

# АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ: ТОМ 23, ВИПУСК 4 (84), 2023

ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 2001 році

Виходить 4 рази на рік

## Зміст

### ПЕРИНАТОЛОГІЯ\*

<i>Бабінцева А.Г.<sup>1</sup>, Костюкова Д.М.<sup>2</sup></i> ..... 5	ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ АМПЛІТУДНО-ІНТЕГРОВАНОЇ ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТІВ НЕОНАТАЛЬНИХ ВІДДІЛЕНЬ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ
<i>Гасюк Н.І.<sup>1</sup>, Іваненко О.П.<sup>2</sup>, Фастовець М.М.<sup>1</sup>, Калюжка О.О.<sup>1</sup></i> ..... 11	ДОСВІД МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПЕРИНАТАЛЬНИМ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА ЕТАПІ КАТАМНЕСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ
<i>Годованець О.С.</i> ..... 16	КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ
<i>Гусєва А.Є.</i> ..... 24	ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ТРИВОЖНОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАПРУЖЕННЯ І СТРЕСУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ
<i>Давиденко А.В.</i> ..... 30	АНАЛІЗ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ L-КАРНІТИНУ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ
<i>Дроник Т.А., Годованець Ю.Д.</i> ..... 35	ОСОБЛИВОСТІ ЕКЗОКРИННОЇ ФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ
<i>Козакевич О. Б., Козакевич В. К., Зюзіна Л. С., Гасюк Н. І., Мелашенко О. І.</i> ..... 41	АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ВКРАЇ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ В РАНЬНОМУ ВІЦІ
<i>Соловійова Г.О., Цвіренко С.М., Калюжка О.О., Жук Л.А., Сітало В.С.</i> ..... 45	КАТАМНЕЗ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З ГІПОКСИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ
<i>Cherniavska Yul, Pokhylko VI, Akimov OYe, Tsvirenko SM, Yakovenko OV</i> ..... 50	PROFILE OF NITRIC OXIDE METABOLISM INDICATORS IN PRETERM INFANTS WITH PERINATAL CENTRAL NERVOUS SYSTEM INJURIES

### КЛІНІЧНА ТА ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

<i>Abbasalieva T.R.</i> ..... 56	SUBJECTIVE ANALYSIS OF QUALITY INDICATORS OF MEDICINAL PRODUCTS
<i>Безега Н. М.</i> ..... 60	ОСОБЛИВОСТІ НАБУТОЇ НЕПРОХІДНОСТІ СЛЬОЗНИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ, СУМІСНЕ КОНСЕРВАТИВНЕ ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ З ЛІКАРЯМИ ЛОР-ПРОФІЛЮ
<i>Бондаренко Р.В., Безшапочний С.Б.</i> ..... 65	ВПЛИВ ПЛАЗМИ, ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ, НА УШКОДЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ НОСА ЗА УМОВ ХРОНІЧНОГО АТРОФІЧНОГО РИНИТУ
<i>Васильєва Г.Ю., Страшко Є. Ю., Кундій Ж.П.</i> ..... 69	ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ, ЯКІ ЗДІЙСНЮЮТЬ ДОГЛЯД ЗА ВАЖКОХВОРИМИ ІЗ ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
<i>Гур'єв С.О.<sup>1</sup>, Танасієнко П.В.<sup>2</sup>, Скобенко Є.О.<sup>3</sup></i> ..... 74	КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТРАЖДАЛИХ З ПЕРЕЛОМАМИ НА ТЛІ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ COVID-19

<b>Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Кітура Є.М., Іщейкіна Ю.О., Ткаченко М.В.</b> .....	<b>292</b>
ГЕРОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ І ПАЛІАТИВНИЙ ДОГЛЯД У СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ	
<b>Ждан В.М., Лебідь В.Г., Іщейкіна Ю.О.</b> .....	<b>297</b>
СУЧАСНІ ХОНДРОПРОТЕКТОРИ У ЛІКУВАННІ ОСТЕОАРТРИТУ	
<b>ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ</b>	
<b>Коробчанський В.О., Древаль М.В.</b> .....	<b>305</b>
ГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я КУРСАНТІВ ВІЙСЬКОВИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ЗА ОЦІНКОЮ ТА ОПТИМІЗАЦІЄЮ УМОВ НАВЧАННЯ ТА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ, ШЛЯХОМ ВИЗНАЧЕННЯ ТА ПОДОЛАННЯ ЧИННИКІВ РИЗИКУ	
<b>Смаглюк Л.В., Трофименко М.В., Ляховська А.В.</b> .....	<b>312</b>
ОПТИМІЗАЦІЯ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЙ КОВТАННЯ ТА МОВЛЕННЯ	
<b>Соколова І.І.<sup>1</sup>, Стасюк О.А.<sup>2</sup></b> .....	<b>318</b>
ПЕРЕШКОДИ ОТРИМАННЯ МЕДИЧНОЇ ТА СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВТРАТОЮ СЛУХУ	

university and "Audax doo" company Ljubljana, Slovenia, the AudaxCeph program is used in medical and advisory, scientific and educational work. The use of the program for cephalometric analysis is implemented in the educational process, in particular, in the curricula and programs of the specialty "Orthodontics" for interns, thematic improvement cycles, and in specialization cycle in the "Diagnostics in Orthodontics" section. The program was also used to conduct a number of scientific studies on the diagnosis of malocclusion. Conclusions. The implementation of AudaxCeph in educational processes, such as internships, thematic improvement cycles, and specialization cycles in the "Diagnostics in Orthodontics" section, demonstrates its versatile utility. Moreover, the program has been instrumental in conducting scientific studies on malocclusion diagnosis. In conclusion, while the use of computer programs enhances the efficiency of orthodontists, the role of artificial intelligence should be viewed as a supplementary diagnostic tool rather than the sole determinant of accurate analysis.

DOI 10.31718/2077-1096.23.4.292

УДК 616-082:614.253.1

**Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Кімура Є.М., Іщейкіна Ю.О., Ткаченко М.В.**

## **ГЕРОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ І ПАЛІАТИВНИЙ ДОГЛЯД У СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ**

Полтавський державний медичний університет

*В статті приведений аналіз літератури стосовно геронтологічних аспектів коморбідності і надання паліативної допомоги в практиці сімейного лікаря. За даними ООН, у 2020 році вік майже кожного десятого жителя Землі перевищував 65 років. У 2050 році їх частка зросте з 9,3% до 15,9%. Частка людей 60 років і старше становитиме до однієї третини населення планети. Аналіз звернень в амбулаторно-поліклінічні установи демонструє, що загалом за всіма класами хвороб та окремих захворювань, найбільший відсоток звернень до лікаря спостерігається в групах 70 років і старше. В похилому віці як фізіологічне, так і патологічне старіння супроводжується структурними та функціональними змінами всіх органів та систем, порушенням гемодинаміки, погіршенням кровопостачання тканин, підвищенням ризику розвитку гіпоксії з раннім включенням анаеробних механізмів. Серед тих, хто звертається за медичною допомогою до сімейного лікаря в Україні, частка пацієнтів похилого віку із поєднаною патологією становить понад 80%. Люди літнього віку з коморбідною патологією страждають від болю більше, ніж представники інших вікових груп. Однією з першочергових медико-соціальних та гуманітарних проблем багатьох країн світу є створення та розвиток доступної та ефективної системи надання паліативної допомоги населенню. Ці проблеми виникли через збільшення кількості інкурабельних хворих з обмеженим прогнозом тривалості життя. За аналізом досвіду різних країн переконливо видно, що паліативна та хоспісна допомога найкраще забезпечує потреби та належну якість життя паліативних пацієнтів та їх рідних, сприяє збереженню людської гідності наприкінці біологічного життя. Метою паліативної допомоги є полегшення страждань пацієнтів та їхніх родин шляхом комплексної оцінки та лікування фізичних, психосоціальних і духовних симптомів, які відчувають пацієнти. Паліативна допомога зосереджена на передбаченні, запобіганні, діагностиці та лікуванні симптомів, які відчувають пацієнти з серйозною або небезпечною для життя хворобою, а також на допомозі пацієнтам та їхнім родинам приймати важливі з медичної точки зору рішення. Сімейного лікаря визнано спеціалістом медичної галузі, який може найповніше впливати на стан здоров'я населення. Сімейні лікарі надають паліативну допомогу, вони консультують, навчають близьких та родичів хворого стосовно потреб пацієнта, надають психологічну та моральну підтримку як пацієнту так і його родині.*

Ключові слова: похилий вік, паліативна допомога, сімейний лікар, коморбідність, біль, похилий вік.

*Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Стаття є фрагментом науково-дослідної роботи «Особливості перебігу, прогнозу та лікування коморбідних станів при захворюваннях внутрішніх органів з урахуванням генетичних, вікових і гендерних аспектів» (№ державної реєстрації: 0118U004461).*

### **Вступ**

Останні десятиліття у всьому світі відзначається зміна вікової структури населення зі збільшенням числа осіб похилого та старечого віку. Доповідь Організації Об'єднаних Націй (ООН), присвячена аналізу змін вікової структури населення в 1950-2050 рр., свідчить про те, що в ХХІ столітті старіння населення практично у всіх країнах продовжиться, і до 2050 року. За даними ООН, у 2020 році вік майже кожного десятого жителя Землі перевищував 65 років. У 2050 році

їх частка зросте з 9,3% до 15,9%. Частка людей 60 років і старше становитиме до однієї третини населення планети [1, 2].

Аналогічні демографічні зрушення спостерігаються і в Україні. Так, з 2001 до 2020 р.р. частка осіб похилого та старечого віку у загальній структурі населення збільшилася з 18,5% до 22,4%. Стає очевидним той факт, що настільки значні темпи старіння населення будуть мати величезні соціальні наслідки і поставлять нові завдання перед системою охорони здоров'я [1, 3].

Аналіз звернень в амбулаторно-поліклінічні установи демонструє, що загалом за всіма класами хвороб та окремих захворювань, найбільший відсоток звернень до лікаря спостерігається в групах 70 років і старше.

Близько 80% осіб старшого покоління мають множинну хронічну патологію і в середньому у одного пацієнта старше 60 років виявляється до чотирьох-п'яти різних хронічних захворювань, що своєю чергою нерідко призводить до поліпрагмазії [4, 5].

### Мета

Провести аналіз літератури стосовно геронтологічних аспектів коморбідності і надання паліативної допомоги в практиці сімейного лікаря

### Результати дослідження та їх обговорення

В похилому віці як фізіологічне, так і патологічне старіння супроводжується структурними та функціональними змінами всіх органів та систем, порушенням гемодинаміки, погіршенням кровопостачання тканин, підвищенням ризику розвитку гіпоксії з раннім включенням анаеробних механізмів. Знижується як загальна імунореактивність організму, так і місцевий імунітет з порушенням бар'єрних функцій слизових респіраторної системи та травного тракту [6, 7].

За даними ВООЗ на сучасному етапі розвитку в жодній країні світу не створено ідеальної системи охорони здоров'я, водночас, сімейна медицина визнана такою, що здатна найповніше задовольнити потреби населення у медичній допомозі та є економічно доцільною для держави. Сімейного лікаря визнано спеціалістом медичної галузі, який може найповніше впливати на стан здоров'я населення. Серед тих, хто звертається за медичною допомогою до сімейного лікаря в Україні, частка пацієнтів похилого віку із поєднаною патологією становить понад 80% [8, 9].

Сьогодні у світі щороку помирають майже 60 млн. людей. На жаль, більше половини з них закінчують своє біологічне життя у стражданнях і муках через невгамовний біль і тяжкі розлади функцій органів і систем, що спричинені хронічними прогресуючими невиліковними захворюваннями, такими як онкологічні, серцево- та церебросудинні, нейропсихічні захворювання, ускладнення цукрового діабету, ВІЛ-інфекція/СНІД, вірусні гепатити В і С, туберкульоз, у тому числі дегенеративні захворювання суглобів і хребта [10, 11].

Люди літнього віку з коморбідною патологією страждають від болю більше, ніж представники інших вікових груп. Це відбувається через неотримання адекватного лікування болю, наприклад, при деменції. Такий хворий не може схарактеризувати свій біль. Крім того, безсоння посилює відчуття болю, а біль порушує сон, тобто формується порочне коло. Посилювати біль може малорухливий спосіб життя, що спричинює

скутість м'язів, погіршення рухомості суглобів, посилення остеопорозу. У людей літнього віку спостерігають поєднання м'язово-скелетного болю, закривів, інфекцій, нейропатії периферичних нервів, емоційних порушень, великих і малих травм та ін. [6, 12].

Однією з першочергових медико-соціальних та гуманітарних проблем багатьох країн світу є створення та розвиток доступної та ефективної системи надання паліативної допомоги населенню. Ці проблеми виникли через збільшення кількості інкурабельних хворих з обмеженим прогнозом тривалості життя. За аналізом досвіду різних країн переконливо видно, що паліативна та хоспісна допомога найкраще забезпечує потреби та належну якість життя паліативних пацієнтів та їх рідних, сприяє збереженню людської гідності наприкінці біологічного життя [13, 14].

Метою паліативної допомоги є полегшення страждань пацієнтів та їхніх родин шляхом комплексної оцінки та лікування фізичних, психосоціальних і духовних симптомів, які відчувають пацієнти. Адже, з наближенням смерті симптоми пацієнта можуть вимагати більш агресивного полегшення. Тут, паліативна допомога, на відміну від хоспісної допомоги, не залежить від прогнозу, а з наближенням кінця життя посилюється та зосереджується на агресивному управлінні симптомами та психосоціальної підтримці. В міру того, як заходи комфорту посилюються для пацієнта, також має посилюватися підтримка, що надається родині вмираючого. Після смерті пацієнта, паліативна допомога зосереджена, саме на підтримці сім'ї [15, 16].

Всесвітня організація охорони здоров'я у 2002 р. запровадила оновлене визначення паліативної допомоги: «Паліативна допомога – це підхід, що покращує якість життя пацієнтів та їх сімей, що зіткнулися з проблемами, пов'язаними із хворобами, які загрожують життю, шляхом запобігання та полегшення страждань, засобами ранньої ідентифікації та бездоганної оцінки, а також подолання болю й інших проблем, фізичних, психологічних та духовних».

Паліативна допомога:

- забезпечує полегшення болю та інших симптомів або розладів життєдіяльності, що спричиняють страждання;
- утверджує життя та розглядає смерть, як природний процес;
- не має на меті прискорення, чи уповільнення настання смерті;
- поєднує соціальні, психологічні й духовні аспекти піклування про пацієнта;
- пропонує систему підтримки, що допомагає пацієнту жити активно, наскільки це можливо, до самої смерті;
- пропонує систему підтримки, що допомагає родині пережити важкі часи хвороби пацієнта і тяжкої втрати — смерті рідної та близької людини;

– використовує комплексний міждисциплінарний (командний) підхід, спрямований на потреби пацієнта та його сім'ї;

– покращує якість життя і позитивно впливає на перебіг хвороби;

– має бути призначена незалежно від стадії захворювання чи основного лікування, в поєднанні з іншою терапією, яка забезпечує подовження життя (хіміотерапія, променева терапія тощо), та включає дослідження, необхідні для кращого розуміння динаміки захворювання, контролю з метою запобігання клінічних ускладнень [1, 2, 3].

Паліативна допомога зосереджена на передбаченні, запобіганні, діагностиці та лікуванні симптомів, які відчувають пацієнти з серйозною або небезпечною для життя хворобою, а також на допомозі пацієнтам та їхнім родинам приймати важливі з медичної точки зору рішення.

Місію паліативної допомоги завжди на себе брала церква, яка супроводжувала безнадійних, «безперспективних» хворих до самого порога смерті, розраджувала і підтримувала рідних. Звісно, причечених пацієнтів медики забезпечували знеболюючими засобами, допомагали покращити максимально медикаментозно якість життя, і відправляли додому. Духовна ж і навіть просто душевна турбота про цих людей до обов'язків медперсоналу не входили. У найскладніший підсумковий період свого життя пацієнти в більшості випадків не бачили з боку медиків жодної участі, підтримки, хіба що ті намагалися підтримати помилкову надію пацієнта на одужання, приховували «вірок», грали в лукаву гру, що принижує гідність всіх її учасників. Людина має право подивитися смерті у вічі, зібратися з мужністю перед зустріччю з нею, не бути нею раптово викраденою [13, 14, 17, 18].

Надання допомоги пацієнтам, які вмирають, є унікальним викликом для клініциста. Пацієнти в останні дні потребують ретельного лікування симптомів. Сім'ї потребують підтримки та навчання перед наближенням смерті близької людини. Оволодіння паліативними навичками – це необхідність для компетентного догляду за вмираючим пацієнтом, щоб дати можливість пацієнту померти спокійно та відносно без дискомфорту.

В Україні ще немає добре розвинутої системи паліативної допомоги, яка б відповідала світовим стандартам. Створені хоспіси – спеціальні медичні установи для допомоги невиліковно хворим людям, проте, переважна кількість пацієнтів, котрим потрібна паліативна допомога, хочуть знаходитися і знаходяться в себе вдома. У рейтингу якості смерті Україна стоїть на 69-му місці у світі серед 80 країн (The 2015 Quality of Death Index, The Economist Intelligence Unit, 2015).

За даними національних та міжнародних експертів, в Україні близько 500 тисяч хворих щороку потребують паліативної та хоспісної допомоги, зокрема, дорослих і дітей. А беручи до

уваги сьогоднішні реалії війни, ці цифри набагато вищі і зростають щодня [16, 19].

З 2011 р. паліативна допомога як окремих вид медичної допомоги законодавчо закріплена відповідними змінами (Закон України від 07.06.2011 р. № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги»). Порядок надання паліативної допомоги та перелік медичних показань для її надання визначаються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Існує наказ України від 04.06.2020 №1308 «Про удосконалення / організації надання паліативної допомоги в Україні», регламентує цілий ряд доповнень і додає плани спостережень за пацієнтом, що потребує паліативної допомоги та критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги (діти і дорослі). І, наказ МОЗ України від 02.03.2022 №393 «Про надання паліативної допомоги та замісної підтримувальної терапії пацієнтам в умовах воєнного стану».

Центральне місце в наданні паліативної допомоги грає безумовно сімейний лікар. Сімейний лікар має бути кваліфікованим лікарем-універсалом, який добре оперує теоретичними знаннями та практичними навичками діагностики з усіх розділів медицини, а також уміє надавати першу медичну допомогу та лікування, забезпечувати профілактику, надавати психосоціальну допомогу, крім того, має бути порадиником, консультантом, «адвокатом сім'ї», інтегратором проблем пацієнтів, посередником між усіма спеціалістами. З огляду на наявні виклики створено таку практику, коли сімейний лікар зможе піклуватися не лише про фізичне здоров'я людини, а й проводити оцінку психічного стану та надавати необхідну психологічну підтримку. Впроваджувати надання паліативної допомоги у сімейного лікаря доцільно, адже ми маємо широку і децентралізовану мережу закладів, в яких діє пацієнтоорієнтований підхід [17, 18].

Сімейному лікарю слід оцінити не тільки фізичний стан пацієнта, а і його потреби, пов'язані з оточенням, включаючи стосунки з близькими людьми. Важливою є оцінка потреб не тільки пацієнта, а і тих, хто його доглядає. До чинників навколишнього середовища, що спричинюють стрес, належать зорові, звукові, нюхові, тактильні і температурні подразники, причому сприйняття людиною літнього віку цих подразників з часом значно змінюється. У пацієнта з деменцією знижений поріг стійкості до стресу такого типу через нездатність його мозку обробляти інформацію, що надходить. Тривога і страх можуть бути наслідком незбалансованості сенсорних подразників і діяльності, яка заспокоїливо діє на сенсорне сприйняття. Тому в режимі щоденної активності рекомендують активні і заспокоїливі заняття тривалістю не довше 1,5 год. Особливе значення для зниження темпів розвитку деменції і її впливу на стан пацієнта має спілкування,

причому воно може бути не тільки вербальним, а й тактильним. Є дані, що люди в непритомному стані, у комі чують, коли з ними розмовляють. Виходячи з цього, можна припустити, що потрібно розмовляти з хворими навіть із глибокою деменцією, які, здається, вже нічого не сприймають. Спілкування один на один хоча б по 10 хв. 2 рази на день потрібне такому пацієнту [5, 19, 20, 21].

У паліативній допомозі об'єктом допомоги є вся сім'я хворого. У членів сім'ї з'являються свої власні проблеми та труднощі, які необхідно виявити і допомогти з ними впоратися. Заходи щодо профілактики патологічного перебігу періоду тяжкої втрати повинні бути розпочаті ще до смерті пацієнта. Члени сім'ї паліативних пацієнтів також потребують професійної допомоги. Окрім спеціалізованої медичної допомоги, такі пацієнти та їхні близькі потребують відповідної психологічної і духовної підтримки – тобто паліативної допомоги. Спілкування сімейного лікаря з родичами часом навіть важливіше, ніж з самими пацієнтами. Буває так, що пацієнт швидше приймає факт своєї смерті, ніж його рідні. Хворі та близькі в таких умовах потребують не повчання, а співчуття. Для помираючого хворого доброта і любов настільки ж важливі, як таблетки та ін'єкції [22, 23].

На сьогодні в більшості європейських країн головною ланкою, що представляє широкий спектр послуг з паліативної допомоги є сімейна медицина – лікарі та медичні сестри, які забезпечують постійний супровід важкохворого пацієнта, ведуть оцінку ступеню важкості стану та, що є не менш важливим, відповідають за адекватне знеболення. Сімейні лікарі консультують, навчають близьких та родичів хворого стосовно потреб пацієнта, надають психологічну та моральну підтримку як пацієнту так і його родині.

Україна знаходиться тільки на початку шляху до організації належної паліативної допомоги. [24, 25]. Разом із громадськими організаціями, лікарями та іншими фахівцями галузі потрібно розробляти плани лікування, вчити медиків правильної діагностики, поводження з пацієнтами та їхніми близькими, навчати філософії паліативу. Паліатив – це не питання знеболення, штучного дихання чи підгузків, а питання гідності.

#### Внесок авторів

Ждан В.М. – ж) редагування рукопису; з) остаточне затвердження рукопису; Бабаніна М.Ю. – а) концепція та дизайн; б) адміністративна підтримка; в) надання матеріалів для дослідження; г) збір та узагальнення даних; е) написання рукопису; Кітура Є.М. – б) адміністративна підтримка; г) збір та узагальнення даних; Іщейкіна Ю.О. – в) надання матеріалів для дослідження; г) збір та узагальнення даних; Ткаченко М.В. – в) надання матеріалів для дослідження; г) збір та узагальнення даних; д) аналіз та інтерпретація результатів.

#### Конфлікт інтересів

Автори повідомляють про відсутність конфлікту інтересів.

#### References

1. Babinets LS, redaktor. Aktualni aspekty herontologii ta paliatyvnoho dohliadu v simeinii medytsyni. Chastyna 1 [Current aspects of gerontology and palliative care in family medicine. Part 1]. Ternopil: Osadtsa YuV; 2022. 548 p. (Ukrainian)
2. Babinets LS, redaktor. Aktualni aspekty herontologii ta paliatyvnoho dohliadu v simeinii medytsyni. Chastyna 2 [Current aspects of gerontology and palliative care in family medicine. Part 2]. Ternopil: Osadtsa YuV; 2022. 584 p. (Ukrainian)
3. VOOZ. Vsesvitnia dopovid pro starinnia ta zdorovia, 2016r. [WHO. World Report on Aging and Health, 2016]. [Internet]. Dostupno: [https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/97892244565049\\_rus.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/97892244565049_rus.pdf).
4. Tsarenko AV, Mykhalchuk VM, Goida NG, et al. Multidisciplinary postgraduate professional training of family doctors is an important condition of the palliative and hospice care system implementation in Ukraine. Zbornik z VIII. Medzynarodnej vedeckej konferencie - online, «Multidisciplinarnе skusenosti z praxe pri poskytovani zdravotnej starostlivosti o pacienta/klienta s COVID-19, Michalovce 12. November 2021». Warszawa; 2022. p. 329-341.
5. Chaikovska VV, Vialykh TI, Chaikivska DR. Dopomoha vdoma osobam pokhyloho viku: formy i metody (ohliad literatury) [Help at home for the elderly: forms and methods (literature review)]. Problemy starenia y dolholetia. 2017;26(1):72-105. (Ukrainian)
6. Chaikovskaya VV, Vyalykh TI, Tsarenko AV, et al. Gerontologicheskie aspekty povsheniya kachestva meditsynskoi i sotsialnoi pomoshchi pereselentsam starshego vozrasta v usloviyakh pandemii Covid-19 na Ukraine [Gerontological aspects of improving the quality of medical and social care for older migrants in the context of the Covid-19 pandemic in Ukraine]. Uspekhi gerontologii. 2021;34(6):941-947. DOI: 10.34922/AE.2021.34.6.017. (Ukrainian)
7. Tsarenko AV, Chaikovska VV, Maksymova ZV. Stvorennia i vprovadzhennia sluzhby paliatyvnoi ta khospisnoi dopomohy patsientam heriatrychnoho profilu: zavedennia, problemy ta shliakhy yikh vyreshennia [Creation and implementation of palliative and hospice care services for geriatric patients: tasks, problems and ways to solve them]. Zhurnal Nevrologii im. Mankovskoho BM. 2021;9(3):82. (Ukrainian)
8. Chaikovska VV, Vialykh TI, Tsarenko AV. Estimation of need for staff care training for the elderly persons. Reabilitatsiia ta paliatyvna medytsyna. 2018;1(7):43-50.
9. Chaikovska VV, Vialykh TI, Tsarenko AV. Metodolohichni zasady provedennia kursu «Osnovy dovhotryvaloho i paliatyvnoho dohliadu za khvorymy ta vnutrishno peremishchenymy osobamy litnoho viku» (na dopomohu navchalnym zakladam II-IV rinvnia akredytatsii) [Methodological principles of conducting the course "Fundamentals of long-term and palliative care for sick and internally displaced elderly" (to help educational institutions of the II-IV level of accreditation)]. Reabilitatsiia ta paliatyvna medytsyna. 2018;1(7):36-46. (Ukrainian)
10. Moiseienko RO, redaktor. Paliatyvna dopomoha: orhanizatsiini, farmatsevtichni ta klinichni aspekty zneboлення [Palliative care: organizational, pharmaceutical and clinical aspects of pain relief]. K.:2019. 145 p. (Ukrainian)
11. Tsarenko AV, Hoida Yul, Hubskeyi NH. Obgruntuvannia kontseptualnoi modeli systemy paliatyvnoi i khospisnoi dopomohy naseleenni na rivni pervynnoi medychnoi dopomohy [Justification of the conceptual model of the system of palliative and hospice care for the population at the level of primary medical care]. Zdorovia suspilstva. 2019;8(2):49-57. (Ukrainian)
12. Tsarenko AV, Chaikovskaya VV, Maksimova ZV. Optimizatsiia psikhologicheskoi i psikhoterapevticheskoi pomoshchi palliativnim patsientam pozhilogo vozrasta i s khronicheskim bolevim sindromom v ambulatornikh usloviyakh [Optimization of psychological and psychotherapeutic care for elderly palliative patients and with chronic pain syndrome in outpatient settings]. Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya. 2021;12(4):707-718. (Ukrainian)
13. Voronenko YuV, Hubskeyi Yul, Tsarenko AV. Stvorennia systemy paliatyvnoi ta khospisnoi dopomohy v umovakh reformuvannia okhorony zdorovia v Ukraini: medychni ta sotsialni aspekty [Creating a system of palliative and hospice care in the conditions of health care reform in Ukraine: medical and social aspects]. Nauka i praktyka. 2014;1(2):63-75. (Ukrainian)
14. Voronenko YuV, Kniazevych VM, Zavoloka OV, et al. Sotsialno-medychni aspekty rozvytku paliatyvnoi ta khospisnoi dopomohy v Ukraini [Social and medical aspects of the development of palliative and hospice care in Ukraine]. V: Shafranskyi BV, redaktor. Zbirnyk «Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naseleennia, sanitarno-epidemichnu situatsiiu ta rezultaty diialnosti

- systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2015 rik». DU UISD MOZ Ukrainy. K.; 2016, P. 284-301. (Ukrainian)
15. WHO. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva, Switzerland, 2018. 88 p.
  16. Adersen M, Thygesen LC, Neergaard MA, et al. Admittance to specialized palliative care (SPC) of patients with an assessed need: a study from the Danish palliative care database (DPD). *Acta Oncol.* 2017 Sep;56(9):1210-1217.
  17. Mykhalchuk VM, Goida NG, Tsarenko AV. ProfcsMon.il postgraduate training of family doctors - an important part and condition of the optimal paliative and hospice care system implementation in Ukraine. *Wiadomosci Lekarskie.* 2020;73(5):525-530.
  18. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde: EAPC Press. 2019. 132p.
  19. Etkind SN, Bone AE, Gomes B, et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Med.* 2017;15(1):102.
  20. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet.* 2018 Apr;7(10128):1391-454.
  21. WHO. Palliative care for noncommunicable diseases. A global snapshot. 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/palliative-care-for-noncommunicable-diseases-a-global-snapshot>.
  22. Detsyk OZ, Melnyk PM. Vplyv poiavy vazhkokhvoroi dytyny na sotsialnyi status yii rodyny [The influence of the appearance of a seriously ill child on the social status of his family]. *Ukraina. Zdorovia natsii.* 2017;1(42):16-21. (Ukrainian)
  23. Connor SR, Downing J, Marston J. Estimating the Global Need for Palliative Care for Children: A Cross-sectional Analysis. *J Pain Symptom Manage.* 2017 Feb;53(2):171-177.
  24. Tsarenko AV. Medyko-sotsialne obhruntuvannia systemy paliativnoi ta khospisnoi dopomohy v Ukraini [Medical and social justification of the system of palliative and hospice care in Ukraine] [avtoreferat dysertatsii doktora medychnykh nauk]. K.: 2020. 42 p. (Ukrainian)
  25. Pinchuk IYa, Myshakivska OM, Kolodieznyi OV. Nova model nadannia ambulatornoi paliativnoi dopomohy patsientam z dementsiieiu [A new model of outpatient palliative care for patients with dementia]. *Reabilitatsiia ta paliativna medytsyna.* 2017;1-2(5-6):44-52. (Ukrainian)

### Summary

#### GERONTOLOGICAL ASPECTS AND PALLIATIVE CARE IN FAMILY MEDICINE

Zhdan V.M., Babanina M.Yu., Kitura Ye.M., Ishcheykina Yu.O., Tkachenko M.V.

Key words: old age, palliative care, family doctor, comorbidity, pain, old age.

This article presents a literature analysis on the gerontological aspects of comorbidity and the provision of palliative care in the practice of a family doctor. According to the UN, in 2020, the age of almost every tenth inhabitant of the Earth exceeded 65 years. In 2050, their share will increase from 9.3% to 15.9%. The share of people aged 60 and over will make up to one third of the global population. Analysis of referrals to outpatient polyclinic institutions shows that, in general, for all classes of diseases and individual diseases, the highest percentage of referrals to a doctor is observed in groups of 70 years and older. In old age, both physiological and pathological aging are accompanied by structural and functional changes of all organs and systems, hemodynamic disturbances, deterioration of blood supply to tissues, increased risk of hypoxia with early activation of anaerobic mechanisms. Among those who seek medical help from a family doctor in Ukraine, the share of elderly patients with combined pathology is more than 80%. Elderly people with comorbid conditions experience pain more frequently than those in other age groups. One of the primary medical, social and humanitarian problems of many countries throughout the world is the creation and development of an accessible and effective system of providing palliative care to the population. These problems arose due to an increase in the number of incurable patients with a limited life expectancy. Based on the analysis of the experience of different countries, it is convincingly clear that palliative and hospice care best provides the needs and proper quality of life of palliative patients and their relatives, contributes to the preservation of human dignity at the end of biological life. The goal of palliative care is to alleviate the suffering of patients and their families by comprehensively assessing and treating the physical, psychosocial, and spiritual symptoms experienced by patients. Palliative care focuses on predicting, preventing, diagnosing, and treating the symptoms experienced by patients with serious or life-threatening illness, and on helping patients and their families make important medical decisions. A family doctor is recognized as a specialist in the medical field who can most fully influence the health of the population. Family doctors provide palliative care, they consult, educate relatives and friends of the patient about the patient's needs, provide psychological and moral support to both the patient and his family.