

ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ СТАЦІОНАРНОЇ ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТІНСУЛЬТНИМ ХВОРИМ В УКРАЇНІ

Малик Наталія Віталіївна

к.мед.наук, доцент кафедри загальної практики –
сімейної медицини та внутрішніх хвороб,
Харківський національний медичний університет

Україна

Степанович Таїсія Ярославівна,

Дьоміна Юлія Сергіївна

Студенти

Харківського Національного Медичного

Університету

Україна

Вступ. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я щорічно у світі помирає понад 17 млн людей від хвороб системи кровообігу, що складає 30% всіх випадків смерті. Мозкові інсульти є однією з найбільш актуальних проблем в неврології, що супроводжується високим відсотком інвалідизації пацієнтів і показником смертності. За офіційною статистикою, в Україні цереброваскулярні захворювання є причиною смертності № 2 (100 000–110 000 смертей, близько 14% усіх померлих). Щороку стається 100 000–110 000 інсультів (понад третина з них — у людей працездатного віку), 30–40% хворих на інсульт помирають упродовж перших 30 днів і до 50% — протягом року від початку захворювання; 20–40% хворих, що вижили, стають залежними від сторонньої допомоги (12,5% первинної інвалідності) і лише близько 10% повертаються до повноцінного життя. Стаціонарна хоспісна допомога (СГП) постінсультним хворим є однією з ланок спеціалізованої медичної допомоги та має свої особливості в медичній практиці. Пацієнти потребують не тільки кваліфікованої медичної допомоги (підбір і проведення необхідної знеболюючої, симптоматичної терапії, організації паліативного лікування), а

також психологічної/психотерапевтичної допомоги, необхідного догляду - задоволення практичних потреб пацієнтів . Хворі з важкими наслідками порушення мозкового кровообігу потребують цілодобового перебування в стаціонарі. Особливу складність несе ведення хворих з кінцевою стадією деменції, оскільки проходить тривало і втомлює як штат хоспіса, так і їх сім'ї. Це зумовлено поєднанням фізичних, когнітивних, психоемоційних, релігійних, етичних та соціальних проблем.

Мета роботи. Проаналізувати проблеми у системі надання паліативної допомоги в сучасній Україні та виявити чинники, що зумовлюють незадовільний стан хоспісної та паліативної допомоги.

Матеріали та методи. Дослідження проводили на базі підрозділів КНП ХОР «ЦЕМД та МК» м. Харків за 2020-2022 рік. Оцінювали частоту госпіталізацій пацієнтів з інсультом бригадами ЕМД, частоту та структуру відмов від госпіталізації, кількість пацієнтів, які доставлені до спеціалізованого стаціонару впродовж терапевтичного вікна (4,5 години) для системного тромболізу. Проаналізували вікову структуру госпіталізованих. Проведений аналіз показав, що в середньому щороку в області через систему ЕМД госпіталізували з інсультом (1160±29) пацієнтів, що становить 47,7 випадку на 100 000 населення. З числа цих пацієнтів 754 перенесли ішемічний інсульт (ІІ), - 406 геморагічний інсульт (ГІ). Жінки становили 70% пацієнтів, чоловіки - 30%. Стан більшості пацієнтів оцінювався як тяжкий (75%) та середньо тяжкий (25%). Середній вік госпіталізованих за ЕМД пацієнтів становив (62,6±3,8) року. Діагноз був встановлений на основі клініки: таламічний синдром проявляється паралічем або парезом однієї половини тіла, порушенням координації рухів, шкірної та глибокої чутливості, гіперпатією, частою зміною настрою. При прориві крові в шлуночки мозку згасають глибокі рефлекси, не виявляються оболонкові симптоми, розвивається глибока кома. Хворим при первинній госпіталізації були проведені інструментальні методи діагностики. А саме КТ- на ньому були виявлені оклюзія або стеноз магістральних вен шиї або

голови. Ангіографія - на ній ми можемо побачити аневризми (кровоносних судин, які збільшуються у розмірах та можуть розірватися), кровоносних судин, звужених атеросклерозом (утворення бляшок усередині артерії), аномальних утворень кровоносних судин усередині мозку, кровоносних судин, пошкоджених при травмах, згустків крові, які могли утворитися у венах ніг та потрапити у легені та ін. На жаль, в Україні тільки незначна частка хворих (від 10 до 40 %) госпіталізується в межах «терапевтичного вікна».

Проведення системної тромболітичної терапії (ТЛТ) з використанням рекомбінантного тканинного плазміногену обмежено вузькими рамками 4,5-годинного терапевтичного вікна, необхідністю надійної верифікації тромботичного характеру інсульту та жорстких проти показів до застосування. Тому терапію з використанням системного тромболізуєсу може отримати невелика кількість хворих із гострим ішемічним інсультом. Вважають, що кількість таких пацієнтів складає щонайбільше 20% від загальної кількості осіб, що перенесли інсульт, що призводить до появи тяжки ускладнень.

Результати та обговорення. Проаналізувавши сучасний стан хоспісної та паліативної медицини України необхідно виділити низку таких важливих проблем, як: недостатні визнання, оцінка і підтримка розвитку системи паліативної допомоги з боку держави, особливо регіональних органів виконавчої влади; недостатня доступність опіоїдних анальгетиків для паліативних пацієнтів; брак фахівців, які пройшли спеціальну підготовку; нестача обладнання для здійснення паліативного лікування та догляду; недостатні можливості для проведення наукових досліджень; негативні культурні стереотипи і національні традиції; недостатня інформованість населення з питань хоспісної та паліативної допомоги; обмеження фінансування з бюджету та відсутність традицій меценатства і благодійництва. На жаль, досі лише незначна кількість пацієнтів доставлена до спеціалізованого стаціонару впродовж терапевтичного вікна. Також залишається актуальною проблема необґрунтованих відмов пацієнтів із ГПМК та їхніх родичів від термінової госпіталізації.

Висновки. Важливою функцією медичних працівників первинної ланки разом із службами хоспісної допомоги та соціального захисту є забезпечення догляду за інвалідами в наслідок перенесеного МІ. При цьому важливим є навчання членів сім'ї основам ефективного догляду за даними особами. Не менш важливим є догоспітальний етап лікування хворих з гострим порушення мозкового кровообігу. Необхідна швидка та професійна допомога колективу бригаду екстреної медичної допомоги, лікарів чергових неврологічних відділень, своєчасне та правильне проведення тромболітичної терапії. При первинному потраплянні хворого до стаціонару має значення дотримання чіткого плану обстеження хворого цілодобового проведення лабораторного та нейровізуалізаційного обстеження з оцінкою показань чи протипоказань до проведення системного тромболізісу у кожного конкретного пацієнта.

Список літератури:

1. Стратегія розвитку паліативної допомоги в Україні на 2015–2025 роки.
2. Коленіченко Т. І. До проблеми надання паліативної допомоги в Україні / Т. І. Коленіченко, А. С. Кузьменко // Проблеми соціальної роботи: філософія, психологія, соціологія. – 2016. – № 2 (8). – С. 65–72.
3. Губський Ю. І. Розвиток паліативної та хоспісної медицини як інтегральна складова реформування системи охорони здоров'я в Україні / Ю. І. Губський // Сімейна медицина. – 2011. – № 3. – С. 16–18.
4. Зозуля А.І Організаційна структура надання медичної допомоги при цереброваскулярних захворюваннях та її відповідність реформуванню галузі *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика*. Київ. 2013. Вип. 22, том 2.
5. Зінченко О. М., Міщенко Т. С. Стан неврологічної служби в Україні в 2015 році. Харків, 2016. 23 с.
6. Мищенко Т. С. Епидемиологія цереброваскулярних захворювань і організація допомоги больним з мозковим інсультом в Україні. *Український вісник психоневрології*. 2017. Том 25. Випуск 1 (9). С.22-24.

7. Прокопів М.М.Якість життя мешканців мегаполісу, що перенесли церебральний інсульт. *Україна.Здоров'я нації*. 2020. №1(58). С.43-46.