 16 підтем –

## Система підготовки, перепідготовки кадрів

21 академічна година занять; третій модуль: 5 тем, 14 підтем – 21 академічна година занять. Загальна кількість тем – 18 з обговоренням 49 підтем. Загальна кількість академічних годин – 64,0, з них: загальна кількість академічних годин для проведення лекцій-них блоків – 52,0; загальна кількість академічних годин для проведення педагогічних ігор – 2,4; загальна кількість академічних годин роботи в групах – 9,6.

Підсумковим контролем знань слухачів після кожного модулю є тестовий залік, а після проведення курсу – заповнення слухачами карти оцінки якості проведення курсу.

Контингент слухачів: медичні працівники, соціальні працівники, педагоги, які працюють з літніми людьми, тимчасово переміщеними особами, людьми, які знаходяться у зоні військового конфлікту, та хворими, які потребують паліативної допомоги.

Відкриття курсу, ознайомлення з учасниками – 20 хв.

### МОДУЛЬ 1

Вступ – 10 хв.

Тема 1: Демографічне постаріння: люди похилого віку в Україні і світі – 70 хв.

Тема 2: Геронтологія: розвиток геронтології в Україні і світі – 70 хв.

Тема 3: Теорія і практика довголіття – 170 хв.

Тема 4: Якість життя в літньому віці – 170 хв.

Тема 5: Організація геріатричної допомоги в Україні та інших країнах – 170 хв.

Тема 6: Здоров'я літніх людей та їх потреби у допомозі – 100 хв.

Тема 7: Індивідуальні медичні дії у літньому віці – 70 хв.

Тема 8: Особливості комунікації з літніми людьми та вимушеними переселенцями – 60 хв.

Заключна частина – 50 хв.

### МОДУЛЬ 2

Вступ – 10 хв.

Тема 1: Віковалежні зміни в організмі протягом старіння – 160 хв.

Тема 2: Зниження когнітивної функції у людей похилого віку – 170 хв.

Тема 3: Реабілітація у похилому віці. Концепція реабілітації – 340 хв.

Тема 4: Особиста гігієна – 95 хв.

Тема 5: Перша допомога – 135 хв.

Заключна частина – 50 хв.

### МОДУЛЬ 3

Вступ – 10 хв.

Тема 1: Паліативна і хоспісна допомога – 250 хв.

Тема 2: Особливості паліативної допомоги літнім людям – 80 хв.

Тема 3: Профілактика синдрому «професійного вигорання» – 340 хв.

Тема 4: Права літніх громадян – 110 хв.

Тема 5: Ейджизм. Право на пенсію і працевлаштування – 120 хв.

Заключна частина. Закриття тренінгу – 50 хв.

Обговорення.

Заключна частина кожної теми складається із загальних висновків, оголошення теми наступного заняття, відповідей на запитання слухачів.

Заключне заняття по кожному модулю складається з обговорення, зауважень та пропозицій; тестового контролю.

Для забезпечення оптимальності навчання, кожна група складається з 15 слухачів. Наочність навчання забезпечується завдяки демонстрації заздалегідь підготовленого матеріалу (слайдів, відеофільмів) за допомогою мультимедійного проектора.

Для забезпечення ефективності навчання керівник курсу повинен враховувати професійні, фізичні та психологічні особливості слухачів. При цьому необхідно:

- при підборі слухачів у групи максимально забезпечити однорідність їх професійних цілей;
- при проведенні занять забезпечити регулярні перерви по 10 хвилин;
- викладання проводити доступною для учасників курсу мовою;
- при викладанні матеріалу широко використовувати приклади з практики, у тому числі з власного досвіду слухачів;
- широко заохочувати слухачів до активного обговорювання матеріалу по ходу його викладання;
- забезпечити доброзичливі стосунки між учасниками курсу.

Знання та уміння, отримані на курсі, допоможуть слухачам оволодіти сучасними знаннями та навичками в наданні медичної, соціальної і психологічної допомоги людям літнього віку та тимчасово переміщеним особам.

## Розгорнутий алгоритм проведення курсу

### Відкриття курсу

1. Визначити мету курсу і його структуру.

Розповісти про тематику тренінгу, наголосивши, що при наданні допомоги людям літнього віку та тимчасово переміщеним особам насамперед важливе:

- ознайомлення з сучасними тенденціями демографічних змін та формами соціально-медичного захисту;
- урахування особливостей психології людей при спілкуванні та проведенні заходів медико-соціальної і психологічної підтримки;

- отримання знань про віковозалежні зміни в організмі людини та принципи здорового способу життя для забезпечення активного довголіття і максимальної незалежності від сторонньої допомоги;
- ознайомлення із сучасними методами профілактики виникнення і прогресування віковозалежних захворювань, догляду та першої допомоги при невідкладних станах;
- отримання знань про надання паліативної допомоги;
- обізнаність щодо заходів з профілактики професійного вигорання.

2. Розпочинаючи тренінг, слід наголосити на обов'язкових для кожного слухача:

- участі у всіх трьох модулях;
- проходження тестового контролю отриманих знань після кожного модулю;
- активної участі в обговоренні тем тренінгу;
- участі у робочих групах та педагогічних іграх;
- оцінці лекційного та ілюстративного матеріалу після закінчення тренінгу;
- наданні пропозицій щодо удосконалення проведення даного тренінга.

Познайомитися з усіма учасниками тренінгу.

## ПЕРШИЙ МОДУЛЬ

### Тема 1. Демографічне постаріння: люди похилого віку в Україні і світі

**Підтема 1.1:** Статистика старіння населення України та інших країн:

- загальна кількість людей літнього віку в Україні і світі;
- тенденції до збільшення долі літніх людей у 21 сторіччі;
- основні статистичні показники народжуваності і смертності населення України;
- середня тривалість життя населення України та інших країн світу.

**Підтема 1.2:** Роль сім'ї в літньому віці. Міжпоколінні відносини:

- роль міжпоколінних відносин у визначенні положення людей літнього віку та якості їхнього життя;
- зображення старості (індивідуальне, суспільне, стереотипи);
- рівні існування образів старіння;
- характеристика індивідуального образу старіння;
- відмінності європейського та азіатського образів старіння;
- шляхи формування позитивного образу літньої людини в суспільстві та його значення.

### Тема 2. Геронтологія. Розвиток геронтології в Україні і світі

**Підтема 2.1:** Основні поняття і термінологія. Мадридський міжнародний план дій (ММПД) по старінню, основні принципи ООН щодо літньої людини:

- історичні аспекти розвитку геронтології і геріатрії в Україні і світі;
- розділи ММПД з аналізом його зобов'язань та програмних завдань;
- основні завдання медичної і соціальної служби з удосконалення допомоги людям літнього віку, які викладені у ММПД.

**Підтема 2.2:** Прискорене старіння:

- фактори, що визначають прискорене старіння;
- загальні тенденції прискореного старіння населення України;
- прогерія дітей;
- прогерія доросліх.

### Тема 3. Теорія і практика довголіття

**Підтема 3.1:** Здоровий спосіб життя у літньому віці, основні фактори довголіття:

- загальні принципи здорового способу життя;
- шляхи подолання шкідливих звичок, зокрема куріння і вживання алкоголю;
- рекомендації відносно принципів фізичної активності людей літнього віку у забезпечені активного довголіття;
- роль пасивного фізичного навантаження (масажу) та принципи його проведення.

**Підтема 3.2:** Концепція національної програми для літніх людей «Здорове довголіття»:

Національний план дій з питань старіння, 2017–2021 рр.:

- мета й основні розділи проекту;
- шляхи реалізації проекту.

**Робота в групах:** «Компоненти обласних програм для літніх людей «Здорове довголіття». Усі слухачі поділяються на три групи – представники окремих областей. У кожній групі розробляється план найбільш ефективних і першочергових заходів (на думку членів групи) щодо формування регіональних проектів забезпечення здорового довголіття населення відповідно до ММПД та основних принципів ООН щодо літніх людей.

### Тема 4. Якість життя у літньому віці

**Підтема 4.1:** Підготовка до виходу на пенсію. Форми фізичної активності. Організація волонтерських центрів:

- базова основа якості життя людини літнього віку;
- форми та етапи підготовки до виходу на пенсію;
- роль соціальної та фізичної активності у підтриманні якості життя пенсіонерів;
- розвиток волонтерського руху в Україні;

## Система підготовки, перепідготовки кадрів

- соціальна значущість волонтерської діяльності.

**Підтема 4.2:** Психологічні типи пацієнтів похило-го віку. Ментальні зміни, які пов’язані зі старінням:

- характеристики пацієнтів літнього віку;
- позиція і дистанція;
- техніки спілкування.

**Підтема 4.3:** Особливості раціонального харчу-вання у літньому віці:

- урахування вікових змін у системі травлення лю-дини при організації харчування літніх людей;
- принципи раціонального та лікувального хар-чування;
- рекомендовані продукти і страви для літньої людини;
- особливості раціонального харчування у літньо-му віці з використанням загальнодоступних продуктів.

**Підтема 4.6:** Шляхи поліпшення адаптації до но-вих умов, подолання посттравматичного синдрому (ПТС) у літніх людей, які живуть або жили в районах збройних конфліктів:

- кроки до розуміння та управління процесом по-долання ПТС;
- симптоми ПТС;
- як розпочати переорієнтуватися до нових умов життя (нового дому);
- вправи на релаксацію (аутогенне тренування).

**Тема 5. Організація геріатричної допомоги в Украї-ні та інших країнах**

**Підтема 5.1:** Форми організації геріатричної до-помоги в Україні та інших країнах:

- основні форми і принципи геріатричної до-помоги;
- місце геріатричної допомоги в системі рефор-мування медичної галузі;
- базові типи медичного страхування;
- страхова медицина і геріатричний пацієнт.

**Підтема 5.2:** Організація довготривалої допомоги людям похилого віку вдома (медичний, соціальний та психологічний аспекти):

- визначення поняття «довготривала допомога»;
- головні особливості і медико-соціальні форми довготривалої допомоги;
- командний підхід до надання допомоги людям літнього віку;
- пацієнти, яким надається довготривала до-помога;
- світовий досвід надання довготривалої допомоги.

**Робота в групах:** «Заходи з покращення організації медико-соціальної допомоги літнім людям та виму-шеним переселенцям на регіональному рівні». Усі слухачі поділяються на три групи. У кожній групі розробляється план найбільш ефективних і першо-чергових заходів (на думку членів групи) щодо фор-

мування регіональних проектів забезпечення адек-ватної допомоги відповідно до потреб літніх людей регіону у медичній, соціальній і психологічній до-помозі. Презентації результатів роботи в групах (по 10 хвилин кожна група).

**Тема 6. Здоров’я літніх людей та їх потреба у допомозі**

**Підтема 6.1:** Медична допомога:

- загальний «портрет здоров’я» населення літньо-го віку України;
- показники захворюваності населення старшого віку;
- потреба у допомозі вдома із збільшенням віку пацієнтів;
- потреба у стаціонарному лікуванні та її задо-волення;
- потреба у реабілітаційному лікуванні та її задо-волення;
- потреба в організації стаціонарів вдома та її за-довolenня.

**Підтема 6.2:** Соціальна допомога:

- загальний «портрет соціального здоров’я» на-селення літнього віку України;
- потреба у соціально-побутовій допомозі вдома самотніх літніх людей;
- робота територіальних центрів соціального об-слуговування пенсіонерів;
- недержавні форми соціальної допомоги літнім людям.

**Підтема 6.3:** Психологічна допомога: загальний «портрет психологічного здоров’я» населення літньо-го віку України;

- психологічні програми адаптації літніх людей до зміни стереотипу життя;
- світовий досвід форм психологічної реабілітації у національних програмах підтримки людей літ-нього віку.

**Тема 7. Індивідуальні медичні дії у літньому віці**

**Підтема 7.1:** Вимірювання артеріального тиску, вимірювання рівня глюкози в крові.

У процесі обговорення висвітлюються наступні положення:

- визначення поняття «артеріальний тиск» та ін-терпретація показників;
- алгоритм вимірювання артеріального тиску;
- біохімічні тести при діагностиці та моніторингу цукрового діабету;
- види і категорії глюкометрів, алгоритм ви-мірювання рівня глюкози в крові глюкоме-тром.

**Підтема 7.2:** Застосування, особливості прийому медикаментозних препаратів:

- застосування;
- форми лікарських засобів для перорального за-стосування;

- переваги та недоліки перорального застосування лікарських засобів;
- форми прийому ліків.

#### Тема 8. Особливості комунікації з літніми людьми та вимушеними переселенцями

**Підтема 8.1:** Складові спілкування, фізичні зміни у похилої людини. Особистісно-орієнтовані комунікації:

- загальні принципи техніки спілкування;
- особливості спілкування з людьми літнього віку з урахуванням їх психологічного та фізичного стану;
- головні складові особистісно-орієнтованої комунікації.

**Підтема 8.2:** Співчуття, спогади. Педагогічна гра «Визнач проблему»:

- поняття емпатії, розмова з літньою людиною;
- спогади як психологічна форма спілкування і налагодження контактів.

**Педагогічна гра:** «Визнач проблему». Завдання полягає в тому, щоб один із гравців вгадав, яка фізична або психологічна проблема записана на листку, прикріплена до його спини. Усі учасники звертаються до нього, співчувають, дають поради, але саму проблему не називають. Так програвається 6–7 найчастіших проблем літніх людей. Гра дає можливість слухачам глибше відчути проблеми літніх людей та апробувати техніки спілкування з ними.

Заключне заняття по 1 модулю: обговорення, зауваження та пропозиції.

Закриття першої частини тренінгу. Тестовий контроль (50 хвилин).

## ДРУГИЙ МОДУЛЬ

#### Тема 1. Віковалежні зміни в організмі протягом старіння

**Підтема 1.1:** Віковалежні зміни серцево-судинної і дихальної систем.

У процесі обговорення висвітлюються наступні положення:

- механізми вікових змін та хвороби серцево-судинної системи в осіб похилого та старечого віку (хронічна серцева недостатність, ішемічна хвороба серця, аритмії, інфаркт), особливості діагностики, лікування, догляду;
- механізми вікових змін дихальної системи у літніх людей (хронічні обструктивні захворювання легень, пневмонія, бронхеоктатична хвороба, легеневе серце), особливості діагностики, лікування, догляду.

**Підтема 1.2:** Віковалежні зміни системи травлення і нервової системи:

- механізми вікових змін та хвороби системи травлення в осіб похилого та старечого віку (га-

строезофагеальна рефлюксна хвороба, ішемія кишково-шлункового тракту, запори, захворювання печінки);

- механізми вікових змін та хвороби нервової системи в осіб похилого та старечого віку (наслідки порушення мозкового кровообігу, хвороба Паркінсона).

**Підтема 1.3:** Віковалежні зміни опорно-рухового апарату:

- механізми вікових змін кістково-м'язової системи в осіб похилого та старечого віку;
- хвороби кістково-м'язової системи, які притаманні літнім людям (остеопороз, остеоартроз);
- шляхи профілактики уражень кісткової тканини літніх людей та засоби підтримки.

**Підтема 1.4:** Віковалежні зміни зору, слуху:

- віковалежні зміни зору, слуху;
- правила спілкування з людиною, яка має значне зниження слуху;
- поради для людей з поганим зором.

Заключна частина 5 хвилин):

- загальні висновки;
- оголошення теми наступного заняття;
- відповіді на запитання слухачів.

**Тема 2. Зниження когнітивних функцій у людей похилого віку**

**Підтема 2.1:** Хвороба Альцгеймера (ХА). Попередження втрати пам'яті.

У процесі обговорення висвітлюються наступні положення:

- визначення ХА;
- хто перебуває в групі ризику;
- зв'язок з іншими хворобами;
- перші прояви захворювання;
- методи лікування;
- профілактика втрати пам'яті.

**Підтема 2.2:** Агресія у літньому віці:

- причини виникнення кризових станів у людей літнього віку;
- кризовий стан особистості, його прояви та шляхи профілактики;
- поняття про агресію, її види, причини виникнення та основні ознаки;
- поведінка співробітників соціальних закладів при виникненні ознак агресії.

**Робота в групах:** «Робота з людьми у кризовому стані». Усі слухачі поділяються на три групи. У кожній групі визначаються найбільш суттєві труднощі, які виникають при роботі з людьми літнього віку та вимушеними переселенцями та розробляється план найбільш ефективних і першочергових заходів (на думку членів групи) щодо формування шляхів їх подолання.

## Система підготовки, перепідготовки кадрів

### Тема 3. Реабілітація у похилому віці. Концепція реабілітації

**Підтема 3.1:** Правила роботи з людьми похилого віку. Види та етапи реабілітаційних програм:

- поняття про реабілітацію, її види;
- етапи визначення та принципи виконання програм реабілітації;
- правила роботи з пацієнтами літнього віку;
- визначення ефективності реабілітаційних заходів.

**Підтема 3.2:** Медична реабілітація:

- форми медичної реабілітації;
- методи медичної реабілітації;
- особливості надання;
- потреба і задоволення.

**Підтема 3.3:** Соціальна реабілітація:

- форми соціальної реабілітації;
- методи соціальної реабілітації;
- особливості надання;
- потреба і задоволення.

**Підтема 3.4:** Психологічна реабілітація. Складові програми реабілітації:

- форми психологічної реабілітації;
- методи психологічної реабілітації;
- особливості надання;
- потреба і задоволення.

**Підтема 3.5:** Терапія зайнятістю у системі догляду та реабілітації пацієнтів похилого віку: організація дозвілля і вільного часу людей літнього віку;

- принципи терапії зайнятістю;
- види терапії зайнятістю: арттерапія, бібліотерапія, музикотерапія, спорт, активний відпочинок і туризм, волонтерство, глинотерапія тощо.

**Робота в групах:** «Реабілітація на первинному рівні». Усі слухачі поділяються на три групи. У кожній групі визначаються найбільш суттєві й ефективні заходи медичної, соціальної і психологічної реабілітації у практичній діяльності самих слухачів. Презентації результатів роботи в групах (по 10 хвилин кожна група). Обговорення. Обмін досвідом.

### Тема 4. Особиста гігієна

**Підтема 4.1:** Основи особистої гігієни осіб з втраченою здатністю до самообслуговування.

У процесі обговорення висвітлюються наступні положення:

- миття рук, обличчя, тіла, ніг;
- допомога при відвідуванні туалету;
- гігієна порожнини рота, у тому числі протезів;
- забезпечення догляду за волоссям;
- догляд за шкірою.

**Підтема 4.2:** Правила купання і переміщення пацієнта:

- перевертання пацієнта на ліжку;
- переміщення пацієнта (з ліжка на крісло, на візок, у туалет, знову у ліжко);

- допомога у здійсненні процедури купання, купання у ліжку;
- допомога при одяганні та роздяганні;
- догляд за вмираючими пацієнтами.

### Тема 5. Перша допомога

**Підтема 5.1:** Клінічні прояви та перша допомога при різних невідкладних станах 1 частині:

- відновлення стану при втраті свідомості, змінах пульсу;
- перша допомога при гіпотенозі;
- перша допомога при серцевому нападі;
- реагування на шок.

**Підтема 5.2:** Клінічні прояви та перша допомога при різних невідкладних станах 2 частині:

- перша допомога при діабетичній комі;
- перша допомога при гіпоглікемічному нападі.

**Підтема 5.3:** Клінічні прояви та перша допомога при різних невідкладних станах 3 частині:

- допомога при кровоточі;
- перша допомога при опіках;
- внутрішні та зовнішні фактори ризику падінь;
- заходи із попередження падінь та їх наслідків (переломів і вивихів);
- переміщення непримотної людини (одна людина, двоє людей), прості інструменти для переміщення.

## ТРЕТЬІЙ МОДУЛЬ

### Тема 1. Паліативна допомога

**Підтема 1.1:** Основні концепції і термінологія. Мультидисциплінарна команда. Хосписна допомога:

- соціально-демографічні та медичні аспекти, що визначають потребу розвитку паліативної допомоги в Україні і світі;
- концепція паліативної допомоги;
- рольові функції команди;
- моральні та історичні аспекти;
- огляд системи паліативної допомоги в світі;
- організація роботи виїзної служби (функції кожного члена багатофункціональної бригади, досвід роботи тощо);
- ознайомлення з роботою служби паліативної допомоги «Домашня опіка» Міжнародного благодійного фонду «Карітас».

**Підтема 1.2:** Короткотривалий прогноз життя. Спосіб спілкування з пацієнтом з невиліковним діагнозом та його родичами. Сприйняття людиною «страшного» діагнозу:

- особливості роботи психолога в паліативній медицині;
- сприйняття пацієнтом невиліковної хвороби як заключного етапу життя;
- основні методичні рекомендації щодо навчання методиці «5 кроків підготовки до смерті» (Хос-

піс Сан-Дієго, США) – психологічного тренінгу в малих групах. Ознайомлення з професійними тестовими програмами.

**Підтема 1.3:** Психічні розлади і паліативна допомога. Депресія у паліативних хворих:

- вплив важкого захворювання на психічні розлади людини;
- геріатрична шкала депресії;
- шляхи профілактики депресійних станів.

**Підтема 1.4:** Безпека поведінки персоналу:

- рекомендації Європейської Асоціації паліативної допомоги при наданні лікарської допомоги;
- психологічні аспекти поведінки;
- особливості одягу і взуття;
- супервізії.

**Підтема 1.5:** Полегшення болю, поліпшення якості життя на останньому етапі життя:

- протокол ВООЗ. Знеболювальна і симптоматична терапія;
- неін'єкційні форми знеболювання;
- таблеткований морфій;
- рівень забезпечення лікувальних закладів знеболювальними засобами.

**Підтема 1.6:** Основи танатології:

- історичний аспект;
- понятійні основи;
- фізіологія вмирання.

**Тема 2. Особливості паліативної допомоги літнім людям**

**Підтема 2.1:** Цілі і форми догляду. Запобігання зниженню здатності до самообслуговування:

- поняття про догляд, його види і головні принципи проведення;
- використання спеціальних пристосувань при догляді за літніми пацієнтами з різними видами функціональних порушень;
- допомога клієнтам у виконанні основних гігієнічних заходів;
- профілактика пролежнів.

**Підтема 2.2:** Особливості прийому ліків:

- загальні принципи контролю за лікуванням людей літнього віку;
- урахування важкості патології, сімейних і соціальних обставин при визначенні стратегії лікування літньої людини;
- запобігання поліпрагмазії та гіпердозування;
- режим застосування.

**Тема 3. Профілактика синдрому «професійного вигорання»**

**Підтема 3.1:** Базові поняття:

- поняття про ефект «професійного вигорання»;
- історичний аспект;
- фактори ризику.

**Підтема 3.2:** Етапи і симптоми

У процесі обговорення висвітлюються наступні положення:

- етапи розвитку та прояви «професійного вигорання»;
- симптом емоційного виснаження;
- симптом деперсоналізації особистості;
- симптом редукції особистісних досягнень.

**Підтема 3.3:** Ознайомлення з методикою профілактики емоційного вигорання:

- попередження дистресу та способи усунення його наслідків;
- аутотренінг, медитація, сміхотерапія та інші методики;
- антистресова програма поведінки.

**Педагогічна гра:** «Повідомлення та сприйняття страшного діагнозу». Усі слухачі поділяються на три групи. У кожній групі розподіляються рольові функції пацієнта, його родича, лікаря, медичної сестри і соціального працівника. Програється ситуація повідомлення діагнозу невиліковної хвороби і дій членів команди фахівців.

**Педагогічна гра:** «Антистресовий тренінг». Навчання антидепресивній поведінці, спеціальним вправам для покращення емоційного стану персоналу. Алгоритм проведення таких занять у подальшій роботі. Обговорення.

**Тема 4. Права літніх громадян**

**Підтема 4.1:** Загальний підхід для розуміння прав літніх людей в царині охорони здоров'я, харчування, благополуччя і державної відповідальності:

- нормативно-правова база щодо прав людей літнього віку;
- закони України та міжнародні угоди про захист прав пацієнтів;
- запобігання порушенню принципів ООН по відношенню до людей літнього віку в Україні.

**Підтема 4.2:** Евтаназія:

- загальні положення, термінологія;
- духовні і правові аспекти;
- історичне підґрунтя;
- країни, у яких дозволена евтаназія;
- ставлення до евтаназії в Україні (законодавчий та моральний аспект).

**Тема 5. Ейджизм. Право на пенсію і працевдатність**

**Підтема 5.1:** Участь сім'ї. Психо-соціальна підтримка. Зміцнення інституційного потенціалу:

- конфліктогенний потенціал демографічного постаріння населення України в суспільному розвитку, проблемні зони у взаємовідносинах між представниками різних вікових груп, причини ейджизму;
- стереотипи щодо осіб літнього віку;

## Система підготовки, перепідготовки кадрів

- багатопоколінна сім'я. Функції старої людини;
- шляхи подолання наслідків дискримінації;
- право на пенсію і працездатність.

**Робота в групах:** «Права літніх людей». Усі слухачі поділяються на три групи. У кожній групі розробляється план найбільш ефективних і першочергових заходів (на думку членів групи) протидії порушенню прав літніх людей та вимушених переселенців на обласному рівні. Презентації результатів роботи в групах (по 10 хвилин кожна група). Обговорення.

### Закриття тренінгу

Підсумковий аналіз. Обговорення тренінгу викладачами і слухачами.

Оцінка тренінгу його учасниками. Якість проведення тренінгу (доступність викладу теоретичного матеріалу і презентацій) визначається шляхом заповнення кожним слухачем спеціально розданої оціночної анкети.

#### Оціночні критерії результатів навчання до кожного модуля.

Після завершення кожного модуля на заключному занятті слухачам роздаються контрольні тести та оцінюються знання за результатами правильних відповідей.

Підсумкова атестація проводиться тестуванням або у формі усного заліку, знання слухачів оцінюються за бальною системою.

#### Шкала та критерії оцінки знань на підсумковому рівні контролю

| Оцінка       | Критерії   |
|--------------|--|
| Відмінно     | Відмінне знання матеріалу, у відповіді не допущено ніяких помилок. При тестуванні правильну відповідь дано не менше ніж на 90% тестових питань |
| Добре        | Знання матеріалу добре, у відповіді допущені непринципові неточності. При тестуванні правильну відповідь дано на 75–89% тестових питань        |
| Задовільно   | Знання матеріалу поверхневе, у відповіді є принципові неточності. При тестуванні правильну відповідь дано на 50–74% тестових питань            |
| Незадовільно | Відповіді на понад половину питань містять помилки. При тестуванні правильну відповідь дано на 0–49% тестових питань                           |

### Висновки

Таким чином, досвід Центру додаткової професійної освіти свідчить про необхідність навчання особливостям надання допомоги людям літнього віку медичного і соціального персоналу всіх рівнів освіти з введенням таких пріоритетних тем, як реабілітація, сучасні підходи до довготривалої допомоги та паліативного догляду, місце геріатрії у реформуванні медичної галузі, психологія літніх пацієнтів, профілактика професійного вигорання персоналу та інші.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у розвитку системи навчання медичних і соціальних фахівців, соціальних робітників, молодших медичних сестер, волонтерів, самих літніх людей і членів їхніх сімей сучасним елементам догляду і допомоги.

### Рекомендована література

1. Аймедов К.В. Паліативная помощь: состояние и перспективы / К.В. Аймедов, О.В. Кривоногова, Т.М. Костюченко // Вісн. морської медицини. – 2013. – № 4. – С. 6 – 10.
2. Актуальні питання впровадження системи паліативної допомоги та забезпечення прав пацієнтів з обмеженим прогнозом життя в Україні. / Ю.І. Губський, А.В. Царенко, О.О. Скорина та ін. // Право на медичну допомогу в Україні – 2008. Харківська правозахисна група. – Харків: Права людини, 2009. – С. 224 – 266.
3. Антологія наукових публікацій «Проблемы паліативной помощи в онкологии» / Под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чиссова, Н.А. Осиповой: Т. I – II. – М., 2002. – 687 с.
4. Бачинська М.В. Аналіз та прогноз чисельності осіб похилого віку в контексті розвитку геріатричної допомоги населенню регіону / М.В. Бачинська // Регіональна економіка. – 2012. – № 4. – С. 129 – 135.
5. Вольф О.О. Взаємодія між державними та недержавними організаціями заради розвитку паліативної та хоспісної допомоги у Печерському районі Києва / О.О. Вольф // Вісн. нац. тех. ун-ту України «Київський політехнічний інститут». – 2011. – № 1 (9).
6. Вольф О.О. Роль глобальних, субрегіональних, національних інституцій громадянського суспільства у гуманізації політики щодо невідліковно хворих у деяких країнах світу та Україні / О.О. Вольф // Вісн. Нац. тех. ун-ту України «Київський політехнічний інститут». Серія: Політологія. Соціологія. Право. – 2012. – № 1. – С. 94 – 102.
7. Вороненко Ю.В. Створення системи паліативної і хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти / Ю.В. Вороненко, Ю.І. Губський, А.В. Царенко // Наука і практика. – 2014. – № 1. – С. 63 – 75.

8. Геєць В.М. Інститути соціалізації в Україні та країнах ЄС: тенденції розвитку та ключові відмінності / В.М. Геєць // Укр. соціум . – 2011. – № 2. – С. 7 – 34.
9. Герасимова Н.С. Паліативна допомога в дома особам похилого віку / Н.С. Герасимова // Соц. робота в Україні: теорія і практика. – 2013. – № 3 – 4. – С. 97 – 106.
10. Довідник організацій із соціального обслуговування та надання соціальних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги / За заг. ред. С.В. Мельника; Уклад. В.Г. Журавська, О.І. Ключник. – Луганськ, 2010. – 241 с.
11. Європейська асоціація паліативної допомоги (ЄАПД) [Цит. 18.01.2010 р.] – Режим доступу: <http://www.eapcnet.org/download/forPolicy/CountriesRep/France.pdf>
12. Закон України від 19.06.2003 р. № N 966-IV «Про соціальні послуги».
13. Кабаченко Н.В. Організація надання соціальних послуг людям похилого віку у соціальних службах: міжнародний досвід / Н.В. Кабаченко // Наукові записки НаУКМА: Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота: зб. наук. пр. – 2013. – С. 62 – 67.
14. Контроль болю в онкології. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / М.К. Хобзей, Ю.І. Губський, О.М. Ліщшина та ін. – К., 2011. – 295 с.
15. Кривобок Ю.В. Теоретичні аспекти визначення мінімального переліку соціальних послуг, гарантованих державою на безоплатній основі особам, які перебувають у складних життєвих обставинах, 2013. – 11 с.
16. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 13.11.2013р. № 760 «Про затвердження Державного стандарту догляду вдома»
17. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 27.12.2013 року N 904 «Про затвердження Методичних рекомендацій з проведення моніторингу та оцінки якості соціальних послуг»
18. Паліативна та хоспісна допомога: підручник/[Вороненко Ю.В., Губський Ю.І., Князевич В.М., Чайковська В.В., та ін.]; за ред.: Ю.В. Вороненко, Ю.І. Губського.-Вінниця: Нова Книга, 2017.-392с.
19. Паллиативная помощь. Убедительные факты / под ред. E. Davies, I.J. Higginson. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2005. – 32 с.
20. Пинчук И.Я. Проблема психического здоровья пожилых людей в Украине / И.Я. Пинчук // НЕЙРОNews. – 2008. – № 2 (7).
21. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 08.08.2012 р. № 556 «Про схвалення Стратегії реформування системи надання соціальних послуг».
22. Сергиенко В.В. Новое направление инноваций в Украине / В.В. Сергиенко, Е.И. Райхман // Актуал. пробл. права: теорія і практика. – 2013. – № 26. – С. 489 – 496.
23. Aho H. Patients referred from multidisciplinary pain clinic / H. Aho, T. Kauppila, M. Haanpääl // Scandinavian Journal of Pain. – 2010. – Vol. 1. – № 4.
24. Busse R. Health care systems in transition: Germany / R. Busse, A. Riesberg // Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. – 232 p.
25. Harrison J.P. Comprehensive Community-Based Model for Hospice Care / J.P. Harrison, D.A. Ford // American Journal of Hospice & Palliative Medicine. – 2007. – Vol. 24. – №
26. Health care systems in transition: Netherlands / A. Exter, H. Hermans, M. Dosljak, R. Busse // Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. – 141 p.
27. Higginson I. Place of care in advanced cancer: A qualitative systematic literature review of patient preferences / I. Higginson, G.J. A. Sen-Gupta // J. of Palliative Medicine. – 2000. – Vol. 3. – P. 287 – 300.
28. Johansson E. The Long – Term Care System for the Elderly in Finland / Johansson E. // ENEPRI Research Report No. 76, 2010. – 9 p.
29. Naber D. A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables / D. Naber // Int. Clin. Psychopharmacol. –1995. – Vol. 10. – Suppl. 3. – P. 133 – 138.
30. Oliver J. Quality of life and mental health services / J. Oliver, P. Huxley, K. Dridges, H. Mohamad. –London – New York, 1996. – 310 p.
31. Serra-Prat M. Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia / M. Serra-Prat, J.M. Picaza // Palliative Medicine. – 2001. – Vol. 15.
32. Shnoor Y., Szlaifer M., Aoberman A. S., Bentur N. The Cost of Home Hospice Care for Terminal Patients in Israel // American Journal of Hospice & Palliative Medicine. – 2007. – Vol. 24. – N. 4.
33. Sullivan G. Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population / G. Sullivan, K.B. Wells, B. Leake // Hosp. Commun. Psychiatry. – 1992. – Vol. 43, № 8. – P. 794 – 798.

## Система підготовки, перепідготовки кадрів

34. Wright M. *Models of hospice and palliative care in resource poor countries: issues and opportunities / M. Wright.* – London: Help the Hospices, 2003.
35. Psychotherapy Supervision: Theory, Research, and Practice Allen K. Hess, Kathryn D. Hess, Tanya H. Hess. Wiley, 2008, 11, 14. – 720 p.

### Відомості про авторів:

**Чайковська Віра Володимирівна** – д.мед.н., проф., зав. лабораторії соціальної геронтології, директор Центру додаткової професійної освіти ДУ «Інституту геронтології імені Д.Ф. Чеботарєва НАМН України», проф. каф. паліативної і хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

**Вяліх Тетяна Ігорівна** – ст.н.с. лабораторії соціальної геронтології, викладач Центру додаткової професійної освіти ДУ «Інституту геронтології імені Д.Ф. Чеботарєва НАМН України». Адреса: Київ, вул. Вишгородська, 67.

**Царенко Анатолій Володимирович** – доц. каф. паліативної і хоспісної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика, викладач Центру додаткової професійної освіти ДУ «Інституту геронтології імені Д.Ф. Чеботарєва НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Стаття надійшла до редакції 27.11.2017 р.

## НОВИНИ

### Медицинские инновации украинских ученых спасают жизни по всему миру

Украинские ученые активно участвуют в формировании мировой медицины. Однако ученые из Национальной академии медицинских наук Украины не считают свои изобретения революционными. Несмотря на это, факт остается фактом – украинские разработки спасают жизни людей каждый день.

Важнейшие изобретения украинских ученых в медицинской отрасли:

- Возможность проводить шунтирование на работающем сердце. Ранее для проведения такой операции нужно было останавливать сердце и обеспечивать искусственное кровообращение. Благодаря украинским ученым, теперь операцию можно проводить на работающем сердце. Это гораздо легче переносится пациентом.
- Гипертермия при септическом эндокардите. Это направление медицины в Украине значительно более развито, чем во всем мире. Состояние человека со сложной болезнью намного улучшается за счет искусственного клапана, который помещается в инфицированную среду.
- Способ электросварки мягких тканей. Этот метод заменил традиционное шовление. Благодаря ему сокращаются время и потери крови. Технология украинских ученых используется в России, Белоруссии и Соединенных Штатах.
- Электростимуляция нервных структур. Для этого электростимулятор подшивают к участку поврежденной кожи. Получая постоянную стимуляцию, нерв значительно быстрее восстанавливается.
- Лечение эндокринных болезней альгинатными капсулами. Эта современная разработка украинских ученых только недавно получила применение. Технология заключается в использовании альгинатной капсулы, которая помогает изменить функцию органа, переставшего работать в нормальном режиме.

Последняя инновация пока исследуется на экспериментальном уровне. Ею уже заинтересовались иностранные медики.

Источник: <https://med-expert.com.ua/news/>

УДК 616.8-009.81+616.833.24:616.12

М.Є. Чіжикова

## Рефлексотерапія у комплексному лікуванні хронічного болю в спині у хворих після інсульту

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна  
Клінічна лікарня «Феофанія», м. Київ, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2018.1(7):47-52; DOI 10.15574//IJRPM.2018.7,47

Інсульт посідає одне з чільних місць серед причин смертності і завжди перше у структурі стійкої втрати працевдатності. Серед бальових синдромів у постінсультних пацієнтів біль у спині грає не останню роль. Використання методів рефлексотерапії, зокрема акупунктури, для лікування хронічного болю у спині неодноразово досліджувалося. Водночас патогенетичні особливості бальових феноменів у постінсультних хворих вимагають подальшого вивчення та удосконалення лікувально-реабілітаційних підходів.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням знаходилися пацієнти з інсультом в анамнезі, що страждали на хронічний біль у спині. Основна група (n=30) поряд з традиційним лікуванням отримувала рефлексотерапію, контрольна група отримувала тільки традиційну медикаментозну терапію (n=30). Середній вік пацієнтів основної групи становив  $70\pm8,06$  року, жінок було 13 (середній вік  $66,8\pm6,96$ ), чоловіків – 17 (середній вік  $72,75\pm7,95$ ). Середній вік пацієнтів контрольної групи склав  $70,3\pm9,0$  року, жінок було 8 (середній вік  $68,7\pm9,7$ ), чоловіків – (22 середній вік  $70,8\pm8,4$ ). В обох групах переважав ішемічний інсульт. Більшість пацієнтів обох груп знаходилися у резидуальному періоді. Поряд з корпоральною одночасно застосовувалися декілька мікроакупунктурних систем. Оцінка хронічного болю у спині ґрунтувалася на п'яти критеріях: інтенсивність (оцінювалася за ВАШ), тривалість, характер (оцінювався за NPS), локалізація та умови виникнення.

**Результати.** Комплексна терапія хронічного болю у спині із застосуванням комбінованої методики акупунктури статистично достовірно ( $p<0,05$ ) впливає на три показники хронічного болю у спині – інтенсивність, характер та умови виникнення. Контрольна група показала добре результати ( $p<0,05$ ) тільки у зниженні інтенсивності болю. Порівняльний аналіз результатів лікування двох груп достовірно продемонстрував ( $p<0,05$ ) позитивний ефект акупунктури на два показники болю – інтенсивність і характер.

**Висновки.** Рефлексотерапія, зокрема акупунктура, у комплексному лікуванні постінсультних пацієнтів значно зменшує прояви хронічного болю у спині. Крім того, вона дозволяє покращити ефективність реабілітації та якість життя.

**Ключові слова:** хронічний біль у спині, гостре порушення мозкового кровообігу, інсульт, рефлексотерапія, акупунктура.

### Acupuncture in the complex treatment of chronic back pain in the patients after a stroke

M.Y. Chizhykova

State Scientific Institution «Scientific and practical center of preventive and clinical medicine» of State Administration of Affairs, Kyiv, Ukraine

Clinical Hospital «Feofania», Kyiv, Ukraine

**Introduction.** The stroke is one of the leading places among the causes of mortality and is always the first in the structure of persistent disability. Among the pain syndromes in post-stroke patients, back pain is not on the last place. The use of acupuncture for the treatment of chronic back pain has been investigated already. However the pathogenic features of pain phenomena in patients after a stroke require further study and improvement of treatment and rehabilitation approaches, which was substantiated by our study.

**Materials and methods.** We analyzed 2 groups of patients who had the stroke in anamnesis and suffered from headache. The main one (n=30), where acupuncture along with traditional medication treatment, was used; control group receiving traditional medications only (n=30). The average age of patients in the main group was  $70\pm8.06$  years. Among them: women – 13 (average age –  $66.8\pm6.96$ ), men – (17 average age –  $72.75\pm7.95$ ).

## Реабілітація в неврології

The average age of the control group was  $70.3 \pm 9.0$  years. Among them, women are 8 (average age  $68.7 \pm 9.7$  years), men – 22 (average age  $70.8 \pm 8.4$  years).

In both groups the ischemic stroke predominated. Most patients in both groups were in residual stroke period. Along with the corporal acupuncture we used combined method including several microsystems. Evaluation of chronic back pain was based on 5 criteria: intensity (estimated with VAS), duration, character (estimated with NPS), localization and condition of occurrence.

**Results.** The analysis of main group treatment results showed that the complex treatment of chronic back pain including combined acupuncture method statistically significantly ( $p < 0.05$ ) influenced on three indicators of chronic back pain – intensity, character and conditions of occurrence. Control group showed good results ( $p < 0.05$ ) only on intensity of pain.

The comparative analysis of the results of the treatment of the two groups reliably demonstrated ( $p < 0.05$ ) positive effect of acupuncture on two pain indexes: intensity and character.

**Conclusions.** Acupuncture in the complex treatment of post stroke patients allows reducing chronic back pain significantly. Also at the same it allows to improve the effectiveness of rehabilitation and quality of life.

**Key words:** *chronic back pain, acute disturbance of cerebral circulation, stroke, acupuncture.*

### Рефлексотерапія в комплексному ліченні хроничної болі в спині у пацієнтів після інсульта

М.Е. Чижикова

Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, г. Киев, Украина

Клиническая больница «Феофания». г. Киев, Украина

Інсульт занимает одно из ведущих мест среди причин смертности и всегда первое в структуре стойкой утраты трудоспособности. Среди болевых синдромов у постинсультных пациентов боль в спине занимает не последнее место. Использование методов рефлексотерапии, в частности акупунктуры, для лечения хронической боли в спине неоднократно исследовалось. В то же время патогенетические особенности болевых феноменов у постинсультных больных требуют дальнейшего изучения и усовершенствования лечебно-реабилитационных подходов.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились пациенты с инсультом в анамнезе, страдавшие хронической болью в спине. Основная группа ( $n=30$ ) наряду с традиционным лечением получала рефлексотерапию, контрольная группа получала только традиционную медикаментозную терапию ( $n=30$ ). Средний возраст пациентов основной группы составлял  $70+8,06$  года, женщин было 13 (средний возраст –  $66,8 \pm 6,96$ ), мужчин – 17 (средний возраст –  $72,75 \pm 7,95$ ). Средний возраст пациентов контрольной группы составлял  $70,3+9,0$  года, женщин было 8 (средний возраст –  $68,7 \pm 9,7$ ), мужчин – 22 (средний возраст –  $70,8 \pm 8,4$ ). В обеих группах преобладал ишемический инсульт. Большинство пациентов обеих групп находились в резидуальном периоде. Совместно с корпоральной одновременно использовались несколько микроакупунктурных систем. Оценка хронической боли в спине базировалась на пяти критериях: интенсивность (оценивалась по ВАШ), продолжительность, характер (оценивался по NPS), локализация и условия возникновения.

**Результаты.** Комплексная терапия хронической боли в спине с использованием комбинированной методики акупунктуры статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) влияет на три показателя хронической боли в спине – интенсивность, характер и условия возникновения. Контрольная группа показала хорошие результаты ( $p < 0,05$ ) только в снижении интенсивности боли. Сравнительный анализ результатов лечения двух групп достоверно продемонстрировал ( $p < 0,05$ ) положительный эффект акупунктуры на два показателя боли – интенсивность и характер.

**Выводы.** Рефлексотерапия, в частности акупунктура, в комплексном лечении постинсультных пациентов значительно уменьшает проявления хронической боли в спине. Кроме того, она позволяет улучшить эффективность реабилитации и качество жизни.

**Ключевые слова:** хроническая боль в спине, острое нарушение мозгового кровообращения, инсульт, рефлексотерапия, акупунктура.

### Вступ

Інсульт посідає одне з провідних місць серед причин смертності і завжди перше у структурі стійкої втрати працевдатності. Так, в Україні реєструють понад 37% випадків смерті від інсульту, близько 22% осіб після нього стають інвалідами та лише 10–20% повертаються до праці [6,8]. За даними Американської асоціації кардіологів (2017 р.), у США реєструється 795000 інсультів на рік. Тобто кожні 40 секунд виникає новий інсульт, кожні 40 хвилин реєструється смерть від гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) [12]. Наслідки інсульту покладають особливі обов'язки на членів родин хворих та лягають важким соціально-економічним тягарем на суспільство. Тому на даний час гостро постає потреба у по-

глибленному вивчення та широкому впровадженні в клінічну практику нових підходів до відновлювального лікування [2,9]. Додавання до комплексної терапії немедикаментозних методів, які б сприяли зменшенню побічних явищ та прискоренню термінів видужування, залишається актуальним. Серед таких методів важливу роль відіграють методи рефлексотерапії (РТ). Рефлексотерапія – це лікувально-діагностична система, що включає комплекс різноманітних способів впливу на точки акупунктури (ТА) та зони організму через шкірні, шкірно-м'язові та нервові утворення із саногенетичною метою. Багатьма дослідниками доведено, що внаслідок впливу, який розпочинається зі стимуляції рецепторного апарату в ТА, у подальшому розвивається складний каскад

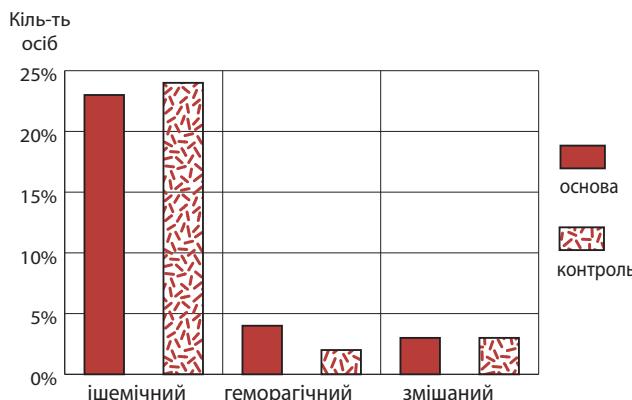


Рис.1. Розподіл хворих у групах за характером інсульту

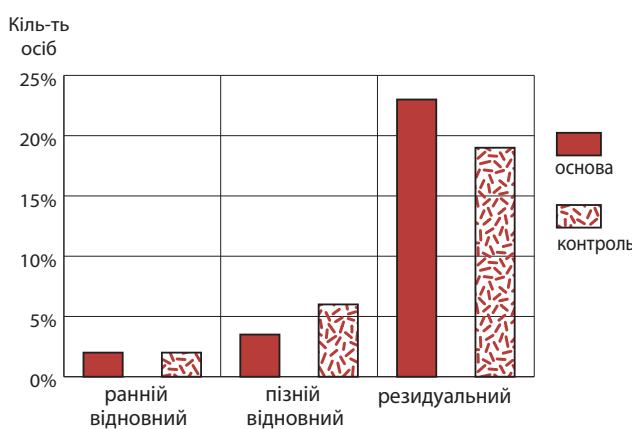


Рис. 2. Розподіл хворих у групах за періодом інсульту

нейрогуморальних реакцій, які, крім периферійного, охоплюють сегментарний і надсегментарний рівні нервової системи. РТ на ноцицептивні та антиноцицептивні системи зарахунок опосередкованої стимуляції секреції опіоїдних та неопіоїдних пептидів (вазопресину, окситотину, нейротензину тощо) [5,11,15,16]. Новітні дослідження доводять наявність в організмі людини так званої «первинно-судинної системи» – раніше невідомого анатомічного субстрату, через який реалізується дія ТР, та її важливу роль у забезпеченні саногенетичних реакцій [3,4,17,18].

Клінічний досвід доводить високу ефективність лікувального впливу РТ у хворих з органічними ураженнями нервової системи, зокрема у разі наслідків інсультів [9,13,19,20].

Серед бальових синдромів у постінсультних хворих біль у спині займає не останнє місце. Термінологічно «біль у спині» (загальноприйнятий у світі термін – «back pain») включає бальові прояви у дorsальній частині тулуба.

Розвиток болів у спині пов'язують із розвитком вторинних м'язових феноменів, що формуються у м'язах паретичних кінцівок та тулуба, ускладнюють відновлення рухових функцій. Вимушена гіподінамія, болі, контрактури, трофічні зміни м'язів паре-

тичних кінцівок та тулуба, зокрема спини, що приєднуються в пізньому періоді хвороби, обтяжують перебіг основного захворювання, обмежують рухи, перешкоджають проведенню відновлювальних заходів [2,7,9]. Ряд вчених розглядають постінсультні м'язові болі з позиції концепції міофасціального бальового синдрому (МБС), якому притаманна наявність тригерних точок (ТТ) [7,10].

Застосування методів РТ, зокрема акупунктури, для лікування хронічного болю в спині неодноразово досліджувалося [2,10,14]. Водночас патогенетичні особливості бальових феноменів у хворих після інсульту потребують подальшого вивчення та удосконалення лікувально-реабілітаційних підходів, що стало підґрунттям для нашого дослідження.

**Мета:** дослідження впливу РТ у комплексному лікуванні хронічного болю у спині у хворих після інсульту.

### Матеріал і методи дослідження

Для вирішення поставленої мети нами проаналізовано показники лікування двох груп хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в КЛ «Феофанія» у відділеннях загальної та судинної неврології і центру болю. Критеріями включення у дослідження була наявність інсульту в анамнезі та бальового синдрому. Критеріями виключення були: пацієнти з афазією, тестом MMSE нижче 20, пацієнти, які приймали антидепресанти.

Основна група хворих поряд із традиційним медикаментозним лікуванням отримала курс РТ ( $n=30$ ); група контролю ( $n=30$ ) отримувала виключно стандартне лікування. Реабілітаційний комплекс забезпечували інструктори з лікувальної фізкультури, 30–40 хвилин один раз на день у залі ЛФК або в палаті залежно від фізичного стану хворих.

Середній вік пацієнтів основної групи склав  $70 \pm 8,06$  року, з них 13 жінок (середній вік  $66,8 \pm 6,96$  року) та 17 чоловіків (середній вік  $72,75 \pm 7,95$  року).

Середній вік контрольної групи склав  $70,3 \pm 9,0$  року, з них 8 жінок (середній вік  $68,7 \pm 9,7$  року) та 22 чоловіків (середній вік  $70,8 \pm 8,4$  року).

За характером інсульту в основній та контрольній групах переважав ішемічний інсульт (рис.1).

Розподіл хворих за періодом інсульту згідно з класифікацією Є.І. Гусєва [1] показав, що найбільша їх кількість, яка спрямовувалась до кабінету рефлексотерапії, знаходилася у резидуальному періоді (рис. 2). Оскільки проаналізована нами залежність хронічного болю в спині від періодів інсульту у досліджуваної групи за критерієм узгодженості  $\chi^2$  не виявила розбіжностей, у дослідження також були включені пацієнти в ранньому та пізньому відновних періодах.

## Реабілітація в неврології

Таблиця 1

### Аналіз результатів комплексного впливу на хронічний біль у спині у постінсультних хворих основної групи

| Критерій | m            |                 | Std Dev      |                 | Std Dev  | t       | p            |
|----------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|----------|---------|--------------|
|          | до лікування | після лікування | до лікування | після лікування |          |         |              |
| A        | 3,828571     | 1,6             | 2,134943     | 1,31059         | 1,308023 | 10,079  | <b>0,001</b> |
| Б        | 1,628571     | 1,685714        | 0,546955     | 0,676123        | 0,764771 | 0,4420  | 0,661        |
| В        | 3,205882     | 2,588235        | 1,249955     | 1,416732        | 1,456744 | 2,4722  | <b>0,018</b> |
| Г        | 2,028571     | 2               | 1,042782     | 1,084652        | 0,169031 | 1       | 0,324        |
| Д        | 1,971429     | 1,628571        | 0,821967     | 0,807528        | 0,591253 | 3,43063 | <b>0,001</b> |

Таблиця 2

### Аналіз результатів традиційного лікування хронічного болю у спині у постінсультних хворих контрольної групи (n=30)

| Критерій | m            |                 | Std Dev      |                 | Std Dev  | t        | p      |
|----------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|----------|----------|--------|
|          | до лікування | після лікування | до лікування | після лікування |          |          |        |
| A        | 3,314286     | 2,742857        | 0,993255     | 0,950011        | 0,55760  | 6,06273  | < 0,05 |
| Б        | 1,6          | 1,657143        | 0,553066     | 0,539218        | 0,23550  | 1,43548  | 0,16   |
| В        | 3,371429     | 30314586        | 1,165325     | 1,278129        | 0,481594 | 0,701964 | 0,48   |
| Г        | 1,971429     | 1,971429        |              |                 |          |          |        |
| Д        | 1,857143     | 1,8             | 0,809606     | 0,797053        | 0,338062 | 1        | 0,32   |

Біль у спині був виявлений у 98% хворих досліджуваної групи, причому цервікалгія становила 48%, люмбалгія – 49%, торакалгія – лише 3%.

Біль у спині оцінювали за п'ятьма критеріями:

А – інтенсивність (оцінювалась за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ), де «0» – відсутність болю, а «10» – нестерпний біль);

Б – тривалість (оцінювалась в годинах з урахуванням часу виникнення протягом доби);

В – характер (оцінювався за шкалою невропатичного болю NPS – тупий, пекучий, холодний, ниючий тощо);

Г – локалізація (цервікалгія, торакалгія, люмбалгія);

Д – умови виникнення (при активних рухах, у спокої, після тривалої вимушеної пози).

Майже у всіх хворих з болем у спині, навіть за відсутності симптомів натягу, нами були виявлені активні ТТ у зоні випрямляючого спину м'яза, квадратного м'яза попереку, сідничного м'яза та на нижній третині передньолатеральної поверхні голілок, що відповідало даним інших дослідників [7,10].

MPT-дослідження відповідних відділів хребта було проведено тільки 17,5% хворим групи спостереження у зв'язку зі стійким бальзовим синдромом, яке виявило значні дегенеративні зміни: згладженість

поперекового та/або шийного лордозу, у 18,2% – лівобічний сколіоз, майже у всіх – артроз фасеткових суглобів та наявність крайових остеофітів, дегенеративні зміни міжхребцевих дисків до виразних екструзій у поперековому відділі, з потовщенням повздовжніх зв'язок та, відповідно, стенозом спинномозкового каналу.

Рефлексотерапія, зокрема акупунктура, проводилася у режимі щоденно, кількість сеансів у середньому становила 10 процедур, відповідно до термінів перебування хворого на стаціонарному лікуванні протягом двох тижнів. Середня тривалість процедури у одного хворого становила 40 хвилин.

З метою підвищення ефективності впливу нами запропонована модифікація методу, яка включала поєднаний вплив на мікросистеми (вушна раковина, зони скальпа, зони кисті, стопи та живота) одночасно з корпоральною акупунктурою (Патент на корисну модель № 122875 від 25.01.2018 р.).

Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом (ЛЕК) усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень було отримано поінформовану згоду хворих (або їхніх опікунів).

Статистична обробка даних проводилася за критерієм Стьюдента для залежних та незалежних ви-

## Таблиця 3

**Аналіз результатів лікування хворих в основній та контрольній групі (n=60)**

| Критерій | Основна (n=30) |          | Контрольна (n=30) |          | t        | p     |
|----------|----------------|----------|-------------------|----------|----------|-------|
|          | m1             | Std Dev  | m2                | Std Dev  |          |       |
| A        | 1,6            | 1,084652 | 2,742857          | 1,042782 | 4,17697  | <0,05 |
| Б        | 1,685714       | 1,31059  | 1,657143          | 0,950011 | 0,19545  | 0,84  |
| В        | 2,588235       | 0,676123 | 3,314286          | 0,539218 | 2,236498 | <0,05 |
| Г        | 2              | 0,807528 | 1,971429          | 0,797053 | 0,11234  | 0,91  |
| Д        | 1,628571       | 1,416732 | 1,8               | 1,278129 | 0,893843 | 0,37  |

бірок з використанням пакета статистичних програм Microsoft Office Excel 2007 та Statistica for Windows 6.0.

## Результати дослідження та їх обговорення

Ефективність застосованого впливу на прояви хронічного болю у спині оцінювалась у динаміці в основній (табл. 1) та контрольній (табл. 2) групах, після чого порівнювалися показники ефективності лікування в групах.

Комплексне лікування хронічного болю у спині у постінсультних хворих із застосуванням акупунктури (основна група) показало позитивні клінічні результати (табл.1).

Аналіз результатів лікування хворих основної групи показав, що комплексна терапія із застосуванням акупунктури дозволила отримати позитивний ефект ( $p<0,05$ ) стосовно трьох характеристик болю: інтенсивність, характер бальового відчуття та умови виникнення. Показник «тривалість» не вийшов на рівень достовірного за рахунок, на наш погляд, збільшення активного режиму і, таким чином, збільшення можливостей для виникнення болю при зменшенні інтенсивності та невропатичного компоненту.

Результати статистичної обробки показників контрольної групи за тестом Стьюдента для залежних вибірок показані у табл. 2. Наведені у таблиці дані дозволяють стверджувати, що традиційна медикаментозна терапія достовірно знижує хронічний біль у спині у постінсультних хворих ( $p<0,05$ ) тільки за одним показником – «інтенсивність».

Порівняльний аналіз результатів лікування хронічного болю у спині у постінсультних хворих достовірно

доводить ( $p<0,05$ ) перевагу застосування РТ за запропонованою нами методикою поєднаного впливу корпоральної акупунктури із мікросистемами щодо зменшення інтенсивності та характеру, а саме невропатичного компоненту, бальових синдромів проти показників на тлі стандартної медикаментозної терапії (табл. 3).

## Висновки

Доведено, що комплексне лікування хронічного болю у спині із застосуванням РТ за запропонованою методикою поєднаного застосування корпоральної акупунктури разом із мікросистемами статистично достовірно ( $p<0,05$ ) впливало на три показники – інтенсивність, характер та умови виникнення.

Доведено, що традиційна терапія достовірно знижувала тільки один показник хронічного болю в спині – «інтенсивність» у постінсультних хворих ( $p<0,05$ ).

Порівняльний аналіз результатів лікування хворих достовірно довів ( $p<0,05$ ) перевагу застосування РТ щодо зменшення інтенсивності та невропатичного характеру хронічного болю у спині проти показників стандартної медикаментозної терапії.

Таким чином, застосування РТ у комплексному лікуванні хворих після інсульту дає змогу суттєво зменшити хронічний біль у спині та водночас запобігти невиправданій поліпрагмазії та її побічним негативним ефектам, поліпшити ефективність реабілітації та якість життя, що окреслює **перспективи подальшого вивчення** проблеми постінсультних бальових проявів та їх усунення за допомогою застосування методів РТ.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

## Література

- Гусев ЕИ, Коновалов АН, Скворцова ВИ. (2009). Неврология и нейрохирургия. Учебник в двух томах. Коновалов А.Н., Козлова А.В. (редакторы). Москва: ГЭОТАР: 420.
- Джусжа ТВ, Федоров СМ, Губенко ВП та ін. (2017). Бальові м'язово-скелетні синдроми у людей старших вікових груп: патогенез, клініка, терапевтичні засоби. Монографія. Тернопіль: Підручники і посібники: 256.

## Реабілітація в неврології

3. Коваленко ОЕ. (2013). Нейропластичность как базис саногенеза в рефлексотерапии. Основные направления фармакотерапии в неврологии. Материалы XV Международной конференции 24-26 апреля 2013 года. Судак:165-170.
4. Коваленко ОЄ, Чіжикова МЄ. (2017). Сучасні погляди на субстрат та механізми дії акупунктури. Міжнародний неврологічний журнал. 6 (92): 120-126.
5. Мачерет ЕЛ, Коркушко АО. (2005). Основы Традиционной Китайской медицины в рефлексотерапии. Киев: ДЕЙСТВИЕ:400.
6. Мищенко ТС. (2017). Эпидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине. Український вісник психоневрології. 25(9):22-24.
7. Орос ММ, Луц ВВ. (2015). М'язовий бальовий синдром у пацієнтів, які перенесли інсульт. Міжнародний неврологічний журнал. 5 (75): 65-68.
8. Прокопів ММ, Рогоза СВ, Трепет ЛМ та ін. (2017). Фактори ризику, структура та наслідки гострого періоду інсульту у місті Києві за даними прагматичного спостереження. Український медичний часопис. III/IV; 2(118):1-4.
9. Самосюк ИЗ, Козявкин ВИ, Лобода МВ. (редакторы). (2010). Медицинская реабилитация постинсультных больных. Київ: Здоров'я: 424.
10. Тревелл ДГ., Симонс ДГ. (2005). Миофасциальные боли и дисфункции. Пер. с англ. Москва: Медицина: 1192.
11. Bossy Y. (1983). Bases neurobiologiques des reflexotherapies. Paris: Masson: 147.
12. Emelia J Benjamin, Michael J Blaha, Stephanie E Chiuve et al. (2017). Heart disease and stroke statistics. A Report from the American Heart Association. AHA Statistical Update.
13. Fan Gang-qi, Wang Qi-cai (2010). Acupuncture and moxibustion for stroke rehabilitation. PMPH, Beijing: 137.
14. Hong Jie, Chen Bo. (2010). Acupuncture and Moxibustion for Lumbago. PMPH: Beijing:122.
15. Kendall DE. (1999). A Scientific Model for Acupuncture. American Journal of Acupuncture. 17(3): 251–268.
16. Pomeranz B. (1997). Brain opiates work in acupuncture. New Scientist. 73(1033):12-13.
17. Stefanov M, Kim J. (2015). Visualizing the Peripheral Primo Vascular System in Mice Skin by Using the Polymer Mercox. Journal of Pharmacopuncture. 18(3):75–79. doi 10.3831/KPI.2015.18.028
18. Vodyanoy V, Pustovyy O, Globa L et al. (2015). Primo-Vascular System as Presented by Bong Han Kim. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 361974:17. doi 10.1155/2015/361974.
19. Ying Xia, Guanghong Ding (2012). Current Research in Acupuncture. Springer Science & Business Media: 752.
20. Zhang JH, Wang D, Liu M. (2014). Overview of systematic reviews and meta-analyses of acupuncture for stroke. Neuroepidemiology. 42(1):50-58. doi 10.1159/000355435.

---

### Відомості про автора:

Чіжикова Марина Євгенівна – лікар-рефлексотерапевт Центру відновної медицини Клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами; заочний аспірант Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами. Адреса: м. Київ, вул. Верхня, 5.

Стаття надійшла до редакції 18.11.2017 р.

Ю.Г. Антипкін, В.Ф. Лапшин, Т.Р. Уманець

## Сучасні принципи реабілітації дітей з хронічними бронхолегеневими захворюваннями

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2018.1(7):53-58; DOI 10.15574//IJRPM.2018.7.53

Хронічним бронхолегеневим захворюванням (ХБЛЗ) належить значна частка у структурі захворювань органів дихання у дітей. Поширеність даної патології, важкість її перебігу, зростання захворюваності та зміщення дебюту на ранній вік ставлять завдання, пов'язані не тільки з розробкою тактики лікування, але й проведеним комплексу реабілітаційних заходів.

Авторами розроблена програма реабілітаційних заходів для дітей з ХБЛЗ на різних етапах відновлювального лікування та доведена її ефективність.

**Ключові слова:** хронічні бронхолегеневі захворювання, діти, відновлювальне лікування.

**Modern principles of rehabilitation of children with chronic bronchopulmonary diseases**

**Yu.H. Antipkin, V.F. Lapshin, T.R. Umanets**

SI «Lukyanova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynaecology of NAMS of Ukraine», Kyiv

Chronic bronchopulmonary diseases (CBPD) make up a significant portion in the structure of respiratory diseases in children. The prevalence of this pathology, the course severity, the increase in morbidity and the shift of the onset to an early age, sets tasks not only to establish the management, but also to implement a complex of rehabilitation actions.

The authors have set up a program of rehabilitation actions for children with CBPD at various stages of rehabilitation treatment and have proved its efficacy.

**Key words:** chronic bronchopulmonary diseases, children, rehabilitation treatment.

**Современные принципы реабилитации детей с хроническими бронхолегочными заболеваниями**

**Ю.Г. Антипкин, В.Ф. Лапшин, Т.Р. Уманец**

ГУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка Е.Н. Лук'янової НАМН України», г. Київ  
Хроническим бронхолегочным заболеваниям (ХБЛЗ) принадлежит значительная доля в структуре заболеваний органов дыхания у детей. Распространенность данной патологии, тяжесть ее течения, рост заболеваемости и смещение дебюта на ранний возраст ставят задачи, связанные не только с разработкой тактики лечения, но и проведением комплекса реабилитационных мероприятий.

Авторами разработана программа реабилитационных мероприятий для детей с ХБЛЗ на разных этапах восстановительного лечения и доказана ее эффективность.

**Ключевые слова:** хронические бронхолегочные заболевания, дети, восстановительное лечение.

Захворювання органів дихання продовжують займати одне з провідних місць у структурі загальної захворюваності дитячого віку. Поряд із гострою патологією дихальних шляхів значну частину у структурі цих захворювань складають хронічні бронхолегеневі захворювання (ХБЛЗ), серед яких бронхіальна астма (БА) і хронічний бронхіт (ХБ) залишаються найбільш поширеними. За даними різних авторів, поширеність цієї патології становить від 5 до 10% дитячого населення промисловово розвинутих країн [1,3,15].

Зростання кількості хворих з ХБЛЗ пояснюється особливостями патоморфозу гострого запального процесу на сучасному етапі, а саме: схильністю до

затяжного перебігу, ранньою алергізацією та хронізацією. Крім того, часто нераціональне використання антибактеріальної терапії не забезпечує повного одужання з повним відновленням функціональних можливостей дихальної системи, що створює передумови для трансформації у хронічні форми захворювання [1,2,5].

Поширеність даної патології, зростання захворюваності, важкість її перебігу, зміщення початку захворювання на ранній вік ставлять завдання, пов'язані не тільки з розробкою тактики лікування, але й проведення комплексу реабілітаційних заходів. Якщо медикаментозна базисна терапія ХБЛЗ чітко

## Реабілітація в педіатрії

регламентована, то питання оздоровлення та реабілітації дітей з використанням немедикаментозних методів відновлювального лікування (ВЛ) потребують подальшого вивчення. Однією з важливих проблем залишається розробка нових підходів, адекватних методів ВЛ з використанням природних і преформованих фізичних факторів з урахуванням синдромно-патогенетичного принципу [4,8,12].

Патологічний процес при ХБЛЗ практично незворотній, що визначає деякі особливості реабілітаційних заходів даної категорії хворих дітей. Важливо відмітити, що першочерговим напрямком медичної реабілітації дітей є турбота про їх психофізичний розвиток.

Загальними задачами реабілітації дітей з ХБЛЗ є досягнення регресії зворотних та стабілізації незворотних змін у бронхолегеневій системі, відновлення і покращення функції зовнішнього дихання, серцево-судинної системи, фізичної активності та психофізичного статусу [2,6,7,9,14].

Окремими задачами реабілітації даної категорії дітей є ліквідація вогнищ інфекції, відновлення бронхіальної прохідності, покращення дренажної функції бронхів, попередження раннього експіраторного закриття дихальних шляхів, відновлення мукозиліарного кліренсу, економізація роботи дихальних м'язів.

В основі розробки алгоритму реабілітаційних програм для дітей з ХБЛЗ лежать основні принципи медичної реабілітації, рекомендовані Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ):

1. Раннє включення реабілітаційних заходів:

– на етапах первинної профілактики;  
– починаючи з перших днів гострого періоду захворювання.

2. Тривалий період реабілітації, що продовжується до повного відновлення порушених і втрачених функцій.

3. Індивідуальний підхід при розробці режиму реабілітації.

4. Безперервність застосування реабілітаційних заходів.

5. Послідовність ВЛ.

6. Комплексність та цілісність програми ВЛ.

При складанні індивідуальної програми ВЛ у дітей з ХБЛЗ необхідно оцінити реабілітаційний потенціал хворого, що передбачає урахування вихідного клініко-функціонального стану дитини: наявність основних клінічних симптомів (кашель, задишка, фізикальні зміни у легенях); дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД); оцінка ступеня активності і характеру запального процесу за даними цитоморфологічного дослідження мокротиння (індукованого мокротиння в період ремісії); стан серцево-судинної системи, вегетативного гомеоста-

зу, фізичної працездатності, психологічного статусу, соціальної дезадаптації; урахування супутньої патології [2,7,12].

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, процес медичної реабілітації розподіляють на три послідовні етапи: госпітальний (відновлювальне лікування), яке починають відразу після компенсації гострих явищ; санаторний (реадаптація); амбулаторно-поліклінічний (адаптаційно-компенсаторний, постреконвалесцентний, ресоціалізація) [10,12,14]. На рис. 1 наведено схему етапного ВЛ дітей з ХБЛЗ.

На стаціонарному етапі ВН дітей з ХБЛЗ забезпечуються не тільки клінічне одужання та відновлення функцій уражених органів і систем, але й підготовка хворої дитини до наступного етапу. Найкраще його проводити в умовах багатопрофільної або спеціалізованої дитячої лікарні, щоб забезпечити у відносно короткий термін всебічне обстеження хворого та якісне лікування.

Санаторний етап ВЛ особливо потрібний дітям з порушеними процесами адаптації, а також за наявності стійких залишкових явищ бронхолегеневого процесу.

Адаптаційно-компенсаторний етап ВЛ здійснюється, як правило, у домашніх умовах або в тому закладі, який відвідує дитина (дошкільні заклади, дитячий садок, школа). Контроль за проведенням цього етапу покладається на спеціалізований реабілітаційний центр або дитячу поліклініку. Основним видом медичної реабілітації на даному етапі є раціональна методика диспансерного нагляду за хворими дітьми, включаючи вторинну профілактику.

Для призначення комплексу реабілітаційних заходів дітям з ХБЛЗ важливий раціональний вибір факторів та засобів ВЛ при правильному поєднанні з медикаментозним базисним протирецидивним лікуванням [6,9,10].

При цьому при призначенні фізичних методів реабілітації хворих з ХБЛЗ виходять не з нозологічного, а із синдромно-патогенетичного принципу, з урахуванням фізичної характеристики діючого чинника, і їх практичного угрупування при цьому захворюванні (тобто по їх значенню або вкладу в комплекс лікувальних заходів) [2,8,12].

При використанні преформованих фізичних чинників у реабілітації дітей з ХБЛЗ доцільно також враховувати їх вплив на організм дитини. Натепер фізичні методи ВЛ для даної категорії хворих поділяють на: малоекективні методики (електросон, УФО, дарсонвалізація); засоби симптоматичної підтримки (різні види масажу, інгаляційна терапія, застосування струмів низької частоти тощо); методики, що мають виразне профілактичне спрямування (балньотерапія, кліматолікувальні процедури, рес-

піраторна терапія тощо); спеціальні методи з різною ефективністю, які мають деякі особливості, що дозволяють застосовувати їх у ситуаціях, пов'язаних з необхідністю мінімізації інших видів лікування внаслідок індивідуальної непереносимості, наявності супутньої патології, за якої інші види терапії протипоказані; базисні фізіотерапевтичні методики, або хворобомодифікуючі, які, у свою чергу, умовно поділяють на дві підгрупи: методики, пов'язані зі створенням сприятливого мікрооточення хворого (різні види галотерапії, інтервальне гіпоксичне тренування) та методи, які мають комплексну дію за рахунок впливу на основні механізми регуляції гомеостазу (трансцеребральна дія електричного поля ультрависокої частоти у поєднанні з дециметровою дією на ділянку надніркових залоз або селезінки, гелій-неовне лазерне опромінення [2,9,11,13].

На ранніх етапах реабілітації дітей з ХБЛЗ рекомендовано використовувати фізичні методи, що мають специфічний лікувальний ефект (протизапальний, покращення дренажної функції легень тощо), на заключних – методи, що забезпечують переважно неспецифічні лікувальні ефекти, які підвищують компенсаторно-пристосовні реакції організму і мають імуномодулюючий ефект. У ряді випадків ці методики можуть стати терапією вибору.

При проведенні ВЛ дітей з ХБЛЗ необхідно враховувати індивідуальну реакцію організму (тип реагування) на конкретний фізичний чинник нозологічної групи хворих. Спираючись на власний досвід моніторингу ВЛ даної категорії хворих, одним з критеріїв-індикаторів типу реагування на ВЛ може бути показник кардіоінтервалографії – вегетативна реактивність, що є чутливим функціональним параметром вегетативної нервової системи, який визначає тип реагування на дію різних фізичних чинників.

При проведенні ВЛ на кожному з його етапів необхідно також враховувати «терапевтичну інтерференцію» методів лікування. Так, фізіотерапевтичні процедури (тепполікування, бальнеотерапія), які проводяться після ЛФК, зменшують явища астенії, знижують болові відчуття, подовжують їх дію; гідрокінезотерапія чинить більш сильну тренуючу дію на серцево-судинну і дихальну системи; ультразвук, лазер, лікувальні ванни підвищують ефективність рефлексотерапії; дихальна гімнастика модифікує фізіологічні і лікувальні ефекти інгаляційної терапії [13].

Одним із важливих компонентів ВЛ для дітей з ХБЛЗ є застосування *респіраторної фізіотерапії* – фізичних методів впливу на легені і дихальні шляхи, а також грудну клітину з її м'язовим апаратом [2,6,7,15]. Респіраторна фізіотерапія (РФТ) включає в себе два комплекси – легеневий і дихальний, що мають різне призначення і використовують різні методи.

Легеневий комплекс здебільшого спрямований на поліпшення видалення мокротиння з легень. Оскільки у хворих з ХБЛЗ порушена дренажна функція легень, цей комплекс слід застосовувати в якості головного лікувального фактору, як в період загострення, так і в заключній фазі бронхолегеневого процесу, тобто переважно на госпітальному етапі реабілітації. Підвищення ефективності застосування легеневого комплексу досягається послідовним виконанням фізіотерапевтичних методів, спрямованих на вирішення трьох головних завдань з очищення (кліренсу) дихальних шляхів:

1) полегшення видалення мокротиння за допомогою її спеціальної обробки, що досягається використанням інгаляційної (небулайзерної) терапії;

2) стимулювання видалення мокротиння з периферичних зон до центральної. З цією метою застосовують лікувальну перкусію грудної клітки, вібра-вакуум-голкоаплікаційний масаж грудної стінки і внутрішньолегеневу осциляторну перкусію. Вибір зони масажу (перкусії) і положення тіла залежить від локалізації бронхолегеневого процесу;

3) видалення мокротиння з центральних зон. Цей етап завершує легеневий комплекс РТФ і включає в себе такі методи, як постуральний дренаж, форсований експріаторний прийом.

Дихальний комплекс включає у себе сукупність фізичних методів, призначених збільшити резерви дихальної системи шляхом поліпшення механічних властивостей легень, змінення дихальних м'язів і координації фаз дихального циклу. Основою дихального комплексу є різні методики дихальних у поєднанні з гімнастичними вправами загальнозміщуючого характеру.

Одним із методів дихального комплексу є методика регламентованого дихання. Сутність даного методу респіраторної терапії полягає в індивідуальному дозуванні дихальних фаз і затримок дихання після них з урахуванням показників кардіоінтервалографії [2,7]. Тривалі катамнестичні дослідження у дітей з БА свідчать про ефективність регламентованого дихання в комплексі ВЛ даної категорії дітей [7].

Невід'ємною складовою фізичної реабілітації дітей з ХБЛЗ є *кінезотерапія* (лікувальна фізкультура, заняття на тренажерах, дозована ходьба), яка виступає як метод патогенетичної і неспецифічної терапії. Механізм дії кінезотерапії розглядається як результат стимулюючого, трофічного і компенсаторного ефекту фізичних вправ, а також з позицій адаптації до фізичних навантажень. Основними терапевтичними ефектами кінезотерапії є: поліпшення нейрогуморальної регуляції дихання, функції зовнішнього дихання, активізація крово- і лімфообігу в легенях, посилення окислювально-відновних процесів, зниження енергетичної цінності дихання.

## Реабілітація в педіатрії

Значна роль у реабілітації хворих з ХБЛЗ належить *психотерапії*. Це, передусім, стосується дітей, з їх високолабільною нервовою системою. Неадекватна «внутрішня картина захворювання» значно ускладнює взаємовідносини лікаря та пацієнта, негативно впливає на перебіг захворювання, що в деяких випадках призводить до важкої невротизації. Тому при розробці комплексів ВЛ необхідно враховувати особливості психоемоційного реагування дитини на хворобу як критерій для диференційованого призначення різноманітних форм психотерапії. Дітям з «анозогностичним» (легковажним ставленням до хвороби) та «інтерпсихічним» (діти, які соромляться свого захворювання або використовують його у своїх інтересах) типами реагування на хворобу рекомендовано проводити індивідуальні заняття з психокорекції.

Нами була розроблена *програма реабілітаційних заходів для дітей* з ХБЛЗ на різних етапах ВЛ (рис. 1).

Клінічний етап ВЛ включав наступні фізичні методи лікування: небулайзерну терапію у режимі регламентованого вдиху (за показаннями — муколітики, антибактеріальні, інгаляційні глюкокортико-стероїди, бронхолітики); регламентоване дихання з урахуванням вегетативної реактивності разом з іншими методами кінезотерапії (статичні з поступовим включенням динамічних дихальних вправ, ізометричні вправи, дозована ходьба); вібро-вакуум-голькоаплікаційний масаж грудної клітки з урахуванням вегетативного гомеостазу з наступною лікувальною перкусією; фізичні методи зі специфічним лікувальним ефектом (за показаннями один з методів — електрофорез, ультразвук, ДМВ-, СВЧ-, СМТ-, інтерференц-, лазеротерапія, парафіно-озокеритові аплікації); психокорекція (методики арт-терапії, когнітивна, тілесно-орієнтована психотерапія, аутотренінг).

На санаторному етапі комплекс фізичних методів ВЛ включав: інгаляційну терапію у режимі регла-

ментованого вдиху (небулайзерна терапія за показаннями, ароматерапія); регламентоване дихання з урахуванням вегетативної реактивності (динамічні дихальні вправи) у комбінації з методами кінезотерапії (швидкісні вправи лікувальної фізкультури, теренкур, спортивні ігри, кліматокінезотерапія); базисні фізіотерапевтичні методики (один з методів — спелеотерапія, синглетерапія, трансцеребральна дія електричного поля ультрависокої частоти у поєднанні з дециметровою дією на зону наднирників (при симптомах надниркової недостатності) або на зону селезінки (при клітинній імунологічній дисфункциї), у поєднанні з одним із фізичних методів профілактичної спрямованості (бальнеотерапія, рефлексотерапія); психокорекція (індивідуальні і групові заняття), методики арт-терапії, когнітивної психотерапії, психодраматичні методики, «сімейна психотерапія».

На амбулаторно-поліклінічному етапі ВЛ у дітей з ХБЛЗ рекомендовано було продовжити даний комплекс: за показаннями небулайзерна терапія у режимі регламентованого вдиху; регламентоване дихання (динамічні дихальні вправи); кінезотерапія (швидкісні вправи лікувальної фізкультури, теренкур, спортивні ігри); фізіотерапевтичні методики профілактичної спрямованості — бальнеотерапія, рефлексотерапія, гідролазеротерапія; психокорекція в умовах «пульмошколи, «астма-школи» (індивідуальна або сімейна психотерапія», когнітивна психотерапія).

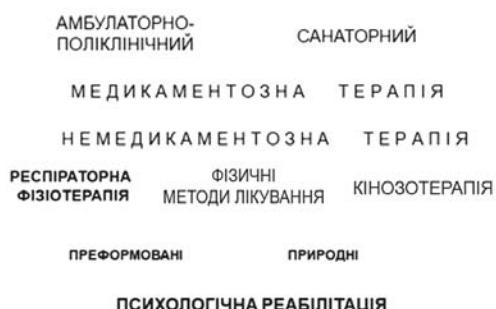
З метою вивчення терапевтичної ефективності розробленої програми ВЛ нами під моніторингове спостереження протягом двох років були взяті 220 дітей віком 6–14 років з БА (165 хворих) та вторинним ХБ (55 дітей), які методом рандомізації були розподілені на дві групи — основну і контрольну. Основну групу склали 108 дітей, контрольну — 112 хворих. На підставі оцінки вихідного клініко-функціонального стану хворих формувався діагностичний висновок, який включав повний клінічний діагноз з обов'язковим зазначенням функціональних розладів, специфічних для кожної патології, а також особливостей психологічного стану дитини.

З урахуванням виявлених змін дітям основної групи призначалась індивідуалізована поетапна реабілітаційна програма (реабілітаційний стаціонар — місцевий санаторій — поліклініка), яка включала розроблений комплекс ВЛ. Діти контрольної групи отримували ВЛ без урахування синдромно-патогенетичного принципу, а застосовані фізичні методи лікування включали традиційні методики для кожного лікувально-профілактичного закладу.

Нами розроблені критерії ефективності ВЛ за динамікою основних симптомів та результатами спеціального обстеження за наступною системою: «значне

### СХЕМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ХБЛЗ

#### ЕТАПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ



**Рис.1.** Схема відновлювального лікування дітей з хронічними бронхолегеневими захворюваннями

Таблиця

### Критерії ефективності реабілітаційного лікування дітей з хронічними бронхолегеневими захворюваннями

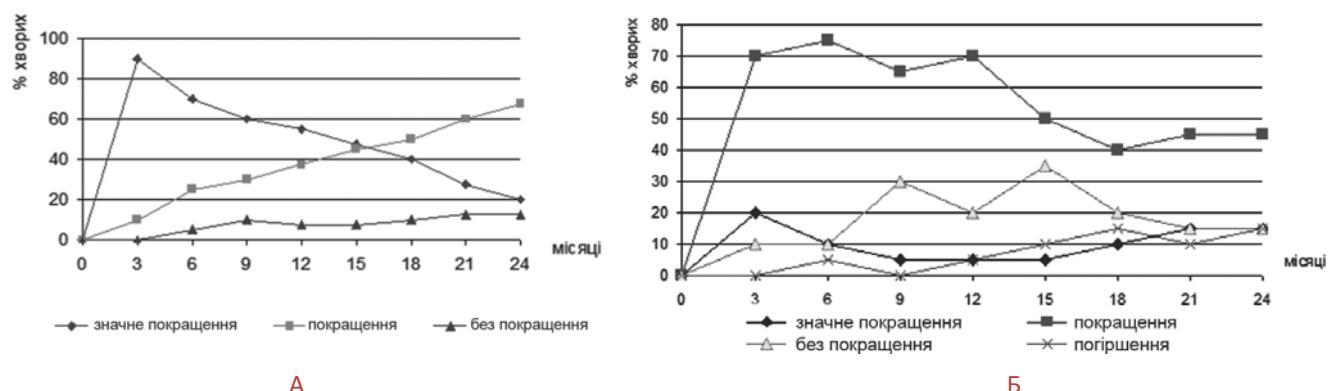
| Критерії ефективності | Клінічна характеристика загострень                    | Тривалість періоду ремісії                                     | Функція зовнішнього дихання                            | Стан ВНС  | Імунний стан   | Реагування на хворобу   | Цитоморфологічні зміни (за даними цитограмами індукованого мокротиння)  |
|-----------------------|---|--|--|---|--|---|---|
| Значне покращання     | Відсутність основних проявів хвороби                  | 1 рік і більше   | Показники FEV1, PEF – >80%; коливання PEF – 10–15%     | Відсутність скарг вегетативного характеру; нормалізація показників ВР, СІН                                      | Нормалізація стійких змін в імунному статусі                   | Стійке формування адекватної реакції на хворобу                               | Відсутність ознак запального процесу та дистрофії епітеліальних клітин  |
| Покращання            | Зменшення важкості загострень                         | Більше 3 місяців у дітей з БА<br>Більше 6 місяців у дітей з ХБ | Покращення FEV1, PEF (у межах 80%); коливання PEF ≤20% | Зменшення скарг вегетативного характеру; покращення показників по ВР, СІН                                       | Покращення імуноGRAMAMI у бік нормалізації основних показників | Зменшенні діагностичних коефіцієнтів патологічних типів реагування на хворобу | Невиразні ознаки запального процесу (помірна сепеторна еозинофілія при БА та нейтрофільоз при ХБ, помірна дистрофія епітеліальних клітин) |
| Без покращення        | Збереження частоти і важкості загострень              | Менше 3 місяців  | Коливання FEV1 та PEF (у межах 60–80%); PEF – 20–30%   | Збереження скарг вегетативного характеру та змін у показниках КІГ   | Стійкі порушення в імунологічному стані                        | Збереження патологічних типів ставлення до хвороби                            | Збереження цитоморфологічних змін   |
| Погіршення            | Збільшення частоти, важкості та тривалості загострень | 1–2 місяці   | FEV1 та PEF <60%; коливання PEF – 20–30%               | Погіршання вегетативного гомеостазу (збільшення скарг, формування патологічних типів вегетативної реактивності) | Погіршення показників імуноGRAMAMI                             | Стійке формування неадекватного реагування на хворобу, соціальна дезадаптація | Збільшення сепеторної еозинофілії та нейтрофільозу, дистрофії епітеліальних клітин, зниження лімфоцитів та макрофагів                     |

покращання», «покращання», «без покращення», «погіршення» (табл.).

Під «значним покращанням» розуміли таку ефективність лікування, за якої у катамнезі відмічалась відсутність нападів ядухи або утрудненого дихання через 12 місяців після проведеного реабілітаційного лікування або відсутність загострення ХБ, нормалізація показників функції зовнішнього дихання, психовегетативного, імунологічного станів, стійке збереження адекватного реагування на хворобу. «Покращання» – зменшення кількості та важкості нападів ядухи або утрудненого дихання, збільшення

тривалості контролю симптомів (понад три місяці) у дітей з БА та зменшення рецидивів бронхіту до одного разу на рік у дітей з ХБ, покращання функціональних показників (ФЗД, ВНС, імунологічного, психоемоційного стану). «Без покращення» – відсутність суттєвих змін перебігу захворювання, а також у показниках функціонального стану. Погіршення – погіршення важкості перебігу захворювання (збільшення частоти та тривалості загострень), погіршення показників ФЗД, ВНС, імунологічного стану, формування патологічного реагування на хворобу.

## Реабілітація в педіатрії



**Рис. 2.** Динаміка ефективності програм відновлювального лікування у дітей із хронічними бронхолегеневими захворюваннями: А – у дітей основної групи, Б – у дітей контрольної групи

На рис. 2 відображена динаміка ефективності програм ВЛ у дітей основної та контрольної групи.

Терапевтична ефективність етапного ВЛ із застосуванням розроблених комплексів задокументована інтегральними розрахунками з обчисленням ефективності реабілітації, згідно з якими розроблена програма реабілітації у 1,4 разу ефективніша, ніж традиційні комплекси реабілітаційних заходів.

Таким чином, персоніфікований підхід до ВЛ на підставі сучасних принципів реабілітації є необхідним на всіх її етапах, що дозволяє підвищити результати лікування та запобігти прогресуванню ХБЛЗ у дітей.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

### Література

- Антипкін ЮГ, Арабська ЛП, Смірнова ОА та ін. (2003). Сучасні підходи до діагностики, профілактики рецидивуючих і хронічних бронхітів у дітей. Київ:122.
- Антипкін ЮГ, Лапшин ВФ, Уманець ТР, Лобода МВ. (2004). Реабілітація дітей с хроническими бронхолегочными заболеваниями (Методические рекомендации). Київ:27.
- Антипкін ЮГ, Лапшин ВФ, Уманець ТР. (2015). Довідник з дитячої пульмонології та алергології. Науково-методичне видання. Київ: ТОВ Доктор-Медіа: 328.
- Апанасенко Г, Попова Л, Маглеваный А. (2012). Санология. Основы управления здоровьем. Saabruchen: Lambert Academy Publisher:405.
- Бородина ГЛ, Калечиць ОМ, Мановицька НВ, Новська ГК. (2011). Современная технология медицинской реабилитации пациентов с пневмонией. Инструкция по применению. Минск:26.
- Григус ІМ. (2015). Р82 Фізична реабілітація в пульмонології: навчальний посібник. Рівне: НУВГП: 258.
- Лапшин ВФ, Уманець ТР. (2004). Патогенетичне обґрунтування та ефективність респіраторної фізіотерапії в комплексі відновлювального лікування дітей з хронічними бронхолегеневими захворюваннями. Вестник фізіотерапії и курортології. 4:10-12.
- Лисенюк ВП, Самосюк ІЗ, Кожанова АК. (2000). Сучасні стандарти та критерії у реабілітаційній медицині. Фізіотерапія і курортологія. 2:48–51.
- Оленская ТЛ, Николаева АГ, Соболева ЛВ. (2016). Реабілітація в пульмонології: учебно-методическое пособие. Вітебск: ВГМУ: 142.

### Відомості про авторів:

**Антипкін Юрій Геннадійович** – академік НАН України, директор ДУ «ІПАГ НАН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. +38 (044) 483-80-67.

**Уманець Тетяна Рудольфівна** – д.мед.н., гол.н.с. ДУ «ІПАГ НАН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел.: +38 (044) 483-90-94.

**Лапшин Володимир Федорович** – д.мед.н., проф., заст. директора з науково-лікувальної роботи ДУ«ІПАГ НАН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел: +38 (044) 483-62-16.

Стаття надійшла до редакції 28.10.2017 р.

УДК 159.923.31:616.15-006-036.66-053.2:[616-036.82:615.327]

Г.А. Шаповалова, К.Д. Бабов

## Оцінка динаміки клінічних показників у дітей в період ремісії онкогематологічних захворювань за комплексом реабілітації з призначенням мінеральної лікувально-столової води

ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології  
МОЗ України», м. Одеса

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2018.1(7):59-62; DOI 10.15574//IJRPM.2018.7.59

**Мета:** оцінка динаміки клінічних показників у дітей у період ремісії онкогематологічних захворювань (ОГЗ) за комплексом реабілітації з диференційованим призначенням мінеральної лікувально-столової води.

**Матеріали і методи.** Алгоритм обстеження 118 дітей з ОГЗ на етапі санаторно-курортної реабілітації в умовах санаторію для дітей у супроводі батьків (санаторій імені В.П. Чкалова, м. Одеса) включав загально-клінічне обстеження (анамнез хвороби, наявність супутньої патології, скарги, клінічний огляд). Додатково до загального комплексу реабілітації 42 дітям призначали питний прийом мінеральної лікувально-столової природної води «Аква Лібра».

**Результати.** На тлі комплексного лікування в абсолютної більшості дітей зникли або зменшилися прояви болевого синдрому; зникла або знизилась не тільки частота диспептичних проявів, але й їх виразність; зникли або зменшилися майже усі прояви астенічного синдрому; вірогідно ( $p<0,05$ ;  $p<0,01$ ) зменшилась частота об'єктивних ознак захворювання та їх виразність.

**Висновки.** Доведено позитивний вплив мінеральної лікувально-столової води «Аква Лібра» у комплексі санаторно-курортної реабілітації дітей з ОГЗ.

**Ключові слова:** діти, онкогематологічні захворювання, комплекс реабілітації, мінеральна вода.

**Evaluation of the dynamics of the clinical indexes of children in the period of the remission of oncematological diseases in the complex of rehabilitation with designation of mineral medicinal-table water**

A.A. Shapovalova, K.D. Babov

SI «Ukrainian Research Institute of Medical Rehabilitation and Balneology of Ministry of Health of Ukrainian», Odessa

**Objective:** to assess the dynamics of clinical indexes in children during remission of oncohematological diseases (OHD) in a rehabilitation complex with the administration of mineral medicinal-table water.

**Materials and methods.** The algorithm of examination of 118 children with OHD at the stage of sanatorium rehabilitation in the conditions of a sanatorium for children accompanied by parents (V.P. Chkalov health resort, Odessa) included a general clinical examination (history of the disease, presence of concomitant pathology, complaints, clinical examination). In addition to the general complex, for 42 children included a drinking of the mineral natural medicinal-table water «Aqua Libra» intake.

**Results.** Under the influence of the complex with the use of the mineral water «Aqua Libra», the absolute majority of the children deprived or decreased manifestations of pain syndrome; decreased or disappeared, not only the frequency of dyspeptic manifestations, but their intensity; disappeared or decreased almost all manifestations of asthenic syndrome; significantly ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ), the frequency of objective signs of the disease and their intensity decreased.

**Conclusion.** The data obtained testify to the positive effect of the complex of sanatorium-resort rehabilitation with the administration of Akva Libra mineral medicinal-table water on the clinical course of the disease, the disappearance or significant reduction of complaints, pain, dyspeptic and asthenic syndromes, as well as objective signs of the disease.

**Key words:** children, oncohematological diseases, rehabilitation complex, mineral water.

## Реабілітація в педіатрії

### Оценка динамики клинических показателей у детей в период ремиссии онкогематологических заболеваний в комплексе реабилитации с назначением минеральной лечебно-столовой воды

А.А. Шаповалова, К.Д. Бабов

ГУ «Украинский научно-исследовательский институт медицинской реабилитации и курортологии

МЗ Украины», г. Одесса

**Цель:** оценка динамики клинических показателей у детей в период ремиссии онкогематологических заболеваний (ОГЗ) в комплексе реабилитации с назначением минеральной лечебно-столовой воды.

**Материалы и методы.** Алгоритм обследования 118 детей с ОГЗ на этапе санаторно-курортной реабилитации в условиях санатория для детей в сопровождении родителей (санаторий имени В.П. Чкалова, г. Одесса) включал общее клиническое обследование (анамнез болезни, наличие сопутствующей патологии, жалобы, клинический осмотр). Дополнительно к общему комплексу реабилитации 42 детям назначали питьевой прием минеральной лечебно-столовой природной воды «Аква Либра».

**Результаты.** Под влиянием комплекса с использованием минеральной воды «Аква Либра» у абсолютного большинства детей исчезли или уменьшились проявления болевого синдрома; снизилась или исчезла не только частота диспептических проявлений, но их интенсивность; исчезли или снизились практически все проявления астенического синдрома; достоверно ( $p<0,05$ ;  $p<0,01$ ) уменьшилась частота объективных признаков заболевания и их интенсивность.

**Выводы.** Доказано положительное влияние минеральной лечебно-столовой воды «Аква Либра» в комплексе санаторно-курортной реабилитации детей с ОГЗ.

**Ключевые слова:** дети, онкогематологические заболевания, комплекс реабилитации, минеральная вода.

## Вступ

Як свідчать дані літератури, у дітей з онкогематологічними захворюваннями (ОГЗ) у стадії клініко-гематологічної ремісії до 6 місяців після закінчення підтримуючої терапії зберігаються помірні клінічні прояви супутньої патології [4].

Аналіз попередніх досліджень показав, що проведення санаторно-курортної реабілітації (СКР) сприяє зникненню або значному зменшенню клінічних проявів супутніх захворювань та ускладнень спеціальної терапії, а також прискорює відновлення стану адаптації [2].

Обґрунтовано доцільність використання внутрішнього прийому мінеральних вод у ранньому відновлювальному лікуванні дітей з ОГЗ уже на етапі завершення підтримуючої терапії [4].

**Мета** роботи: оцінка динаміки клінічних показників у дітей у період ремісії ОГЗ за комплексом реабілітації з призначенням мінеральної лікувально-столової води.

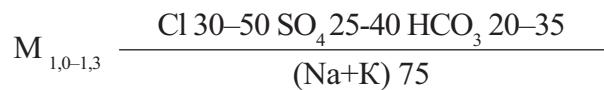
## Матеріал і методи дослідження

Алгоритм обстеження 118 дітей з ОГЗ на етапі СКР в умовах санаторію для дітей у супроводі батьків (санаторій імені В.П. Чкалова, м. Одеса) включав загальноклінічне обстеження (анамнез хвороби, наявність супутньої патології, скарги, клінічний огляд) [1].

Загальний комплекс реабілітації (ЗКР) для 76 дітей включав щадний руховий режим; кліматотерапію; дієтичне харчування; лікувальну фізкультуру; синглетно-кисневий коктейль; дитячий фіточай (холосас з аскорбіновою кислотою); програми психологочної допомоги хворим дітям та їхнім батькам.

Додатково до ЗКР 42 дітям включали питний прийом мінеральної лікувально-столової води

«Аква Лібра» гідрокарбонатно-сульфатно-хлоридної натрієвої:



Мінеральну воду призначали 3–4 рази на день, температурою 30–35 °C із розрахунку 3 мг/кг маси тіла на прийом, за 30–40 хв до прийому їжі.

Діти прибули на лікування у стадії стійкої ремісії ОГЗ у середньому через  $(3,78 \pm 0,46)$  року після захворювання, 24 дитини одержували курс СКР вперше, 18 – повторно.

Усі дослідження проводили відповідно до Конвенції Ради Європи «Про захист прав людини і людської гідності в зв’язку з застосуванням досягнень біології та медицини; Конвенції про права людини та біомедицину (ETS № 164)» від 04.04.1997 р., і Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (2008 р.). Батьки кожної дитини підписували інформовану згоду на участь у дослідженні.

## Результати дослідження та їх обговорення

На час прибуття на СКР у 48,15% обстежених дітей виявлено невеликий або помірний біль у правому підребер’ї, який виникав при фізичному навантаженні або порушенні діети, та біль в епігастрії; 15,38% дітей скаржилися на біль у ділянці кишечника. Під впливом комплексу з використанням мінеральної води «Аква Лібра» у абсолютної більшості дітей зникли або зменшилися прояви болевого синдрому (рис. 1). Загалом виразність скарг зменшилася з  $(0,50 \pm 0,11)$  до  $(0,04 \pm 0,03)$  бала ( $P<0,01$ ), в епігастрії – з  $(0,48 \pm 0,10)$  до  $(0,02 \pm 0,02)$  бала ( $P<0,02$ ).

Частота проявів диспептичного синдрому наведена на рис. 2. До 1/3 дітей скаржилися на прояви,

характерні для явищ інтоксикації та захворювань гепатобіліарної системи, які значно знизилася після комплексу лікування з використанням води «Аква Лібра». Знизилась або зникла не тільки частота диспептичних проявів але й їх виразність. По групі взагалі зниження апетиту зменшилось з  $(0,37 \pm 0,11)$  до  $(0,04 \pm 0,03)$  бала ( $P < 0,01$ ), гіркоти у роті – з  $(0,12 \pm 0,06)$  бала до її повного зникнення, нудоти – з  $(0,28 \pm 0,09)$  до  $(0,02 \pm 0,02)$  бала ( $P < 0,01$ ); порушень травлення та роботи кишечника у вигляді схильності до запорів – з  $(0,15 \pm 0,07)$  бала до їх повного зникнення у всіх хворих. Виразність проносів при надходженні становила  $(0,13 \pm 0,07)$  бала, а після лікування тільки в однієї дитини відмічено незначну схильність до проносів –  $(0,04 \pm 0,04)$  бала ( $P > 0,05$ ).

При вивчені клінічних проявів астенічного синдрому у 2/3 обстежених дітей виявлено невеликі прояви астенії: слабкість  $(0,69 \pm 0,12)$  бала до лікування і  $(0,11 \pm 0,05)$  бала після ( $P < 0,01$ ), дратівливість  $(0,80 \pm 0,17)$  бала до та  $(0,13 \pm 0,06)$  бала після ( $P < 0,001$ ) відповідно, емоційна лабільність  $(0,52 \pm 0,15)$  бала до та  $(0,11 \pm 0,05)$  бала після ( $P < 0,01$ ), періодично виникаючий головний біль  $(0,15 \pm 0,07)$  бала до та  $(0,11 \pm 0,05)$  бала після ( $P > 0,5$ ) (рис. 3).

Більш виразними були ці скарги у хворих дітей після спеціального лікування з давністю ремісії до трьох років. Під впливом санаторно-курортної реабілітації у більшості хворих зникли або знизилися практично всі прояви астенічного синдрому.

Слід зазначити, що 9 (21,4%) дітей прибули із залишковими явищами захворювань верхніх дихальних шляхів або захворіли у санаторії. Нежить та підвищена температура у процесі лікування зникли у всіх хворих, невеликий, періодично виникаючий, кашель наприкінці лікування спостерігався тільки у 3 (7,14%) хворих дітей.

Динаміка даних об'єктивного обстеження теж свідчила про позитивний вплив комплексу з використанням сульфатвмісної води «Аква Лібра», передусім у дітей із супутніми захворюваннями органів травлення (табл.).

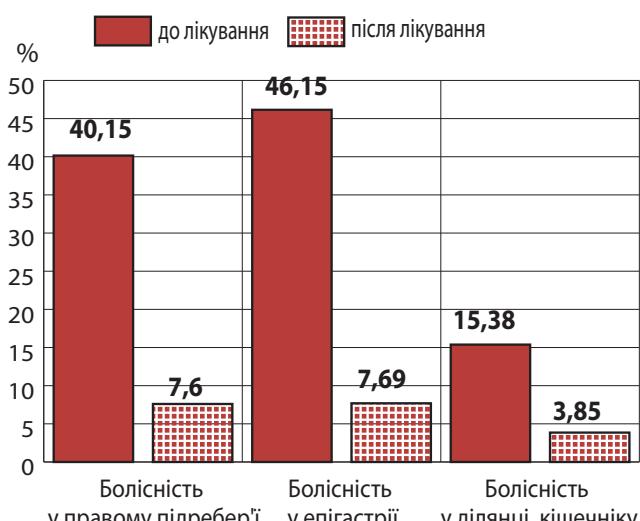


Рис. 1. Динаміка частоти проявів бальового синдрому у дітей з ОГЗ, %



Рис. 2. Динаміка частоти виявлення проявів диспептичного синдрому у дітей з ОГЗ, %

Під впливом СКР з використанням води «Аква Лібра» достовірно ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ) зменшилась частота об'єктивних ознак захворювання та їх виразність.

Мінеральні маломінералізовані лікувально-столові води (блюветні і фасовані) рекомендуються для широкого використання не тільки в курортних умовах, але й у позакурортній практиці — на стаціонарному,

### Таблиця

#### Динаміка об'єктивних ознак захворювання у дітей з ОГЗ у ремісії

| Показник            | До лікування, % | Після лікування, % | До лікування, бали | Після лікування, бали |
|---------------------|-----------------|--------------------|--------------------|-----------------------|
| Боліність у т. Кера | 42,31           | 7,69               | $0,40 \pm 0,09$    | $0,08 \pm 0,02^{**}$  |
| Боліність у т. I 12 | 38,46           | 15,38              | $0,48 \pm 0,10$    | $0,12 \pm 0,06^*$     |
| Симптом Ортнера     | 46,15           | 7,69               | $0,52 \pm 0,12$    | $0,04 \pm 0,06^{***}$ |
| Збільшення печінки  | 53,84           | 19,23              | $0,65 \pm 0,14$    | $0,13 \pm 0,06^*$     |

Примітка: \*–  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; p – вірогідність різниці між показниками до та після лікування.

## Реабілітація в педіатрії



**Рис. 3.** Частота виявлення клінічних проявів астенічного синдрому у дітей з онкогематологічними захворюваннями, %

поліклінічному етапах відновлювального лікування онкогематологічної патології (ОГП), а також для профілактики і лікування широкого кола супутніх захворювань [3].

Застосування мінеральних вод дозволяє відновити функціональний стан травних залоз, моторику шлунково-кишкового тракту, нормалізувати адаптаційні механізми, діяльність нервової, ендокринної та імунної систем. Доступність, економічність, відсутність побічних ефектів, властивих медикаментозній

терапії, а також екологічна чистота обґрунтують використання мінеральних вод у лікуванні ОГП у дітей [3].

У роботі Т.С. Янченко та співавт. зазначається, що в абсолютної більшості обстежених дітей з ОГП діагностовано II, рідше – III ступінь обтяження основного захворювання. Передусім це стосується захворювань органів травлення – гепатитів В і С, токсичних гепатопатій, патології гастродуоденальної системи, кишечника із проявами дисбіозів. Це визначає необхідність сувороого відбору методів реабілітаційної терапії для подібних хворих, використання маломінералізованих (до 2 г/л) мінеральних вод за щадними методиками. Подібні води можуть бути рекомендовані для використання в курортних умовах, а також на поліклінічному етапі відновлювального лікування дітей з ОГП.

## Висновки

Отримані дані свідчать про позитивний вплив комплексу санаторно-курортної реабілітації із включенням прийому мінеральної лікувально-столової води «Аква Лібра» на клінічний перебіг захворювання, зникнення або значне зменшення скарг, болювого, диспептичного та астенічного синдрому, а також об'єктивних проявів захворювання.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

## Література

- Бабов КД, Поберська ВО. (редактори). (2010). *Реабілітація дітей із онкогематологічними захворюваннями в санаторно-курортних умовах*. Посібник. Одеса: Optimum: 160.
- Біличенко ТО, Польщакова ТВ, Паненко АВ та ін. (2012). Вплив комплексної санаторно-курортної реабілітації на загальний стан організму та показники фізіологічної адаптації у дітей з онкогематологічними захворюваннями. Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. 1:17-20.
- Золотарєва ТА, Беличенко ТА, Польщакова ВВ и др. (2010). К вопросу о применении минеральных вод в раннем восстановительном лечении детей с онкогематологической патологией. Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. 4:26-29.
- Паненко АВ, Беличенко ТА, Польщакова ТВ, Иванецкая ЕА. (2010). Обоснование применения минеральных вод в восстановительном лечении детей с онкогематологической патологией. Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. 2:8-12.
- Янченко ТС, Ігнатенко СА, Литвинович ІН, Кулик ГД. (2013). Реабилитация детей, излеченных от онкоза- болеваний, с применением питьевых курсов минеральной воды Евпаторийского курорта. Материалы XIII конгресса физиотерапевтов и курортологов Автономной Республики Крым «Актуальные вопросы организации курортного дела, курортной политики и физиотерапии», 18–19 апреля 2013 г, г. Евпатория. Вестник физиотерапии и курортологии. 2:148.

## Відомості про автора:

**Шаповалова Ганна Анатоліївна** - к.мед.н., доц, докторант ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України». Адреса: м. Одеса, Лермонтовський пров., 6.

**Бабов Костянтин Дмитрович** – д.мед.н, проф. Директор ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України». Адреса: м. Одеса, Лермонтовський пров., 6.

Стаття надійшла до редакції 18.11.2017 р.

УДК 614.2:616-058+616-093.75

О.З. Децик, Р.М. Мельник

## Аналіз соціально-психологічних характеристик найближчих родичів важко хворих дітей

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2018.1(7):63-67; DOI 10.15574//IJRPM.2018.7,63

**Мета:** проаналізувати деякі соціально-психологічні характеристики найближчих родичів важко хворих дітей для визначення напрямів удосконалення організації надання педіатричної паліативної допомоги.

**Матеріали і методи.** Проведене анкетування 372 родичів важко хворих дітей Івано-Франківської області.

**Результати.** У найближчих родичів важко хворих дітей виявлено високий рівень соціально-психологічної тривожності та неспокою. Його основними причинами є: страх втрати дитини (85,3% опитаних, або у середньому 4,38 бала з максимально можливих 5-ти балів за даними самооцінки), невпевненість у майбутньому (66,4%; 3,56 бала), відчуття постійної тривоги (53,3%; 3,35 бала) та провини перед дитиною (49,5%; 3,09 бала). Поява важко хворої дитини негативно впливає на задоволеність її родичів власним життям (88,4% респондентів, більш властиве представникам чоловічої статі,  $p < 0,05$ ), а також на їхнє суб'єктивне відчуття здоров'я (66,3%, виразніше серед жінок,  $p < 0,01$ ). Родичі важко хворих дітей мають значну потребу у психологічній (58,0%) і духовній допомозі (46,2%), а також у налагодженні постійних комунікацій з іншими аналогічними родинами (83,3%), особливо це важливо для жінок ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Для поліпшення якості життя найближчих родичів дітей з особливими потребами необхідно у систему педіатричної паліативної допомоги залучити психологів, священнослужителів, неурядові громадські організації підтримки таких сімей.

**Ключові слова:** паліативна допомога дітям, організація охорони здоров'я.

### Analysis of socio-psychological characteristics of the seriously ill children closest relatives

O.Z. Detsyk, R.M. Melnyk

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

**Aim.** To analyse some socio-psychological characteristics of the seriously ill children closest relatives to determine the ways of improving the paediatric palliative care management.

**Materials and methods.** It was conducted survey of 372 relatives of seriously ill children in Ivano-Frankivsk region.

**Results.** It was established that the closest relatives of seriously ill children are characterized by a high level of socio-psychological anxiety. Its main reasons are: the fear of a child's loss (85.3% of the respondents, or an average of 4.38 points from the maximum possible 5 points on the basis of self-esteem), uncertainty about the future (66.4%, 3.56 points), constant feeling of anxiety (53.3%, 3.35 points) and guilt before a child (49.5%, 3.09 points). It was shown that the appearance of a serious ill child negatively affects the satisfaction of relatives with their own lives (88.4% of respondents, more characteristic of male representatives,  $p < 0.05$ ), as well as their subjective sense of health (66.3%, more accentuated among female,  $p < 0.01$ ). It was revealed that relatives of seriously ill children have significant needs in the psychological (58.0%) and spiritual assistance (46.2%), and also in establishing regular communications with other similar families (83.3%), especially important for women ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion.** In order to improve the quality of life of the closest relatives of children with special needs, it is necessary in the system of pediatric palliative care to involve psychologists, clergymen, and non-governmental public organizations supporting such families.

**Key words:** palliative care for children, health care management.

### Анализ социально-психологических характеристик ближайших родственников тяжело больных детей

О.З. Децик, Р.М. Мельник

ГВУЗ «Івано-Франковський національний медичний університет», МЗ України

**Цель:** проанализировать некоторые социально-психологические характеристики ближайших родственников тяжело больных детей для определения направлений улучшения организации педиатрической паллиативной помощи.

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование 372 родственников тяжело больных детей Ивано-Франковской области.

## Паліативна та хоспісна допомога в педіатрії

**Результаты.** У близьших родственников тяжело больных детей выявлен высокий уровень социально-психологической тревожности. Его основными причинами являются: страх потерять ребенка (85,3% опрошенных или в среднем 4,38 балла из максимально возможных 5-ти по данным самооценки), неуверенность в завтрашнем дне (66,4%; 3,56 балла), чувство постоянной тревоги (53,3%; 3,35 балла) и вины перед ребенком (49,5%; 3,09 балла). Появление тяжело больного ребенка негативно влияет на удовлетворенность его родственников собственной жизнью (88,4% респондентов, более характерно для представителей мужского пола,  $p<0,05$ ), а также на их субъективное чувство здоровья (66,3%, более акцентировано среди женщин,  $p<0,01$ ). Выявлена существенная потребность родственников тяжело больных детей в психологической (58,0%) и духовной (46,2%) помощи, а также в налаживании постоянных коммуникаций с другими аналогичными семьями (83,3%), что особенно важно для женщин ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** Для улучшения качества жизни близайших родственников детей с особенными потребностями в систему педиатрической паллиативной помощи необходимо вовлекать психологов, священнослужителей, неправительственные организации поддержки таких семей.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь детям, организация здравоохранения.

### Вступ

Відомо, що поява важко хвоюї дитини у родині спричиняє низку як медичних, так і інших проблем – соціальних, психологічних, духовних тощо [1,8].

Страждання хвоюї дитини, особливо із важкими порушеннями фізичного та інтелектуального розвитку, створює тривалий психотравмуючий ефект на членів сім'ї, який негативно впливає на їхнє фізичне та психічне здоров'я, а відповідно суттєво погіршує якість життя [1,9]. Тому одним із важливих завдань педіатричної паліативної допомоги є поліпшення якості життя та зменшення різноманітних форм дистресу як самих важко хворих дітей, так і членів родини, які проживають з ними та несуть основний тягар опіки над цими дітьми [2,6,7].

У рекомендаціях провідних світових та вітчизняних науковців зазначається, що педіатрична паліативна допомога повинна бути індивідуально сформованою під різноманітні потреби конкретних дітей та їх родини [10]. Відповідно, основним напрямом цього виду допомоги визначено мультидисциплінарний підхід для забезпечення доступу пацієнтів до консультацій не тільки медичних спеціалістів, але й психологів, соціальних працівників, душпастирів тощо [1,2,7,8].

В Україні інституції паліативної допомоги, особливо педіатричної, знаходяться ще на стадії формування і вимагають наукового обґрунтування потреби у їх складових [1–4].

**Мета:** проаналізувати деякі соціально-психологічні характеристики найближчих родичів важко хворих дітей для визначення напрямів удосконалення організації надання педіатричної паліативної допомоги.

### Матеріал і методи дослідження

За розробленою програмою опитано репрезентативну вибірку 372 родичів важко хворих дітей Івано-Франківської області. Відповіді аналізували

загалом і в залежності від віку респондента (до 30 років; 30–39; 40–49; 50–59; старше 60 років), статі, місця проживання (місто, село). Питання щодо психологічних відчуттів респонденти оцінювали за п'ятибалльною шкалою: від 0 – відсутнє до 5 – максимальний прояв.

Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом (ЛЕК) установ. На проведення досліджень було отримано поінформовану згоду.

Обробку категорійних даних проводили шляхом розрахунку частоти кожного параметра на 100 опитаних і похиби репрезентативності для відносних величин. Оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію хі-квадрат ( $\chi^2$ ) [5].

Оскільки отримані кількісні дані (бальна оцінка відповідей) відповідали нормальному закону розподілу, їх обробку проводили параметричними методами: шляхом розрахунку середньої арифметичної величини і її стандартної похибки, t-критерію Стьюдента для оцінки достовірності різниці даних у групах порівняння [5].

У дослідженні використано соціологічний, медико-статистичний методи.

### Результати дослідження та їх обговорення

Демографічні характеристики опитаних підтвердили, що догляд за важко хворими дітьми – це прерогатива жінок ( $92,2 \pm 1,4\%$  проти  $7,8 \pm 1,4\%$  чоловіків), зокрема матерів (88,4%).

Частка респондентів – мешканців сіл удвічі переважала над містянами ( $67,2 \pm 2,4\%$  проти  $32,8 \pm 2,4\%$ ,  $p<0,001$ ).

Соціальне значення проблеми підкреслює те, що опитані поголовно були працездатного віку –  $97,3 \pm 0,8\%$  (серед жінок частіше –  $97,7 \pm 0,8\%$  проти  $93,1 \pm 4,7\%$  чоловіків,  $p<0,05$ ). Проте переважно ( $72,9 \pm 2,3\%$ ) не працювали, основною причиною чого називали необхідність догляду за хвоюю ді-



**Рис. 1.** Характеристика психологічних відчуттів батьків важко хворих дітей (середня арифметична оцінка за 5-балльною шкалою)

тиною (86,9%). Абсолютна більшість опитаних ( $98,1 \pm 0,8\%$ ) мала тривалий кількарічний стаж такого догляду. Відповідно, у досліджуваній групі діти дошкільного віку складали меншість – 30,9%, в той час як шкільного – 69,1%.

У структурі захворювань дітей респондентів найбільша частка припадала на дитячий церебральний параліч (46,3%), вроджені вади розвитку (25,2%), інші хвороби нервової системи (9,9%), розлади психіки і поведінки (7,1%). На відміну від дорослого контингенту паліативних хворих, на новоутворення страждали тільки 3,6% дітей, на інші інвалідизуючі хронічні захворювання – 7,9%.

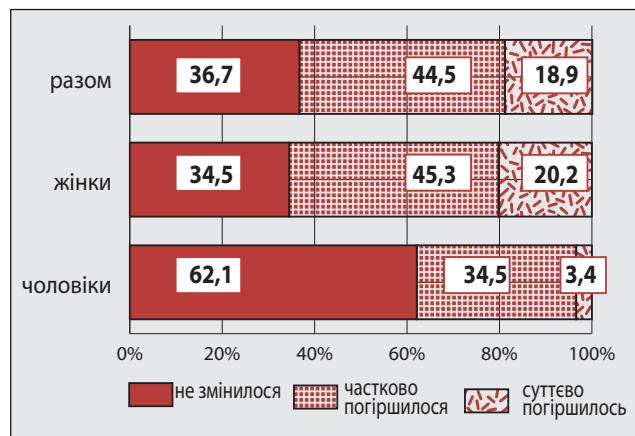
Встановлено, що більшість дітей респондентів ( $81,4 \pm 2,0\%$ ) вимагають за станом здоров'я постійного стороннього догляду.

Попри це, аналіз відповідей респондентів щодо їхніх основних тривог показав (рис. 1), що найбільші емоції, незалежно від віку, статі та місця проживання ( $p > 0,05$ ), викликає думка про можливість втрати дитини ( $4,38 \pm 0,07$  балів за 5-балльною шкалою оцінки). Відповідно, близько 85% ( $85,3 \pm 1,9\%$ ) опитаних оцінили цю відповідь на 4–5 балів (у т.ч. 75,4% – це 5 балів).

На другому місці – цілком зрозумілий страх перед майбутнім ( $3,56 \pm 0,08$  бала у середньому), який найбільш інтенсивно (оцінка 4–5) виражений серед  $59,9 \pm 2,6\%$  опитаних, особливо серед міських мешканців (66,4% проти 56,8% сільських респондентів,  $p < 0,01$ ).

Наявність важко хвої дитини в родині викликає у  $53,3 \pm 2,7\%$  батьків постійну тривогу ( $3,35 \pm 0,09$  бала) та часто ( $49,5 \pm 2,8\%$ ) супроводжується почуттям вини перед цією дитиною ( $3,09 \pm 0,11$  бала).

Майже половина опитаних батьків ( $45,9 \pm 2,7\%$ ) визнали, що мають виразний страх захворіти самим ( $2,86 \pm 0,11$  бала), знову інтенсивніший серед міських мешканців ( $3,30 \pm 0,18$  проти  $2,65 \pm 0,13$  у се-



**Рис. 2.** Оцінка батьками впливу появи важко хвої дитини на стан їхнього власного здоров'я

лах,  $p < 0,01$ ). Можливо, тому, що у селах більш збережені родинні зв'язки з іншими родичами, ніж у містах.

Певною ілюстрацією до вищесказаного може слугувати те, що при загальній середній оцінці  $2,14 \pm 0,10$  бала мешканці міст дещо інтенсивніше оцінювали й відчуття соціальної ізоляції, ніж мешканці сіл, –  $2,32 \pm 0,16$  бала проти  $2,05 \pm 0,12$ , хоча різниця статистично недостовірна ( $p > 0,05$ ). Загалом майже кожен четвертий опитаний ( $25,9 \pm 2,4\%$ ) оцінював цю відповідь на 4–5 балів. Але при врахуванні ще й оцінки «3 – посередньо» встановлено, що серед містян частка тих, хто вважали себе відокремленим від суспільного життя повністю чи частково (оцінки 3–5), все-таки була вищою, ніж серед сільських мешканців – 46,7% проти 39,2% відповідно ( $p < 0,01$ ).

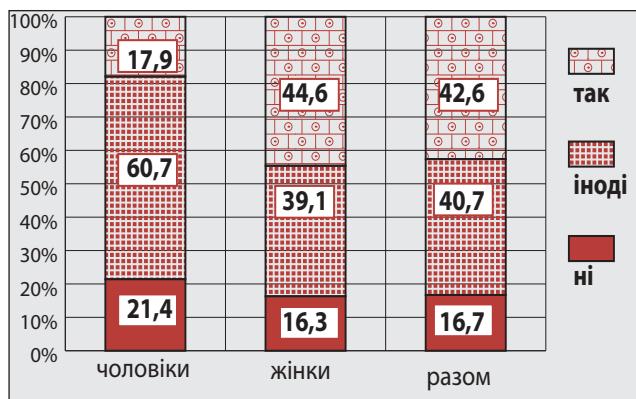
Третина респондентів ( $34,1 \pm 2,6\%$ ), незалежно від віку, статі та місця проживання, засвідчили наявність у них постійного відчуття відчая та безвиході ( $2,71 \pm 0,09$  бала).

Менш поширеними ( $21,0 \pm 2,3\%$  оцінок 4–5) серед опитаних були почуття злості та агресії ( $1,83 \pm 0,10$  бала у середньому). Слід зазначити, що ця емоція більш притаманна чоловікам порівняно із жінками –  $2,59 \pm 0,33$  бала проти  $1,76 \pm 0,10$  ( $p < 0,05$ ), або у частках оцінок 4–5 балів – 40,7% проти 19,2% ( $p < 0,001$ ). Відчуття озлобленості зростало із віком опитаних, сягаючи найінтенсивнішого рівня 42,9% після 50-ти років ( $p < 0,05$ ).

З огляду на вже показаний низький рівень зайнятості найближчих родичів важко хворих дітей, зrozуміло, чому найменш вагомим ( $23,7 \pm 2,4\%$ ) виявився страх втратити роботу ( $1,47 \pm 0,11$  бала). Однак серед респондентів чоловічої статі таких було удвічі більше, ніж серед жіночої, – 48,1% ( $2,41 \pm 0,44$  бала) проти 21,4% ( $1,38 \pm 0,11$  бала,  $p < 0,05$ ).

Вивчення інших соціально-психологічних чинників якості життя батьків важко хворих дітей по-

## Паліативна та хоспісна допомога в педіатрії



**Рис. 3. Потреба контактування батьків важко хворих дітей з іншими аналогічними сім'ями**

казало, що абсолютна їх більшість ( $88,4\pm1,7\%$ ) частково ( $62,5\pm2,5\%$ ) чи повністю ( $25,9\pm2,3\%$ ) не задоволені своїм життям. Серед опитаних чоловіків частка повністю незадоволених життям була удвічі вищою, ніж серед жінок (48,3% проти 24,0%,  $p<0,05$ ).

Понад 60% ( $66,3\pm2,5\%$ ) респондентів вважали, що із появою в родині важко хвої дитини стан їхнього здоров'я також погіршився (рис. 2), частково ( $44,5\pm2,6\%$ ) чи, навіть, суттєво ( $18,9\pm2,0\%$ ). Головним чином, це стосувалось респондентів жіночої статі, оскільки серед чоловіків аналогічні відповіді були менш поширеними: 45,3% та 20,2% проти 34,5% та 3,4% відповідно ( $p<0,01$ ).

Однак на суб'єктивний характер цього відчуття вказує те, що  $62,9\pm2,5\%$  опитаних, незалежно від статі та місця проживання ( $p>0,05$ ), вказали, що не мають жодних хронічних захворювань, а наявність їх визнали у себе  $23,9\pm2,2\%$  респондентів. Водночас тривожним є той факт, що досить вагома частка опитаних ( $13,2\pm1,8\%$ ) не знали, чи є у них якісь хвороби.

Продемонстрований досить високий рівень тривожності та інших соціально-психологічних потенційно загрозливих для здоров'я родичів важко хворих дітей чинників значною мірою може бути поясненням, чому близько 60% ( $58,0\pm2,6\%$ ) опитаних висловили потребу час від часу ( $41,8\pm2,6\%$ ) чи на постійній основі ( $16,2\pm1,9\%$ ) у консультаціях психолога для себе. Частота тих, хто усвідомлював потребу у такій допомозі, серед міських мешканців виявилася дещо вищою – 66,1% проти 54,0% ( $p<0,05$ ), очевидно внаслідок як зазвичай вищого рівня освіченості містян, так і кращої доступності спеціалізованої медичної допомоги. Проте той факт, що, незалежно від місця проживання, віку і статі опитаних, майже половина з них ( $44,9\pm2,6\%$ ) не знали, де можна отримати таку допомогу, на

наш погляд, є відображенням недостатнього розвитку і наявності відповідних служб в Україні.

На необхідність психологічної підтримки самих батьків важко хворих дітей вказує й аналіз їхніх відповідей щодо задоволення духовних запитів. Практично половина респондентів ( $46,2\pm2,6\%$ ) визнали, що із появою хвої дитини суттєво зросла потреба у спілкуванні із священнослужителем. Зрозуміло, що цей показник збільшувався із віком – до 66,7% у 50–59 років і 77,8% у похилому віці ( $p<0,05$ ).

Привертає увагу, що більшість опитаних батьків ( $83,3\pm1,9\%$ ) відчувають потребу у періодичному ( $40,7\pm2,6\%$ ) та постійному ( $42,6\pm2,6\%$ ) спілкуванні з іншими сім'ями, де виховують важко хворих дітей (рис. 3). Причому такі комунікації особливо важливі для жінок, майже половина з яких хотіли б їх налагодити на постійній основі, – 44,6% порівняно із 17,9% опитаних чоловіків ( $p<0,05$ ).

### Висновки

Встановлено, що найближчі родичі важко хворих дітей характеризуються високим рівнем соціально-психологічної тривожності та неспокою. Його основними причинами є: страх втрати дитини (85,3% опитаних або у середньому 4,38 бала з максимально можливих 5 балів за даними самооцінки), невпевненість перед майбутнім (66,4%; 3,56 бала), відсуття постійної тривоги (53,3%; 3,35 бала) та вини перед дитиною (49,5%; 3,09 бала).

Поява важко хвої дитини негативно впливає на задоволеність її родичів власним життям (88,4% респондентів, більш часто представникам чоловічої статі,  $p<0,05$ ), а також на їхнє суб'єктивне відчуття здоров'я (66,3%, виразніше серед жінок,  $p<0,01$ ).

Виявлено, що родичі важко хворих дітей мають значну потребу у психологічній (58,0%) і духовній допомозі (46,2%), а також у налагодженні постійних комунікацій з іншими аналогічними родинами (83,3%), особливо це важливо для жінок ( $p<0,05$ ).

Для поліпшення якості життя батьків дітей з особливими потребами необхідно у систему педіатричної паліативної допомоги залучити психологів, представників духовенства, неурядові громадські організації підтримки таких сімей.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у розробці пропозицій щодо побудови та розвитку вітчизняної системи паліативної допомоги дитячому населенню.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

## Література

1. Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г., Моісеєнко Р.О. (2015). Сучасні аспекти розвитку системи медико-соціальних послуг для уразливих груп дітей в Україні. Український медичний часопис. 1; (105)-I/II. <http://www.umj.com.ua/article/83917/cuchasni-aspekti-rozvitku-sistemi-mediko-socialnix-poslug-dlya-urazlivix-grup-ditej-v-ukraini>.
2. Вороненко Ю.В., Moiseenko P.O., Knyazevich V.M. та ін. (2016). Організація паліативної допомоги дітям в Україні – вимога часу. Современная педиатрия. 3 (75):10–14.
3. Гончар М.О., Ріга О.О., Пеньков А.Ю. (2016). Принципи надання паліативної допомоги дітям. Харків: ХНМУ: 112.
4. Ріга О.О., Гончар М.О., Марабян Р.В. та ін. (2016). Проблеми та перспективи розвитку педіатричної паліативної допомоги. Реабілітація та паліативна медицина. 2(4):73–76.
5. Forthofer R.N., Lee E.S., Hernandez M. (2007). Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery. Amsterdam, etc.: Elsevier Academic Press: 502.
6. Liben S., Papadatou D., Wolfe J. (2008). Paediatric palliative care: challenges and emerging ideas. The Lancet. 371;9615:786.
7. Miller E.G., Levy C., Linebarger J.S. et al. (2015). Pediatric palliative care: current evidence and evidence gaps. The Journal of Pediatrics. 166;6:1536–1540.
8. Pediatric Palliative Care and Hospice Care Commitments, Guidelines, and Recommendations. Policy Statement (2013). Pediatrics. 132;5:966–972.
9. van der Geest IMM, Darlington A-SE, Streng IC et al. (2014). Parents' experiences of pediatric palliative care and the impact on long-term parental grief. Journal of Pain and Symptom Management. 47;6:1043–1053.
10. Virdun C., Brown N., Phillips J. et al. (2015). Elements of optimal paediatric palliative care for children and young people: An integrative review using a systematic approach. Collegian. 22;4:421–431.

### Відомості про авторів:

**Децик Орина Зенонівна** – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров’я і медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет». Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2; тел. 0342 527 111.

**Мельник Роман Михайлович** – ас. кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров’я і медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет». Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2; тел. 0342 527 111.

Стаття надійшла до редакції 04.11.2017 р.

## НОВИНИ

### Ноу-хау в сфері медицины: биологи разработали лекарство против старения

Ученые создали препарат, который выбирает стареющие клетки организма животного и уничтожает их, увеличивая его выживание примерно на 36%. Такой препарат изобрели биологи из Национального института старения США в Бетесде, пишет журнал *Nature Medicine*.

Как отмечают ученые, клетки взрослого человека теряют способность делиться через 40-50 циклов. Накопление клеток, исключенных из работы, запускает процесс старения организма в целом.

Они провели эксперименты по применению нового препарата на лабораторных мышах. Результаты исследования показали, что сенолитики (препараты, которые избирательно уничтожают постарелые клетки) могут бороться с последствиями старения.

Во время эксперимента препарат вернул грызунам подвижность, а их выживаемость увеличилась на 36%, смертность же снизилась на 65%. Биолог Фелипе Сьерра добавил, что сейчас группа ученых будет работать над дополнительными исследованиями, чтобы выяснить, безопасными ли будут эти лекарства для человека.

Как известно, продолжительность жизни людей на 20% зависит от генетики и на 80% – от образа жизни

Источник: <https://med-expert.com.ua/news/>



## МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

### НАКАЗ

23.03.2018

Київ

№ 552

Про затвердження плану заходів Міністерства охорони здоров'я України з виконання плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життедіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життедіяльності та здоров'я дітей і підлітків

Відповідно до пункту 2 розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. №1008-р «Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життедіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життедіяльності та здоров'я дітей і підлітків», пунктів 6, 8 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267, та з метою удосконалення законодавства

#### **НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити план заходів Міністерства охорони здоров'я України з виконання плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життедіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життедіяльності та здоров'я дітей і підлітків, що додається.

2. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра Лінчевського О.В.

**В.о. Міністра**

**У. Супрун**

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони

здоров'я України

23.03.2018 №\_552

## ПЛАН ЗАХОДІВ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВЯ УКРАЇНИ

з виконання плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків

| №<br>з/п | Завдання   | Захід  | Виконавці   | Термін ви-<br>конання |
|----------|--|--|---|-----------------------|
| 1        | Узгодити дії щодо впровадження міжнародних класифікацій з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я шляхом співпраці з Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні                       |  | Відділ з питань міжнародної діяльності та Євроінтеграції<br>Медичний департамент<br>Відділ освіти та науки  | Постійно              |
| 2        | Перекласти міжнародні класифікації з англійської на українську мову, провести процедуру культуральної та мовної адаптації тексту та затвердити переклад згідно з вимогами Всесвітньої організації охорони здоров'я | Затверди-<br>ти офіцій-<br>ний пере-<br>клад<br>міжнарод-<br>них класи-<br>фікацій з<br>англійської<br>на україн-<br>ську мову | Відділ з питань міжнародної діяльності та Євроінтеграції<br>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»<br>Медичний департамент | I квартал<br>2018 р.  |

## Законодавчі акти, настанови

| №<br>з/п | Завдання   | Захід   | Виконавці  | Термін ви-<br>конання |
|----------|--|---|--|-----------------------|
| 3        | Проаналізувати законодавство з метою виявлення потреби у внесенні змін, необхідних для впровадження міжнародних класифікацій                               | Визначити перелік актів, в які потрібно внести зміни в частині медико-соціальної експертизи | Медичний департамент<br>Управління правового забезпечення<br>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»<br>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»<br>ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України»<br>ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України»<br>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова | III квартал 2018 р.   |
| 4        | Розробити на основі результатів зазначеного аналізу законопроект про внесення змін до деяких законодавчих актів щодо використання міжнародних класифікацій | Внести законопроект на розгляд Кабінету Міністрів України                                   | Медичний департамент<br>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»<br>Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України»<br>ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України»<br>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова<br>Відділ освіти та науки  | III квартал 2018 р.   |

| №<br>з/п | Завдання   | Захід  | Виконавці  | Термін ви-<br>конання |
|----------|--|--|--|-----------------------|
| 5        | Затвердити вимоги до кандидатів у національні тренери та умови сертифікації після навчання   | Прийняти<br>відповід-<br>ний наказ<br><br>МОЗ<br>України   | Національна медична академія піс-<br>лядипломної освіти імені П.Л. Шу-<br>пика<br><br>Директорат науки, інновацій, освіти<br>та кадрів<br><br>Медичний департамент   | IV квартал<br>2018 р. |
| 6        | Провести навчання для національних тренерів  | Сформува-<br>ти групу<br>національ-<br>них трене-<br>рів з впро-<br>вадження<br>та вико-<br>ристання<br>міжнарод-<br>них класи-<br>фікацій | Національна медична академія піс-<br>лядипломної освіти імені П.Л. Шу-<br>пика<br><br>Вінницький національний медич-<br>ний університет імені М.І. Пирогова<br><br>ДУ «Український державний науко-<br>во-дослідний інститут медико-соці-<br>альних проблем інвалідності Мініс-<br>терства охорони здоров'я України»<br><br>Медичний департамент<br><br>Відділ освіти та науки | IV квартал<br>2018 р. |
| 7        | Розробити та затвердити навчальні матеріали для проведення тренінгів національними тренерами | Затверди-<br>ти відпо-<br>відні на-<br>вчальні<br>матеріали  | Національна медична академія піс-<br>лядипломної освіти імені П.Л. Шу-<br>пика<br><br>Вінницький національний медич-<br>ний університет імені М.І. Пирогова<br><br>ДУ «Український державний науко-<br>во-дослідний інститут медико-соці-<br>альних проблем інвалідності Мініс-<br>терства охорони здоров'я України»<br><br>Медичний департамент<br><br>Відділ освіти та науки | IV квартал<br>2018 р. |

## Законодавчі акти, настанови

| №<br>з/п | Завдання  | Захід                                    | Виконавці   | Термін ви-<br>конання  |
|----------|---|--|---|------------------------|
| 8        | Розробити та затвердити методику для впровадження міжнародних класифікацій в освітні програми підготовки фахівців галузей охорони здоров'я, освіти та соціального захисту в закладах вищої освіти | Взяти участь в розробці спільного наказу | Відділ освіти та науки<br>ДУ «Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України»<br>Медичний департамент<br>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика<br>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова<br>ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України» | IV квартал<br>2018 р.  |
| 9        | Розробити та затвердити методичні рекомендації для створення регіональних планів підвищення кваліфікації фахівців   | Затвердити методичні рекомендації        | Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика<br>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»<br>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова<br>ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України»<br>Відділ освіти та науки  | III квартал<br>2018 р. |

| №<br>з/п | Завдання  | Захід  | Виконавці  | Термін ви-<br>конання |
|----------|---|--|--|-----------------------|
| 10       | Розробити та затвердити методичні рекомендації для створення освітніх програм з використання міжнародних класифікацій для здобувачів освітніх ступенів та підвищення кваліфікацій у галузі знань «Охорона здоров'я» | затвердити методичні рекомендації  | ДУ «Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України»<br>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»<br>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика<br>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова<br>ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України»<br>ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України»<br>Відділ освіти та науки | IV квартал<br>2018 р. |
| 11       | Провести тренінги щодо використання міжнародних класифікацій для лікарів медико-соціальних експертних комісій та лікарсько-консультативних комісій  | Провести навчання всіх лікарів медико-соціальних експертних комісій щодо використання міжнародних класифікацій | Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика<br>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова<br>ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України»<br>Медичний департамент   | IV квартал<br>2018 р. |

## Законодавчі акти, настанови

| № з/п | Завдання  | Захід  | Виконавці  | Термін виконання      |
|-------|---|--|--|-----------------------|
| 12    | Взяти участь у проведенні тренінгів щодо використання міжнародних класифікацій для працівників Фонду соціального страхування  | Взяти участь у за-<br>безпеченні<br>викорис-<br>тання за-<br>значеними<br>фахівцями<br>інструмен-<br>тів міжна-<br>родних<br>класифіка-<br>цій у робо-<br>ті | Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шурика<br>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова<br>ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України»<br>Медичний департамент | IV квартал<br>2018 р. |
| 13    | Створити навчальний онлайн-курс з використання міжнародних класифікацій   | Забезпечи-<br>ти доступ-<br>ність на-<br>вчального<br>онлайн-<br>курсу для<br>всіх заін-<br>тересован-<br>их органів<br>(осіб)                               | Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шурика<br>ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України»<br>Медичний департамент   | I квартал<br>2019 р.  |
| 14    | Розробити та затвердити методику використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків під час надання послуг раннього втручання | Затверди-<br>ти відпо-<br>відну мето-<br>дику  | ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України»<br>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»<br>Медичний департамент  | II квартал<br>2018 р. |

| №<br>з/п | Завдання  | Захід   | Виконавці  | Термін ви-<br>конання  |
|----------|---|---|--|------------------------|
| 15       | Розробити та затвердити методику використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків для фінансових розрахунків вартості послуг раннього втручання   | Затверди-ти відповідну методику                                 | ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»<br>Департамент економіки і фінансової політики<br>ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України»<br>Медичний департамент | II квартал<br>2018 р.  |
| 16       | Взяти участь у розробленні та затвердженні методичних рекомендацій використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків для фінансових розрахунків вартості психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг | Взяти участь у розробці та затвердженні методичних рекомендацій | Медичний департамент<br>Департамент економіки і фінансової політики<br>ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України»  | II квартал<br>2018 р.  |
| 17       | Взяти участь у розробленні та затвердженні методичних рекомендацій використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків для оцінки потреб вихованців закладів інституційного догляду та виховання дітей             | Взяти участь у розробці та затвердженні методичних рекомендацій | ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України»<br>Медичний департамент   | III квартал<br>2018 р. |

## Законодавчі акти, настанови

| № з/п | Завдання   | Захід  | Виконавці  | Термін виконання    |
|-------|--|--|--|---------------------|
| 18    | Взяти участь у впровадженні використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків для оцінки потреб вихованців закладів інституційного догляду та виховання дітей, закладів освіти згідно з строками, визначеними розпорядженням Кабінету Міністрів України від 9 серпня 2017 р. № 526 «Про Національну стратегію реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 роки та план заходів з реалізації її I етапу» | Взяти участь у проведенні оцінки потреб дітей у закладах інституційного догляду та виховання дітей | Медичний департамент<br>ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України»   | III квартал 2018 р. |
| 19    | Розробити та затвердити методику використання міжнародних класифікацій в реабілітаційній діяльності  | Розробити та затвердити методику   | ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»<br>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика<br>Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського<br>ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України»<br>ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України»<br>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова<br>ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України» | Протягом 2018 року  |

| №<br>з/п | Завдання   | Захід                            | Виконавці  | Термін ви-<br>конання |
|----------|--|----------------------------------|--|-----------------------|
| 20       | Розробити та затвердити методику використання міжнародних класифікацій для фінансових розрахунків вартості послуг з реабілітації | Розробити та затвердити методику | ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»<br>Департамент економіки і фінансової політики<br>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика<br>ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України»<br>ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України»<br>ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України» | Протягом 2018 року    |
| 21       | Розробити та затвердити методику використання міжнародних класифікацій під час надання послуги паліативної допомоги              | Розробити та затвердити методику | ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»<br>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика<br>Медичний департамент  | III квартал 2018 р.   |

## Законодавчі акти, настанови

| №<br>з/п | Завдання   | Захід                            | Виконавці  | Термін ви-<br>конання |
|----------|--|----------------------------------|--|-----------------------|
| 22       | Розробити та затвердити методику використання міжнародних класифікацій для фінансових розрахунків вартості послуги паліативної допомоги  | Розробити та затвердити методику | ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»<br>Департамент економіки і фінансової політики<br>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика<br>Медичний департамент                 | III квартал 2018 р.   |
| 23       | Використовувати Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я для єдиного визначення та трактування обмежень життєдіяльності особи, розроблення законодавчих та регуляторних актів, зокрема визначення обсягів соціальних стандартів та соціальних гарантій, медичних, реабілітаційних, освітніх, соціальних послуг для осіб з обмеженнями життєдіяльності, під час розроблення та реалізації індивідуальних програм реабілітації |                                  | Структурні підрозділи МОЗ України<br>Науково-дослідні інститути підпорядковані МОЗ України<br>Заклади вищої освіти, під порядковані МОЗ України<br>Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської міської державних адміністрацій | Постійно              |

| №<br>з/п | Завдання   | Захід  | Виконавці   | Термін ви-<br>конання |
|----------|--|--|---|-----------------------|
| 24       | Використовувати Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків для єдиного визначення та трактування обмежень життєдіяльності особи, розроблення законодавчих та регуляторних актів, зокрема визначення обсягів соціальних стандартів та соціальних гарантій, медичних, реабілітаційних, освітніх, соціальних послуг для осіб з обмеженнями життєдіяльності, під час розроблення індивідуальних програм реабілітації та розвитку особи віком до вісімнадцяти років |  | Структурні підрозділи МОЗ України<br>Науково-дослідні інститути, підпорядковані МОЗ України<br>Заклади вищої освіти підпорядковані МОЗ України<br>Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської міської державних адміністрацій | Постійно              |
| 25       | Розробити концепцію та план заходів для її реалізації щодо реформування системи медико-соціальної експертизи з метою зміни підходу до встановлення інвалідності на основі принципів міжнародних класифікацій з використанням комп'ютерних технологій для забезпечення максимальної прозорості процесу медико-соціальної експертизи   | Розробити проекти концепції та плану заходів для реалізації концепції і внести на розгляд Кабінету Міністрів України | ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України»<br>Медичний департамент<br>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова                        | I квартал 2018 р.     |

## Законодавчі акти, настанови

| №<br>з/п | Завдання   | Захід   | Виконавці  | Термін ви-<br>конання |
|----------|--|---|--|-----------------------|
| 26       | Розробити чіткі критерії встановлення інвалідності на основі принципів міжнародних класифікацій  | внести проект нормативно-правового акта на розгляд Кабінету Міністрів України                                   | ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»<br>ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України»<br>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова<br>Медичний департамент   | IV квартал 2018 р.    |
| 27       | Розробити та затвердити електронні форми наданих послуг для заповнення надавачами послуг під час отримання особою послуг, для визначення яких застосовуються міжнародні класифікації | Затверди-ти елек-tronні форми та надати до-ступ для заповне-ння ліка-рям та надавачами реабіліта-ційних по-слуг | ДП «Електронне здоров'я»<br>Управління координації центрів реформ<br>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика<br>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»<br>Медичний департамент<br>ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України»<br>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова | I квартал 2019 р.     |

| №<br>з/п | Завдання   | Захід               | Виконавці  | Термін ви-<br>конання |
|----------|--|---------------------|--|-----------------------|
| 28       | Створити базу даних для зберігання зібраної за допомогою міжнародних класифікацій інформації   | Створити базу даних | ДП «Електронне здоров'я»<br>Управління координації центрів реформ<br>Медичний департамент<br>ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України»<br>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  | I квартал 2019 р.     |
| 29       | Провести аналіз роботи фахівців, які використовують міжнародні класифікації, аналіз зібраних даних за допомогою міжнародних класифікацій |                     | ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»<br>ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України»<br>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова<br>ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України»<br>Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської міської державних адміністрацій | II квартал 2019 р.    |

## Законодавчі акти, настанови

| №<br>з/п | Завдання   | Захід  | Виконавці  | Термін ви-<br>конання |
|----------|--|--|--|-----------------------|
| 30       | Розробити електронні модулі обробки зібраних даних на основі результатів попереднього аналізу  | Розробити відповідні електронні модулі       | ДП «Електронне здоров'я»<br>Управління координації центрів реформ<br>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика<br>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»<br>Медичний департамент | II квартал 2019 р.    |
| 31       | Удосконалити форми статистичної звітності (реабілітаційна допомога, реабілітаційні кадри, ефективність реабілітації, доступність)        | Затвердити відповідні форми                  | ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України»<br>Медичний департамент<br>Директорат науки, інновацій, освіти та кадрів<br>Відділ освіти та науки  | IV квартал 2018 р.    |
| 32       | Взяти участь в удосконаленні форм статистичної звітності (соціальний захист, реабілітаційна допомога, реабілітаційні кадри, доступність) | Взяти участь в затвердженні відповідних форм | ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України»<br>Медичний департамент<br>Директорат науки, інновацій, освіти та кадрів  | IV квартал 2018 р.    |

| №<br>з/п | Завдання   | Захід   | Виконавці   | Термін ви-<br>конання |
|----------|--|---|---|-----------------------|
| 33       | Взяти участь у впровадженні принципів міжнародних класифікацій як методичної основи науково-дослідної діяльності з питань реабілітації | Взяти участь в розробці та затвердженні відповідного нормативного акта                      | Відділ освіти та науки<br>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»<br>ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України»<br>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика<br>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова<br>ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України» | IV квартал<br>2018 р. |
| 34       | Створити соціально спрямовані відеоматеріали для роз'яснення філософії та принципів міжнародних класифікацій                           | Матеріали або посилання на них розмістити на веб-сайті центральних органів виконавчої влади | ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»<br>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика<br>ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України»  | Постійно              |

## Законодавчі акти, настанови

| №<br>з/п | Завдання   | Захід   | Виконавці  | Термін ви-<br>конання |
|----------|--|---|--|-----------------------|
| 35       | Розробити інформаційні матеріалі для фахівців різних сфер  | Матеріали або посилання на них розмістити на веб-сайті центральних органів виконавчої влади | ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»<br>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика<br>ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України» | Постійно              |
| 36       | Розроблення інформаційних матеріалів для споживачів медичних, оздоровчих, соціальних, освітніх, реабілітаційних послуг | Матеріали або посилання на них розмістити на веб-сайті центральних органів виконавчої       | ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»<br>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика<br>ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України» | Постійно              |

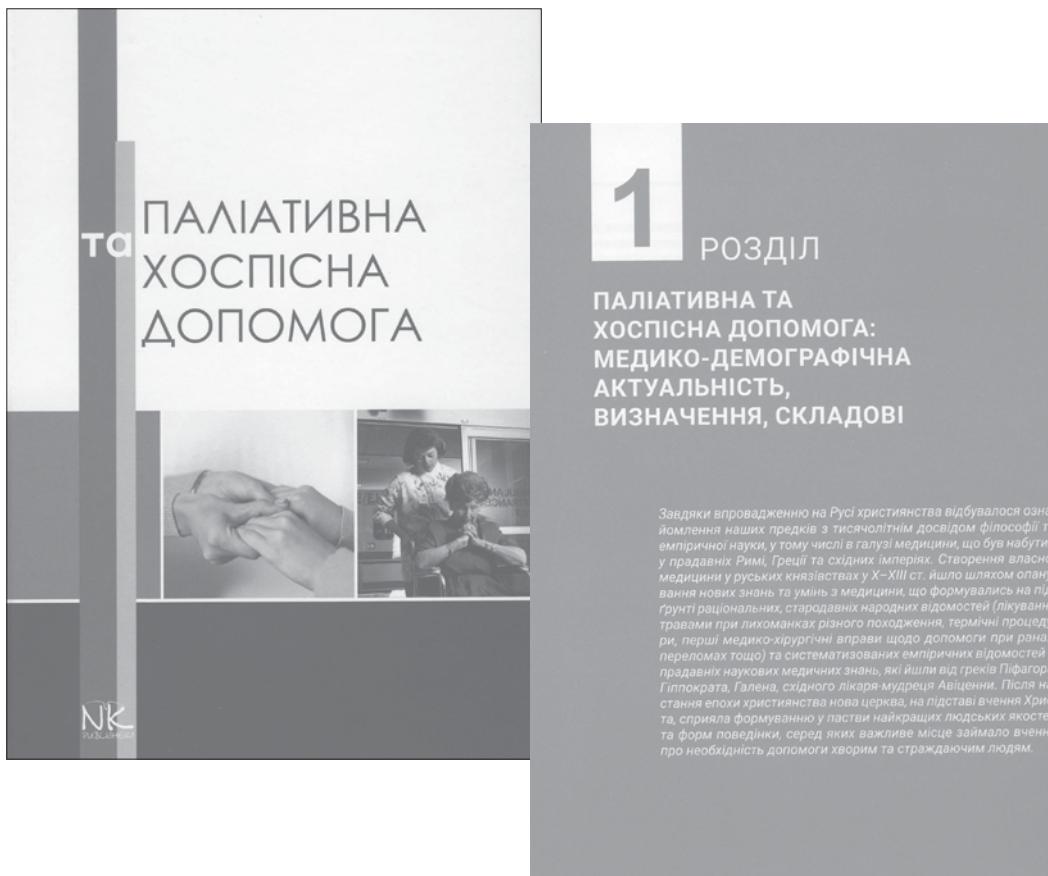
Заступник Міністра

Олександр Лінчевський

## Паліативна та хоспісна допомога: підручник

Вороненко Ю. В., Губський Ю. І., Князевич В. М. [та ін.];  
за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського

Вінниця: Нова Книга, 2017. – 386 с. ISBN 978-966-382-655-4 УДК 616-093.75:364-58(075.8)



### Авторський колектив:

Вороненко Ю.В., Губський Ю.І., Князевич В.М., Моисеєнко Р.О., Гойда В.Г., Царенко А.В., Шекера О.Г., Ерстенюк Г.М., Децик О.З., Міхньов В.А., Стаднюк Л.А., Чайковська В.В., Сильченко В.П., Лісний І.І., Золотарьова Ж.М., Толстих О.І., Вольф О.О., Брацюнь О.П., Воронін А.В., Ященко В.І.

Підручник містить систематизоване викладення курсу паліативної та хоспісної допомоги, включаючи питання організації та надання госпітальної і амбулаторної допомоги паліативним пацієнтам у світі та в Україні. Висвітлено сучасні підходи та кращий міжнародний і національний досвід надання паліативної та хоспісної медичної допомоги інкурабельним хворим з онкологічними, серцево-судинними та іншими хронічними неінфекційними захворюваннями, а також пацієнтам у термінальних стадіях ВІЛ-інфекції/СНІД та туберкульозу. Розглядаються особливості надання паліативної та хоспісної допомоги в спеціалізованих стаціонарах, а також сімейними лікарями в амбулаторних умовах.

Підручник складений відповідно до типової наскрізної навчальної програми «Паліативна та хоспісна допомога», затвердженої МОЗ України для студентів вищих медичних навчальних закладів і буде використаний також у системі післядипломної освіти інтернів та підвищення кваліфікації лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів закладів ПМСД, закладів паліативної та хоспісної допомоги, онкологів, терапевтів, геріатрів, педіатрів та лікарів інших спеціальностей закладів охорони здоров’я.

## Правила подачі та оформлення статей

Авторська стаття направляється до редакції електронною поштою у форматі MS Word. Стаття супроводжується офіційним направленням від установи, в якій була виконана робота, з візою керівництва (наукового керівника), завереним круглою печаткою установи, експертним висновком про можливість відкритої публікації, висновком етичного комітету установи або національної комісії з біоетики. На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів та інформація про відсотковий внесок у роботу кожного з авторів.

Приймаються оригінали супровідних документів з примірником рукопису, підписаного автором(ами), надіслані поштою, або скановані копії вищезазначених документів і першої (титульної) сторінки статті з візою керівництва, печаткою установи і підписами всіх авторів у форматі Adobe Acrobat (\*.pdf), надіслані на електронну адресу редакції.

Статті приймаються українською, російською або англійською мовами.

**Структура матеріалу:** вступ (стан проблеми за даними літератури не більше ніж 5–7-річної давності); мета, завдання, матеріали та методи; результати дослідження та їх обговорення (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальших досліджень у даному напрямку; список літератури (два варіанти); реферати українською, російською та англійською мовами.

**Реферат** є незалежним від статті джерелом інформації, коротким і послідовним викладенням матеріалу публікації за основними розділами і має бути зрозумілим без самої публікації. Його обсяг не повинен перевищувати 200–250 слів. Обов'язково подаються ключові слова (від 3 до 8 слів) у порядку значущості, що сприятиме індексуванню статті в інформаційно-пошукових системах.

Реферат до *оригінальної статті* повинен мати структуру, що повторює структуру статті: мета дослідження; матеріали і методи; результати; висновки; ключові слова. Усі розділи у рефераті мають бути виділені в тексті жирним шрифтом.

Для інших статей (огляд, лекція, клінічний випадок тощо) реферат повинен включати короткий виклад основної концепції статті та ключові слова.

**Оформлення статті.** На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва статті, назва установ, де працюють автори та виконувалось дослідження, місто, країна.

За умови проведення досліджень із застосуванням будь-яких матеріалів людського походження, в розділі «Матеріали і методи» автори повинні зазначати, що дослідження проводилися відповідно до стандартів біоетики, були схвалені етичним комітетом установи або національною комісією з біоетики. Те саме стосується і досліджень за участю лабораторних тварин.

**Наприклад:** «*Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом (ЛЕК) всіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень було отримано поінформовану згоду батьків дітей (або їхніх опікунів).*

*«Під час проведення експериментів із лабораторними тваринами всі біоетичні норми та рекомендації були дотримані».*

Кількість ілюстрацій (рисунки, схеми, діаграми, фото) має бути мінімальною. Діаграми, графіки, схеми будуються у програмах Word або Excel; фотографії повинні мати один із наступних форматів: PDF, TIFF, PSD, EPS, AI, CDR, QXD, INDD, JPG (150–600 dpi).

Таблиці та рисунки розташовують у тексті статті відразу після першого згадування. У підпису до рисунку наводять його назву, розшифровують усі умовні позначення (цифри, літери, криві тощо). Таблиці мають бути оформлені відповідно до вимог ДАК, бути компактними, пронумерованими, мати називу. Номери таблиць, їхні заголовки і цифрові дані, оброблені статистично, повинні точно відповідати наведеним у тексті статті.

Посилання на літературні джерела у тексті позначаються цифрами у квадратних дужках та відповідають нумерації у списку літератури. **Статті зі списком літературних джерел у вигляді посилань на кожній сторінці або кінцевих посилань не приймаються.**

Необхідно подавати два варіанти списку літератури.

**Перший варіант** подається відразу після тексту статті, джерела розташовуються за алфавітом (спочатку праці, опубліковані українською або російською мовами, далі – іншими мовами).

**Другий варіант** повністю відповідає першому, але джерела українською та російською мовами **ПЕРЕКЛАДАЮТЬСЯ!** на англійську мову. Цей варіант необхідний для сайту, підвищення індексу цитування та аналізу статті у міжнародних наукометрических базах даних.

Обидва варіанти оформлюються за стилем APA (American Psychological Association style), який використовується у дисертаційних роботах.

**Приклад оформлення для обох варіантів:**

Автор АА, Автор ВВ, Автор СС. (2005). Назва статті. Назва журналу. 10(2); 3: 49–53.

Автор АА, Автор ВВ, Автор СС. (2006). Назва книги. Місто: Видавництво: 256.

У тексті статті допускаються загальноприйняті скорочення, а також авторські скорочення, які обов'язково розшифровуються у тексті при першому згадуванні та залишаються незмінними по всьому тексту.

У кінці статті автори мають заявити про наявність будь-яких конкурючих фінансових інтересів щодо написання статті. Зазначення конфлікту інтересів або його відсутності у статті є **обов'язковим**.

**Приклад:** «*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів*» або «*Матеріал підготовлений за підтримки компанії...*»

Стаття закінчується відомостями про **усіх авторів**. Зазначаються прізвище, ім'я, по батькові (повністю), вчений ступінь, вчене звання, посада в установі/установах, робоча адреса з поштовим індексом, робочий телефон і адреса електронної пошти; ідентифікатор ORCID (<https://orcid.org/register>). Автор, відповідальний за зв'язок із редакцією, надає свій мобільний/контактний номер телефона.

Відповідальність за достовірність та оригінальність наданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) несе автори.

Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редактування, залишає за собою право скрочувати обсяг статей. Відмова авторам у публікації статті може здійснюватись без пояснення причин і не вважається негативним висновком щодо наукової та практичної значущості роботи.

**Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.**

**Редколегія**

## **Шановні колеги!**

Запрошуємо вас узяти участь у I Міжнародному конгресі «Раціональне використання антибіотиків у сучасному світі. Antibiotic resistance STOP!», який відбудеться 15–16 листопада 2018 року у м. Києві під час Всесвітнього тижня належного застосування антибіотиків. Захід об'єднає фахівців різних спеціальностей, які будуть обговорювати проблеми зниження ефективності дії антибіотиків та пошуку нових підходів у боротьбі з антибіотикорезистентністю.

Основною метою конгресу є обмін досвідом, сприяння підвищенню компетентності медичних працівників з питань належного застосування антибіотиків у практичній діяльності та покращення надання медичної допомоги хворим.

Учасники конгресу будуть забезпечені максимальною кількістю міжнародних кредитів —

**14 AMA PRA Category 1 Credits™,**

**10 балами** (за участь) та **5 балами** (за підготовку тез) за національною шкалою.



Конгрес запланований і буде проведений відповідно до вимог та стандартів Акредитаційної Ради Безперервної Медичної Освіти (ACCME, США) завдяки співпраці Siyemi Learning (Великобританія) та групи компаній Мед Експерт (Україна) та сертифікований на отримання міжнародних кредитів *AMA PRA Category 1 credit™*. Siyemi Learning акредитована ACCME організовувати та проводити освітні заходи на міжнародному рівні в рамках безперервної медичної освіти.

Учасники конгресу отримають ту кількість міжнародних кредитів, яка відповідає часу їхньої участі у заході (1 година = 1 кредит).

Конгрес включено до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій на 2018 рік, який був затверджений Міністерством охорони здоров'я України, Національною академією медичних наук України та Українським центром наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України.

**Контакти організаторів: телефон: +380(63)738-09-64; e-mail: [info@antibiotic-congress.com](mailto:info@antibiotic-congress.com)**

**antibiotic-congress.com**



ІнтерХім



Таблетки  
по 0,0005 г №20,  
по 0,001 г №10,  
по 0,002 г №10.

Відпускається за звичайним  
рецептом (ф-1).

# Інноваційний снодійний засіб



Діюча речовина: левана. Лікарська форма: таблетки. Фармакотерапевтична група: Снодійні та седативні засоби. Фармакологічні властивості. Чинить виражену снодійну, анксиолітичну, помірну міорелаксантну та протисудомну дію; посилює ефект снодійних, наркотичних та нейролептичних препаратів, етилового спирту. Показання. Розлади сну різної етіології у дорослих. Протипоказання. Підвищена індивідуальна чутливість до будь-якого з компонентів препарату. Тяжка хронічна дихальна недостатність; синдром зупинки дихання уві сні (апноє); тяжка печінкова недостатність; спінальна і мозочкова атаксія; гостре отруєння алкоголем, снодійними, знеболювальними або психотропними засобами (антидепресанти, нейролептики, літій); тяжка форма міастенії; гострі напади глаукоми (вузькоокутова глаукома). Побічні реакції. Виражених побічних реакцій при застосуванні препарату у рекомендованих терапевтичних дозах не виявлено. Категорія відпуску. За рецептром.

Виробник. ТДВ «ІНТЕРХІМ», Україна. Ліцензія АЕ 295499, Сертифікат №058/2016/SAUMP/GMP. Р.п. МОЗ України: №UA/11175/01/01, №UA/11175/01/02, №UA/11175/01/03 від 01.10.2015. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників для розміщення у спеціалізованих виданнях для медичних закладів і лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Повідомити про небажане явище або про скаргу на якість препарату ви можете до ТДВ «ІНТЕРХІМ» за тел.: (048) 777-29-50.