

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО  
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**Афонасова Тетяна Миколаївна**

На правах рукопису

УДК:

Кваліфікаційна робота

**АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ТРЕНІНГОВИХ ПРОГРАМ ДЛЯ  
МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ З МЕТОЮ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ  
ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ  
СИСТЕМИ**

спеціальність 223 «Медсестринство»

**Науковий керівник:**

кандидат психологічних наук, доцент кафедри  
вищої медсестринської освіти, догляду  
за хворими та клінічної імунології  
Тернопільського національного медичного  
університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України  
Пастрик Т.В.

Тернопіль – 2023

## ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	3
ANNOTATION	5
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	7
ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1 Огляд літератури	13
1.1. Розуміння концепції роботи молодшого медичного персоналу..	8
1.2 Захворювання печінки: огляд основних патологій та важливість знань для ефективного лікування та догляду за пацієнтами	16
РОЗДІЛ 2 Методи і методи дослідження	35
2.1. Загальні клінічні методи обстеження	35
2.2. Статистична обробка	39
РОЗДІЛ 3 Власні дослідження	40
3.1. Обов'язки медичної сестри по забезпеченню діагностичного процесу у терапевтичному стаціонарі для хворих гепатологічного профілю	33
3.2. Загальна характеристика дослідження та його організація	44
3.3. Клінічна характеристика обстежених хворих	46
3.4. Рекомендації	53
ВИСНОВКИ	55
СПИСОК ВИРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	58

## АНОТАЦІЯ

Актуальність теми. Хвороби органів травлення на даний час є одними з найбільш поширених у світі. За даними Всесвітньої організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) вони займають третє місце після захворювань серцево-судинної системи та онкологічної патології. Найбільшої агресії з боку екологічних та хімічних чинників зазнає печінка. Це пояснюється тим, що вона є найсильнішим детокс-органом, посідає центральне місце в регуляції та інтеграції міжорганного обміну речовин та виконує біологічно важливу бар'єрну функцію. За думкою експертів, у XXI столітті хвороби органів травлення (ХОТ) можуть посісти чільне місце серед захворювань населення нарівні з захворюваннями серцево-судинної системи, як передбачає Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) [4-6]. Слід зазначити, що серед окремих хвороб, які відносяться до класу ХОТ, фіброз і цироз печінки (52,1%) та алкогольна хвороба печінки (9,6%) становлять найважливіші нозологічні форми в структурі смертності. Крім того, захворювання печінки є найпоширенішою причиною інвалідності в рамках класу ХОТ (75,2%). Ці факти підкреслюють необхідність зосередитися на проблемі захворювань гепатологічного профілю та вжити заходів для їх ефективного контролю.

В Україні на сьогодні існує проблема створення об'єктивної картини захворюваності та поширеності хвороб органів травлення через недосконалість статистичної звітності [14,15]. Проте важливість інформування та вдосконалення системи лікування залишається актуальною. Окрім того, існує проблема недостатньої оцінки роботи медичних сестер у вузьких спеціалізованих відділеннях [16], що має високу значущість, оскільки їх участь безпосередньо впливає на всі етапи лікування та реабілітації пацієнтів [17]. Якщо ця проблема не буде вирішена, може з'явитися ризик великих прямих та непрямих витрат, тому профілактика та протирецидивне лікування патології печінки необхідно проводити не тільки на лікарському етапі, але й з врахуванням важливої

ролі медичних сестер [18-22]. Це питання є не тільки медичною, але й соціальною проблемою.

Вкрай важливо дослідити сестринський процес при захворюваннях печінки шляхом вивчення та аналізу ефективності тренінгових програм для медичного персоналу для покращення якості життя пацієнтів з захворюваннями гепатобіліарної системи.

Практичне значення роботи по даній темі полягає в тому, що вона сприяє покращенню якості життя пацієнтів з захворюваннями гепатобіліарної системи. Результати аналізу ефективності тренінгових програм для медичного персоналу показали, що підвищення кваліфікації медичних працівників та підвищення рівня їх уважності та відповідальності може позитивно впливати на процес лікування пацієнтів і сприяти зменшенню ризику ускладнень.

Отже, впровадження тренінгових програм для медичного персоналу з метою покращення якості життя пацієнтів з захворюваннями гепатобіліарної системи є важливим елементом профілактики, протирецидивного лікування та реабілітації пацієнтів. Це забезпечує розвиток медичної науки та практики, а також покращення якості життя населення.

## ANNOTATION

Digestive system diseases are currently one of the most common diseases in the world. According to the World Health Organization (WHO), they rank third after cardiovascular diseases and oncological pathology. The liver is most vulnerable to aggression from environmental and chemical factors. This is due to the fact that it is the strongest detox organ, occupies a central place in the regulation and integration of interorgan metabolism, and performs a biologically important barrier function. According to experts, in the 21st century, digestive system diseases (DSD) may take the lead among population diseases on a par with cardiovascular diseases, as predicted by the World Health Organization (WHO) [4-6]. It should be noted that among individual diseases classified as DSD, liver fibrosis and cirrhosis (52.1%) and alcoholic liver disease (9.6%) are the most important nosological forms in the structure of mortality. In addition, liver disease is the most common cause of disability within the DSD class (75.2%). These facts underscore the need to focus on the problem of hepatological diseases and take measures for their effective control.

In Ukraine, there is currently a problem with creating an objective picture of the incidence and prevalence of digestive system diseases due to the imperfection of statistical reporting [14,15].

However, the importance of informing and improving the treatment system remains relevant. In addition, there is a problem of insufficient assessment of the work of nurses in specialized departments [16], which is significant as their involvement directly affects all stages of patient treatment and rehabilitation [17]. If this problem is not addressed, there may be a risk of significant direct and indirect costs, so prevention and recurrence prevention of liver pathology should be carried out not only at the medical stage, but also taking into account the important role of nurses [18-22]. This issue is not only a medical, but also a social problem.

It is crucial to investigate the nursing process in liver diseases by studying and analyzing the effectiveness of training programs for medical staff to improve the quality of life of patients with hepatobiliary system diseases.

The practical significance of this work is that it contributes to improving the quality of life of patients with hepatobiliary system diseases. The results of the analysis of the effectiveness of training programs for medical staff showed that improving the qualifications of medical workers and increasing their level of attention and responsibility can positively affect the process of patient treatment and contribute to reducing the risk of complications.

Therefore, the implementation of training programs for medical staff to improve the quality of life of patients with hepatobiliary system diseases is an important element of prevention, recurrence treatment, and patient rehabilitation. This ensures the development of medical science and practice, as well as improving the quality of life of the population.

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

АЛТ - аланінамінотрансфераза

АСТ - аспартатамінотрансфераза

АХП - алкогольна хвороба печінки

БАК – біохімічний аналіз крові

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

ГГТП - гамма-глутамінтранспептидаза

ГЦК - гепатоцелюлярна карцинома

ЗАК – загальний аналіз крові

ЗАС – загальний аналіз сечі

ІМТ - індекс маси тіла

ПЛР - полімеразно ланцюгова реакція

ПХ – правильне харчування

ТЗ - тривалість захворювання

ХОТ - хвороби органів травлення

ЦП - цироз печінки

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Відомо, що хвороби органів травлення є актуальною проблемою клінічної медицини. У всьому світі щорічно збільшується кількість людей, що страждають від захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та гепатобіліарної системи зокрема [1], а отже, потребують спеціалізованої гастроентерологічної допомоги не лише на етапі лікарської допомоги, але й медсестринського належного догляду [2, 3].

Існує думка експертів, що за прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у XXI столітті хвороби органів травлення (ХОТ) посідатимуть чільне місце у структурі захворюваності населення нарівні із захворюваннями серцево-судинної системи [4-6]. За офіційними даними, стан здоров'я населення України у 2017 році характеризувався значно питомою вагою ХОТ у структурі захворюваності та поширеності хвороб серед всіх вікових груп населення України. Частка ХОТ у загальній структурі поширеності за класами хвороб серед усього населення становить 9,8 % і посідає 3 місце (усього 43 нозології), у структурі захворюваності — 4,1 % та займає 7 місце. Індекс накопичення хвороб за класом ХОТ серед дорослого населення України за 4 роки зріс на 3,4 %. Від захворювань ШКТ страждають всі вікові групи населення, поширеність серед міського населення у 2 рази вища, ніж серед сільського (Центр медичної статистики МОЗ України протягом 2014– 2017 років). Варто відмітити, що патологія печінки займає не передове місце серед нозолой ШКТ, але є досить поширеною [7]. Відтак, патології що формують поширеність та захворюваність ХОТ є гастрит та дуоденіт (23,7%), хронічний холецистит та холангіт (21,1%), виразкова хвороба (13,3%), хвороби підшлункової залози (14,4%), хронічний гепатит та цироз печінки (4,7% та 0,74% відповідно). Смертність від ХОТ в Україні посідає четверте місце у структурі смертності населення (після хвороб системи кровообігу, новоутворень і нещасних випадків) [8]. Варто зазначити, що серед окремих



нозологічних форм у класі ХОТ в структурі смертності найвищу питому вагу (71,2 %) мають фіброз і цироз печінки (52,1 %) та алкогольна хвороба печінки (9,6 %). Окрім цього захворювання печінки є найбільш частою причиною перинної інвалідизації в структурі ХОТ (75,2%). Таким чином є очевидним той факт, що захворювання гепатологічного профілю потребують прицільної уваги.

Симптоми патологій шлунково-кишкового тракту дуже поширені і мають значні економічні та соціальні наслідки [9,10]. Коморбідність, рецидивний характер перебігу хвороби, формування пов'язаних з хворобами травної системи психосоматичних розладів, ятрогенний фактор негативно позначаються на якості життя пацієнтів, збільшують число пацієнтів з хронічними формами захворювань печінки [11-13].

На сьогодні в Україні через недосконалість статистичної звітності ускладнюється створення об'єктивної картини захворюваності та поширеності хвороб органів травлення [14,15]. Разом із тим потреба в інформуванні та вдосконаленні системи лікувального процесу є важливою. Окремою проблемою є недостатня оцінка роботи медичних сестер у вузьких спеціалізованих відділеннях [16]. Це питання практично має рівень високої значущості, оскільки їх участь є прямою та безпосередньою на всіх етапах лікування та особливо в період реабілітації пацієнтів [17]. У протилежному випадку є імовірність виникнення великих прямих та непрямих витрат, тому профілактика, протирецидивне лікування патології печінки не лише на лікарському етапі, але й і значною мірою за участю медичних сестер є не тільки медичною, але й соціальною проблемою [18-22].

**Об'єкт дослідження.** Сестринський процес.

**Предмет дослідження.** Сестринський процес при захворюваннях печінки.

**Мета дослідження** – вивчити та проаналізувати ефективність тренінгових програм для медичного персоналу для покращення якості життя пацієнтів з захворюваннями гепатобіліарної системи.

**Завдання дослідження:**

1. Визначити обов'язки медичної сестри по забезпеченню діагностичного процесу у терапевтичному стаціонарі для хворих з захворюваннями печінки.
2. Ознайомитись та опрацювати медичні карти амбулаторних хворих з метою вивчення основних характеристик пацієнтів.
3. Провести оцінку ефективності навчальних структурованих програм на покращення організації лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам гепатологічного профілю шляхом обстеження пацієнтів та аналізу даних щодо впливу навчальних програм на якість лікування та профілактику захворювань.
4. Порівняти результати опитування за допомогою опитувальників SF-36 та WHO-5 пацієнтів з захворюваннями травної системи до участі у тренінговій програмі з результатами після її проведення для оцінки впливу останньої на якість життя.
5. Оптимізувати рекомендації для пацієнтів з захворюваннями печінки.

**Методи дослідження:** аналіз та узагальнення літературних даних, в тому числі науково-методичної бази основних міжнародних організацій та національних інституцій; соціологічні дослідження відповідно опитувальників, аналіз статистичної звітності, аналіз анамнестичних даних, вивчення медичної документації.

**Наукова новизна.** Автор вперше проаналізувала якість медичної допомоги молодшим медичним персоналом у терапевтичному відділенні КП "Криворізька МКЛ №2" КМР, що надасть змогу покращити якість сестринської допомоги. Проаналізовано статево-вікову структуру пацієнтів із захворюваннями печінки, проведено розподіл пацієнтів в залежності від

індексу маси тіла (ІМТ), тривалості захворювання (ТЗ). Проаналізована якість життя обстежуваних та їх задоволення роботою молодшого медичного персоналу. Проведений аналіз результатів опитувальників SF-36 та WHO-5, що використовуються для вимірювання якості життя та психічного здоров'я пацієнтів.

***Практичне значення одержаних результатів.*** Проведені дослідження допомогли проаналізувати психологічні, соціальні та етичні аспекти медсестринської допомоги, удосконалення системи надання допомоги хворим із захворюваннями печінки, покращення якості життя пацієнтів з захворюваннями гепатобіліарної системи. Результати аналізу ефективності тренінгових програм для медичного персоналу показали, що підвищення кваліфікації медичних працівників та підвищення рівня їх уважності та відповідальності може позитивно впливати на процес лікування пацієнтів і сприяти зменшенню ризику ускладнень. Впровадження тренінгових програм для медичного персоналу з метою покращення якості життя пацієнтів з захворюваннями гепатобіліарної системи є важливим елементом профілактики, протирецидивного лікування та реабілітації пацієнтів. Це допомагає зменшити витрати на медичне обслуговування, забезпечує розвиток медичної науки та практики, а також покращення якості життя населення.

***Особистий внесок здобувача.*** Автором самостійно проведено аналіз хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у КП "Криворізька МКЛ №2" КМР у 2020-2022 роках. Детально опрацьовано 90 пацієнтів з верифікованими діагнозами гепатологічного профілю. Автор самостійно виконала статистичну обробку результатів досліджень пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні.

***Публікації.*** За матеріалами магістерської роботи опубліковано наукові праці у фаховому науковому журналі «Медсестринство».

***Обсяг та структура магістерської роботи.*** Магістерська робота викладена на 58 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, власних досліджень, аналізу результатів дослідження, висновків, списку використаної літератури. Робота містить 7 рисунків.

## РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

### 1.1. Розуміння концепції роботи молодшого медичного персоналу.

Гастроентерологічні захворювання є дуже поширеними серед населення. Вони пов'язані зі шкідливими звичками, дієтою, стресами, інфекціями, а також з іншими факторами. Метою сестринської справи при догляді за хворими, зокрема гепатологічного профілю, є здійснення сестринського процесу на професійному рівні, зберігаючи гідність і автономію пацієнта і гармонію з суспільством і соціальними потребами [23-24]. Основну роль в сестринському процесі відіграє медична сестра, що надає сестринські послуги, спрямовані на стабілізацію здоров'я та профілактику захворювань [25-27].

На медсестру покладено чотири основні обов'язки: зберігати здоров'я, запобігати захворюванням, відновлювати здоров'я та полегшувати страждання [28,29].

Потреба в роботі медсестри універсальна. Сестринська справа передбачає повагу до життя, гідності і прав людини. Вона не має обмежень за національними або расовими ознаками, за ознаками віросповідання, кольору шкіри, віку, статі, політичного або соціального стану. Медсестри надають медичну допомогу окремим особам, сім'ям і спільнотам також ординують свою діяльність з роботою інших груп [30,31].

Якщо прицільно оцінювати взаємозв'язок між медичною сестрою та пацієнтом, варто розуміти, що основну відповідальність медсестра несе перед тими, хто має потребу в її допомозі. Надаючи допомогу, медсестра намагається створити атмосферу чемного ставлення до цінностей, звичаїв і духовних переконань пацієнтів. Медсестра зберігає отриману

конфіденційну особисту інформацію і ділиться нею з великою обережністю застосовуючи деонтологічну практику [32-34].

Окрім цього на молодшій медичній сестрі лежить особиста відповідальність за здійснення сестринської справи на практиці й за постійне удосконалення кваліфікації. Медсестра намагається виконувати роботу на найбільш високому рівні, можливіму в даній ситуації, а також приймає виважені рішення про особисту компетенцію, даючи і беручи на себе доручення. Виконуючи професійні обов'язки, медсестра повинна постійно поводитися так, щоб не підірвати довіру до професії, оскільки як і інші громадяни, несе відповідальність за здійснення і підтримку заходів, спрямованих на задоволення суспільних запитів у галузі охорони здоров'я [35].

Медсестра підтримує стосунки співробітництва з іншими медсестрами і з тими, з ким їй доводиться працювати в інших галузях, а також вживає необхідних заходів для безпеки пацієнта, якщо існує загроза його стану з боку працівників або інших людей.

Молодший медичний персонал виконує головну роль у визначенні і втіленні бажаних стандартів сестринської практики і спеціальної освіти [36-38]. Медсестра бере активну участь у розвитку професійних знань. Працюючи в професійній організації, представник цієї професії бере участь у розробці і забезпеченні справедливих соціальних і економічних умов праці [39,40].

Асоціація медичних сестер України створила та прийняла в 1999 році на I з'їзді медичних сестер України [41] свій Етичний Кодекс [42], що складається з п'яти основних частин. В його першій частині містяться загальні положення. Наступні чотири частини висвітлені нижченаведеними статтями:

1. Медична сестра як особистість.
2. Медична сестра і право пацієнта на якісну медичну допомогу
3. Професійна компетентність — головна умова сестринської діяльності
4. Повага прав пацієнта, гуманне відношення до пацієнта
5. Шанування людської гідності, потреб та цінностей пацієнта
6. Перш за все — не нашкодь
7. Медична сестра і право пацієнта на інформацію
8. Медична сестра і право пацієнта на згоду щодо медичного втручання або відмови від нього
9. Обов'язок зберігати професійну таємницю
10. Медична сестра та помираючий хворий
11. Медична сестра як учасник наукових досліджень і навчального процесу
12. Повага до своєї професії
13. Медична сестра і колеги
14. Медична сестра та сумнівна медична практика
15. Моральна та правова відповідальність медичної сестри перед суспільством
16. Підтримка сестринської справи
17. Гарантії і захист законних прав медичної сестри
18. Відповідальність професійних медсестринських організацій
19. Взаємозв'язок та співробітництво
20. Дія Етичного Кодексу.
21. Відповідальність за порушення Етичного Кодексу

Їх суть звернена на взаємодію медсестри та пацієнта (2а частина, стаття 1-11), медичну сестру та її професію (3я частина, стаття 12-14), положення медсестри в суспільстві (4а частина, стаття 15-17) та професійні організації

медсестер (4а частина, стаття 18-19), а також етичний кодекс медсестри, відповідальність перед ним (5а частина, стаття 20-21).

Знання всіх частин та статей, а також вміння застосовувати їх у рутинній практиці значно полегшує роботу молодшого медичного персоналу та робить її більш безпечною для лікувального процесу.

## **1.2 Захворювання печінки: огляд основних патологій та важливість знань для ефективного лікування та догляду за пацієнтами**

Переїнявши професійною етикою та відповідальністю перед пацієнтами, медичний персонал повинен бути особливо компетентним в питаннях діагностики та лікування захворювань. Печінка являє собою один з найважливіших органів нашого тіла, який виконує безліч функцій, таких як метаболізм, транспортування поживних речовин, очищення крові та багато інших [43,44]. Оскільки захворювання печінки можуть призвести до серйозних наслідків для здоров'я, медсестри, що працюють у гастроентерологічних відділеннях, повинні мати достатні знання про основні патології, що впливають на функцію печінки, та про ефективні методи їх лікування.

Основні захворювання печінки, такі як цироз, гепатит, жирова дистрофія та рак печінки, можуть бути симптоматичними або безсимптомними, що робить їх діагностику та лікування важким завданням. Медсестри повинні мати глибокі знання про різноманітні клінічні прояви цих захворювань, методи діагностики, принципи лікування та профілактики, а також про можливі ускладнення та наслідки. Надійне розуміння характеристик захворювань печінки є надзвичайно важливим для медсестер, що працюють у гастроентерологічних відділеннях, оскільки це дозволить їм надавати



якісну медичну допомогу своїм пацієнтам та сприяти поліпшенню їх здоров'я та благополуччя.

Особливості сучасного життя, токсичність лікарських засобів, навколишнє середовище - все це впливає на здоров'я людини та зокрема на роботу печінки [45]. Хронічні захворювання печінки є серйозною проблемою, яка стосується багатьох людей. Печінка виконує багато життєво важливих функцій, і якщо її робота порушена, то це може мати негативний вплив на всі системи організму.

Хвороби печінки мають різні причини, такі як вірусні інфекції, алкогольна та неалкогольна жирова хвороба, цироз та пухлини печінки. Лікування хвороб печінки вимагає високої кваліфікації лікарів та правильної медикаментозної терапії. Для медичного персоналу, зокрема медсестер, які працюють у відділеннях гастроентерології, важливо мати достатні знання про основні патології печінки та їх лікування, щоб забезпечити якісну медичну допомогу пацієнтам з хворобами печінки[46,47].

Важливим є той факт, що більшість захворювань печінки протікають безсимптомно безпосередньо до появи ускладнень. Важкі тканинні ураження печінки, здатні провокувати біль та жовтяницю, виникають тоді, коли лікування стає складним тривалим та малоефективним. Натомість рання діагностика здатна виявляти хвороби печінки та попередити її прогресування. Регулярні профілактичні обстеження допомагають стежити за станом печінки й не допустити розвитку захворювання [48]. Дослідження рекомендовані як людям з діагностованими хворобами печінки, так і при підозрі на її ураження. Особливо доцільно пройти обстеження тим, хто страждає від таких проблем як:

- постійна втома та загальна слабкість;

- зниження апетиту та втрати ваги;
- біль та важкість у правому підребер'ї;
- пожовтіння шкіри та склер;
- зміни кольору калу та сечі;
- відчуття гіркоти та неприємного присмаку в роті;
- нудота, наявність шкірних висипань.

За рекомендаціями гастроентерологів для впевненості у безпеці для свого здоров'я, доцільно проходити обстеження печінки щонайменше раз на рік [49].

До факторів ризику виникнення різного роду уражень печінки відносять наступні:

- контакт з інфікованими людьми;
- переливання крові та оперативні втручання, різного роду медичні маніпуляції;
- зловживання алкоголем;
- послуги косметологічних салонів;
- відсутність культури харчування (надмірне вживання жирної, смаженої їжі, зловживання спеціями);
- тривалий та безконтрольний прийом медикаментозних препаратів
- вплив токсичних та природніх отрут;
- негативний вплив довкілля.

Окрім вищевказаного слід враховувати можливість виникнення патології печінки як вторинного захворювання. Фахівці виділяють різні причини, що можуть слугувати пусковим фактором, однак серед найбільш поширених - інфекційні захворювання, цукровий діабет, порушення жирового обміну. Окрім цього чималу роль відіграє спадкова схильність - імунна система хворого сприймає клітини печінки і жовчних проток як чужорідні [50,51].

Існує думка, що тригером для ураження печінкової тканини окрім неправильного харчування з метою корекції ваги, а саме – її зменшення (остання часто буває надмірною у пацієнтів з порушеним обміном речовин) є неконтрольований та незбалансований прийом їжі. Такого виду стрес як різке схуднення може призвести до цирозу: при стрімкому зниженні ваги печінка реактивно реагує та застосовує захисні механізми - накопичує жири і вуглеводи [51]. Останнє може призводити до розвитку її ожиріння, а потім до руйнування, що в свою чергу провокує розлад функцій печінки.

До них відносяться:

- Обмінна. Полягає в безпосередній участі печінки в усіх видах обміну речовин: білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, мінералів та води;
- Травна (екскреторна). Полягає в утворенні жовчі. Компоненти жовчі (жовчні кислоти та їх солі, жовчні пігменти, неорганічні солі та ін.) – важливі в розщепленні жирів під час травлення. Токсичні речовини печінка знешкоджує та переробляє в жовч, через що травна функція нерозривно пов'язана з детоксикаційною;
- Детоксикаційна (фільтраційна). Полягає у знешкодженні токсичних речовин і подальшій їх утилізації;
- Кровотворна. Печінка синтезує фактори згортання крові, які відповідають за утворення тромбів і зупинку кровотечі. Це явище носить назву гемостазу (не плутаємо з гомеостазом). В ембріональному періоді печінка є органом кровотворення;
- Депо крові. Близько 700 мл крові знаходиться в судинах печінки.

Окрім цього печінка виконує створення запасів у вигляді вітамінів, мінералів та вуглеводів. Синтезуючи імуноглобуліни та холестерин виконує імунну функцію. Додатково печінка генерує енергію для підтримання життєдіяльності організму.

Медичне та соціальне значення захворювань печінки визначається не лише широким поширенням у всьому світі, але й ураженням населення різних вікових груп. Відбувається значна втрата як тимчасової так і постійної працездатності з високим рівнем інвалідизації. Відтак існує імовірність розвитку тяжких наслідків які можуть спричиняти як ускладнення в лікуванні так і передчасну смерть внаслідок різних чинників.

За даними ВООЗ близько 30% населення планети мають в своєму анамнезі захворювання печінки [53,54]. В свою чергу в Україні захворюваність на хронічні гепатити зросла на 77% [55].

Звертаючись до статистичних даних варто відмітити, що такий стан як цироз печінки (ЦП) є важливим показником який відображає асоційовану смертність. Близько 0,1% європейського населення хворіє ЦП, що відповідає 14-26 нових випадків на 100 тис.населення або приблизно 170 тис. летальних випадків в рік [56].

Окрім цього на думку спеціалістів ВООЗ рак печінки являється причиною 47 тис. смертей в рік в країнах Європи. Найбільш серйозним ускладненням ЦП є гепатоцелюлярна карцинома (ГЦК) [4]. На її долю припадає від 70% до 90% первинного онкологічного ураження печінки. Європейські епідеміологічні дані свідчать про те, що близько у 100 тис. населення щорічно виявляють від 1 до 13 нових випадків ГЦК, з них 1-10 мають летальний кінець.

Найбільш поширеними причинами розвитку даних патологій є зловживання алкоголем, вірусні гепатити та наявність у пацієнтів метаболічного синдрому. Всі ці стани пов'язані з такими поширеними проблемами сучасного населення як надлишкова маса тіла та ожиріння. Ці питання виходять на перший план у більшості країн світу. Так, за даними ВООЗ, ожиріння набуло епідемічного поширення та виявляється у близько 30% населення Європейського регіону [57].

Вживання алкоголю займає лідируючі позиції серед тригерних факторів - в останнє десятиріччя його рівень знову зріс та перебуває на високому рівні: в середньому- більше 9л чистого алкоголю в рік [58,59].

Важливо відмітити, що попри чітку різноманітність захворювань печінки клінічна картина при їх перебігу є схожою. Серед найбільш характерних ознак патології гепатологічного профілю є наступні:

1. Загальна слабкість. Варто диференціювати з прямими причинами (людина страждає порушеннями сну, виснажлива праця,одноманітний раціон). Однак печінка виробляє левову частку енергії, якою послуговується організм для підтримки життєдіяльності. Тому однією з перших ознак проблем з печінкою є загальне нездужання, відчуття хронічної втоми: раптова або відчутно виражена слабкість.
2. Біль та важкість в правому підребер'ї.
3. Нудота та блювання. Внаслідок ураження печінки її структура пошкоджується, в результаті орган не виконує свої функції, токсичні речовини не знешкоджуються і викликають явища інтоксикації, серед яких - нудота та блювання.
4. Жовтяниця. Типовий симптом для захворювань печінки, проте зустрічається рідше.
5. Шкірні прояви. Висипка різного характеру, що з'являються раптово.
6. Болі в м'язах та суглобах. Особливо, якщо це не на фоні респіраторного захворювання чи інших об'єктивних причин. набряк, біль та «викручування» суглобів – ознаки артриту, який може бути спричинений печінковою хворобою.
7. Підвищена температура тіла. Підвищення температури тіла характерне для усіх форм запальних процесів, в тому числі і печінці, особливо, якщо захворювання активно прогресує. Хворі відмічають, що часто при

зустрічі, під час рукопотискань або обіймів люди звертають увагу на підвищення температури долонь.

8. Збільшення печінки. Збільшення розмірів живота пояснюється збільшенням, власне, печінки та згодом розвитком асцити (накопиченням рідини в черевній порожнині).

9. Втрата апетиту, зміна смаку, відчуття гіркоти у роті.

Характеризуючи найбільш часті в популяції захворювання печінки окремою частиною варто виділити вірусні гепатити.

Згідно даних ВООЗ, більше 250 мільйонів жителів по всій землі мають діагноз «гепатит В», а ще 180 мільйонів - «гепатит С» [60]. Кожного дня тисячі людей дізнаються про те, що заражені цими вірусами, і за статистикою 1,4 мільйона з них помирають від цього діагнозу або через різні ускладнення [61-63].

Україна належить до країн з середньою розповсюдженістю гепатитів - за даними МОЗ щороку в нашій країні фіксується 11-14 тис. випадків зараження. Страшна статистика, враховуючи, що хвороба є смертельно небезпечною для організму[64,65].

Гепатит - термін, який застосовується для позначення гострих і хронічних захворювань печінки. Переважно першопрчина виникнення - це вірус гепатиту, окрім цього етіологічним чинником служать інфекції, надмірне споживання алкоголю, наркотичних речовин, медичних препаратів[66,67].

Серед вищеназваних причин захворювань печінки висвітлені основні можливі шляхи зараження, але у випадку гепатитів необхідно виключити наступні групи ризику категорій людей:

- Ін'єкційні наркомани, оскільки вони часто використовують спільні шприци та інші інструменти, що можуть бути заражені вірусом гепатиту.
- Пацієнти, які отримують кров чи кровопродукти, такі як гемофілія та інші захворювання, що потребують регулярних трансфузій крові, оскільки до

1992 року кров, яка використовувалася для трансфузій, не завжди була перевірена на вірус гепатиту С.

- Медичний персонал та працівники установ соціальної сфери, які можуть бути в контакті з кров'ю та іншими тіловими рідинами інфікованих людей.

- Люди, які мають безпосередній контакт з інфікованими, наприклад, члени сім'ї або сексуальні партнери.

- Люди, які подорожують до країн з високим ризиком зараження вірусом гепатиту, наприклад, до країн Південної та Південно-Східної Азії та Африки, де гепатит В є поширеним.

З перелічених спільних клінічних ознак захворювань печінки у хворих з гепатитом відмічається найбільш часто жовтяниця - з'являється відповідний відтінок шкіри і очей. Також про хворобу може свідчити відмінний від норми відтінок сечі, відчуття виснаженості, підвищена температура тіла, нудота. Через розмаїття симптомів, зазвичай, на ранніх стадіях гепатит нерідко помилково приймають за інші недуги.

Вірусний гепатит являється найбільш поширеним та небезпечним видом, джерелом виникнення якого є віруси. За типом збудника виділяють наступну класифікацію:

- Гепатит А
- Гепатит В
- Гепатит С
- Гепатит D
- Гепатит E
- та інші

**Гепатит А**, відомий як «захворювання брудних рук». Поширюється фекально-оральним шляхом, при вживанні немитих овочів і фруктів, забрудненої води або ж передається від носія вірусу. Щорічно вірусом

інфікуються приблизно 10 млн. жителів планети. Найвища поширеність гепатиту А спостерігається в країнах третього світу з високим рівнем антисанітарії [69].

**Профілактика.** Найбільш оптимальним варіантом профілактики гепатиту А є вакцинація. Уберегтися від вірусу також можна, виконуючи правила особистої гігієни, споживаючи продукти харчування, воду, в чистоті яких є впевненість.

**Симптоми.** Інкубаційний період вірусу гепатиту А налічує від двох тижнів до місяця. Інколи прояви інфекції у людини можуть бути відсутніми.

Для діагностики захворювання в залежності від етапу інфекційного процесу рекомендовано виконати загальний розгорнутий аналіз крові (ЗАК) і загальний аналіз сечі (ЗАС), біохімічний аналіз крові (БАК) («Печінкові проби» - білірубін загальний, прямий та непрямий білірубін, аланінамінотрансфераза (АЛТ), аспартатамінотрансфераза (АСТ), тимолова проба, загальний білок, альбумін, лужна фосфатаза, гамма-глутамінтранспептидаза (ГГТП)), визначити рівень антитіл до вірусу IgM, антитіла до вірусу IgG, РНК вірусу методом полімеразно ланцюгової реакції (ПЛР) (кров, біоптат та ін.) Збудником вірусного гепатиту А являється РНК-вмісний вірус з сімейства Picornaviridae. Якісна ПЛР-діагностика використовується для виявлення наявності і реплікації вірусу гепатиту А та дозволяє виявити вірусну РНК: вже у кінці інкубаційного періоду і в перші 1-3 тиж клінічних проявів, у фекаліях за 1-2 тижні до початку хвороби(останній тиждень інкубаційного періоду) і 1-2 тижні жовтяниці. У крові вірусна РНК виявляється не в усіх пацієнтів [69].



**Гепатит В** в свою чергу за рівнем небезпеки для людини значно випереджає гепатит С. Ці два види викликають важкі ускладнення, що негативно впливають на печінку: розвиток цирозу у 57% ситуацій, первинний рак – у 78% [70, 71].

У вірусу, що викликає гепатит В, є кілька шляхів проникнення в організм:

- взаємодія людини з інфікованою кров'ю (переливання, ін'єкції, нанесення тату, отримання послуг в салонах краси)
- прямий контакт з носієм інфекції через слину, сім'яну рідину і різні виділення;
- спільне використання засобів особистої гігієни з інфікованим;
- від матері до дитини.

Для профілактики гепатиту В варто остерігатися інтимних зв'язків без презервативів, вторинного використання приладів для ін'єкцій, робити манікюр та інші процедури, що пропонують салони краси, у перевірених майстрів. Найсильнішим захистом від вірусу є вакцина.

Симптоми. Інкубаційний період вірусу гепатиту В займає, як правило, кілька місяців. Серед клінічних ознак присутні жовтяниця, збільшення печінки, рідше селезінки, відсутність апетиту, головний біль, нудота, блювання, порушення сну, загальна слабкість, закрепи, чутливість печінки при пальпації, біль у правому підребер'ї, інколи болючість суглобів, свербіння, пігментація та висипання на шкірних покривах, можливий жар.

В діагностичному плані присутні ЗАК, БАК, ЗАС, визначення HbSAg до вірусу гепатиту В, ДНК вірусу методом ПЛР. HBsAg - є поверхневим ліпопротеїном оболонки вірусу гепатиту В і названий австралійським антигеном. У більшості випадків HBsAg виявляється вже в інкубаційному періоді і при гострому перебігу гепатиту виявляється в крові впродовж 6-8 тиж. Виявлення поверхневого антигена вірусу гепатиту В у крові довше 6

місяців після початку хвороби свідчить про можливу хронізацію процесу. Можливе довічне носійство HBsAg. Застосовується як самий ранній маркер вірусного гепатиту В, для контролю можливого процесу хронізації захворювання, для диференційної діагностики гепатиту нез'ясованої етіології, для епідеміологічних цілей і обстеження донорської крові. Виявлення у хворого HBsAg не є абсолютно достовірним доказом гострого вірусу гепатиту В: це може бути ознакою носійства HBV і навіть ГЦК. Але і відсутність HBsAg не може служити підставою для зняття діагнозу гострого ВГВ. Причинами може бути мала концентрація HBsAg в крові, "серологічний пропуск", споживання HBsAg D - вірусом, pre - s -мутантні форми вірусу [9]. Окрім вищезазначених обстежень призначають такі тести як «Фібротест» для визначення ступеня фіброзу печінки - комплекс розрахункових досліджень для визначення ступеня гістологічної активності при найбільш поширених формах патології печінки [72]. Він в 95 - 99% випадків дозволяє отримати кількісну та якісну оцінку фіброзу і некрозапальних змін у печінці на всіх стадіях, незалежно від локалізації, що виключає можливість помилки при локальному дослідженні матеріалу, отриманого методом пункційної біопсії.

**Гепатит С** переважно потрапляє в організм під час контакту з інфікованою кров'ю: переливання, ін'єкції, косметичні процедури. Рідше зустрічаються випадки передачі вірусу статевим шляхом, через плаценту. У світі налічується 71 млн. жителів із діагнозом хронічний гепатит С [73]. Варто відмітити, що у більшості цих пацієнтів відбувся розвиток цирозу, пухлини печінки, через що по всьому світу за статистикою щороку фіксується близько 500 тис. летальних випадків.

Виконання профілактики є складним у зв'язку з відсутністю вакцини від вірусу гепатиту С. Та попри це у плані роботи медичного персоналу

профілактикою гепатиту С можна вважати використання стерильного обладнання для ін'єкцій та ретельне виконання маніпуляцій.

**Симптоми.** Інкубаційний період гепатиту С варіює від 14 днів до кількох місяців. Відміною ознакою є те, що після зараження близько 80% носіїв вірусу не відчують ніяких проявів вірусу, а при гострій формі симптоми схожі на звичайне гостре респіраторне захворювання.

До клінічних проявів можна віднести відсутність апетиту, головний біль, порушення сну, загальну слабкість, пігментацію шкірних покривів, свербіж шкіри, чутливість печінки при пальпації, біль у правому під ребер'ї, збільшення печінки, нудоту, блювоту, закреп, жар.

З діагностичною метою проводять ЗАК, БАК, ЗАС, визначають Anti-HCV антитіла до вірусу гепатиту С, РНК вірусу методом ПЛР. Виявлення загальних антитіл (Ig G і IgM) до антигенів вірусу гепатиту С використовується для скринінгового обстеження пацієнтів на наявність інфікування вірусом гепатиту С. Ці антитіла з'являються в середньому через 4 - 6 тижнів після інфікування (у частини людей через 3-6 місяців). Anti - HCV - антитіла можуть зберігатися в крові реконвалесцентів упродовж 8-10 років з поступовим зниженням їх концентрації. Можуть також циркулювати в крові дітей, народжених від гепатит-С-інфікованих матерів, а також після переливання крові, що містить ці антитіла. Їх виявлення свідчить про можливу інфікованість вірусом або перенесену інфекцію [74]. Оцінювати отримані результати необхідно аналізуючи усі чинники. Окрім вищезазначених обстежень призначають такі тести як «Фібротест» для визначення ступеня фіброзу печінки.

**Гепатит D** проявляється тільки в якості супутньої форми гепатиту В. Інфіковані цими видами гепатиту схильні до більшої небезпеки розвитку печінкової недостатності, цирозу печінки. Дані інфекції дають найважчі наслідки для печінки і прискорюють летальний результат від супутніх

захворювань. Гепатит D передається статевим шляхом і через маніпуляції який мають контакт з кров'ю.

Профілактика гепатиту D ідентична описаній для гепатиту типу B [75].

Вакцина від гепатиту B за умови, що раніше людина не стикалася з цим вірусом, забезпечує захист також від інфікування гепатитом типу D.

Варто відмітити, що симптоми гепатиту D – це яскраво виражені прояви гепатиту B. Окрім цього, стрімко збільшується ступінь розвитку ускладнень через прогресуючий цироз.

Для діагностики з прогностичних міркувань усі хворі з хронічним гепатитом B повинні обстежуватися на anti - HDV, особливо якщо відбувається загострення процесу. Сумарні антитіла до HDV виявляються в період розгорнутих проявів захворювання і визначаються у високих титрах як при гострій, так і при хронічній HDV- інфекції. В період реконвалісценції відбувається поступове зниження титру антитіл. Також проводять діагностику РНК вірусу методом ПЛР.

**Гепатит E.** Менш поширеним типом є вірус гепатиту E. Вірус цього типу поширюється фекально-оральним шляхом переважно через забруднену воду. Найвища концентрація носіїв вірусу спостерігається в країнах Східної і Південної Азії через тотальну антисанітарію і в результаті потрапляння фекалій переносника вірусу в джерела системи водопостачання [76].

Щоб уберегтися від гепатиту E, необхідно дотримуватися санітарно-гігієнічних норм, особливо в країнах Азії, мити овочі, фрукти перед їжею, відмовитися від пиття води сумнівного походження.

Інкубаційний період вірусу гепатиту E варіюється від 3 до 9 тижнів.

Симптоми гепатиту E найчастіше схожі з проявами деяких захворювань печінки і включають в себе симптоми загальної інтоксикації організму на ряду з присутньою жовтяницею, розладами ШКТ у вигляді нудоти, блювання та порушенням стільця , больовими відчуттями при пальпації печінки.

Підозри на гепатит Е розглядаються, якщо в анамнезі присутні візити до країни, де поширений вірус, наявні симптоми гепатиту і виключені всі інші форми. Точний діагноз гепатиту Е верифікується на підставі дослідження конкретних антитіл IgM до вірусу [77].

**Аутоімунний гепатит** зустрічається в популяції порівняно рідше ніж віруси гепатиту В та С [78]. Етіологічні фактори в наукових джерелах ще недостатньо вивчені, проте вважається, що на його появу впливають генетична схильність і фактори зовнішнього середовища.

При аутоімунному гепатиті в імунній системі виникає дисбаланс – натомість захисної функції відбувається руйнація печінки в якості чужорідного органа. Цей тип гепатиту нерідко виникає одночасно з іншими аутоімунними захворюваннями, але також може розвиватися і автономно.

В зв'язку з відсутністю встановлених першопричин аутоімунного гепатиту, профілактика зводиться до ведення здорового способу життя у всіх аспектах.

Не виключено, що дана патологія може мати безсимптомний розвиток, проявляючи себе виключно за появи ускладнень. Імовірними клінічними симптомами аутоімунного гепатиту вважається слабкість, швидка стомлюваність пацієнта, можлива поява жовтяничного відтінку шкіри, жар, висипання.

Для діагностики аутоімунного гепатиту призначають пройти дослідження на антитіла до мікросом печінки і нирок, ANTI-LKM – скринінг та антитіла до розчинного печінкового антигену (anti-SLA). Аутоантитіла до мікросом печінки і нирок 1 типу (anti-LKM1) є серологічною ознакою аутоімунного гепатиту типу 2. Серологічна діагностика є одним з важливих етапів диференційної діагностики аутоімунного гепатиту, яка будується на виключенні інших можливих причин захворювання, тому що не існує єдиного точного і специфічного дослідження для підтвердження даного діагнозу. Спектр виявлених аутоантитіл лежить в основі класифікації

аутоімунних гепатитів. Крім випадків аутоімунного гепатиту 2-го типу, anti-LKM1 антитіла виявляють у деякої частини пацієнтів з хронічним гепатитом С (до 7%). Диференціація таких варіантів вкрай важлива для вибору терапії та догляду за хворим. Скринінг anti-LKM1-антитіл рекомендований до початку лікування у пацієнтів з гепатитом С і при виявленні - моніторинг, оскільки в деяких випадках інтерферон-альфа може демаскувати або провокувати аутоімунні процеси в печінці [79].

Для практики медсестринського догляду за хворими варто знати, що всі аналізи на гепатит проводять за допомогою взяття крові з вени. Біоматеріал беруть у клієнта зранку натщесерце через 8 годин після останнього прийому їжі (якщо інше не призначено лікарем). Можна пити воду. Біоматеріал приймається згідно із графіком медичного закладу в якому проводиться обстеження. Для отримання коректного результату за добу перед здачею бажано виключити вживання жирної їжі, спиртних напоїв, відмовитися від сильних фізичних навантажень.

Варто відзначити, що коректно інтерпретувати результати, поставити діагноз на підставі показників і призначити лікування може тільки фахівець в цій галузі медицини. Але попри це медична сестра повинна знати, що розрізняють якісний і кількісний тип дослідження вірусних гепатитів. Якісні дослідження виключають невизначеність в питанні наявності/відсутності вірусу в організмі. Кількісні дослідження допомагають визначити число частинок вірусу в крові. **«Негативний»** результат дослідження свідчить про те, що в організмі людини не виявлено ознак конкретного вірусу. Тобто, реакція на присутність антигенів певного типу гепатиту в крові була негативною або їх число було в межах норми. **«Позитивний»** результат не варто відразу розцінювати як ознаку того, що людина хвора. Причиною такого лабораторного висновку може бути недотримання клієнтом правил підготовки або технічні нюанси. При

позитивному результати необхідно проконсультуватися з лікарем щодо подальших дій.

Крім гепатитів існують інші, не менш серйозні патології, що уражають печінку.

**Алкогольна хвороба печінки (АХП).** Етіологічним чинником даного захворювання є надмірне споживання алкоголю [80]. Не варто ототожнювати зі стеатогепатитом [81]. Перебіг захворювання включає три етапи:

- жирова дистрофія печінки:
- алкогольний гепатит (як різновид токсичного);
- цироз печінки.

Діагностують дану патологію за допомогою вищеописаного тесту «Фібротест» з метою оцінки ступеню фіброзу та дегенеративно-запальних змін на всіх стадіях ураження печінки.

**Жирова дистрофія або стеатоз печінки (жировий гепатоз).** Хронічне захворювання печінки, при якому характерне надлишкове накопичення жирів [82]. Сприяти розвитку жирового гепатозу можуть:

- Алкоголь;
- надлишкова вага;
- медикаментозні препарати (деякі групи антибіотиків, гормональні препарати, цитостатики (при лікуванні ревматологічних захворювань або під час хіміотерапії, аміодарон, варфарин);
- промислові або природні (токсини грибів) отрути;
- супутні захворювання: цукровий діабет та інші гормональні порушення, інфекції (вірусний гепатит С), вроджені порушення обміну речовин, хвороби шлунково-кишкового тракту (порушення процесів всмоктування в

кишківнику, целіакія, неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона, захворювання підшлункової залози або перенесені оперативні втручання).

Для діагностики проводять ЗАК, ЗАС, БАК - "Печінкові проби" [83, 84].

**Цироз печінки.** Стан, при якому внаслідок генералізованого пошкодження паренхіми печінки розвивається фіброз та заміна нормальної архітектоніки органу на структурально аномальні регенераційні вузлики → зменшується кількість функціонуючої паренхіми → розвиваються порушення функції печінки та структури судинної системи, що призводить до портальної гіпертензії (підвищення тиску у портальній вені  $>12$  мм рт. ст.; у нормі  $\leq 10$  мм рт. ст.). Портальна гіпертензія призводить до розвитку порто-системного колатерального кровообігу (у районі стравоходу, ануса та передньої черевної стінки), спленомегалії та гіпереспленізму, асцити та портальної гастропатії. Цироз становить кінцеву стадію багатьох хронічних захворювань печінки.

Причинами слугують алкогольна хвороба печінки, вірусний гепатит В, D або С, аутоімунний гепатит, метаболічні захворювання (гемохроматоз, хвороба Вільсона-Коновалова, дефіцит  $\alpha_1$ -антитрипсину, муковісцидоз, пізня шкірна порфірія, галактоземія, вроджена тирозинемія, глікогенози [тип III і IV], вроджена геморагічна телеангієктазія, гіпервітаміноз А, абеталіпопротеїнемія, НАСГ), хвороби жовчних шляхів (непрохідність позапечінкових жовчних шляхів, непрохідність внутрішньопечінкових жовчних шляхів, первинний біліарний цироз печінки, первинний склерозуючий холангіт), порушення венозного відтоку (венооклюзивна хвороба печінки, синдром Бадда-Кіарі, правошлуночкова серцева недостатність), ЛЗ(метотрексат, метилдопа, аміодарон), токсини, обхідні кишкові анастомози (при лікуванні ожиріння), криптогенний цироз (невідома причина) [85].



Клінічні симптоми залежать від тривалості захворювання, кількості функціонуючої печінкової паренхіми, порушень портального кровообігу та призначеного лікування. У 30–40 % хворих цироз печінки протікає повністю безсимптомно та діагностується випадково. Цироз без симптомів порушення метаболічної функції та ускладнень портальної гіпертензії називається компенсованим.

Загальні симптоми включають загальну слабкість та швидку втомлюваність (довший час головний та єдиний суб'єктивний симптом), субфебрильний стан, втрата апетиту, зменшення маси тіла, характерний силует (вигляд «каштанового чоловічка» — худі нижні та верхні кінцівки -результат м'язової атрофії та збільшена окружність живота), болісні м'язові спазми (особливо надокучливі вночі), свербіж.

Характерні шкірні зміни у вигляді жовтяниці, проблеми ШКТ - метеоризм, нудота та блювання, болі в правому підребер'ї, спленомегалія (≈60 % хворих), асцит, грижі передньої черевної стінки (найчастіше, пупкова грижа). Можливі порушення репродуктивної системи. (зниження лібідо, порушення менструального циклу та безпліддя, у мужчин — атрофія яєчок) і фемінізація (гінекомастія, судинні павуки, пальмарна еритема, зміна характеру оволосіння).

ЦП є прогресуючим захворюванням та з часом розвиваються лабораторні та клінічні симптоми декомпенсації. Прогрес захворювання від раннього етапу, що можливо виявити виключно при гістологічному дослідженні, до важкої печінкової недостатності має різну тривалість і залежить від етіології та лікування, що застосовується. Від моменту появи перших симптомів декомпенсації 5 років виживають 45 % хворих, а 10 років — 10–20 %.

Для діагностики окрім загально клінічних обстежень застосовують візуалізаційні дослідження (УЗД, КТ) [86], ендоскопічне обстеження: з метою діагностики варикозно розширених вен стравоходу, портальної гастропатії або виразок, гістологічне дослідження біоптату печінки: основа діагностики цирозу і його причин [9], а також еластографія, що являється альтернативою біопсії печінки для кількісної оцінки фіброзу (найкраще валідована у випадку інфікування HCV) [87].

**Гостра печінкова недостатність.** Раптове та швидко прогресуюче погіршення функції печінки у хворих, в яких раніше не діагностовано хронічного захворювання печінки, що характеризується виникненням жовтяниці, порушень плазмового гемостазу та печінкової енцефалопатії.

Причинами можуть бути усі вищеназвані захворювання та інші вірусні інфекції, лікарські засоби, токсини. Симптоми спершу не є специфічними, далі приєднуються енцефалопатія, жовтяниця, гемодинамічна нестабільність, ниркова недостатність, інколи асцит. Хвороба може мати різну динаміку. Починається важким гострим пошкодженням печінки. У більшості випадків, якщо не застосовується відповідне лікування (включаючи термінову пересадку печінки), хворий помирає із симптомами печінкової коми, набряку мозку і поліорганної недостатності.

Крім перелічених патологій гепатологічного профілю також зустрічаються такі як пухлини печінки, хвороба Вільсона-Коновалова, гемохроматоз, тромбоз (портальної вени та печінкових вен). Всі вони займають чільне місце в списку тих захворювань ШКТ які значною мірою, а інколи і з летальним кінцем впливають на життя людини. Знання даної інформації можуть допомогти медичним працівникам та пацієнтам більш ефективно управляти захворюваннями гепатологічного профілю та покращити якість життя.

## РОЗДІЛ 2

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1 Загальні клінічні методи обстеження

З метою удосконалення організації лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам шляхом впровадження навчальних структурованих програм було обстежено 90 пацієнтів гепатологічного профілю у віці від 20 до 82 років які перебували на лікуванні лікуванні в терапевтичному відділенні КП "Криворізька МКЛ №2" КМР з 2020 по 2022 роки. У дослідженні застосовувався метод дослідження - анкетування, з метою визначення особливостей сестринського процесу в реабілітаційному процесі хворих захворюваннями печінки.

Мета дослідження - спираючись на теоретичний і практичний матеріал організувати анкетування хворих з захворюванням печінки для поглибленого дослідження якості життя пацієнтів з використанням опитувальника «SF-36 Health Status Survey» [1], що включає оцінку фізичного та психологічного компоненту показало ефективність застосування навчальних технологій. Оцінка проводилась перед початком навчання та після його закінчення, оцінювались такі параметри як:

- Фізичне функціонування;
- Рольове функціонування;
- Інтенсивність болю;
- Загальний стан;
- Загальне здоров'я;
- Життєва активність.

Таким чином була сформована школа здоров'я для пацієнтів терапевтичного відділення гастроентерологічного профілю, де проводилось систематичне їх навчання в аспекті здійснення п'яти етапної технології сестринського процесу. Менеджером сестринської справи в цьому плані виступала старша медична сестра. До її обов'язків входила

безпосередня організація школи здоров'я, навчання медсестер основам педагогіки та психології, алгоритмам сестринського догляду; стандартам роботи постової медсестри, а також правильне ведення сестринської документації, в тому числі медсестринської історії хвороби. Після цього проводився контроль за якістю догляду та навчання. Лікарі виконували консультативну роль у роботі сестринських шкіл здоров'я та брали участь в обговоренні питань щодо медикаментозної терапії та корекції програми навчання. Остання включала розділи: анатомія та фізіологія шлунково-кишкового тракту; поняття про основні захворювання в гастроентерології та можливі ускладнення; принципи лікування медикаментозні та немедикаментозні; особливості харчування пацієнтів даного профілю; допомогу при стресі, депресії та безсонні; особлива увага приділялась пропаганді здорового способу життя.

Заняття здійснювалися в призмі здійснення п'яти етапного медсестринського процесу у призмі основних захворювань гепатологічного профілю шляхом активного навчання, враховувалися пріоритетні проблеми пацієнтів. Всі заняття мали єдину структуру, що складалися з трьох основних частин: вступної; основної та заключної. Вступна частина включала вітання пацієнтів, знайомство їх з темою і метою заняття. Основна частина була присвячена пояснення навчального матеріалу, контролю засвоєного матеріалу. При підведенні підсумків кожного заняття медична сестра наголошувала на основних аспектах теми заняття та на обов'язкових успіхах пацієнтів, ставила питання на засвоєваність матеріалу.

Окрім цього на заняттях розглядалися основні гепатологічні захворювання такі як вірусний гепатит (гепатит В, гепатит С, гепатит А, гепатит D, гепатит E);жирова хвороба печінки; цироз печінки; гострий панкреатит ( так як цей запальний процес у підшлунковій залозі, який може вплинути на роботу

печінки та інших органів); алкогольна хвороба печінки; аутоімунний гепатит.

Вивчення цих захворювань є важливим для медичних сестер, оскільки вони грають важливу роль у діагностиці та лікуванні пацієнтів з хворобами печінки. При вчасному виявленні та лікуванні гепатологічних захворювань можна уникнути тяжких ускладнень та покращити прогноз хвороби.

Для поглибленого вивчення якості життя пацієнтів використовували опитувальник «SF-36 Health Survey» (SF-36) який є стандартизованим інструментом для оцінки якості життя в різних контекстах, таких як клінічні дослідження, епідеміологічні дослідження та оцінка здоров'я[1].

SF-36 включає 36 запитань, що вимірюють вісім аспектів здоров'я: фізичне функціонування, фізичний дискомфорт, рольове функціонування (фізичне та емоційне), загальний стан здоров'я, життєдіяльність, соціальне функціонування, емоційне функціонування та психічний дискомфорт.

Оцінка за SF-36 дає можливість порівнювати якість життя різних груп людей з різними хворобами або станами здоров'я, а також здорових людей. Результати оцінки можуть бути використані для визначення ефективності медичних втручань, виявлення ризикових факторів для погіршення якості життя та зроблення рішень щодо управління здоров'ям.

SF-36 є одним з найбільш поширених опитувальників для вимірювання якості життя в дослідженнях здоров'я. Він є добре валідованим та надійним інструментом, з високою чутливістю до змін у якості життя.

На додачу проводили тест на добре самопочуття (англ. "WHO-5 Well-Being Index") - це короткий психологічний тест, який використовується для оцінки загальної якості життя та наявності симптомів депресії у дорослих.

Тест складається з 5 запитань, кожне з яких оцінюється за шкалою від 0 до 5, де 0 - означає, що відповідь на запитання не є корисною для оцінки стану самопочуття, а 5 - означає максимальне проявлення позитивного самопочуття. Загальна оцінка за тест складається з суми балів за кожне

запитання і може бути від 0 до 25 балів, де вище оцінки вказує на краще самопочуття. WHO-5 є корисним інструментом для швидкої оцінки загальної якості життя та наявності симптомів депресії. Він добре валідований та надійний, а його короткий формат дозволяє легко використовувати його в медичній практиці та дослідженнях. Тест може бути корисним для скринінгу на депресію та оцінки ефективності медичних втручань у пацієнтів з депресією або іншими психічними розладами.

Завдання дослідження:

6. Визначити обов'язки медичної сестри по забезпеченню діагностичного процесу у терапевтичному стаціонарі для хворих з захворюваннями печінки.
7. Ознайомитись та опрацювати медичні карти амбулаторних хворих з метою вивчення основних характеристик пацієнтів.
8. Провести оцінку ефективності навчальних структурованих програм на покращення організації лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам гепатологічного профілю шляхом обстеження пацієнтів та аналізу даних щодо впливу навчальних програм на якість лікування та профілактику захворювань.
9. Порівняти результати опитування за допомогою опитувальників SF-36 та WHO-5 пацієнтів з захворюваннями травної системи до участі у тренінговій програмі з результатами після її проведення для оцінки впливу останньої на якість життя.

З метою оцінки показників хворих з захворюванням печінки, нами проведено аналіз, де в дослідження було включено 90 пацієнтів гептологічного профілю. Застосовувалися такі методи дослідження:

Клінічні:

1. Аналіз даних по медичній карті амбулаторного хворого (за формою № 025/о).
2. Анкетування опитуваних пацієнтів з захворюваннями печінки.

Метод анкетування полягає в пред'явленні пацієнтові тестових завдань з дотриманням наступних умов обстеження: проста форма пред'явлення обов'язкова попередня демонстрація кожного питання, припинення тестування при прояві перших ознак втоми [56].

Тестування проводилося в першій половині дня в спокійнійному невимушеному середовищі, при хорошому самопочутті і позитивному настрої пацієнта, у відсутності будь якого обладнання.

Враховуючи антропометричні дані оцінювали індекс Кетле або ж ІМТ, який є показником пропорційності маси тіла до зросту. Його ми визначали за допомогою формули:  $ІМТ = \text{маса (кг)}/\text{зріст (м}^2\text{)}$ . Оптимальним слід вважати значення ІМТ у межах 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>, зниженим –  $ІМТ < 18,5$ ; підвищеним –  $\geq 25,0$ ; передожиріння – 25,0-29,9; ожиріння I ступеня – 30,0-34,9; ожиріння II ступеня – 35,0-39,9; ожиріння III ступеня –  $\geq 40$ (кг/м<sup>2</sup> ) [30].

## **2.2 Статистична обробка**

Отримані дані опрацьовано з допомогою комп'ютерних програм Microsoft Office Excel 2013 (Microsoft Corp., США), Statistica 10.0 (StatSoftInc., США), SPSS Statistics, Version 26.0. Всі розрахунки здійснювались на персональному комп'ютері MacBook Pro (13-inch, M1, 2020). Враховували середню величину і її стандартну похибку (середнього) ( $M \pm m$ ). Оцінка достовірності проводилась за допомогою критерію Стьюдента за показником Р. Різницю показників у групах вважали достовірними при значенні  $p < 0,05$ , тобто у випадках, коли ймовірність відмінностей була більше 95 %.

## РОЗДІЛ 3

### ВЛАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### **3.1 Обов'язки медичної сестри по забезпеченню діагностичного процесу у терапевтичному стаціонарі для хворих із захворюваннями печінки**

Організація роботи медичної сестри регламентується її посадовими обов'язками. Вони відображені в посадовій інструкції, якою і повинен керуватись працівник будь-якої медичної установи. В інструкції відображені загальні положення, права молодшого медичного персоналу та відповідальність за виконувану роботу [13,15]. Окрім того існують чітко визначені компетенції медичного сестри різного профілю, в тому числі терапевтичного відділення.

Варто зазначити, що передусім молодший медичний працівник керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладу охорони здоров'я в якому він працює. Керуючись цією загальновідомою інформацією [41, 40, 35, 32] ми охарактеризували роботу медичної сестри терапевтичного відділення в якому проводилось наше дослідження. Обов'язки можна відобразити у наступних пунктах:

- своєчасне і кваліфіковане виконання лікарських призначень;
- забезпечення заходів загального догляду за хворими: контроль лікарняного, санітарно-гігієнічного та лікувально-охоронного режимів;
- виконання спеціальних маніпуляцій і процедур згідно з призначенням лікаря і за терміновими показаннями – роздача ліків, проведення ін'єкцій, застосування банок, гірчичників, компресів, постановка газовідвідної трубки, очисної та сифонної клізми, кало- і сечоприймача, промивання шлунку, катетеризація сечового міхура;



- термометрія та її реєстрація;
- забезпечення дієтичним харчуванням хворих, контроль продуктових передач, оформлення порціонника на дієтичне харчування;
- годування важкохворих через рот або гастростому;
- підготовка хворих до інструментально-діагностичних і рентгенологічних досліджень;
- збирання фізіологічних та патологічних виділень (сеча, кал, харкотиння, блювотні маси), а також нашарувань на слизових оболонках, для лабораторних досліджень;
- Участь і контроль у здійсненні заходів особистої гігієни хворих, переміна натільної білизни, гігієна постелі, місць і об'єктів загального користування – санітарні вузли, маніпуляційні;
- Участь у транспортуванні важкохворих у відділення та в процедурні і діагностичні кабінети;
- Визначення стану здоров'я хворого за допомогою дослідження пульсу, дихання, АТ, реакції зіниць на світло, рогівкового рефлексу. Надання, у разі потреби, невідкладної допомоги;
- Участь в обходах лікаря, реєстрація його призначень, виписка медикаментів;
- Ведення медичної документації;
- Діагностика ознак клінічної смерті і проведення реанімаційних заходів – штучного дихання та непрямого масажу серця;
- володіння методами асептики та антисептики;

- Санітарно-освітня робота у вигляді активної участі в поширенні медичних знань серед населення щодо профілактики захворювань та їх ускладнень;
- дотримання принципів медичної деонтології;
- на постійній основі удосконалення свого професійного рівня.

Окрім вищевказаних пунктів медична сестра підтримує у відділенні розпорядок дня. По відношенню до цього спостерігає чи зберігається санітарно-гігієнічний режим безпосередньо у палатах з пацієнтами.

Окрім загальних опцій медсестри терапевтичного відділення варто звернути увагу на обов'язки по забезпеченню діагностичного процесу у терапевтичному стаціонарі безпосередньо по відношенню до хворих з патологією печінки. Усі нижчевказані дослідження можуть не бути першочерговими та специфічними для патології гепатобіліарної системи у плані призначень лікаря, але для хворих вони проводяться з діагностичною метою та для диференціальної діагностики.

Ендоскопічні дослідження. Цей тип обстежень є поширеним для хворих гастропрофілю. Фіброезофагогастродуоденоскопія дозволяє з великою точністю виявити локалізацію, характер та ступінь змін слизової оболонки цих органів, а також дозволяє провести прицільну біопсію з наступним гістологічним дослідженням [28]. Дане дослідження потребує попередньої підготовки пацієнта. Ціллю підготовки пацієнта для медсестри є безпечне та ефективне проведення обстеження. В бесіді з пацієнтом необхідно пояснити йому основи обстеження, деталі виконання, зупинитися на конкретних факторах ризику у пацієнта, небезпеки безпосереднього обстеження, використання лікарських препаратів, а також правилах поведінки до і після обстеження [10]. Медична сестра контролює чи підписана інформована згода пацієнта.

Колоноскопія – ендоскопічне дослідження відділів кишківника вище сигмовидної кишки. Можливість проведення цього дослідження багато в чому залежить від ретельної підготовки пацієнта молодшим медичним персоналом: якщо на стінках кишки залишиться вміст, достовірність результатів дослідження зменшується. Очисні клізми проводять ввечері та двічі вранці з інтервалом перед дослідженням не менше 2-х годин. Підготовку пацієнта слід проводити з інформації про мету процедури, яка має проводитися.

Ректороманоскопія – ендоскопічне дослідження прямої та сигмовидної кишок. Слід пам'ятати, що між підготовкою кишківника пацієнта та дослідженням, має бути перерва не менше 2-х годин, так як очисна клізма змінює на деякий час природній вигляд слизової оболонки.

Ультразвукова діагностика органів черевної порожнини проводять натще, про це завчасно сповіщає медсестра. Крім обмежень в дієті з метою профілактики/усунення метеоризму протягом 2 – 3 днів перед дослідженням призначається прийом активованого вугілля (по 1г 3 – 4 рази/день), симетикону [24].

Інколи при поєднаній патології органів ШКТ може бути призначено дослідження іригоскопія - рентгенологічне дослідження з допомогою суспензії сульфату барію. Дозволяє визначити форму, положення, тонус та перестальтику тих чи інших відділів пухлин, поліпів, кишкової непрохідності, дивертикулів.

Окрім вищезазначених досліджень тако медична сестра повинна вміти виконувати постановку клізм [19] (введення будь-якої рідини в нижній відрізок товстої кишки).

Клізми бувають очисними, сифонними, поживними, олійними, гіпертонічними, емульсійними, крапельними і лікарськими. У відповідності до різноманіття клізм є певні вимоги до постановки кожної з них, в свою

чергу медична сестра повинна знати ці особливості та вміти виконувати дану маніпуляцію.

З діагностичною метою при захворюваннях печінки які можуть мати у своєму симптомокомплексі такі порушення як зміни в калі - призначають копрологічне дослідження. Так як класичне копрологічне дослідження має чотири групи методів, а саме макро- і мікроскопічний, бактеріологічний та хімічний, медична сестра повинна вміти застосовувати знання на практиці та оперативно проводити дану маніпуляцію у відповідності до поставлених вимог [31].

З неспецифічних, але часто патогномонічних обстежень які повинна вміти виконувати медична сестра є забір сечі. Важливим є той факт, що збирати сечу для загального клінічного аналізу повинна медсестра нічної зміни, оскільки для дослідження потрібна перша порція сечі після сну [27].

Особливим в плані проведення дослідження є отримання шлункового соку через зонд та шлункове зондування [20]. Останнє виконують як з діагностичною так і з лікувальною метою - для отримання шлункового вмісту і його наступного дослідження; для всмоктування шлункового вмісту; для штучного харчування через зонд; - для промивання шлунку. Промивання шлунку проводять: - при отруєнні їжею чи вживанні отруйних речовин; при стенозі вихідного отвору шлунку; - при ендогенній інтоксикації [22].

Таким чином можна зробити висновок, що багато лікарських призначень у плані обстежень хворого мають широкий спектр діагностики. Спільним є те, що при підготовці пацієнта до їх проведення вагому роль відіграє медична сестра- від початкового до кінцевого етапу [38, 49, 62].

### **3.2 Загальна характеристика дослідження та його організація**

КП "Криворізька МКЛ №2" КМР є закладом охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в

умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару і в амбулаторних умовах дорослим і дітям у гострому стані захворювання, також із хронічними захворюваннями, що потребують інтенсивного лікування, догляду та реабілітації. Основне завдання КП "Криворізька МКЛ №2" КМР-цілодобове надання кваліфікованої спеціалізованої, в тому числі високотехнологічної, медичної допомоги хворим та постраждалим в мінімально короткі терміни і в максимально повному обсязі. Пацієнтам надається високотехнологічна медична допомога з різних спеціальностей. Керівництво лікарні веде постійну роботу по впровадженню нових методів профілактики, діагностики та лікування.

За статистичними даними кількість госпіталізацій на 100 осіб становить 19,2 (Українська База Медико-Статистичної Інформації) за 2017 рік. В основному це ургентні випадки. Структура госпіталізацій за захворюваннями виглядає наступним чином: більше 60% госпіталізацій складають 4 групи захворювань/станів (хвороби систем кровообігу, хвороби органів дихання та травлення, а також пологи). (рис.3.2.1)

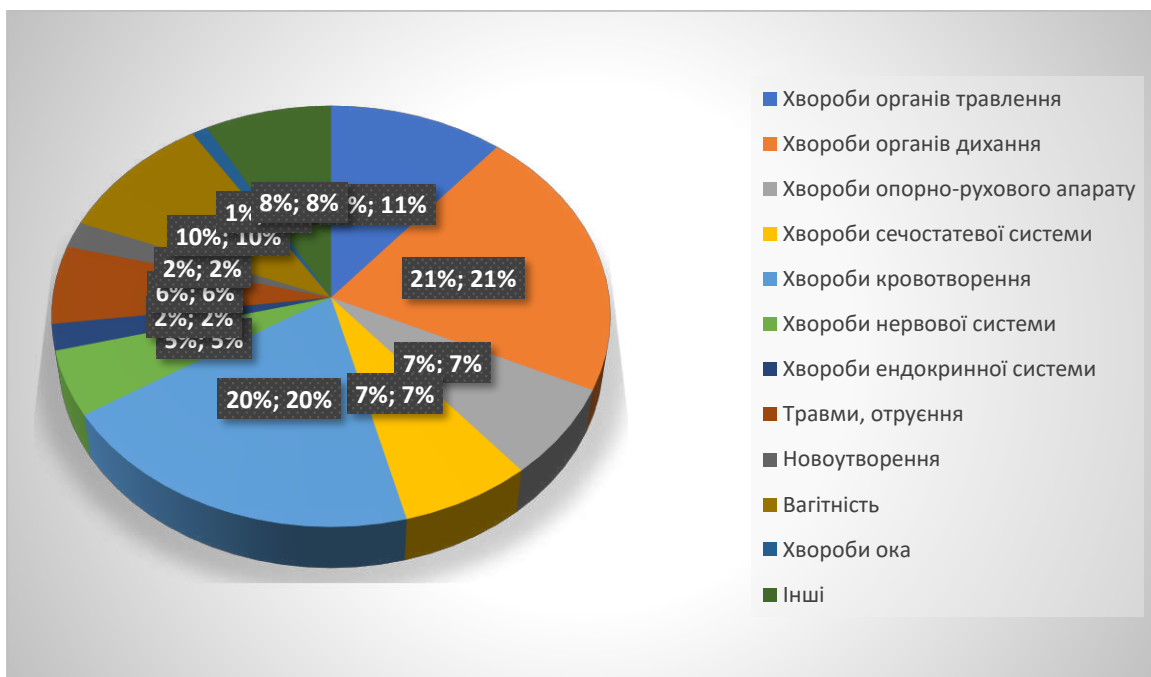


Рис. 3.2.1 Структура госпіталізацій (Джерело:Звіти ЗОЗ за 2016 рік (форма 20))

Можна зробити висновок, що хвороби органів травлення посідають чільне місце в загальній структурі серед інших патологій не лише в світовій популяції [67], але й в даному випадку на прикладі Криворізької МКЛ №2.

Організація анкетування. Дослідження проводилося фронтально, в два етапи.

На першому етапі з опитуваними пацієнтами було проведено інтерв'ю і виданий комплект методик для відповідей самостійно. Для тих, хто не міг самостійно заповнити бланки для тестів, питання зачитувалися вголос і виставлялися відповіді згідно з вибором пацієнта.

На другому етапі була проведена обробка результатів, з подальшими висновками.

Свої відмови пацієнти пояснювали незадовільним самопочуттям або небажанням брати участь в анкетування. Проти волі пацієнта опитування не проводилось.

В ході анкетування хворих з захворюваннями печінки були включені наступні пункти:

- 1) Вік пацієнта;
- 2) Антропометричні показники пацієнта;
- 3) Тривалість захворювання;
- 4) Характер харчування пацієнта;
- 5) Шкідливі звички пацієнта;
- 6) Соціальний статус;
- 7) Порушення життєвих потреб;
- 8) Чи змінилась якість життя після виявлення захворювання;
- 9) Чи задоволений пацієнт роботою медичного персоналу.

### **3.3. Клінічна характеристика обстежених хворих**

За отриманими результатами анкетування були отримані наступні дані.

Групу обстежених складала як чоловіки так і жінки. Розподіл пацієнтів за статевою приналежністю складає – 58 чоловіків та 32 жінки і має наступний вигляд. (рис.3.3.1)



Рис.3.3.1 Розподіл пацієнтів за статевою приналежністю

Середній вік обстежених становив  $53,6 \pm 1,0$ . Враховуючи вік, усі хворі були поділені на 4 групи (рис.3.1.1): до 45 років (середній вік  $38,95 \pm 1,31$ ), 46-59 років (середній вік  $53,53 \pm 0,50$ ), 60-74 роки (середній вік  $64,58 \pm 1,09$ ) та 75-90 років (середній вік  $76,40 \pm 0,50$ ).

Найчисленнішою була група хворих до 45-ти років - 36 пацієнтів (40%), група 46-59 років налічувала 32 пацієнти (35,5%), у групі 60-74 роки відповідно 16 пацієнтів (17,8%). Найменшою ж була група пацієнтів від 75 до 90 років: 6 пацієнтів (6,7%). Розподіл вікових груп за статевою приналежністю зображений на діаграмі. (рис.3.3.2)

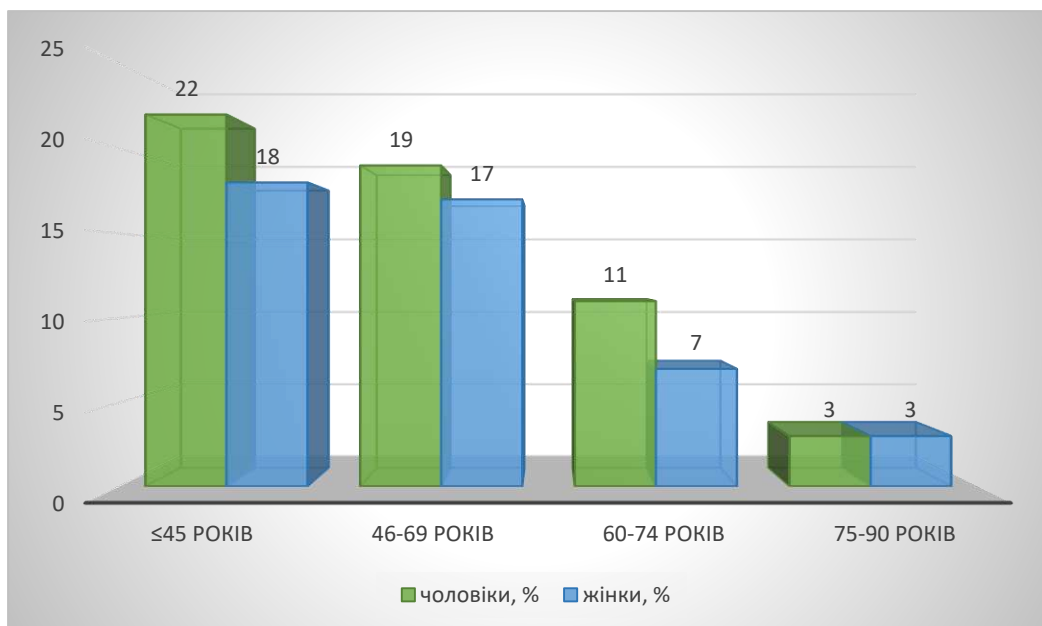


Рис.3.3.2 Порівняльний аналіз статево-вікової структури пацієнтів

В ході дослідження статево-вікового складу можна зробити висновки, що серед мужчин за частотою захворюваності переважає група у віці до 45ти років- 22%, на ряду з цим жінки також превалюють у цій віковій категорії – 18% відповідно. Найменш чисельною виявилась група 75-90 років, там представники обох статей розприділились рівномірно- 3% пацієнтів у кожній.

Оцінюючи антропометричні показники ми вияснили, що ІМТ знаходився в межах норми з середнім значенням  $24,50 \pm 1,25$  у 23 пацієнтів (25,6 %), надмірну масу тіла з середнім значенням  $27,65 \pm 0,25$  виявлено у 35 (38,9 %) пацієнтів, ожиріння I ступеня з середнім значенням ІМТ  $31,20 \pm 0,25$  виявлено у 20 (22,2 %) пацієнтів, ожиріння II ступеня з середнім значенням ІМТ  $36,50 \pm 0,25$  виявлено у 10 (11,1 %) пацієнтів та ожиріння III ступеня виявлено у 2 (2,2 %) пацієнтів з середнім значенням  $42,10 \pm 0,20$ . (рис.3.3.3)



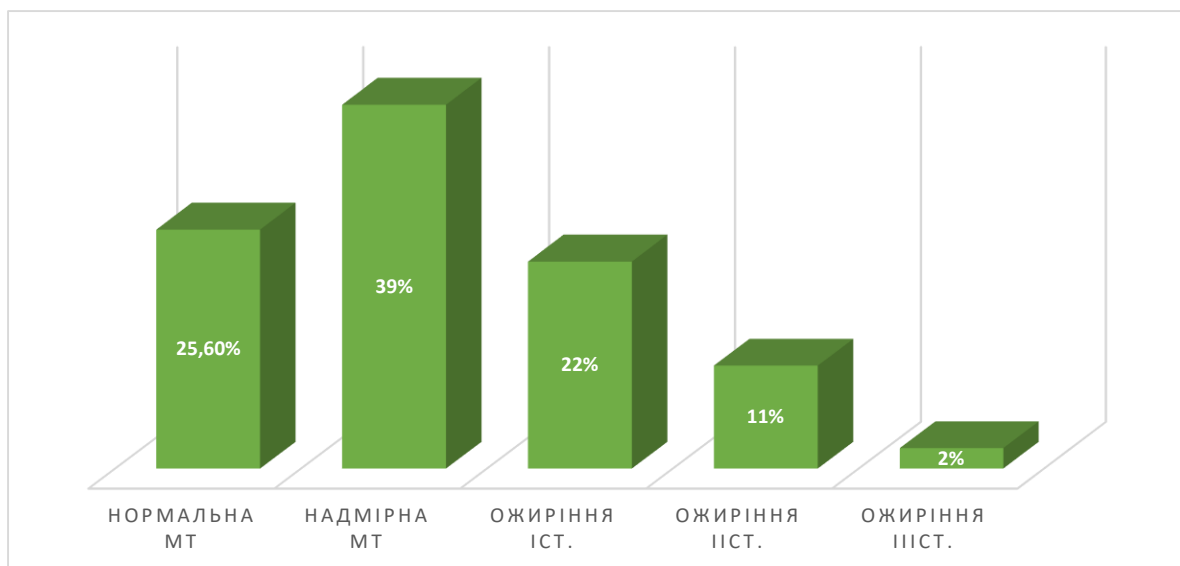


Рис.3.3.3. Розподіл ІМТ

Щодо тривалості захворювання (рис.3.3.4), то 34 пацієнтів (37,8 %) хворіли в середньому  $3,06 \pm 0,22$  роки (тривалість захворювання 0-5 років), 32 пацієнтів (35,6 %) з тривалістю захворювання від 6 до 10 років в середньому хворіли  $8,16 \pm 0,18$ , а 24 пацієнти (26,7 %) з тривалістю захворювання понад 11 років в середньому хворіли  $13,60 \pm 0,24$  роки.

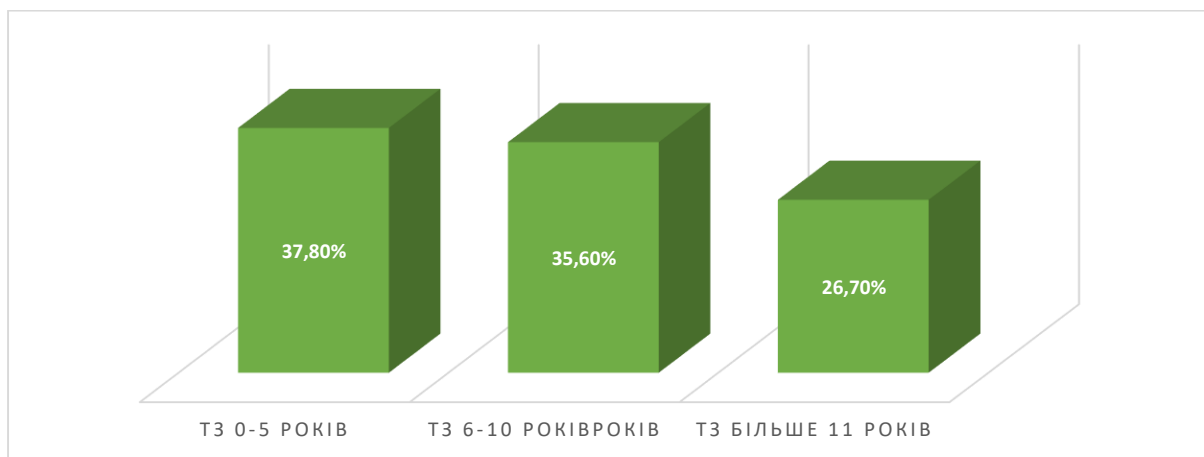


Рис.3.3.4 Розподіл хворих за тривалістю захворювання

Далі в ході анкетування ми оцінювали харчування пацієнтів. Варто відмітити, що більшість пацієнтів знали основні принципи правильного та раціонального харчування в умовах їх захворювання. (рис. 3.3.5) Та при цьому не всі пацієнти дотримуються принципів здорового харчування. Велика частина респондентів не надає цьому факту належної уваги та не

розуміє важливості дотримання дієти для свого здоров'я. Відтак 65 пацієнтів (72,2%) володіють знаннями, а дотримуються дієти лише 33 пацієнти (27,8%). Відповідно 25 пацієнтів (36,7%) не знають та 57 пацієнтів (63,3%) з усіх опитаних не дотримуються принципів правильного харчування.

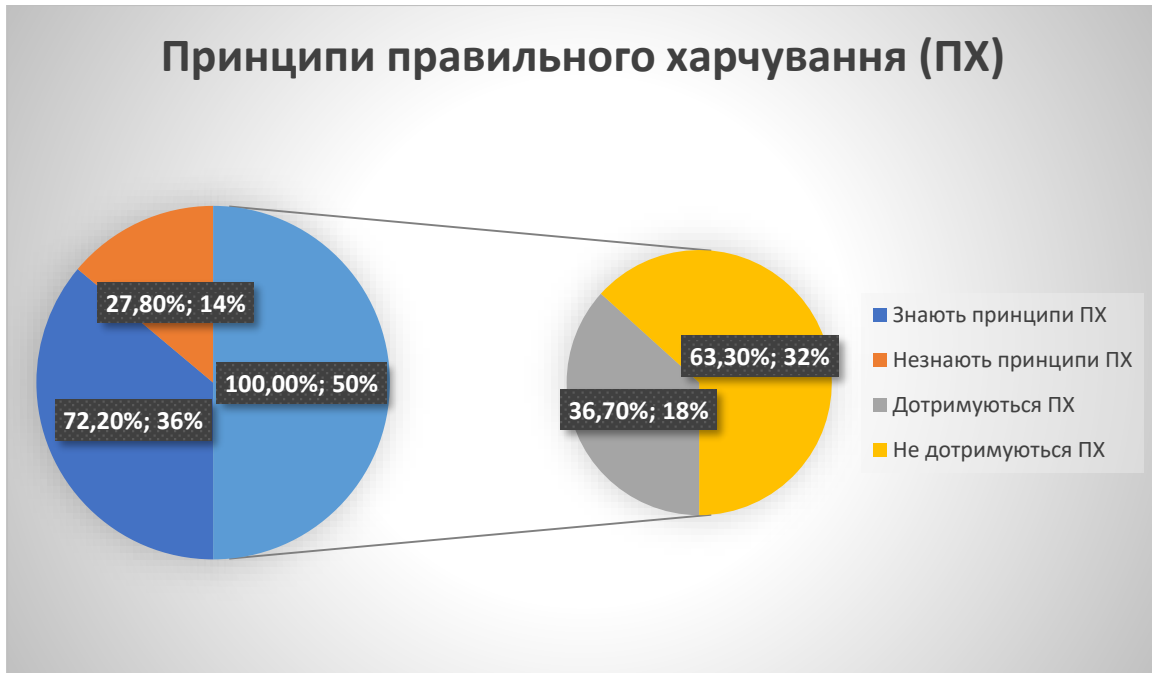


Рис. 3.3.5 Правильне харчування та його дотримання пацієнтами

Проводячи опитування на предмет наявності шкідливих звичок отримано результати, які свідчать, що з 90 опитуваних пацієнтів у 72 з них (80%) вони присутні (паління та/або зловживання алкоголем). Варто зазначити, що всі пацієнти знають імовірні негативні наслідки та шкоду від паління та вживання спиртних напоїв у призмі власних захворювань.

Всі 100% опитуваних знали свій діагноз. Відштовхуючись від цього ми проаналізували якість їх життя, чи сутні порушення для виконання життєвих потреб та чи задоволені пацієнти якістю роботи медичного персоналу, в тому числі молодшого.

Таким чином ми отримали наступні дані. (Рис.3.3.6)

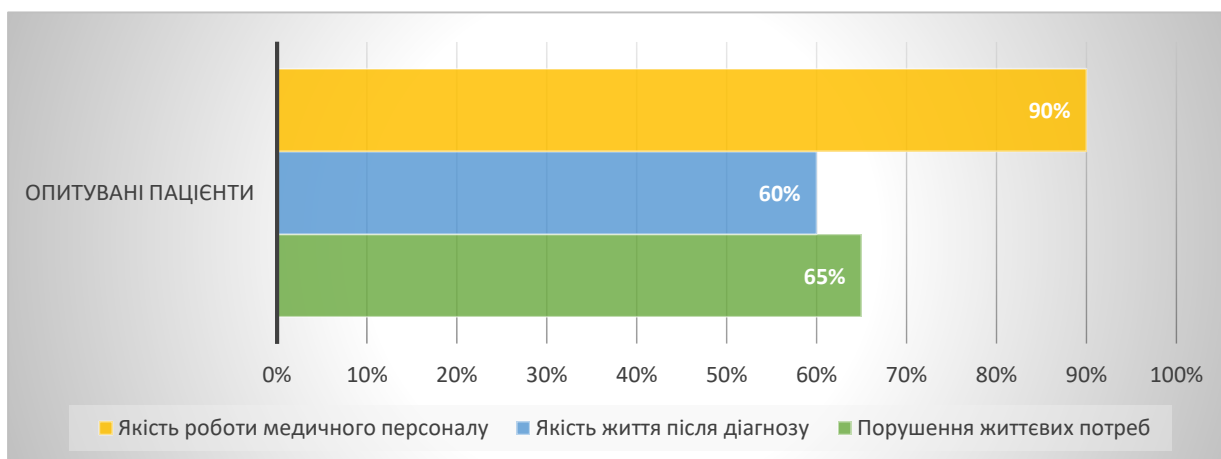


Рис. 3.3.6 Порушення життєвих потреб, якості життя та задоволення роботою медперсоналу

Варто відмітити, що лише 62 % пацієнтів належать до середнього соціального класу, тобто мають стійкі доходи для забезпечення власних матеріальних та соціальних потреб в умовах наявності патології гепатобіліарної системи. При цьому серед них також є ті, хто відмічає порушення життєвих потреб (порушення сну, особливості прийому їжі, порушення психоемоційної та сексуальних сфер тощо), зміну якості життя після встановлення діагнозу.

У відповідь на отримані результати провели дослідження використовуючи опитувальники SF-36 та WHO-5.

Аналізуючи отримані дані після опитування встановлено, що основним джерелом інформації про захворювання для 66% був лікар, для 22% опитаних – засоби масової інформації і лише 12% пацієнтів відповіли, що отримували інформацію про своє захворювання від медичної сестри. Найбільш прийнятними формами навчання для 70% пацієнтів були особиста розмова з лікарем або медичною сестрою, для 30% – школа здоров'я. Виходячи з цього можна зробити висновок, що є чітка необхідність в інших методичних підходах до навчання та нові форми його

організації з використанням потенціалу медичних сестер, так як останні становлять найчисленнішу групу медичних працівників.

Після проведення циклу навчання провели аналіз та отримали наступні результати. Поглиблення знань про захворювання та принципи здорового способу життя призвело до зміни ставлення пацієнтів до власного здоров'я. Важливою складовою здорового способу життя крім раціонального харчування та рухової активності для 92 % пацієнтів після навчання став самоконтроль над своїм станом. Якщо до навчання лише 44% пацієнтів вважало самоконтроль одним із важливих факторів збереження здоров'я, то після навчання – 92%. Достовірно ( $p < 0,05$ ) в обох групах підвищилася мотивація пацієнтів на виконання оздоровчих практик, дотримання режиму праці та відпочинку, раціонального та збалансованого харчування, активізацію рухового режиму. Окрім цього про позитивний ефект застосування терапевтичного навчання свідчила позитивна динаміка в емоційному статусі хворих, що характеризувався підвищенням самопочуття з  $46 \pm 5,4$  балів до  $71 \pm 3,2$  балів за результатами проходження тесту на добре самопочуття (WHO-5).

Поглиблене дослідження якості життя пацієнтів з використанням опитувальника «SF-36 Health Status Survey» [1], що включало оцінку фізичного та психологічного компоненту показало ефективність застосування навчальних технологій (Таб. 1). Оцінка проводилась перед початком навчання та після його закінчення ( $p < 0,05$ ).

Група хворих	Фізичне функціонування	Рольове функціонування	Інтенсивність болю	Загальний стан здоров'я	Життєва активність
До навчання	$56,5 \pm 6,31$	$56,28 \pm 5,58$	$40,8 \pm 3,39$	$33,28 \pm 3,24$	$30,1 \pm 6,10$
Після навчання	$70,76 \pm 4,15$	$62,38 \pm 5,40$	$35,4 \pm 2,10$	$55,22 \pm 5,0$	$47,15 \pm 4,97$

Продовження табл. 1

Група хворих	Соціальне функціонування	Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом	Психічне здоров'я	Фізичний компонент здоров'я	Психічний компонент здоров'я
До навчання	43,8±3,15	53,14±5,47	41,31±4,48	33,33±4,39	37,76±3,44
Після навчання	64,11±3,45	58,43±1,08	55,4±4,49	48,54±4,58	44,43±3,16

Таким чином помітна позитивна динаміка, що проявлялась статистично значущим підвищенням показників якості життя за критеріями фізичного та психологічного компоненту, що імовірно пов'язане з усуненням больового синдрому та нормалізацією клінічної симптоматики на тлі комплексної терапії. Показники психічного функціонування зросли з допомогою підвищення адаптаційних можливостей організму внаслідок нормалізації емоційного статусу, що позначилося зростання показників рольового-емоційного функціонування та соціального функціонування.

Про ефективність навчальних технологій свідчить підвищення медичної активності пацієнтів. В результаті опитування після навчання у школі пацієнти мали досить високий рівень мотивації до проведення самоконтролю та виконання отриманих рекомендацій щодо організації свого повсякденного життя. Більшість їх сформувалися особистісні установки на користь ведення здорового способу життя. Усі пацієнти (100%) змінили свій спосіб життя. Для підтримки здоров'я продовжували виконувати рекомендації лікаря та медичної сестри 86% пацієнтів, 77% змінили руховий режим та характер харчування, 35% респондентів збільшили час на відпочинок та сон. Пацієнти які вважають, що отримали достатньо інформації у школі пацієнтів- 92%.

### 3.4 Рекомендації

В ході опитування пацієнтів склалась загальна картина, що відображає не лише лікувальний процес, але й роботу відділення загалом. На нашу думку дані рекомендації можна використовувати не лише для впровадження в КП "Криворізька МКЛ №2" КМР, але й у інших лікувальних установах.

Отримавши результати дослідження ефективності тренінгових програм для медичного персоналу з метою покращення якості життя пацієнтів з захворюваннями травної системи, можна запропонувати наступні практичні рекомендації:

1. Здійснювати регулярні тренінги для медичного персоналу щодо новітніх технологій та методів лікування травних захворювань.
2. Розробляти і використовувати індивідуальні підходи до кожного пацієнта з урахуванням особливостей його стану.
3. Включати до програм тренінгу з психологічної підтримки для медичного персоналу, щоб вони були здатні ефективно взаємодіяти з пацієнтами, які страждають на захворювання травної системи.
4. Проводити постійний моніторинг ефективності програм та вносити необхідні корективи до їхньої роботи.
5. Забезпечувати належний рівень освіти та підготовки медичного персоналу в галузі травних захворювань, включаючи практичну підготовку.
6. Розвивати співпрацю між медичним персоналом та пацієнтами, щоб покращити сприйняття пацієнтами заходів щодо лікування та підвищити їхню мотивацію до здорового способу життя.

З результатів проведеного опитування по якості роботи медичного персоналу 10% опитуваних були незадоволені в тій чи іншій мірі.

Поясненням слугували наступні речі:

- недостатня кількість молодшого медичного персоналу;
- велика кількість роботи пов'язана з медичною документацією;
- надмірна зайнятість персоналу не функціональними обов'язками.

Виходячи з цього можна зробити висновок, що доцільною є реорганізація роботи не лише кожного працівника персонально, але й відділення загалом:

1. Залучення кадрів для роз приділення роботи, в тому числі паперової;
2. Підвищення заробітної плати медичному персоналу;
3. Покращення умов праці;
4. Обладнання кабінетів медичною технікою;
5. Облаштування кабінетів для медичних маніпуляцій;
6. Підвищення особистої відповідальності кожного працівника.

Поряд із заходами, спрямованими на боротьбу з захворюванням, хворому необхідно забезпечення правильного режиму, правильний догляд за ним (фізичний режим, санітарно-гігієнічні умови, харчування, допомога при відправленні фізіологічних потреб і проведення різних процедур, спрямованих на зменшення проявів захворювання).

Крім того, як свідчать результати нашого анкетування, перебіг багатьох хронічних захворювань може обтяжуватись або провокуватися наявністю шкідливих звичок (курінням, зловживанням алкоголю, чаєм, кавою, певними стравами) і негативними психоемоційними впливами. Важливо виявити ці фактори і намагатись їх усунути. Це теж входить в завдання догляду за хворим безпосередньо молодшим медичним персоналом.

## **ВИСНОВКИ**

В даний час відомо, що хвороби органів травлення є актуальною проблемою клінічної медицини. У всьому світі щорічно збільшується кількість людей, що страждають від захворювань гепатобіліарної системи та потребують спеціалізованої гастроентерологічної допомоги не лише на етапі лікарської допомоги, але й медсестринського належного догляду. За прогнозами ВООЗ у XXI столітті ХОТ посідатимуть чільне місце у структурі захворюваності населення нарівні із захворюваннями серцево-судинної системи.

Окремою проблемою є недостатня оцінка роботи медичних сестер у вузьких спеціалізованих відділеннях, адже лікувальний процес забезпечується не лише лікарською, але й медсестринською допомогою.

Провівши аналіз та узагальнення літературних даних, в тому числі науково-методичної бази та проаналізувавши стан хворих, можна зробити висновок, що знання етіології та сприятливих чинників виникнення патології печінки, клінічної картини і особливостей діагностики даного захворювання, методів обстеження та підготовки до них, принципів лікування та профілактики, ускладнень, маніпуляцій допоможе медичній сестрі здійснити всі етапи сестринського процесу на високому рівні.

Медична сестра, в обов'язки якої входить догляд за хворими, повинна не тільки знати всі правила догляду і вміло виконувати лікувальні процедури, але і чітко розуміти дію ліків/лікувальних процедур на організм хворого. Лікування гепатологічних захворювань головним чином залежить від ретельного правильного догляду, дотримання режиму і дієти. У зв'язку з цим зростає роль медичної сестри в ефективності проведеного лікування. Дуже важливою є і профілактика захворювання: медична сестра навчає членів сім'ї організації охоронного режиму, режиму харчування і розповідає про профілактичне лікування пацієнта. Головне призначення сестринської справи в тому, щоб пацієнт якомога швидше здобув незалежність від медичної допомоги.

Провівши соціологічне дослідження відповідно до розробленого опитувальника виявлено, що у хворих із захворюваннями печінки на рівні соціальних потреб найчастіше виникають наступні проблеми:

- 1) незнання принципів раціонального та дієтичного харчування;
- 2) боязнь та/або неможливість самостійного прийому їжі або рідини;
- 3) необхідність вживання несмачних страв в зв'язку з п.1.

Медична сестра повинна знати принципи дієтотерапії хворих із захворюваннями печінки, принципи здорового раціонального харчування



та активно пропагувати їх серед пацієнтів. Розуміти, що ефект від лікування залежить в першу чергу від обізнаності пацієнта у своєму захворюванні, а також від догляду за пацієнтом медичною сестрою.

Провівши аналіз статеві-вікової структури пацієнтів, тривалості захворювання, індексу маси тіла, якості життя обстежуваних та їх задоволення роботою молодшого медичного персоналу отримано наступні результати:

1. Ретельний аналіз гендерних та вікових аспектів свідчить, що захворюваннями гепатологічного профілю хворіють в більшості чоловіки -58% обстежених чоловічої статі. Найчисленнішою була група хворих в межах до 45ти років –40 %,група до 46-69 років налічувала 35,5 %, у групі 60-74 роки відповідно 16,8 %. Найменшою ж була група пацієнтів від 75 до 90 років: - 6,7 %.
2. Встановлено, 34 пацієнтів (37,8 %) хворіли в середньому  $3,06 \pm 0,22$  роки (тривалість захворювання 0-5 років), 32 пацієнтів (35,6 %) з тривалістю захворювання від 6 до 10 років в середньому хворіли  $8,16 \pm 0,18$ , а 24 пацієнти (26,7 %) з тривалістю захворювання понад 11 років в середньому хворіли  $13,60 \pm 0,24$  роки.
3. Аналіз антропометричних показників свідчить, що лише у 25,6% пацієнтів ІМТ знаходився в межах норми. Найбільш чисельною була група з надмірною масою тіла –38,9 % пацієнтів, ожиріння I ступеня було у 22,2% пацієнтів, ожиріння II виявлено у 11,1 % пацієнтів та ожиріння III ступеня у 2,2% пацієнтів відповідно.
4. Аналіз обізнаності у принципах правильного харчування свідчить, що 72,2% пацієнтів володіють знаннями, а дотримуються дієти лише 27,8%. Відповідно 36,7% пацієнтів не знають та 63,3% з усіх опитаних не дотримуються принципів правильного харчування.

5. Проводячи опитування на предмет наявності шкідливих звичок виявлено, що з 90 опитованих пацієнтів у 80% вони присутні (паління та/або зловживання алкоголем).
6. Про позитивний ефект застосування терапевтичного навчання свідчила позитивна динаміка в емоційному статусі хворих, що характеризувався підвищенням самопочуття з  $45 \pm 5,5$  балів до  $70 \pm 4,2$  балів за результатами проходження тесту на добре самопочуття (WHO-5) та опитувальника SF-36 (статистично значущі підвищенням показників якості життя за критеріями фізичного та психологічного компоненту ( $p < 0,05$ )).
7. Аналіз роботи медичного персоналу свідчить, що 90% пацієнтів цілком задоволені роботою медичних сестер відділення.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Marcellin P., Kutala B. K. Liver diseases: A major, neglected global public health problem requiring urgent actions and large-scale screening. *Liver International*. 2018. Vol. 38. Suppl. 1. P. 2-6. doi: 10.1111/liv.13682.
2. Москаленко В.Ф., Попов М.В. Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми. — Вінниця: Нова книга, 2005. — 218с.
3. Briggs LA, Heath J, Kelley J. Peer review for advanced practice nurses: what does it really mean? *AACN Clin Issues*. 2005;16(1):3–15.
4. Cheemerla, S., & Balakrishnan, M. (2021). Global Epidemiology of Chronic Liver Disease. *Clinical liver disease*, 17(5), 365–370. <https://doi.org/10.1002/cld.1061>
5. GBD 2017 Cirrhosis Collaborators (2020). The global, regional, and national burden of cirrhosis by cause in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The lancet. Gastroenterology & hepatology*, 5(3), 245–266. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30349-8](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30349-8)
6. Moon, A. M., Singal, A. G., & Tapper, E. B. (2020). Contemporary Epidemiology of Chronic Liver Disease and Cirrhosis. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, 18(12), 2650–2666. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.07.060>
7. Філіппов Ю.О. Епідеміологічні особливості хвороб органів травлення та гастроентерологічна служба в Україні: здобутки, проблеми та шляхи їх вирішення / [Ю.О.Філіппов, І.Ю. Скирда] // Гастроентерологія: Міжвід. зб., Вип.36. — Дніпропетровськ, 2005. — С. 9—17.

8. Chepelevska LA, Slabkiy VG. The role of digestive diseases in falling employment potential of Ukraine. *Ekonomika i pravo ohoroni zdorov'a*. 2017;(5):10-17. (in Ukrainian)
9. Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., Stone, J., Cunningham, E. B., Trickey, A., Dumchev, K., Lynskey, M., Griffiths, P., Mattick, R. P., Hickman, M., & Larney, S. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *The Lancet. Global health*, 5(12), e1192–e1207. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30375-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30375-3)
10. Mustard LW. Caring and competency. *JONAS Healthc Law Ethics Regul.* 2002;4(2):36–43.
11. Анохіна Г. А., Харченко В. В., Динник О. Б. Роль запалення та метаболічних порушень у прогресуванні хронічних захворювань печінки: профілактика та лікування. *Здоров'я України : медична газета*. 2018. № 15-16. С.60-62.
12. Watson R, Stimpson A, Topping A, Porock D. Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. *J Adv Nurs.* 2002;39(5):421–31.
13. Whelan L. Competency assessment of nursing staff. *Orthop Nurs.* 2006;25(3):198–202.
14. Huang, D.Q., Terrault, N.A., Tacke, F. *et al.* Global epidemiology of cirrhosis — aetiology, trends and predictions. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* (2023). <https://doi.org/10.1038/s41575-023-00759-2>
15. Prokopchuk, Oksana, Ihor Hospodarskyy, Olha Kozak, Nadiia Gavryliuk, and Svitlana Danchak. 2022. “Possibility of Non-Invasive Diagnostics of Liver Fibrosis in Patients After Chemotherapy With Normal Weight and Overweight”. *Romanian Journal of Diabetes*

- Nutrition and Metabolic Diseases 29 (4), 451-56.  
<http://rjdnmd.org/index.php/RJDNMD/article/view/1196>.
16. Dunda D. S., Prokopchuk O. V., Danchak S. V. КОМПЕТЕНЦІЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ДОГЛЯДІ ЗА ХВОРИМИ ГЕПАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ. Медсестринство. 2020. № 2. С. 12–13. URL: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2020.2.11230> (дата звернення: 08.05.2023).
  17. Порохняк І. Спілкування медичної сестри з пацієнтами: питання комунікації // Медична сестра. — 2005. — № 1. — С. 34—35.
  18. Прокопчук, О. В. (2023). ТОКСИЧНЕ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НОРМАЛЬНОЮ ТА НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА, ЩО ОТРИМУЮТЬ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЮ: КЛІНІЧНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ. Здобутки клінічної і експериментальної медицини, (1), 154–160.  
<https://doi.org/10.11603/1811-2471.2023.v.i1.13730>
  19. Колеснікова О. В. Погляд на фіброз печінки у світлі розуміння сучасних механізмів його розвитку/О. В. Колеснікова // Гастроентерологія. -Донецьк, 2019. т.Т. 53,N № 2.-С.67-76
  20. World Health Organization. Global Health Estimates, 2019. Available at: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/) (8 August 2019, date last accessed).
  21. Huang, D. Q., Mathurin, P., Cortez-Pinto, H., & Loomba, R. (2023). Global epidemiology of alcohol-associated cirrhosis and HCC: trends, projections and risk factors. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology*, 20(1), 37–49. <https://doi.org/10.1038/s41575-022-00688-6>
  22. McMahon B. J. (2018). Meeting the WHO and US Goals to Eliminate Hepatitis B Infection by 2030: Opportunities and Challenges. *Clinical liver disease*, 12(1), 29–32. <https://doi.org/10.1002/cld.733>

23. Smith, J. K., & Jones, R. T. (2021). Gastroesophageal Reflux Disease: An Overview of Pathophysiology and Treatment. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases*, 30(2), 205-214.
24. Patel, N. A., & Patel, N. R. (2019). Inflammatory bowel disease: a review of diagnosis and management. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 8(2), 119-133.
25. Choung, R. S., & Talley, N. J. (2020). Irritable bowel syndrome: epidemiology, natural history, health care seeking and emerging risk factors. *Gastroenterology Clinics of North America*, 49(2), 183-198.
26. Sundararajan, S., & Bakshi, S. S. (2018). Acute Pancreatitis. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
27. Tan, W. J., & Goh, K. L. (2019). Helicobacter pylori infection and gastritis: the role of microbial virulence factors in gastric carcinogenesis. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 34(9), 1536-1543.
28. Іванова, О. В. (2018). Обов'язки медсестри на стаціонарному етапі допомоги хворим. *Медична сестра*, 2(84), 32-35.
29. Лисенко, А. І. (2019). Обов'язки медичної сестри на підставі нових нормативно-правових актів. *Науковий журнал "Молодий вчений"*, 7(69), 225-227.
30. Бабіч, І. В. (2020). Сучасні технології навчання обов'язків медичної сестри в умовах пандемії COVID-19. *Науковий вісник Національного університету "Львівська політехніка". Серія: Медична та біологічна техніка*, 2(1), 50-56.
31. Хоменко, В. І. (2022). Підвищення кваліфікації медсестер та їх обов'язки в умовах стану епідемії COVID-19. *Збірник наукових праць "Сучасні проблеми медицини"*, 23(1), 91-97

32. American Nurses Association. (2015). Code of ethics for nurses with interpretive statements. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
33. International Council of Nurses. (2018). The ICN code of ethics for nurses. Geneva: International Council of Nurses.
34. Butts, J. B., & Rich, K. L. (2018). Nursing ethics: Across the curriculum and into practice. Jones & Bartlett Learning.
35. Burkhardt, M. A., & Nathaniel, A. K. (2019). Ethics and issues in contemporary nursing. Nelson Education.
36. Edwards, S. D., & Kiley, M. E. (2018). Nurses' ethical considerations in a pandemic. *Journal of Clinical Nursing*, 27(23-24), 4478-4481.
37. Lachman, V. D. (2016). Ethical considerations in the nursing care of older adults. *Nursing Ethics*, 23(3), 312-321.
38. Meltzer, L. S., Huckabay, L. M., & Critical Care Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. (2017). Critical care nurses' perceptions of ethical climate in an Australian critical care unit. *Australian Critical Care*, 30(6), 345-352.
39. Milliken, A., & Grace, P. J. (2017). Ethical challenges encountered by nurses in disaster settings: A systematic review. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(4), 422-431.
40. Rushton, C. H., Schallom, M. E., & Bautista, R. (2017). Nurses' ethical responses to the Ebola epidemic in Liberia. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(9), 63-68.
41. Ulrich, C. M., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A., Danis, M., & Grady, C. (2018). Everyday ethics in internal medicine resident clinic: An opportunity to teach. *Annals of Internal Medicine*, 169(10), 718-719.
42. Шегедин М.Б., Мудрик Н.О. Історія медсестринства. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 328с.

43. Етичний кодекс медичної сестри України // Сімейний лікар +. — 2004. — № 5. — С. 5.
44. Nair, S., Eapen, C. E., & Tiew, P. Y. (2017). Physical examination of the liver: A review. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 32(3), 556-564. doi: 10.1111/jgh.13566
45. Sherman, M. (2019). Liver biopsy in modern hepatology: a review. *Liver international*, 39(12), 2288-2303. doi: 10.1111/liv.14220
46. Chung, E. M., Lee, J. H., & Kwon, H. J. (2019). Imaging evaluation of hepatic masses. *Korean journal of radiology*, 20(1), 80-96. doi: 10.3348/kjr.2018.0313
47. Chen, L. D., Ralls, P. W., & Harris, A. G. (2019). Ultrasound of the liver: a review of the technique and diagnostic approach. *Journal of ultrasound in medicine*, 38(4), 1005-1024. doi: 10.1002/jum.14722
48. Barr, R. G., Ferraioli, G., Palmeri, M. L., Goodman, Z. D., Garcia-Tsao, G., & Rubin, J. (2016). Elastography assessment of liver fibrosis: society of radiologists in ultrasound consensus conference statement. *Radiology*, 278(2), 912-922. doi: 10.1148/radiol.2015150619
49. Li, S., Wang, Y., Chen, X., Chen, Y., Chang, J., & Shang, J. (2021). Ultrasound elastography for liver fibrosis and cirrhosis: a meta-analysis. *Journal of Medical Ultrasonics*, 48(3), 389-400. doi: 10.1007/s10396-020-01135-6
50. Yang, Y., Li, L., Zhang, X., Wang, L., Li, Y., & Li, Y. (2019). Diagnostic performance of contrast-enhanced ultrasound for focal liver lesions: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 98(16), e15167. doi: 10.1097/MD.00000000000015167
51. Kim, T., Murakami, T., Takamura, M., & Hori, M. (2019). Gadoteric acid-enhanced MRI of the liver: Part 2, protocol optimization and lesion appearance in the cirrhotic liver. *American Journal of Roentgenology*, 213(3), 525-533. doi: 10.2214/AJR.19.21455



52. Aube, C., Oberti, F., & Korali, N. (2018). Imaging of the cirrhotic liver: a multimodality approach. *Abdominal Radiology*, 43(1), 252-270. doi: 10.1007/s00261-017-1342-2
53. Zheng, J., Zhang, Y., & Li, Y. (2017). Accuracy of magnetic resonance elastography for liver fibrosis: a meta-analysis. *Clinical Radiology*, 72(1), 3-10. doi: 10.1016/j.crad.2016.09.007
54. Сімейна медицина: досвід, проблеми, перспективи. / З.М.Парамонов, В.Й.Шатило, В.І.Хренов // За ред. В.М.Пономаренка. Житомир.: Пульс, 2003. – 136с.
55. Ворожбит О.Б., Р.Ю. Грицко, О.Б. Герасун. Автоімунний гепатит: сучасні підходи до діагностики/ Науково-практичний медичний журнал «Гепатологія». - № 1 (27). - 2015р. – С. 6-20.
56. Zatonski W.A. et al Liver cirrhosis mortality in Europe, with special attention to Central and Eastern Europe//*Eur. Addict. Res.* -2010.-Vol. 16.-P.193-2010.
57. Obesity World Gastroenterology Organisation Global Guideline / James Toouli, Michael Fried, Aamir Ghafoor Khan // 2009. – P. 1-30. Available from: [http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/22\\_obesity.pdf](http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/22_obesity.pdf)
58. Patterson E. Primary health care and general practice nurses: what is the nexus? / E. Patterson, K. Price, D. Hegney // *Australian Journal of Primary Health.* - 2005. - Vol.11 (1). - P. 9.
59. Blachier M, Leleu H, Peck-Radosavljevic M, Valla DC, Roudot-Thoraval F. The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data. *J Hepatol.* 2013 Mar;58(3):593-608. doi: 10.1016/j.jhep.2012.12.005. Review. PubMed PMID: 23419824.
60. Medscape Medical News, 2014 – [електронне видання] – Режим доступу <http://emedicine.medscape.com/article/177792-overview>.

61. World Health Organization. (2021). Hepatitis C. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
62. Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Viral Hepatitis Surveillance, United States, 2019. <https://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/2019surveillance/index.htm>
63. Gower, E., Estes, C., Blach, S., Razavi-Shearer, K., & Razavi, H. (2014). Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus infection. *Journal of Hepatology*, 61(1 Suppl), S45-S57. doi: 10.1016/j.jhep.2014.07.027
64. Degenhardt, L., Charlson, F., Stanaway, J., Larney, S., Alexander, L. T., Hickman, M., Cowie, B., & McLaren, J. (2016). Estimating the burden of disease attributable to injecting drug use as a risk factor for HIV, hepatitis C, and hepatitis B: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet Infectious Diseases*, 16(12), 1385-1398. doi: 10.1016/S1473-3099(16)30325-5
65. van der Meer, A. J., Veldt, B. J., Feld, J. J., Wedemeyer, H., Dufour, J. F., Lammert, F., Duarte-Rojo, A., Heathcote, E. J., Manns, M. P., & Janssen, H. L. (2014). Association between sustained virological response and all-cause mortality among patients with chronic hepatitis C and advanced hepatic fibrosis. *JAMA*, 312(18), 1927-1934. doi: 10.1001/jama.2014.12627
66. Aghemo, A., Degasperis, E., Colombo, M. (2018). Hepatitis C therapy in the direct-acting antiviral era: what comes next? *Liver International*, 38(Suppl 1), 47-55. <https://doi.org/10.1111/liv.13670>
67. Messina, J. P., Humphreys, I., Flaxman, A., Brown, A., Cooke, G. S., Pybus, O. G., & Barnes, E. (2015). Global distribution and prevalence of hepatitis C virus genotypes. *Hepatology*, 61(1), 77-87. <https://doi.org/10.1002/hep.27259>

68. Yokosuka O. Molecular biology of hepatitis A virus: significance of various substitutions in the hepatitis A virus genome. *J. of Gastroenterology and Hepatology*-2000-v. 15.-P.91-97.
69. Poynard T, Ngo Y, Munteanu M, Thabut D, Massard J, Mous-salli J, et al. Biomarkers of liver injury for hepatitis clinical trials: a meta-analysis of longitudinal studies. *Antivir Ther* 2010;15:617—31.
70. Hymes D. H. On communicative competence / D. H. Hymes. – Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 1971. – 213 p.
71. Немов В.В., Попкова М.И., Никитина З.И., Мартынова Т.Г. Аутоиммунные нарушения и методы их оценки при гепатитах различной этиологии // *Медицинский Альманах*. – 2009. - № 2 (7). – С. 139-141.
72. Halfon P, Munteanu M, Poynard T. FibroTest-ActiTest as a non-invasive marker of liver fibrosis. *Gastroenterol Clin Biol* 2008;32:22—39.
73. Малий В.П., д.м.н., професор. Вірусний гепатит С/ *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія*. – 2014р. - № 4 (73). – С. 11-16.
74. Лапшин А. В. Нестандартные ситуации в лечении больных хроническим гепатитом С / А. В. Лапшин, А. О. Буеверов // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2008. – № 2. – С. 72 – 77.
75. *Diagnosis and therapy of chronic liver and biliary diseases / J. Rasenack // Universitätsklinikum Freiburg (Germany), Publisher dr.Falk pharma GmbH, 2013. – P.1-56.*
76. *Medscape Medical News, 2014 – [електронне видання] – Режим доступу <http://emedicine.medscape.com/article/177792-overview>.*

- 77.Смирнова З.М., Алтинбекова З.Б. Посібник з медсестринського процесу ( з предмета «Основи сестринської справи»). – К.: Здоров'я, 2001. – 288с.
- 78.Колесникова, к. мед. н.; С.А.Супрун, к. мед. н., доцент. Аутоиммунный гепатит: современный взглядна этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение/Ліки України. - 2009р. - №6 (132). – С.72-78.
- 79.О.Б. Ворожбит, Р.Ю. Грицко, О.Б. Герасун. Аутоімунний гепатит: сучасні підходи до діагностики/ Науково-практичний медичний журнал «Гепатологія». - № 1 (27). - 2015р. – С. 6-20.
- 80.Пасечко Н.В., Лемке М.О. Мазур П.Є. Основи сестринської справи: підручник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 544с.
- 81.Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Неалкогольний стеатогепатит»: Наказ МОЗ України від 06.08.2014 № 826. – Київ. 2014.
- 82.**The natural history of nonalcoholic fatty liver disease: a population-based cohort study. / Adams L.A, Lymp J.F., St Sauver J. [et al.] // Gastroenterology – 2005. –Vol. 129(1) – P.113-121.
- 83.**Non-alcoholic fatty liver disease from pathogenesis to management: an update. / Musso G., Gambino R., Cassader M. [et al.] // Obes. Rev. – 2010. – Vol. 11 (6) – P.430-445.
- 84.**Clinical and histologic spectrum of nonalcoholic fatty liver disease associated with normal ALT values. / Mofrad P., Contos M.J., Haque M.[etal.]// Hepatology – 2003. – Vol. 37(6) – P. 1286-1292.
- 85.Chepelevska LA, Slabkiy VG. The role of digestive diseases in falling employment potential of Ukraine. *Ekonomika i pravo ohoroni zdorov'a*. 2017;(5):10-17. (in Ukrainian)

- 86.Касевич Н.М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
- 87.В.М. Козько, Н.В. Анциферова, Г.О. Соломенник, К.В. Юрко, О.Є. Бондар О.М. Винокурова, Д.Б. Пеньков. Діагностика фіброзу печінки у хворих на хронічний гепатит С: сучасний стан проблеми та перспективи/ Гепатологія. – 2015р. - № 1. – С. 27-33.