

Висновки: Наявність окупаційних умов ускладнює медичну практику та ставить медичних працівників перед складними виборами. Забезпечення медичних працівників необхідними знаннями та підтримкою для прийняття етично обґрунтованих рішень стає надзвичайно важливим. Крім того, існує необхідність у впровадженні міжнародних стандартів та норм, які гарантують права та захист медичних працівників у складних умовах окупації.

Широкий спектр досліджень та стратегій, спрямованих на забезпечення медичних працівників необхідними ресурсами та підтримкою, є критичними для збереження медичної етики та якості надання медичної допомоги в умовах конфлікту та окупації.

З урахуванням сформованих висновків рекомендуємо:

1. Надавати медичним працівникам додаткову освіту та підтримку, а саме забезпечити медичних працівників необхідними знаннями та навичками, що допоможе їм краще розуміти складні етичні ситуації та приймати обґрунтовані рішення.

2. Підтримувати ініціативи з впровадження міжнародних стандартів, гарантуючи права та захист медичних працівників в умовах окупації.

3. Продовжувати широкий спектр досліджень, спрямованих на забезпечення медичних працівників необхідними ресурсами та підтримкою, продовжувати розвивати стратегії для оптимального реагування на складні виклики медичної практики у зоні конфлікту та окупації.

Список використаних джерел

1. «Воєнне» медичне право в запитаннях і відповідях. Національна асоціація адвокатів України Комітет медичного і фармацевтичного права та біоетики *Київ: НААУ. 2022. 78 с.*

2. Ляшко В.І., Кокошко М.В. Права медичних працівників в умовах воєнного стану. *Юридичний науковий електронний журнал. 2022. №9. С.254-256.*

здобувачка освітньо-професійного ступеня «фаховий молодший бакалавр»

ДАРИНА ВАЩУК,

КЗВО «Волинський медичний інститут»

Науковий керівник:

ІРИНА ПОДОЛЯК

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ З БІЧНИМ АМІОТРОФІЧНИМ СКЛЕРОЗОМ

Актуальність теми. За визначенням ВООЗ (2002) «Паліативна допомога – підхід, що дозволяє покращити якість життя хворих і членів їхніх родин, які зіткнулися з проблемою смертельного захворювання, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню та точній оцінці проблем, що виникають, та проведення адекватних лікувальних втручань, а також надання психосоціальної та моральної підтримки» [1]. Паліативна допомога відіграє основну роль під час лікування пацієнтів із фатальними захворюваннями. До таких захворювань належить бічний аміотрофічний склероз (БАС). Згідно з даними статистики, поширеність БАС у світі в середньому становить 2–5/100 тис. осіб на рік, а середня тривалість життя становить 32 місяці, при цьому лише 7% пацієнтів живуть довше 60 місяців. Ефективних методів лікування не розроблено. Паліативна допомога залишається єдиним можливим способом покращити якість життя пацієнтів.

Мета дослідження - проаналізувати сучасні підходи до надання паліативної допомоги пацієнтам з бічним аміотрофічним склерозом як важливого аспекту покращення якості їх життя.

Методи і матеріали: опрацювання сучасних наукових джерел із проблематики дослідження. У роботі використано аналітичний, логічний та узагальнюючий методи.

Виклад основного матеріалу. БАС – це хронічне прогресуюче захворювання нервової системи, зумовлене вибірковою ураженням мотонейронів, бічних канатиків та передніх рогів спинного мозку, рухових ядер ЧМН, що розміщені у стовбурі головного мозку. Клінічна картина проявляється парезами та атрофіями скелетних м'язів, ознаками бульбарного та псевдобульбарного синдромів. Патологічний процес полягає в дегенеративно-атрофічних

змінах і загибелі нейронів і нервових волокон. Етіологія хвороби є мультифакторною, оскільки має місце поєднання ендогенних та екзогенних факторів. Діагноз БАС підтверджується наявністю ознак одночасного ураження центральних та периферичних мотонейронів. Перебіг хвороби швидко прогресуючий. Пацієнти помирають від важких ускладнень. До них належить: сіалорея, аспіраційна пневмонія, дихальна недостатність, м'язова атрофія, депресія, больові синдроми, венозний тромбоз.

Лікування пацієнтів, залежно від їх стану, може здійснюватись у неврологічному відділенні, у реабілітаційному відділенні, вдома, у хоспісі, у відділенні реанімації, у відділенні паліативної терапії. Ефективних методів лікування наразі немає. Єдиним препаратом, що збільшує тривалість життя на кілька місяців, є Рилузол. Рилузол - похідний бензотіазолу, знижує ексайтотоксичність, має нейропротекторні та антиоксидантні властивості [2].

Основне місце в лікуванні займає симптоматична терапія, сенс якої полягає в усуненні специфічних симптомів хвороби. Згідно міжнародних рекомендацій, надання допомоги повинно проводитись мультидисциплінарною командою (ALS team - (ALS team – Amyotrophic lateral sclerosis team), до складу якої входять: невролог, пульмонолог, гастроентеролог, реабілітолог, соціальний працівник, фахівець із працетерапії, логопед, фізіотерапевт, дієтолог, психолог, стоматолог, лікар паліативного догляду, спеціалізована медична сестра [3]. Основними завданнями цих спеціалістів є зменшення симптомів захворювання та покращення якості і тривалості життя пацієнта.

Паліативна допомога при БАС включає симптоматичне лікування, соціальну, психологічну та духовну підтримку.

Фасцикулярні посмикування м'язів – частий симптом БАС. Він супроводжується больовим синдромом і часто вимагає призначення таких препаратів як прегабалін, габапентин або карбамазепін. При спастичності і крампі також ефективні баклофен, леветирацетам, розслабляючі лонгети та фізіотерапевтичні процедури. Сіалорею та бронхорею зменшують атропіном (у краплях), глікопіролатом і амітриптиліном [4]. Слід забезпечити пацієнта механічним портативним відсмоктувачем. Для корекції дисфагії застосовують зондове харчування або встановлюють гастростому.

Найчастішою причиною смерті є розвиток дихальної недостатності та пневмонії. При вираженій дихальній недостатності хворих переводять у реанімаційне відділення для проведення ШВЛ, трахеостомії, нутритивної підтримки. Європейська асоціація нейрохірургічних товариств при дихальній недостатності рекомендує НІВЛ, ІВЛ, трахеостомію та медикаментозну терапію задишки. При кашлі застосовуються дихальну гімнастику, масаж, зрідка муколітики.

Для кращого спілкування з хворим застосовують спеціальні систематизовані таблиці з алфавітом, проте більш сучасним є використання синтезаторів голосу.

Лікування болю у хворих на БАС проводиться відповідно до анагетичних сходинок ВООЗ (1986).

Для лікування венозного тромбозу можна застосувати фізіотерапію, підняте положення кінцівок, еластичні колготи. Профілактичне лікування антикоагулянтами не рекомендується [4]. Проблему порушення функцій нижніх кінцівок вирішують за допомогою засобів для пересування та допоміжних засобів для особистої рухомості, переміщення та підйому.

Соціальний напрямок ПД забезпечується державними соціальними службами, які надають виплати за інвалідністю хворому та матеріально забезпечують особу, що здійснює нагляд за хворим, гарантують правове та юридичне консультування, надають допомогу в оформленні документів, побутові й ритуальні послуги.

Психологічна підтримка і лікування депресивних станів у хворих повинна проводитись психологом і психотерапевтом ALS team. Часто призначають антидепресанти, наприклад амітриптиліном чи СІЗЗС. Психологічна допомога також надається особам, які наглядають за хворим, та медичним працівникам, що надають ПД.

Важливу роль відіграє ставлення до смерті. Своєчасне обговорення проблеми смерті з пацієнтами та членами їх родини надає заспокоєння та полегшує страх. Першочергове

значення набувають особисті цінності пацієнта та його родини.

Висновки:

1. БАС належить до швидкопрогресуючих захворювань з несприятливим прогнозом.
2. Ефективного лікування БАС не існує.
3. Паліативна допомога має велике значення у комплексному веденні пацієнтів з БАС.
4. Паліативна допомога повинна здійснюватись мультидисциплінарною командою фахівців.
5. Паліативна допомога включає симптоматичне лікування, соціальну, психологічну та духовну підтримку.
6. Якісна паліативна допомога значно підвищує якість життя пацієнтів.

Список використаних джерел

1. Олександр Растворов. Паліативне лікування в комплексі ведення хворих на бічний аміотрофічний склероз. *Conference: III International Scientific and Practical Conference «education and science of today: intersectoral issues and development of sciences»*. Кембридж, Великобританія. 20 травня 2022 рік. С. 306-312.
2. Рилузол: інструкція. URL: <http://preparaty.org/info/653>.
3. P. M. Andersen, G. D. Borasio, R. Dengler et al. Діагностика, лікування і догляд при боковому аміотрофічному склерозі. *European Journal of Neurology*. 2005. 12: 921-938.
4. Настанова 00799. Бічний аміотрофічний склероз (БАС). URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3580>.

здобувачки освітньо-професійного ступеня «фаховий молодший бакалавр»

АНГЕЛІНА МЕЛЕНЧУК, ЕЛЬВІРА СОЛОНІНКО,

КЗВО «Волинський медичний інститут»

Науковий керівник:

ІРИНА ПОДОЛЯК

ПРІОНОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Актуальність. За даними світової статистики пріонові хвороби є причиною смертності лише у 0,02% людей. Незважаючи на це, вони становлять серйозну загрозу у зв'язку із складністю діагностики, тривалим інкубаційним періодом, відсутністю ефективних методів лікування. Висока стійкість пріонів до звичних методів дезінфекції та дезактивації дозволяє їх віднести до особливо небезпечних патогенів, а різноманітні шляхи передачі пріонових захворювань створюють складні проблеми в галузі охорони здоров'я.

Мета дослідження – вивчити сучасні уявлення про механізм розвитку, симптоми, діагностику та лікування таких пріонових хвороб, як хвороба Кройтцфельда-Якоба, куру, фатальне сімейне безсоння; обґрунтувати необхідність розробки та застосування особливих методів біобезпеки.

Методи та матеріали: у роботі використано аналітичний, логічний, узагальнюючий методи на основі вивчення сучасних медичних джерел в межах проблематики дослідження пріонових хвороб.

Виклад основного матеріалу. Пріонові захворювання є актуальною проблемою медицини і несуть реальну загрозу суспільству. Патологічний пріон – це білок, який має аномальну третинну структуру і здатний каталізувати перетворення гомологічного йому нормального білка в собі подібний шляхом зміни його конформації з α -спіралей у β -складчатості [1]. Пріони руйнують нервову тканину та перетворюють її на губку, звідси інша назва цих захворювань – губчаста енцефалопатія.

Інфікування пріонами відбувається внаслідок вживання заражених продуктів тваринного походження, при пересадці органів від хворої людини або через забруднені хірургічні інструменти, внаслідок вживання медикаментів, що містять екстракти хворих тварин.

Усі пріонові захворювання мають такі спільні ознаки: тривалий інкубаційний період