

близько 100 циклів ТУ, на яких підвищили кваліфікацію майже 3000 лікарів і середніх медпрацівників із багатьох регіонів України. Також зазначені підходи й принципи враховувалися при формуванні штату кафедри фахівцями різного профілю, зокрема онкологом, геронтологом, терапевтом, медичним психологом, психотерапевтом, клінічним фармакологом, організатором охорони здоров'я, епідеміологом, фізіотерапевтом, соціальним працівником і юристом.

У 2017 р. за ініціативи та за участі співробітників кафедри видано підручник «Паліативна та хоспісна допомога», який рекомендовано МОЗ України для студентів, лікарів-інтернів та лікарів-слухачів ВМНЗ, та навчальний посібник «Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги в практиці сімейного лікаря», що, безумовно покращить навчально-методичне забезпечення викладання предмету.

Висновки. 1. Сьогодні в Україні післядипломна підготовка медичних працівників з питань ПХД — актуальна проблема, що є важливою складовою системи ПХД та умовою забезпечення доступу населення до професійної та якісної ПХД, що потребує уваги й підтримки МОЗ України.

2. Мультидисциплінарна професійна підготовка лікарів загальної практики — сімейних лікарів, що ґрунтується на компетентнісному підході, має велике значення для підвищення якості надання ПХД населенню. Така підготовка дозволить ЛЗП-СЛ разом із соціальними працівниками, неурядовими та благодійними організаціями забезпечити комплексну ПХД ПП та членам їхніх родин, що включає медичну, психологічну, соціальну і духовну складову, а також юридично-правовий супровід.

3. Упровадження системи післядипломної освіти з питань ПХД дозволить забезпечити відповідну якість життя паліативних хворих та їх родин.

4. Ставши на шлях інтеграції в Європейське співтовариство, Україна має враховувати міжнародний досвід щодо підготовки й залучення медичних працівників ПМСД до надання паліативної допомоги вдома, що має сьогодні особливе значення в умовах обмежених ресурсів.

Співпраця кафедри паліативної і хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика і Дубенського медичного коледжу з підготовки медичних спеціалістів з питань надання паліативної й хоспісної допомоги населенню

Царенко А.В.¹, Венгрин Н.О.², Дороніна Т.М.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²ВКНЗ «Дубенський медичний коледж», м. Дубни, Україна

Актуальність. Гуманізація системи охорони здоров'я — це одне із важливих завдань, що стоїть перед українською державою на шляху становлення

цивілізованого суспільства, яке спирається на засади моралі та людяності. Впровадження й розвиток доступної, якісної та ефективної системи надання паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) населенню в Україні як інноваційної системи допомоги й супроводу невиліковно хворих, у тому числі наприкінці життя, та членів їхніх родин тісно пов'язане з розвитком медсестринства. Завдяки зусиллям Сесілі Сандерс, медичної сестри та соціального працівника з Великобританії, яка у 1967 р. заснувала у Лондоні «Хоспіс Святого Христофора», засновниці сучасного хоспісного руху, роль і значення медичної сестри в такій інноваційній сфері медичної допомоги, як ПХД, продовжує зростати.

Актуальність проблеми обумовлена: швидким і невпинним постарінням населення; зростанням рівня захворюваності та смертності від онкологічних захворювань; поширенням інкурабельних захворювань з вираженим хронічним больовим синдромом (ХрБС); епідемією туберкульозу, у тому числі мультирезистентних форм; високими темпами поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу, вірусних гепатитів В, С тощо.

Мета роботи: обґрунтувати методи оптимізації підготовки середніх медичних працівників з питань надання ПХД населенню.

Матеріали та методи. При виконанні роботи були використані нормативно-правові документи України та міжнародних організацій, виконаний літературний огляд у пошукових системах JAMA, Scholar та PubMed, а також у вітчизняних і закордонних журналах та виданнях, матеріалах конференцій, які відповідають зазначеній темі. При обробці матеріалів використовувались загальноприйняті методи.

Результати та обговорення. Результати наших досліджень свідчать, що, на жаль, система охорони здоров'я України поки що не може забезпечити доступність кваліфікованої та якісної стаціонарної ПХД для більшості людей, які її потребують, через відсутність необхідної кількості закладів ПХД та брак підготовлених кадрів. Практично відсутня в Україні і служба ПХД вдома, тому мешканці сільської місцевості поки що взагалі не можуть її отримати. Отже, більшість паліативних пацієнтів (ПП) завершують своє біологічне життя вдома, під наглядом лікарів та середніх медичних працівників закладів ПМСД.

Найбільш поширеними симптомами та розладами життєдіяльності в паліативних пацієнтів, з якими доводиться стикатися медичним сестрам і фельдшерам як у стаціонарних закладах охорони здоров'я, так на первинному рівні надання медичної допомоги, є:

— тяжкий ХрБС, для ефективного контролю якого часто необхідно застосовувати наркотичні та психотропні анальгетики;

— психоемоційні/психічні розлади (наприклад, депресивні стани або афекти, страх смерті, відчуття самотності й немічності, залежності від інших, а

в пацієнтів старечого віку — когнітивні та сенільні порушення);

— інші несприятливі клінічні прояви, зумовлені декомпенсацією захворювань та порушень функціонування життєво важливих органів та систем, що проявляється в останні місяці або дні життя дихальною та серцевою недостатністю (задишкою, набряками, обмеженнями рухової активності тощо), диспептичними розладами (такими симптомами, як нудота, блювання, гикавка, закрепами або діареєю, анорексією тощо), ураженнями шкіри (наприклад, пролежні та трофічні виразки) та слизових оболонок, кісткової тканини (остеопороз, метастази), затримкою або ж нетриманням сечі, кровотечами, крововиливами та лімфадемами тощо.

Зазначене вимагає від медичних сестер і фельдшерів великого обсягу знань та вмінь. Та крім володіння професійними медичними знаннями, медична сестра і фельдшер повинні:

— вміти знаходити оптимальний вихід з тяжких, часом критичних життєвих та клінічних ситуацій стосовно ПП та членів його родини;

— мати навички раціонально розподіляти робочий час;

— володіти навичками консультування в межах компетенції медичної сестри/фельдшера, навчати родичів пацієнта елементам догляду, харчування, профілактики пролежнів тощо;

— вміти контролювати стан пацієнта, його фізіологічні та психологічні потреби;

— вміти контролювати свій емоційний стан, зберігати витримку, залишатися доброзичливими й чуйними до пацієнта та членів його родини;

— мати хороші комунікативні навички, вміти чітко формулювати свої думки, грамотно й у доступній формі їх викладати, критично оцінювати свою діяльність, уникати зверхності, зарозумілості.

Важливою проблемою також є забезпечення якості надання ПХД. Паліативна допомога, надана медичною сестрою/фельдшером, буде вважатися ефективною, якщо:

— вдалося створити для ПП комфортні і безпечні умови та забезпечити належну якість життя для пацієнта та членів його родини;

— пацієнт не відчуває болю та не страждає надмірно через тяжкі симптоми інкурабельного захворювання;

— пацієнт відчуває свою незалежність;

— вдалося забезпечити таку психологічну, соціальну й духовну підтримку, щоб пацієнт змирився з неминучістю швидкого завершення біологічного життя й одержував задоволення від кожного прожитого дня, наскільки це можливо;

— незважаючи на прийдешню смерть, система підтримки ПП допомагає йому жити настільки активно і повноцінно, як тільки це для нього можливо, до останнього подиху;

— є відчуття, що зусилля допомогли пацієнтові та членам його родини не були марними.

Разом з цим результати наших досліджень свідчать, що надзвичайно високі вимоги, фізичне й емоційне навантаження при роботі з ПП та їхніми родинами зумовлює постійний дефіцит та велику плінність кадрів у закладах ПХД. Зазначене потребує розробки системи заходів, які б сприяли мотивації роботи середнього медичного персоналу в закладах ПХД та профілактиці синдрому професійного вигорання в працівників, що надають допомогу ПП, зокрема розглянути питання встановлення підвищених тарифів/доплат до заробітної плати, додаткової відпустки, пільгового пенсійного забезпечення й санаторно-курортного обслуговування та інших пільг і заохочень.

Такі важливі питання, як сучасні підходи до організації надання медсестринської допомоги в ПХД, обмін досвідом щодо вітчизняних та зарубіжних практик, питання до- і післядипломної підготовки середніх медичних працівників та стандарти роботи, організація паліативної опіки вдома, вміння медичної сестри працювати в мультидисциплінарній команді, профілактика професійного вигорання, наукові дослідження в галузі паліативної допомоги, питання волонтерства тощо, розглядаються й вирішуються завдяки співпраці між ВКНЗ «Дубенський медичний коледж» і кафедрою паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика. Адже унікальність ВКНЗ «Дубенський медичний коледж» полягає в тому, що це єдиний в Україні вищий медичний навчальний заклад, структурним компонентом якого є відділення паліативної та хоспісної медицини, на базі якого відбувається навчання студентів і слухачів післядипломної освіти.

Висновки. Отже, процес реформування системи охорони здоров'я, наближення кваліфікованої медичної допомоги до кожної сім'ї вимагає відповідного економічного та матеріально-технічного забезпечення служби ПХД, а також професійної підготовки лікарів та середніх медичних працівників відповідно до міжнародних стандартів і підходів. Необхідно ставити перед урядом, регіональними й місцевими органами влади питання про розробку системи заходів, які б сприяли мотивуванню середнього медичного персоналу до роботи в закладах ПХД та профілактиці синдрому професійного вигорання в працівників, які надають допомогу паліативним хворим, зокрема розглянути питання встановлення підвищених тарифів/доплат до заробітної плати, додаткової відпустки, пільгового пенсійного забезпечення та санаторно-курортного обслуговування, інших пільг і заохочень. Необхідно приділяти постійну увагу додипломній підготовці студентів та післядипломній освіті середніх медичних працівників з питань надання ПХД, включити навчальну дисципліну «Паліативна та хоспісна медицина» у навчальні плани ВМНЗ I–III рівнів акредитації. Необхідно передбачити в планах підготовки спеціалістів у ВМНЗ обов'язковий курс «Паліативна та хоспісна медицина», а також наскрізний інтегративний курс

«Паліативна допомога», забезпечити затвердження навчальних програм, розробку та видання навчально-методичної літератури з ПХД. Співпраця між ВКНЗ «Дубенський медичний коледж» РОР і кафедрою паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика довела свою актуальність і ефективність та має перспективу подальшого розвитку.

Аналіз прихильності до лікування у хворих на цукровий діабет 2-го типу в практиці сімейного лікаря

Чайка А.О., Лисий І.С., Дукова О.Р., Ковальчук Л.І., Богатирьова Т.В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Мета дослідження: оцінити прихильність до лікування хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу в практиці сімейного лікаря.

Матеріали та методи. Обстежено 120 пацієнтів віком 40–74 роки (середній вік $58,5 \pm 2,4$ року), серед них 85 жінок (70,8 %) і 35 чоловіків (29,2 %) зі встановленим діагнозом ЦД 2-го типу тривалістю понад 1 рік. Прихильність до лікування ЦД 2-го типу оцінювали за модифікованим опитувальником SDSCA (Summary of Diabetes Self-Care Activities). Пацієнти відмічали кількість днів виконання рекомендацій лікаря протягом останнього тижня. Пацієнти, які виконували рекомендації протягом 5–7 днів, відзначалися як добре прихильні, 3–4 дні — як недостатньо прихильні, 0–3 дні — як погано прихильні до лікування.

Результати та обговорення. При аналізі даних виявлено, що більше ніж половина пацієнтів — 73 (60,8 %) — мали недостатню прихильність до дієтичних рекомендацій. Розрахунок кількості спожитих вуглеводів протягом 5–7 днів тижня виконували тільки 27 (22,5 %) хворих, третина пацієнтів — 30 осіб (25,0 %) — робили облік вуглеводного навантаження протягом 3–4 днів. Серед 63 пацієнтів, які відзначили 0 днів (52,5 %), 10 (15,9 %) не мали повної інформації щодо правильної оцінки кількості вуглеводів у їжі, 53 пацієнти (84,4 %) не використовували розрахунок вуглеводів з різних причин. Рекомендацій із фізичної активності дотримувалися лише 16 хворих (13,3 %), 31 особа (25,8 %) виконувала фізичні вправи 3–4 дні на тиждень, решта 83 (69,2 %, $p < 0,05$) не мали фізичної активності. Добрий контроль глікемії (6–7 разів на тиждень) відзначався в 33 хворих (27,5 %), 36 (30,0 %) контролювали рівень глюкози в крові 4–5 разів на тиждень, половина обстежених пацієнтів — 51 (42,5 %) — проводила контроль глікемії 0–2 рази на тиждень, пов'язуючи це з відсутністю глюкометра або нестачею тест-смужок. За даними опитування, лише 12 (18,5 %) хворих здійснювали профілактику діабетичної стопи 5–7 разів на тиждень, 28 (43,1 %) пацієнтів проводили профілактичний огляд стоп 4–5 разів на тиждень, а 25 (38,4 %) — лише 0–3 рази на тиждень.

Цукрознижуючі препарати 7 разів на тиждень приймали 118 (95,8 %) хворих, і тільки 2 пацієнти (4,2 %, $p < 0,001$) повідомили, що не приймали цукрознижуючі препарати 1–2 рази на тиждень із різних причин.

Висновки. У пацієнтів на ЦД 2-го типу спостерігається висока прихильність до медикаментозної цукрознижувальної терапії ($95,8 \pm 1,9$ %, $p < 0,001$). Більшість пацієнтів із ЦД 2-го типу (84,4 %) не використовували розрахунок вуглеводів у денному раціоні й продемонстрували недостатню прихильність до інших немедикаментозних заходів лікування, що потребує подальшого вивчення.

Фактори ризику виникнення остеоартрозу колінних суглобів

Шекера О.Г., Панасенко М.С.

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

Актуальність. Клінічні симптоми остеоартрозу (ОА) в цілому спостерігаються більше ніж у 10–20 % населення земної кулі. Найбільш часта локалізація ОА — це колінні суглоби, і поширеність симптоматичного гонартрозу становить 24 % від загальної популяції населення, тобто він має місце більш ніж у 250 млн осіб. З огляду на збільшення середнього віку популяції нашої планети ОА вже в найближчі роки посяде четверте місце серед причин інвалідності. Сьогодні висока інвалідизація хворих на ОА колінних суглобів є причиною того, що щорічна частота артропластичних операцій серед пацієнтів, старших за 65 років, в Європі становить у середньому 0,5–0,7 на тисячу населення.

Мета дослідження: огляд факторів ризику, що призводять до виникнення остеоартрозу колінних суглобів.

Результати та обговорення. Виникнення захворювання і вираженість суглобових уражень визначають численні фактори, серед яких можна виділити такі:

1) **ожиріння** — фактор ризику ОА колінних суглобів. У чоловіків і жінок з індексом маси тіла 30–35 кг/м² у 4 рази зростає частота розвитку ОА колінних суглобів порівняно з людьми, які не мають надмірної ваги. Кожні 5 кг зайвої маси тіла ведуть до 40 % ризику розвитку ОА колінних суглобів. Необхідність протезування колінних суглобів за наявності ожиріння зростає у 8,1 раза. У рамках дослідження, проведеного у Великобританії, підрахували, що 69 % операцій з протезування колінного суглоба обумовлені ожирінням;

2) **набуті захворювання кісток і суглобів**, операції на суглобах (меніскектомія); вроджені дисплазії (аномалії опорно-рухового апарату): О- і Х-подібна деформація стегна (genu varum і genu valgum), сколіоз, плоскостопість, гіпермобільність колінного суглоба тощо;

3) **вікові особливості**. З віком відбувається: а) зниження агрегації протеогліканів; б) дефіцит естрогенів у постменопаузальному періоді у жінок; в) зрос-