

# **ПАЛІАТИВНА ТА ХОСПІСНА ДОПОМОГА В МЕДСЕСТРИНСТВІ**



***Навчально-методичний посібник  
для здобувачів вищої освіти  
за спеціальністю «Медсестринство»  
другого (магістерського) рівня***

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

**ПАЛІАТИВНА ТА ХОСПІСНА ДОПОМОГА**  
**В МЕДСЕСТРИНСТВІ**

*Навчально-методичний посібник  
для здобувачів вищої освіти  
за спеціальністю «Медсестринство»  
другого (магістерського) рівня*

**Харків**  
**ХНМУ**  
**2025**

*Затверджено Вченою радою ХНМУ.*

*Протокол № 17 від 25.12.2025.*

**Авторський колектив**

Т. В. Бездітко, Г. В. Єрмоменко, О. М. Піонова,  
К. О. Красовська, Є. О. Болокадзе

**Рецензенти:**

*А. Я. Базилевич* – д-р мед. наук, проф. (ДНП «Львів. нац. мед. ун-т  
ім. Данила Галицького»).

*В. В. Златкіна* – д-р мед. наук, проф. (ХНУ ім. В.Н. Каразіна).

П14 Паліативна та хоспісна допомога в медсестринстві : навч.-метод. посіб.  
для здобувачів вищої освіти за спец. «Медсестринство» другого (магістер-  
ського) рівня / Т. В. Бездітко, Г. В. Єрмоменко, О. М. Піонова та ін. Харків :  
ХНМУ, 2025. 164 с.

У навчальному посібнику висвітлено основні принципи паліативного догляду, роль медсестри в команді, аспекти комунікації, етики та контролю симптомів. Посібник містить приклади з практики, сучасні стандарти та законодавчі основи надання допомоги. Особлива увага приділяється формуванню професійних і міжособистісних навичок. Матеріал відповідає потребам фахової підготовки та розвитку компетентностей у сфері Медсестринства.

Даний посібник є продовженням роботи над методичними рекомендаціями в паліативній медицині, опублікованими раніше.

Для здобувачів освіти закладів вищої медичної освіти спеціальності «Медсестринство».

УДК 614.253.5:614.216:616-039.75(075.8)

© Харківський національний  
медичний університет, 2025

© Т. В. Бездітко, Г. В. Єрмоменко,  
О. М. Піонова та ін., 2025

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ .....	4
ВСТУП .....	5
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ .....	6
1.1. Введення в паліативну допомогу .....	6
1.2. Роль та етичні виклики медсестри в паліативній допомозі .....	15
1.3. Стаціонарна паліативна допомога .....	21
1.4. Принципи оцінки стану пацієнта та сім'ї його родини .....	26
1.5. Комунікація в паліативній допомозі .....	28
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА СИМПТОМІВ І ЛІКУВАННЯ .....	37
2.1. Оцінка функціонального стану важкохворого і онкологічних пацієнтів .....	37
2.2. Паліативна допомога людям старечого та похилого віку .....	42
2.3. Хронічний біль: догляд та лікування .....	43
2.4. Допомога при психоневрологічних симптомах .....	51
2.5. Допомога при симптомах порушення системи травлення .....	64
2.6. Допомога при порушенні дихання і урогенітальних симптомах ..	81
2.7. Особливості паліативної допомоги дітям .....	96
2.8. Паліативна допомога ВІЛ-інфікованим .....	97
2.9. Спостереження за важкохворими і агонуючими .....	115
2.10. Паліативна допомога і відхід в термінальній стадії .....	130
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	142
ДОДАТКИ .....	145

## ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АТ	– артеріальний тиск
ВЕБ	– вірус Епштейна-Барр
ВІЛ	– вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я.
ВПЛ	– вірус папіломи людини
ВЧТ	– підвищений внутрішньочерепний тиск
ГЕРХ	– гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба
ЕЕГ	– електроенцефалографія
ЗОЗ	– заклад охорони здоров'я
ІНІ	– інгібітори інтегрази
ІП	– інгібітори протеази
ІПП	– інгібітори протонної помпи
ІСШ	– інфекція сечових шляхів
КПТ	– когнітивно-поведінкова терапія
МПД	– мобільна паліативна допомога
НІЗ	– неінфекційні захворювання
ННІЗТ	– нунуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази
НПЗП	– нестероїдні протизапальні препарати
НСЗУ	– Національна служба здоров'я України
НХЛ	– неходжкінська лімфома
ПД	– паліативна допомога
ППІ	– паліативний прогностичний індекс
СІЗЗС	– селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
СНІД	– синдром набутого імунодефіциту
СН	– сенсорна нейропатія
СПД	– стаціонарної паліативна допомога
ХОЗЛ	– хронічне обструктивне захворювання легень
ЦНС	– центральна нервова система
ЧСС	– частота серцевих скорочень
ШКТ	– шлунково-кишковий тракт
ШПЕ	– шкала паліативної ефективності
ЯЖ	– якість життя

Ви важливі, бо ви є.  
І ви будете важливі  
до останнього моменту  
свого життя.  
*Сісілі Сондерс*

## **ВСТУП**

Глобальне старіння населення, зростання онкологічної захворюваності, поширеність синдрому набутого імунodefіциту (СНІД), збільшення кількості хворих з хронічними прогресуючими захворюваннями в їх термінальній стадії, зокрема хвороби Альцгеймера, вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ)/СНІД, туберкульозу, бічного аміотрофічного склерозу тощо, призводить до появи численної групи інкурабельних хворих, які зазнають сильних страждань і потребують адекватної комплексної допомоги, і не лише медичної, а й соціальної.

Завершальний період життя людини з невиліковною хворобою є для неї та її родини часом фізичних, психологічних, духовних, соціальних випробувань. Окрім фізичних страждань, зокрема нестерпного тривалого больового синдрому тощо, менеджментом яких здебільшого займаються медичні працівники, хворі з невиліковними захворюваннями наприкінці життя переживають біль психічної та духовної природи: страх від втрати самостійності та контролю над своїм життям, тривога від втрати надії на видужання, смуток від прощання з життям, до цього приєднуються екзистенційні питання, пов'язані із сенсом життя і близької смерті. Всі перелічені проблеми мають різну природу та впливають на якість життя пацієнтів та їх близьких.

Економічно-соціальний тягар лікування та догляду за цією категорією пацієнтів ініціював розвиток та організацію такого виду допомоги, який гарантує розв'язання не лише медичних, а духовних та соціальних проблем. Саме паліативно-хоспісна допомога забезпечує комплексне вирішення медико-соціальних проблем. Раннє надання паліативної допомоги зменшує непотрібні госпіталізації та використання медичних послуг.

# Розділ 1. ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

## 1.1. Введення в паліативну допомогу

### Історія розвитку паліативної допомоги

Історія паліативної допомоги (ПД) бере свій початок ще з VI ст., коли в Європі були створені перші притулки для паломників – «хоспіси». Протягом усього середньовіччя хоспіси, богадільні, будинки престарілих організовувалися за ініціативою церков. Лікарі лікували тих, кого можна було врятувати. У ті часи медицина систематично не займалася вмираючими.

З розвитком лікарень та наукової медицини у XIX ст. більше уваги приділяли лікуванню, ніж комфорту невиліковно хворих. Модель догляду в хоспісі була розроблена для задоволення особливих потреб помираючих та їхніх сімей, якими так довго нехтувала медична система догляду.

Перші основи сучасного хоспісного руху було закладено в 1869 р. у Великобританії, зокрема завдяки роботі сестер милосердя (Sisters of Charity), які побачили потребу у створенні місця, де люди з невиліковними хворобами могли б померти з гідністю, без болю, з турботою та духовною підтримкою.

У 1905 р. в Англії відбулося формальне відкриття першого хоспісу Святого Джозефа (St. Joseph's Hospice), який і започаткував інституційну форму хоспісної допомоги в Європі.

Сучасний хоспісний рух розпочався в Англії в 1967 р. завдяки роботі медичної сестри, соціального працівника та лікаря Сісілі Сондерс та її колег у хоспісі Святого Крістофера (St. Christopher's Hospice) в Лондоні. Цікаво, що засновниця сучасного хоспісного руху Сісілі Сондерс почала працювати у хоспісі Святого Джозефа (St. Joseph's Hospice) в 1950-х роках. Саме тут вона вперше випробувала свою концепцію «тотального болю», тобто болю не лише фізичного, а й психологічного, соціального та духовного. Вона зрозуміла необхідність мультидисциплінарного підходу до допомоги невиліковного хворого. Досвід роботи у St. Joseph's надихнув її створити власний хоспіс St. Christopher's Hospice у 1967 році.

Хоспісний рух прийшов у США в середині 1970-х років. Хоспісна ідея, започаткована в Європі, перетнула океан і була втілена в Америці завдяки візії та рішучості Флоренс Уолд (Florence Wald), яка у 1960-х роках відвідала St. Christopher's Hospice у Великобританії, де познайомилась із Сісілі Сондерс, засновницею сучасного хоспісного підходу. Вона вирішила адаптувати хоспісну модель до американської реальності. У 1974 р. Флоренс Уолд разом із міждисциплінарною командою (лікарями, медсестрами, соціальними працівниками, духовними лідерами) заснувала перший хоспіс в США (Connecticut Hospice у місті Бренфорд, штат Коннектикут).

Створення Європейської асоціації паліативної допомоги (ЕАРС) у 1988 р. є важливим етапом в інституційному та науковому розвитку ПД в Європі, яке дало поштовх до визнання її як невід'ємної частини медичної системи, а також сприяло об'єднанню професійної спільноти для захисту гідності, якості життя та прав важкохворих людей. ЕАРС – це головна платформа розвитку ПД в Європі.

У 1980-х з'являється термін «паліативна медицина» як частина клінічної практики. ПД активно розвивається у багатьох країнах світу, зокрема США, Канаді, Австралії.

У ХХІ ст. паліативна медицина вийшла на глобальний рівень розвитку, стала невід'ємною частиною систем охорони здоров'я багатьох країн, а також була визнана міжнародною спільнотою як базове право кожної людини.

Початок системного розвитку ПД в Україні припадає на кінець ХХ століття. Це було зумовлено загальним розвитком концепції ПД у світі та необхідністю гуманного підходу до лікування невиліковних хворих. До 1990-х років пацієнти з хронічними невиліковними захворюваннями здебільшого отримували догляд у звичайних лікарнях із акцентом на лікування, а не на полегшення страждань або покращання якості життя. Знеболення застосовувалось як виняток, а не як частина системної практики.

Перші кроки до формування системи були зроблені у 1996–1997 роках. Завдяки підтримці міжнародних благодійних і релігійних організацій з'явилися перші хоспіси (Львів, Івано-Франківськ, Коростень, Київ). У 1997-му в Києві засновано гуманітарне відділення «Надія» на базі лікарні № 2 з метою надання комфортних умов і полегшення болю пацієнтам у термінальній стадії як вдома, так і в стаціонарі, а також психологічної підтримки родинам. Того ж року створено Асоціацію малоінвазивної та паліативної терапії, яка працювала над створенням мережі хоспісів та навчанням працівників паліативної медицини.

У 1996–1997 рр. започатковано перші мобільні служби в Києві та Львові, які являли собою виїзні команди лікарів, медсестер і психологів, що працювали на волонтерських засадах. Вони надавали допомогу вдома, що було важливим для пацієнтів, які не могли або не бажали залишати свої домівки. Ці служби сприяли зменшенню госпіталізацій, зниженню навантаження на лікарні та хоспіси, а також розширенню доступу, особливо в сільських та малих міських територіях.

У 2001 р. відкрито перше відділення ПД в рамках Київського міського онкологічного центру. На початку 2000-х розроблено концепцію організації ПД (2002), що визначала засади та рекомендації для лікування хворих з важкими невиліковними станами. Паралельно зростала обізнаність медиків щодо принципів паліативного догляду та знеболення.

У 2004 р. стартували спеціалізовані навчальні програми для лікарів, медсестер та інших фахівців. Навчання стало одним із ключових напрямів у подальших

стратегіях, зокрема у Стратегії 2016 р., яка передбачала систему безперервної освіти. У 2020-х роках ці програми активно впроваджуються, підвищуючи якість допомоги на всіх рівнях.

У 2006–2009 рр. активізувалася взаємодія з Міністерством охорони здоров'я (МОЗ), Міністерством праці та соціальної політики та іншими державними структурами. Відбулася модернізація нормативно-правової бази щодо ПД, що стало важливим етапом у формуванні інституційної підтримки сфери. У 2007 р. створено Всеукраїнську благодійну організацію «Асоціація паліативної допомоги», яка відіграла ключову роль у координації зусиль фахівців та просуванні нових підходів до догляду.

У 2012 р. Україна підписала Європейську хартію паліативної допомоги, що стало важливим кроком для інтеграції міжнародного досвіду. Підтримка надається як від міжнародних організацій, зокрема Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), так і від благодійних фондів та релігійних спільнот. Їхня роль у різні роки проявлялася через заснування закладів, навчання та впровадження сучасних стандартів.

У 2016 р. була розроблена «Стратегія розвитку паліативної допомоги на період до 2027 року», спрямована на створення якісної, доступної і комплексної системи допомоги для невиліковно хворих. Стратегія включала розвиток інфраструктури, мультидисциплінарні команди, забезпечення знеболення, навчання, оновлення нормативної бази та співпрацю з міжнародними структурами. Хоча вона не була офіційно затверджена, її положення стали орієнтиром для подальших реформ.

У 2019 р. запроваджено пілотний пакет медичних послуг з ПД у межах Програми медичних гарантій (ПМГ), яка стала практичним механізмом державного фінансування мобільної та стаціонарної допомоги.

Сьогодні ПД в Україні продовжує розвиватися: розширюється мережа хоспісів і мобільних служб, впроваджуються навчальні програми, вдосконалюється законодавча база. Попри це, викликами залишаються доступність допомоги в сільських районах і забезпечення рівних умов для всіх пацієнтів.

### **Сучасна нормативно-правова база, що регулює надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні**

В Україні ПД регулюється рядом законодавчих та нормативних актів, які визначають принципи надання допомоги, права пацієнтів, роль медичних працівників і організаційні вимоги.

#### ***Основні законодавчі акти:***

• *Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-ХІІ від 19.11.1992 зі змінами, внесеним згідно із Законом України*

«Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» № 2347-IX від 01.07.2022.

- *Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII від 19.11.2017.*

Вони встановлюють загальні принципи охорони здоров'я, гарантують право пацієнтів на безоплатну ПД в межах ПМГ та визначають механізми її фінансування.

- *Закон України «Про лікарські засоби» № 123/96-ВР від 04.04.1996 в редакції № 4472-IX від 03.07.2025* регулює обіг ліків, зокрема знеболювальних та психотропних препаратів, які є основою паліативної терапії. Він встановлює обов'язкову державну реєстрацію, контроль якості та порядок відпуску за рецептом.

- *Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» № 333 від 13.05.2013 р.*

Ця Постанова визначає порядок придбання, зберігання, відпуску та використання наркотичних і психотропних засобів у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), забезпечуючи безперервність лікування і контроль за обігом таких препаратів. Постанова має безпосереднє відношення до ПД, оскільки визначає порядок обігу знеболювальних препаратів, які є основними засобами для полегшення страждань пацієнтів у хоспісах та паліативних відділеннях.

- *Постанова КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році» № 1503 від 24 грудня 2024 р.*

Постанова визначає механізм реалізації ПМГ медичного обслуговування на 2025 р., включно із фінансуванням паліативних пакетів. Загальний обсяг фінансування програми на 2025 р. складає понад 175,5 млрд грн, що на понад 16 млрд грн більше, ніж у попередньому році.

#### ***Важливі накази МОЗ України:***

- *Наказ МОЗ України № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги» від 04.06.2020 р.*

Наказ оновлює організацію ПД, вводить мультидисциплінарні команди, індивідуальні плани спостереження, а також спеціальність «лікар з паліативної допомоги» із відповідним визнанням у класифікаторі професій, що сприяє офіційному визнанню цієї спеціалізації в системі охорони здоров'я. Наказ скасовує попередній Наказ МОЗ № 41 від 21.01.2013 р.

- *Наказ МОЗ України № 393 «Про надання паліативної допомоги та замісної підтримувальної терапії пацієнтам в умовах воєнного стану» від 02.03.2022 р.*

Цей наказ регулює особливості ПД в умовах воєнного стану, забезпечуючи безперервність лікування у кризових ситуаціях.

• *Наказ МОЗ України № 1853 «Про затвердження Змін до Порядку надання паліативної допомоги» від 04.11.2024 р.*

Він вносить уточнення до Порядку надання паліативної допомоги, покращуючи взаємодію мультидисциплінарних команд та якість послуг.

• *Наказ МОЗ України № 494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» від 07.08.2015 р.*

Він регулює порядок обігу наркотичних і психотропних препаратів у медичних закладах, які є критично важливими для пацієнтів і використовуються у хоспісах та паліативних відділеннях.

### **Міжнародні стандарти і рекомендації**

*Рекомендації ВООЗ щодо ПД, зокрема в частині знеболення, психологічної підтримки, соціальної адаптації пацієнтів і їхніх родин.*

Україна, як член ВООЗ, орієнтується на міжнародні стандарти у галузі ПД, що відображаються в національних нормативних актах. Таким чином, нормативно-правова база України створює комплексні умови для організації, фінансування та контролю якості паліативної та хоспісної допомоги, гарантує пацієнтам доступ до необхідних послуг та лікарських засобів.

### **Визначення паліативної допомоги**

За даними ВООЗ, близько 56,8 млн людей у світі щороку потребують ПД, з них 25,7 млн осіб – протягом останнього року життя. Водночас лише приблизно 14 % насправді її отримують. Більшість дорослих, яким необхідна ПД, страждають на хронічні захворювання, зокрема серцево-судинні захворювання (38,5 %), рак (34 %), хронічні респіраторні захворювання (10,3 %), ВІЛ / СНІД (5,7 %) та діабет (4,6 %). Крім того, її можуть потребувати пацієнти з іншими складними станами, зокрема нирковою недостатністю, хронічними захворюваннями печінки, розсіяним склерозом, хворобою Паркінсона, ревматоїдним артритом, неврологічними захворюваннями, деменцією, вродженими аномаліями та резистентним туберкульозом.

Вперше термін «паліативна допомога» був визначений ВООЗ у 1982 р., а у 2014-му його сутність була суттєво розширена. Сучасне визначення охоплює не лише догляд у кінці життя, а й підтримку пацієнта з моменту встановлення серйозного діагнозу, інтегровану в лікування, що продовжує життя.

ВООЗ визначає **паліативну допомогу** як систему комплексних заходів, що спрямована на покращання якості життя пацієнтів (дорослих і дітей) та їхніх сімей, які стикаються з проблемами, пов'язаними із небезпечними / загрозливими для життя захворюваннями, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки їх ранній діагностиці, ретельній оцінці та проведенню адекватних лікувальних

заходів (при больовому синдромі та інших розладах життєдіяльності) та інших фізичних, психосоціальних та духовних проблем. Цей підхід спрямований на якість, а не тривалість, і визнає смерть як природний етап.

Згідно із сучасними рекомендаціями і концепціями ВООЗ, паліативно-хоспісна допомога має бути невід'ємною частиною національної системи охорони здоров'я та соціальної опіки, інтегрованою на всіх рівнях надання медичних послуг.

Критерії визначення пацієнта, що потребує ПД, наведено у *Додатках 2 та 3*.

#### **Види паліативної допомоги:**

1. Загальна – надається на загальному рівні як частина рутинного догляду/допомоги за всіма пацієнтами з невиліковними прогресуючими захворюваннями медичними працівниками відповідно до їх спеціалізації. Може надаватися в амбулаторних умовах, за місцем перебування пацієнта та ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу.

2. Спеціалізована – це комплексна мультидисциплінарна медико-соціальна і психологічна допомога, яка надається міждисциплінарними кваліфікованими командами ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу. До спеціалізованої ПД залучаються медичні психологи, соціальні працівники та інші фахівці, за потреби, а також волонтери, найближчі родичі або опікуни пацієнта. Може надаватися в стаціонарних умовах або за місцем перебування пацієнта.

#### **Основні принципи паліативної допомоги:**

1. Прийняття життя та смерті як природного процесу (допомога не має на меті ані прискорення, ані відтермінування смерті).

2. Покращання якості життя пацієнта (контроль болю та інших симптомів).

3. Цілісність допомоги (поєднання медичної, соціальної, психологічної та духовної допомоги).

4. Мультидисциплінарний підхід (допомога надається командою фахівців, яка включає медичних працівників, психологів, соціальних працівників, духовників, родину, волонтерів).

5. Поважання гідності та автономії (гідне ставлення незалежно від культурних, релігійних і особистих переконань, пацієнт має право вибору методів лікування, догляду та організації життя).

6. Підтримка родини до та після втрати (навчання догляду за хворим, психоемоційна і соціальна підтримка сім'ї).

7. Безперервність допомоги (плавний і безперервний догляд у різних медичних умовах (вдома, в лікарні, хоспісі) з належною координацією між усіма учасниками процесу).

#### **Види паліативної допомоги за місцем її надання**

1. ПД вдома (надається вдома). Метою є полегшення болю, зменшення симптомів, покращання комфорту і підтримка якості життя пацієнта та його родини.

Вона може включати візити лікаря, медичної сестри, психолога і соціального працівника. Основна перевага: можливість пацієнту залишатися у звичайному середовищі.

2. ПД в будинку для літніх людей (надається мешканцям цих будинків, які мають важкі хронічні або термінальні захворювання). Метою є підтримка якості життя, зменшення фізичних та емоційних страждань в умовах тривалого проживання. Включає в себе медичне спостереження, догляд, психологічну підтримку, може бути постійною або тимчасовою залежно від стану пацієнта.

3. Денний догляд у хоспісі (надається вдень у спеціалізованому закладі, після чого пацієнт повертається додому). Метою є забезпечення професійного догляду, спостереження та участь у терапевтичних та соціальних заходах протягом дня. При цьому пацієнт не госпіталізується. Перевагою є зменшення навантаження на родичів, які доглядають вдома, та покращання психологічного стану пацієнта через спілкування та підтримку.

4. ПД в лікарнях (надання допомоги в стаціонарних умовах в зальних або спеціалізованих ЗОЗ). Метою є забезпечення медичної, психологічної та соціальної підтримки. Може бути короткостроковою або тривалою. Часто використовується на останніх стадіях хвороби, коли потрібна інтенсивна медична допомога. Забезпечує кваліфікований контроль болю та симптомів, підтримку сім'ї.

Види ПД згідно з чинною нормативною базою в Україні наведено в *табл. 1*

Таблиця 1

**Види паліативної допомоги в Україні: порівняльна характеристика (НСЗУ, 2025)**

Форма допомоги	Характеристика	Переваги	Недоліки
Стаціонарна	Забезпечення цілодобового догляду у спеціалізованих установах (хоспіси, відділення ПД)	Комплексний догляд, доступ до медичного обладнання	Обмежена кількість місць, віддаленість від дому
Мобільна	Візна допомога на дому	Комфорт пацієнта, підтримка у звичному середовищі	Обмежені ресурси, залежність від доступності фахівців

Паліативна медична допомога в Україні може надаватися ЗОЗ незалежно від форми власності (державної, комунальної чи приватної) та організаційно-правової форми підпорядкування. Крім ЗОЗ, надавачами ПД можуть виступати фізичні особи – підприємці (ФОП), які мають відповідну освіту, кваліфікацію та отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Станом на серпень 2025 р. в Україні функціонують понад 552 медичних заклади, які надають стаціонарну ПД, і 952 надавачів мобільної ПД.

У динаміці останніх років спостерігаються значні зміни в організації ПД в Україні, зокрема у співвідношенні мобільної та стаціонарної форм надання послуг.

У 2022 р. мобільна паліативна допомога (МПД) переважала (88,9 %), що вказує на орієнтацію системи охорони здоров'я на надання допомоги пацієнтам у звичних для них умовах, зокрема вдома. Частка стаціонарної паліативної допомоги (СПД) складала лише 11,1 %.

Протягом 2023 р. відбулося зростання частки СПД до 36,4 %, при цьому МПД знизилася до 63,6 %. Така динаміка може свідчити про певне розширення можливостей стаціонарної допомоги або підвищену потребу у більш комплексному догляді в умовах стаціонару.

У 2024–2025 рр. знову спостерігається явне домінування МПД (понад 90 % усіх випадків). Частка СПД скоротилася до 7,5 % у 2024 р. та до 4,4 % у 2025 р. Така динаміка демонструє повернення до стратегії переважного надання ПД в домашніх умовах, що, імовірно, є більш комфортним для пацієнтів та економічно ефективним для системи охорони здоров'я.

### Відношення хоспісної допомоги до паліативної допомоги

Розглядаючи взаємозв'язок між хоспісною і паліативною допомогою, доцільно визначити хоспісну допомогу як спеціалізовану форму ПД, що надається на завершальному етапі життя й інтенсифікується у відповідь на зростання потреб пацієнта у міру наближення до смерті.

Ці два підходи не є альтернативами, а взаємодоповнюють один одного, тобто паліативна допомога може супроводжувати пацієнта роками, тоді як хоспісна активізується ближче до завершення життя, забезпечуючи безперервність догляду (континуум підтримки). У такому континуумі (рис. 1) пацієнт отримує допомогу, яка адаптується до його стану: від активного лікування з елементами паліативної підтримки до переходу на хоспісну модель без розриву в якості чи обсязі допомоги. Їх взаємодія забезпечує людині максимально гідне, комфортне та свідоме завершення життя з урахуванням фізичних, емоційних і духовних потреб.

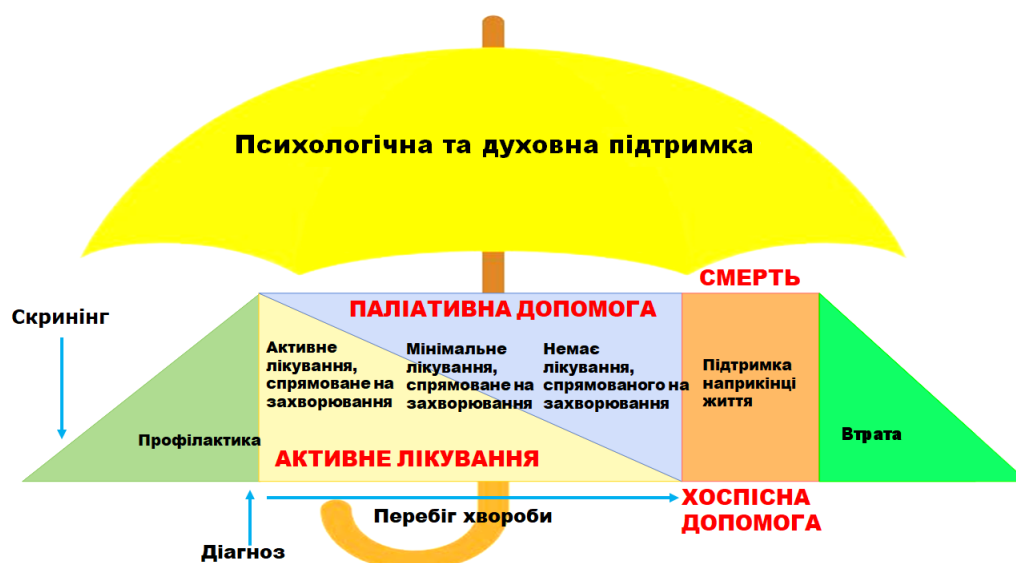


Рис. 1. Континуум паліативної допомоги

**Паліативна допомога** – це медичний та етичний підхід, спрямований на полегшення страждань людей із тяжкими прогресуючими або термінальними захворюваннями (наприклад онкологія, ВІЛ/СНІД, хронічна серцева, легенева чи ниркова недостатність, хвороба Альцгеймера). Вона надається незалежно від стадії хвороби, а не лише на завершальному етапі життя.

Цілями ПД є контроль болю та інших симптомів, підтримку емоційного стану, залучення родини, у разі потреби духовна опіка. Важливо, що ПД орієнтована на всі етапи хвороби, включаючи періоди, незалежно від прогнозу, коли людина ще може отримувати активне лікування, або на етапах, коли активне лікування вже неможливе. ПД можна надавати як у спеціалізованих закладах (хоспісах, паліативних відділеннях лікарень), так і вдома (за допомогою мобільних паліативних команд).

**Хоспісна допомога** – це форма спеціалізованої паліативної підтримки, що надається пацієнтам із прогнозом тривалості життя до 6 міс. Вона фокусується на якості життя: комфорті, знеболенні, емоційній стабільності, психологічній та духовній підтримці, повазі до гідності життя до останнього моменту. Рішення про перехід до хоспісної моделі приймається тоді, коли лікування втрачає ефективність.

Основною метою хоспісів є полегшення страждань пацієнтів на останніх етапах їхнього життя (стадії захворювання), коли прогнози щодо тривалості життя є обмеженими і терапевтичні заходи вже не можуть змінити результат. Здебільшого хоспісна допомога надається в закритих установах (хоспісах), де пацієнти перебувають під постійним медичним наглядом, забезпечуючи хворому гідне та безболісне прощання з життям. Однак існують також хоспісні служби, які надають допомогу вдома.

Підсумовуючи, можна визначити ключові відмінності та взаємозв'язок між паліативною та хоспісною допомогою, що представлені в *табл. 2*.

Таблиця 2

**Основні відмінності та взаємозв'язок між хоспісною та паліативною допомогою**

Параметр	Паліативна допомога	Хоспісна допомога
<b>Призначення</b>	Надання допомоги пацієнтам з тяжкими, хронічними або невиліковними захворюваннями на будь-якій стадії хвороби, включаючи періоди лікування та реабілітації	Допомога в кінцевих стадіях захворювання, коли активне лікування вже неможливе
<b>Фокус допомоги</b>	Фокус на <b>полегшенні симптомів</b> і покращанні якості життя, при цьому можлива паралельна терапія хвороби	Головний фокус на <b>полегшенні страждань</b> в термінальній фазі і підтримці гідності пацієнта
<b>Тривалість допомоги</b>	Може тривати <b>від місяців або до років</b> (наприклад при хронічних захворюваннях)	Зазвичай надається на останні <b>кілька тижнів або місяців</b> життя пацієнта
<b>Місце надання допомоги</b>	Вдома, лікарні, клініки, хоспіси	Спеціалізовані хоспіси або мобільні служби ПД

Параметр	Паліативна допомога	Хоспісна допомога
Тип пацієнтів	Особи з хронічними або невиліковними захворюваннями, але ще з можливістю отримання активного лікування	Пацієнти на <b>термінальних стадіях</b> хвороби, коли лікування вже не дає результату
Міждисциплінарний підхід	Лікарі, медсестри, психологи, соціальні працівники	Та ж команда, з можливим залученням капеланів, волонтерів, консультантів з горювання
Духовна підтримка	Надається за потреби	Є важливою складовою догляду
Підтримка всієї родини	Активне залучення до процесу	Також активна участь, підтримка до, під час і <b>після смерті</b> (зокрема горювання)

### **Як взаємодіють хоспіс і паліативна допомога?**

Взаємодія забезпечується за принципом безперервності надання допомоги. Перехід від паліативного супроводу до хоспісного має бути плавним, без втрати довіри, стабільності чи відчуття підтримки.

Своєчасне скерування або направлення пацієнта в хоспіс відбувається тоді, коли активна терапія вже не допомагає, а стан пацієнта значно погіршується та зміщується фокус на полегшення симптомів та комфорт.

Обидві моделі, як паліативна, так і хоспісна, спрямовані не лише на підтримку самого пацієнта, а й його родини та близького оточення.

Важливим аспектом ефективної взаємодії між ПД та хоспісною допомогою є регулярний обмін досвідом між командами шляхом участі у спільних освітніх заходах, клінічних супервізіях, аналізах клінічних кейсів. Така співпраця сприяє формуванню єдиних стандартів догляду, що засновані на доказовій практиці та етичних засадах, реалізації мультидисциплінарний підходу, що об'єднує медичні, психологічні, соціальні та духовні аспекти, підвищенню професійної компетентності фахівців обох систем через безперервне навчання й командну роботу.

## **1.2. Роль та етичні виклики медсестри в паліативній допомозі**

### **Відмінні риси паліативної медсестринської допомоги**

Важливо визначити сферу паліативної медсестринської допомоги та усвідомити, чим вона по суті відрізняється від інших галузей медсестринської допомоги. Отже, медсестри мають бути належним чином навчені та підготовлені, а також має бути визнано специфіку такої освіти. Паліативна медсестринська допомога відображає філософію догляду «цілісної людини», яка впроваджується протягом усього життя та в різних медичних закладах. Пацієнт та його сім'я є одиницею догляду. Метою паліативної медсестринської допомоги є сприяння якості життя протягом усього періоду хвороби шляхом полегшення страждань, і це включає догляд за вмираючими та подальше спостереження за втратою сім'ї та близьких людей у житті пацієнта.

Якість життя (ЯЖ) – це один із феноменів, що відображає особливості переживання людиною актуальної життєвої ситуації у зв'язку з порушеннями

здоров'я. ЯЖ, що пов'язана зі здоров'ям та є інтегральною характеристикою фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування здорової чи хворої людини, заснована на її суб'єктивному сприйнятті.

Полегшення страждань та покращання ЯЖ включає забезпечення ефективного лікування болю та симптомів, задоволення психосоціальних та духовних потреб пацієнта та його родини, урахування культурних цінностей і переконань у плані догляду, підтримку в період втрати та горя, сприяння етичному та правовому прийняттю рішень, повагу до особистих бажань та уподобань, використання терапевтичних комунікативних навичок та сприяння спільній практиці.

Крім того, у ПД дуже важливою частиною визнаються цілющі стосунки. Індивідуальні стосунки медсестри з пацієнтом та його родиною вважаються вирішальними. Ці стосунки, разом зі знаннями та навичками, є суттю ПД та відрізняють її від інших галузей медсестринської практики. Це спеціалізація. Однак ПД загального рівня як терапевтичний підхід підходить для всіх медсестер. Вона є невід'ємною частиною щоденної практики багатьох медсестер, що чітко демонструється роботою з особами похилого віку, людьми з неврологічними порушеннями та немовлятами у відділенні інтенсивної терапії новонароджених. Такий комплексний догляд щодня практикується в усьому світі кваліфікованими та співчутливими медсестрами ПД як індивідуально, так і в рамках командного підходу. Спеціалізована освіта, тренінги та наставництво досвідченими медсестрами ПД визнаються необхідною основою для спеціалізованої ПД та хоспісної медсестринської справи. Без такої підготовки медсестри неминуче опиняться в ситуаціях, коли вони не зможуть забезпечити необхідний контроль симптомів та полегшення страждань пацієнтів з прогресуючими захворюванням на пізніх стадіях або тим, хто перебуває при смерті. Результатом є поява у медсестри почуття професійної неспроможності та моральних страждань, внутрішнього конфлікту, який вона може висловлювати або переживати мовчки: «Я не доглядала за ним належним чином, бо була невігласом» – це думки, які переслідують медсестру.

Моральний дистрес виникає, коли медична сестра розуміє, що саме потрібно зробити з етичної точки зору, усвідомлює свою професійну відповідальність і має чітке уявлення про правильне рішення, але не може діяти відповідно до нього через різні перешкоди. Це можуть бути зовнішні обмеження (наприклад політика закладу, вказівки керівництва, нестача ресурсів) або внутрішні (наприклад, страх наслідків, невпевненість, емоційне виснаження). Такий стан може призводити до почуття безсилля, фрустрації, професійного вигорання, а в деяких випадках – до бажання залишити професію.

Найчастіше згадуваними джерелами морального дистресу для медсестер є:

1. Безперервна реанімація, яка не сприймається як така, що відповідає найкращим інтересам пацієнта. Наприклад, медична сестра бере участь у СЛР,

яка проводиться за протоколом. Однак пацієнт з численними коморбідностями не має шансів на виживання, тому вона відчуває моральний конфлікт, бо вважає, що такі дії лише продовжують страждання.

2. Неадекватне спілкування щодо догляду наприкінці життя між постачальниками медичних послуг, пацієнтами та їхніми сім'ями. Наприклад, сестра знає, що пацієнт перебуває на останньому етапі життя, але лікарі уникають обговорення цього з родиною, в результаті цього родина чекає на одужання, вимагає агресивного лікування, а пацієнт залишається без належного паліативного догляду.

3. Недостатнє укомплектування персоналом або персонал, який не має належної підготовки для надання необхідного догляду. Наприклад, у нічну зміну одна медсестра відповідає за 20 пацієнтів, серед яких є паліативні хворі, внаслідок чого вона не встигає забезпечити адекватний догляд і відчуває провину за недостатню увагу до тих, хто цього потребує найбільше.

4. Неадекватне знеболення для пацієнтів. Наприклад, післяопераційний пацієнт у важкому стані потребує опіоїдного знеболення, але лікар вагається з призначенням, побоюючись перевищення дози, проте медична сестра не має повноважень діяти самостійно, хоча бачить страждання пацієнта.

5. Хибна надія, що дається пацієнтам та їхнім сім'ям. Наприклад, сім'ї пацієнта з термінальним онкологічним діагнозом повідомляють про можливість одужання за умови нового курсу хіміотерапії, проте медична сестра розуміє, що це не змінить результату, але не може відкрито обговорити це, аби не порушити субординацію.

Хоча певний моральний дистрес, ймовірно, неминучий під час роботи в ПД та догляді наприкінці життя, проте якщо на нього не звернути уваги, це може призвести до того, що людина стане морально онімілою до етично складних ситуацій, що спричинить деморалізацію, негатив та вигорання.

Однак, якщо моральний дистрес розпізнати, він може стати скоріше стимулом для розуміння, змін та навчання, ніж шкідливою силою. Під наглядом кваліфікованої паліативної медсестри пацієнти та їхні родини, які борються за життя з прогресуючим, симптоматичним та виснажливим захворюванням, можуть отримувати належний догляд та підтримку протягом усього цього процесу, а також знаходити сенс і спокій навіть перед обличчям смерті.

Кваліфікована паліативна медсестринська допомога полягає у полегшенні процесу турботи про пацієнта шляхом поєднання наукових знань із практиками присутності, емпатії, відкритості, уважності до дрібниць та ефективною командною взаємодією. Вона охоплює як фізичну, так і емоційну, психосоціальну та духовну підтримку пацієнтів та їхніх родин.

Хоча сучасна медсестринська наука вже має у своєму арсеналі ефективні засоби для контролю більшості фізичних симптомів, що виникають у кінцевих

стадіях життя (зокрема, протягом останніх місяців, тижнів і днів), залишаються значні виклики, пов'язані із розумінням і полегшенням психологічного та духовного дистресу, який супроводжує пацієнтів із загрозливими для життя захворюваннями.

Саме тому залучення досвіду самих пацієнтів та їхніх родин як експертів із власного життя є ключовим джерелом знань для подальшого вдосконалення паліативної практики. Їхній голос допомагає медсестрам краще зрозуміти не лише клінічні, але й особистісні, культурні та духовні аспекти страждання, що є основою для надання дійсно цілісної допомоги.

Багато пацієнтів усвідомлюють, що вони вмирають, і їм важко впоратись з цією роллю. Вмирати та піклуватися про когось, хто вмирає – це дві сторони складного соціального явища. Існують ролі та обов'язки для кожної людини. Те, що їх називають «вмираючими», впливає на те, як інші поведуться з людиною, і як сама людина поведеться із собою та іншими. Як зазначив Ерік Касселл (2000): "Людина помирає, тобто «стає мертвою», з усіма наслідками цього як на індивідуальному, так і на соціальному рівні".

Відчуття невдачі та марності може пронизувати стосунки між пацієнтом та медсестрою чи лікарем, які не мають освіти або підготовки в галузі хоспісної чи паліативної допомоги. Професійними наслідками недостатньої підготовки є емоційна відстороненість, втрата емпатії, зменшення клінічної ефективності, знецінення досвіду пацієнта, глибоке особистісне розчарування у медичного працівника: «Я не зміг належним чином доглядати за ним, бо був невігласом... спогади переслідують мене» (свідчення одного з медичних працівників).

### **Медсестра паліативної допомоги та міждисциплінарна або трансдисциплінарна команда ПД: спільна практика**

Склад команд, що надають ПД, дуже різниться залежно від потреб пацієнтів та наявних ресурсів. Єдиним спільним знаменником є присутність медсестри та лікаря. Незалежно від конкретного типу команди ПД, саме медсестра є основною зв'язковою ланкою між командою, пацієнтом та родиною. Вона втілює план команди безпосередньо біля ліжка пацієнта, вдома, в амбулаторному і стаціонарному середовищі. Щоденний догляд і тісний контакт з пацієнтом та його родиною часто робить медсестру ключовою фігурою у прийнятті рішень наприкінці життя, що може змістити баланс від лікаря до медсестри у процесі спільного ухвалення рішень з пацієнтом або його представником.

Нерідко лікар, який роками надавав пацієнту лікування, спрямоване на продовження життя, стикаючись із невідворотністю смерті, переживає внутрішній конфлікт, почуття безпорадності та невизначеності своєї ролі у процесі догляду за вмираючим. Проте пацієнт та його родина можуть відчувати близькість до цього лікаря і мати велику потребу в ньому в цей час. Страх втратити пацієнта

та бажання лікаря «зробити все можливе» можуть призвести до призначення або прийняття рішення про втручання, що є невідповідними або навіть шкідливими для пацієнта на цьому етапі. Медсестра, яка має освіту та підготовку в галузі ПД та догляду наприкінці життя, може багато зробити, щоб скерувати та підтримати лікаря під час цього переходу, а також перенаправити і зосередити зусилля не на продовженні життя будь-якою ціною, а на тому, щоб забезпечити комфорт, гідність і внутрішній мир у фінальні дні.

### **Роль медсестер з розширеними повноваженнями у сфері паліативної та хоспісної допомоги: міжнародні приклади**

Медсестри з розширеними повноваженнями (NP/APN) є піонерами у впровадженні моделей ПД в різних клінічних умовах від міських травматологічних центрів до сільських амбулаторій у США та інших країнах світу. Їхня діяльність демонструє широкі можливості інтеграції паліативного підходу в усі рівні надання медичної допомоги.

#### ***Клінічні приклади практики***

- *Міський центр невідкладної допомоги.* Колишня медсестра інтенсивної терапії тепер може надавати ПД в міському/травматологічному центрі невідкладної допомоги. Медсестра зосереджує свою діяльність на пацієнтах з критичним станом, прогноз виживання яких є низьким. Значна частина цих пацієнтів потребує високотехнологічної підтримки, зокрема через екстракорпоральну мембранну оксигенацію (ЕКМО) або кисневі концентратори тощо. Вона може не працювати в складі постійної команди ПД, але має доступ до різних спеціалістів у закладі, до яких вона може звертатися за потреби, забезпечуючи пацієнтам комплексну допомогу.

- *Паліативна команда в лікарні.* Медсестра практикує в міській лікарні невідкладної допомоги як частина команди ПД. Пацієнти, з якими вона працює, не помирають активно, але потребують лікування симптомів, психосоціальної підтримки, консультування щодо горя та втрати, планування виписки та/або довгострокового планування догляду. Акцент робиться на безперервності догляду, а також на навчанні медсестер та медичного персоналу. Особлива увага приділяється навчанню медсестер та молодшого медичного персоналу принципам паліативного підходу, міждисциплінарної співпраці та навичкам комунікації з пацієнтами та їхніми родинами.

- *Міждисциплінарна консультаційна служба.* Медсестра з досвідом паліативної практики працює у великому медичному центрі, розташованому в центральній частині міста. Лікарня обслуговує соціально незахищені верстви населення, включаючи пацієнтів з обмеженим доступом до медичних ресурсів. Вона очолює міждисциплінарну консультаційну службу наприкінці життя, що включає фахівців з медицини, соціальної роботи, психології та духовної

підтримки, та приймає пацієнтів та їхні родини з питань болю, горя та етичних питань. Медсестра виступає також як тренер для молодших спеціалістів та студентів, навчаючи навичкам комунікації, розпізнаванню потреб пацієнтів наприкінці життя та побудові етичних рішень у клінічній практиці.

• *Первинна медична допомога (амбулаторна допомога в місті)*. Медсестра з досвідом роботи у геріатрії та ПД працює в амбулаторній практиці, що функціонує при університетському медичному центрі. Цей заклад спеціалізується на догляді за пацієнтами похилого віку з множинними хронічними захворюваннями. Медсестра надає паліативну підтримку пацієнтам, які мають складні медичні стани, зокрема термінальну серцево-судинну або дихальну недостатність, деменцію, онкологічні захворювання на пізніх стадіях. Багато з цих пацієнтів ризикують опинитися поза увагою між різними службами, залишаючись без адекватного контролю симптомів, знеболення та психосоціальної підтримки, оскільки їхній прогноз та траєкторія прогресування хвороби нечіткі, тобто їхній стан повільно погіршуються, але не відповідає класичним критеріям для направлення в хоспіс або для отримання домашньої ПД. Цей приклад показує важливість ранньої інтеграції ПД в геріатричну практику. Такі підходи дозволяють забезпечити неперервність догляду, гідність пацієнта, а також мінімізувати медичне втручання, яке не відповідає бажанням або потребам пацієнта.

• *Первинна медична допомога (амбулаторна допомога в селі)*. Медсестра працює в сільській практиці первинної медичної допомоги з акцентом на інтеграцію ПД в традиційні медичні послуги для малозабезпеченої сільської громади; обслуговує малозабезпечене населення сільської громади, де обмежені ресурси та складний доступ до спеціалізованої допомоги; надає паліативний компонент у звичному терапевтичному процесі; проводить консультації та планування догляду, включаючи оформлення попередніх медичних настанов і обговорення з родинами майбутніх етапів лікування. Як і у випадку з багатьма старшими медсестрами ПД, ця практикуюча медсестра є наставником для студентів магістратури та бакалаврату, поширюючи знання про ПД серед майбутніх фахівців.

• *Будинок для літніх людей*. Клінічний спеціаліст з медсестринства практикує у будинку для літніх людей, де потреби паліативного догляду лише нещодавно почали визнаватися як пріоритетні. Ця медсестра зосереджена на інтеграції ПД у звичайний щоденний потік клінічної допомоги в будинку для людей похилого віку. Вона співпрацює з персоналом установи для підвищення обізнаності про паліативні принципи, зокрема щодо покращання якості життя на останніх етапах.

ПД можна розглядати як превентивну модель догляду, яка запобігає непотрібним стражданням. Завдяки узгодженню планів догляду з цілями пацієнта, паліативний підхід забезпечує гідний і персоналізований супровід, даючи можливість уникнути надмірних медичних втручань, які не відповідають справжнім потребам людини.

### 1.3. Стаціонарна паліативна допомога

#### Необхідність паліативної допомоги при хронічних захворюваннях

Проблема неінфекційних захворювань (НІЗ) у сучасній системі охорони здоров'я України є надзвичайно актуальною. За даними Центру громадського здоров'я, НІЗ становлять понад 80 % усіх випадків смертності в Україні. Цей показник узгоджується з результатами досліджень Інституту показників і оцінки здоров'я (Institute for Health Metrics and Evaluation, Університет Вашингтону, США), де зазначається, що 75,09 % всіх випадків смертей в країні пов'язані з НІЗ. Серед них лідерами є ішемічна хвороба серця (39,89 %), інсульт (11,04 %), онкологічні захворювання (11,02 %), хвороба Альцгеймера та деменції (2,2 %), а також хронічні захворювання печінки, легень, діабет тощо. Ці дані свідчать про масштабність проблеми та підкреслюють необхідність ефективної ПД.

У зв'язку зі зростанням кількості хронічних захворювань та неможливістю їх повного лікування в окремих випадках виникає необхідність надання ПД. В Україні СПД є невід'ємною складовою системи охорони здоров'я та надається безоплатно в межах ПМГ. Вона спрямована на покращання ЯЖ пацієнтів із важкими, невиліковними захворюваннями шляхом полегшення симптомів, а також забезпечення психологічної та духовної підтримки.

У 2025 р. в Україні розширено спектр ПД та введено коефіцієнти для кожної послуги, що дозволяє більш диференційовано оцінювати обсяг і складність допомоги. Кількість послуг збільшено з 1 до 7, зокрема, додано послуги для осіб похилого віку з коморбідними станами (тобто із супутніми хворобами), осіб з віковою деменцією. Крім того, збільшено фінансування для пацієнтів із наслідками важких черепно-мозкових травм, введені підвищені коефіцієнти для дітей та ставка за пролікований випадок (надання паліативної медичної допомоги дорослим і дітям) у стаціонарі до 8 735 грн.

#### Визначення та місця надання стаціонарної паліативної допомоги

*Стаціонарна паліативна медична допомога* – це комплекс заходів, що здійснюються у ЗОЗ з цілодобовим перебуванням пацієнта, зокрема надання медичної, психологічної та духовної підтримки, з метою покращання якості життя пацієнтів із невиліковними хворобами (наказ МОЗ України № 1308 від 04.06.2020 «Про організацію надання паліативної допомоги в Україні»).

СПД надається ЗОЗ, які уклали договір з Національною службою здоров'я України (НСЗУ).

#### *Типи закладів, що надають СПД:*

- Обласні, міські та районні лікарні (багатопрофільні або спеціалізовані лікувальні установи, які мають у своїй структурі паліативні відділення або палати).
- Хоспіси (спеціалізовані установи, створені виключно для надання паліативного догляду пацієнтам з невиліковними захворюваннями).

- Паліативні відділення або палати в лікувально-профілактичних закладах (можуть функціонувати в онкодиспансерах, геріатричних центрах, інфекційних лікарнях або інших профільних медзакладах).

- Центри ПД (окремі медичні заклади або структурні підрозділи в межах інших лікарень, що спеціалізуються на паліативному лікуванні).

- Приватні клініки та неприбуткові організації (можуть надавати СПД за умови, що вони уклали договір із НСЗУ і відповідають вимогам МОЗ до такого виду медичної допомоги).

Що включає стаціонарна паліативна допомога?

### **Основні компоненти СПД:**

#### ***1. Медична допомога.***

- Оцінка стану пацієнта (клінічна, функціональна, психоемоційна).
- Лабораторні та інструментальні обстеження.
- Призначення та ведення паліативного плану лікування.
- Знеболення, у тому числі наркотичними препаратами.
- Симптоматичне лікування (контроль нудоти, задишки, слабкості тощо).
- Введення ліків (внутрішньовенне, підшкірне, внутрішньом'язове).
- Проведення кисневої терапії (за потреби).
- Підтримка харчування (зонди, парентеральне харчування).
- Катетеризація (сечовий катетер, гастростома, трахеостома тощо).
- Перев'язки при пролежнях, обробка ран.
- Цілодобовий медичний та медсестринський догляд.

#### ***2. Психологічна допомога.***

- Консультування пацієнтів і родичів.
- Підтримка у переживанні хронічного болю, страху смерті, горя.
- Робота з емоційною дезадаптацією та тривожними станами.

#### ***3. Соціальна підтримка.***

- Консультування щодо соціальних прав пацієнта.
- Сприяння оформленню документів (інвалідність, допомога).
- Робота з родиною щодо подальшого догляду або переводу додому.

#### ***4. Духовна підтримка (за бажанням пацієнта).***

- Спілкування зі священнослужителем, капеланом, духовним наставником.
- Проведення обрядів, молитов (у межах закладу, якщо не суперечить правилам установи).

#### ***5. Професійний догляд.***

- Гігієнічний догляд (умивання, обмивання, гігієна порожнини рота тощо).
- Допомога з харчуванням, пересуванням, туалетом.
- Профілактика пролежнів.

- Надання технічних засобів (функціональні ліжка, протипролежневі матраци, кисневі концентратори – якщо є в наявності).

#### **6. Командна робота медичного персоналу.**

- Участь мультидисциплінарної команди: лікар, медсестра, психолог, соціальний працівник, фізичний терапевт, священник.

- Координація дій з родичами та соціальними службами.

#### **Критерії надання СПД**

СПД надається пацієнтам, якщо вони відповідають таким критеріям:

#### **1. Наявність захворювання або стану, що не підлягає радикальному лікуванню:**

- онкологічні захворювання (термінальна стадія);
- хронічні прогресуючі НІЗ (серцева, дихальна, ниркова недостатність);
- неврологічні патології (БАС, розсіяний склероз, деменції, ДЦП у важкій формі);
- СНІД, тяжкий цукровий діабет, цироз печінки в термінальній стадії;
- стан після поліорганної недостатності або травми, з відсутністю перспективи реабілітації.

#### **2. Оцінка функціонального стану пацієнта (для відбору пацієнтів на стаціонарну допомогу.**

*Для дорослих (Додаток 2 до Наказу МОЗ № 1853):*

- шкала PPS (Palliative Performance Scale, шкала паліативної ефективності)  $\leq 30\%$  – серйозне обмеження активності, залежність від стороннього догляду;
- індекс Бартел  $\leq 40$  балів – вкрай низький рівень самообслуговування;
- коефіцієнт коморбідності за Чарлсон  $\geq 3-4$  – наявність декількох важких хронічних патологій.

*Для дітей (Додаток 3 до Наказу МОЗ № 1308):* захворювання з класифікації АСТ (Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions and their Families):

I тип – загрозливі для життя стани (онкологія, міопатії);

II тип – хронічні інвалідизуючі прогресуючі стани (лейкодистрофії);

III тип – незворотні стани з тяжкими порушеннями (ДЦП IV–V GMFCS);

IV тип – важка множинна інвалідність.

#### **3. Медичні показання до стаціонару (а не до мобільної допомоги):**

- виражений больовий синдром, який складно контролювати вдома;
- необхідність парентерального харчування, кисневої підтримки;
- важкі психоемоційні або психічні стани, що потребують госпіталізації;
- відсутність належних умов для догляду вдома;
- виснаження доглядальників або відсутність сім'ї.

#### 4. Інші (організаційні) умови для отримання послуги за ПМГ:

- пацієнт має декларацію з лікарем первинної ланки;
- лікувальний заклад має контракт із НСЗУ на надання відповідного пакета (СПД);
- пацієнт направлений лікарем або перебуває на обліку як такий, що потребує ПД.

#### Коди послуг та критерії включення пацієнтів у межах пакета № 23 «Стационарна паліативна медична допомога» (НСЗУ, 2025)

У табл. 3 наведено класифікацію підгруп пацієнтів, які можуть отримувати СПД відповідно до ПМГ на 2025 рік.

Таблиця 3

#### Коди ПД та критерії включення пацієнтів до відповідних підгруп (НСЗУ, 2025)

Код	Назва послуги	Умови надання ПД
P11	Надання ПД дорослим	Вік: 18+. Діагнози із Додатку 2 Наказу МОЗ № 1853 (від 04.11.2024). Шкала PP8 ≤ 30 %
P12	Надання ПД дітям віком до 18 років	Вік: до 18 років. Діагнози із Додатку 3 Наказу МОЗ № 1308 (від 04.06.2020)
P13a	ПД, залежна від механізмів/пристроїв підтримки життєдіяльності	Діагнози із Додатку 2 (№ 1853) або Додатку 3 (№ 1308) та щонайменше один із: 299.1, 299.4, 299.8, I40.3 або шкала PP8 < 20 % або щонайменше один із: T90.5, T91.3, T91.4, T91.5 у закладах НЕ з клінічного маршруту
P13b	ПД при тяжких післятравматичних станах	Діагнози: T90.5, T91.3, T91.4, T91.5. Шкала PP8 < 30 %. Допомога надається в закладах, включених до клінічного маршруту
P14	ПД пацієнтам похилого віку (коморбідність 1,9–7,3)	Вік: 65+. Діагнози із Додатку 2 Наказу № 1853. Індекс Бартел < 25. Коморбідність: 1,9–7,3 балів
P15	ПД пацієнтам похилого віку (коморбідність 7,4 і більше)	Вік: 65+. Діагнози із Додатку 2 Наказу № 1853. Індекс Бартел < 25. Коморбідність: 7,4 балів і більше
P16	ПД пацієнтам похилого віку з перинатальними діагнозами	Вік: 65 +. Діагнози: P00–P04. Шкала MM8E < 11 балів

Згідно з даними НСЗУ станом на серпень 2025 р. найбільшу частку пацієнтів, які отримували СПД, становили особи, залежні від пристроїв підтримки життєдіяльності (34,68 %). Значну частку також становили пацієнти похилого віку: 30,2 % – із середнім рівнем коморбідності, 13 % – з високим рівнем коморбідності та ще 1,91 % – з перинатальними діагнозами у віці 65+. Разом пацієнти старшого віку становлять понад 45 % усіх, хто отримує СПД.

**Алгоритм отримання СПД** передбачає кілька етапів: направлення від лікаря, вибір закладу, звернення та оформлення госпіталізації.

1. Пацієнт або його представник звертається до лікаря первинної ланки (сімейного лікаря, терапевта, педіатра) або лікаря-спеціаліста, який здійснює лікування (онколога, невролога тощо). Лікаря оцінює стан пацієнта відповідно до клінічних критеріїв.

2. У разі наявності показань до ПД, після фіксації даних в електронній медичній картці лікар формує електронне направлення на СПД. Направлення є обов'язковим для отримання безоплатних послуг в межах ПМГ.

3. Пацієнт або уповноважена особа обирає медичний заклад, що уклав договір із НСЗУ на ПД.

4. Після госпіталізації здійснюється оформлення медичної документації та розробка індивідуального плану паліативного ведення пацієнта мультидисциплінарною командою.

### **Переваги СПД:**

1. Кваліфікований медичний нагляд. Пацієнти перебувають під постійним наглядом лікарів та медсестер, що дозволяє швидко реагувати на зміни в стані здоров'я.

2. Доступ до спеціалізованих медичних засобів. Лікарня надає пацієнтам доступ до медичних засобів, які можуть бути недоступні в умовах домашнього догляду.

3. Інтеграція в мультидисциплінарну команду. Лікарня надає можливість комплексного висококваліфікованого підходу до лікування пацієнта завдяки роботі різних фахівців.

### **Недоліки СПД:**

1. Обмежений комфорт. Лікарня може не забезпечити такого рівня комфорту та емоційної підтримки, який пацієнти можуть отримати вдома чи в хоспісі.

2. Стрес і дискомфорт для пацієнтів. Для багатьох пацієнтів перебування в лікарні може бути стресовим і вимотуючим, особливо якщо вони відчують, що їхній стан безнадійний.

3. Обмежена доступність у деяких регіонах. Як зазначено раніше, в Україні є певні проблеми з доступністю ПД, і не всі медичні установи можуть надати відповідний рівень послуг.

НІЗ залишаються основною причиною смертності в Україні, що обумовлює необхідність подальшого розвитку паліативної медицини як ключового елемента комплексного лікування. Впровадження сучасних стандартів, розширення спектра послуг та залучення різних типів медичних закладів сприяють більш ефективному задоволенню потреб пацієнтів. Забезпечення мультидисциплінарного підходу та індивідуалізованого лікування є важливими складовими покращання якості ПД в Україні.

## 1.4. Принципи оцінки стану пацієнта та його родини

Комплексна оцінка стану пацієнта та його родини є важливою для планування та впровадження паліативного медсестринського супроводу. Оцінка передбачає внесок пацієнта, його родини та всіх членів трансдисциплінарної команди, при цьому інформація надається як усно, так і в електронній медичній картці пацієнта. Постійна, детальна та комплексна оцінка необхідна для виявлення складних та мінливих потреб і цілей пацієнтів, які стикаються з хронічними або небезпечними для життя захворюваннями, та їхніх сімей.

Ефективна оцінка має вирішальне значення для розробки відповідного плану медсестринської допомоги для пацієнта та його родини. Оцінка стану паліативного медсестринського супроводу може мало відрізнятися від стандартної оцінки стану медсестринського супроводу.

### **Основні принципи оцінки стану пацієнта:**

1. *Комплексність оцінки.* Оцінка має охоплювати всі аспекти здоров'я пацієнта, які включають фізичну, психологічну, соціальну та духовну сфери. Для систематизації та організації такої оцінки широко використовується структура якості життя за Ферреллом (Ferrell's Quality of Life Model), яка дозволяє враховувати багатовимірний характер потреб паліативного пацієнта. Для оцінки використовують стандартизовані інструменти оцінки (шкали та опитувальники).

2. *Індивідуалізація підходу.* Кожен пацієнт є унікальним, тому оцінка повинна враховувати індивідуальні особливості: фізичні (вік, стан здоров'я, стадія захворювання), психологічні (потреби та побажання), духовні (культурні та релігійні).

3. *Безперервність комунікації.* Спілкування між пацієнтом, родиною та командою фахівців має бути постійним, відкритим, послідовним і адаптованим до змін стану пацієнта, що забезпечує формування довіри, своєчасне оновлення інформації про стан, узгодженість рішень і чіткість дій усіх учасників догляду.

4. *Моніторинг і адаптація оцінки.* Стан пацієнта та родини може змінюватися, тому оцінка повинна проводитися регулярно, а план допомоги коригується відповідно до змін у фізичному, психологічному, соціальному чи духовному стані.

### ***Принципи та інструменти оцінки фізичного стану паліативного пацієнта***

Одним із основних аспектів ПД є ефективне знеболення та лікування симптомів, тому медсестрі важливо провести опитування пацієнта, яке включає збір анамнезу, поточних та попередніх скарг пацієнта, оцінку рівню болю та інших симптомів, фіксацію даних у медичній документації. Основною метою є оцінка функціонального стану та фізичних симптомів, які впливають на його ЯЖ.

Для оцінки болю використовують різноманітні шкали від 0 до 10 балів, де 0 – відсутність болю, 10 – нестерпний біль. У розділі 2.2 детально представлено різні модифікації шкал болю, зокрема, числову рейтингову шкалу болю (NRS),

шкалу з вербальною описовою оцінкою, яка поєднує числову рейтингову шкалу (NRS) і візуально-аналогову шкалу (шкала VAS).

Для оцінки функціонального стану пацієнта використовують шкалу ECOG, шкалу функціонального стану Карновського, шкалу паліативної ефективності (PPS), шкалу повсякденної активності Бартела, які детально описуються в розділі 1.2. За допомогою цих шкал оцінюється ступінь залежності пацієнта від сторонньої допомоги.

### ***Принципи та інструменти психологічної оцінки паліативного пацієнта***

Психологічний аспект є важливим для забезпечення ЯЖ пацієнта. Медсестра повинна визначити емоційний стан пацієнта (тривога, депресія, страх смерті, почуття провини, гнів), оцінити когнітивний стан, зрозуміти копінг-стратегії (способи, якими люди справляються зі стресом), з'ясувати надії, очікування, бажання пацієнта, вивчити рівень стресостійкості пацієнта, оцінити потреби у психологічній підтримці або психотерапії.

Для оцінки рівня депресії та тривоги використовують шкали HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) та PHQ-9, деякі параметри згідно з *Додатком 1*.

### ***Принципи та інструменти соціологічної оцінки паліативного пацієнта***

Це третій ключовий компонент комплексної оцінки, поряд із фізичним і психологічним станом. Медсестра допомагає створити соціальний паспорт пацієнта, який включає оцінку оточення, матеріальні та житлові умови й необхідність допомоги з доглядом, транспортом, обладнанням, крім того, передає необхідну інформацію соціальному працівнику або координатору. Детальніше наведено в *Додатку 1*.

### ***Принципи та інструменти духовної оцінки паліативного пацієнта***

Ще один важливий, хоча іноді менш помітний аспект оцінки пацієнта. Медсестра з'ясовує духовні або релігійні переконання, наявність страхів і духовного болю, що дає людині внутрішню силу, потребу спілкування з релігійною особою, і як команда може забезпечити духовну підтримку пацієнту.

Інструмент оцінки духовних потреб у клінічній практиці FICA:

**F** – Faith (Віра);

**I** – Importance (Значення);

**C** – Community (Релігійна спільнота);

**A** – Address (Як медпрацівник може врахувати це в догляді).

### ***Принципи та інструменти оцінки родини паліативного пацієнта***

Оцінка родини паліативного пацієнта є не одноразовою дією, а безперервним процесом, що потребує чуйності, професіоналізму та міждисциплінарної співпраці. Її мета забезпечити родину всім необхідним для підтримки пацієнта, зменшити ризик емоційного виснаження і допомогти гідно пройти весь шлях від встановлення діагнозу до моменту прощання.

Для комплексної оцінки стану родини паліативного пацієнта використовують різні інструменти, які наведено нижче.

*Індекс навантаження на доглядальника (CSI)*, метою якого є оцінки рівня стресу та навантаження на члена родини, який здійснює догляд. Складається він із 13 запитань, які охоплюють фізичні, емоційні, фінансові та соціальні аспекти догляду.

*Модифікований індекс якості життя опікуна (CQOLI)*. Метою є оцінка якості життя доглядальника, включно з його фізичним здоров'ям, емоційною стабільністю, фінансовим станом і соціальною підтримкою.

*Оцінка духовних потреб (Spiritual Needs Assessment)*, метою якого є виявлення духовних (екзистенційних) переживань родини.

*Анкета оцінки ресурсів родини (Family Resources Questionnaire)*. За допомогою цієї анкети визначаються ресурси, що є доступними для родини, зокрема людські, соціальні, фінансові, часові тощо.

Крім того, оцінюється потреба родини в отриманні інформації та навчання щодо надання допомоги пацієнту вдома, а також доступу до ресурсів, які можуть допомогти в догляді.

Оцінка стану пацієнта та його родини є важливим етапом у наданні ПД. Це повинна бути всебічна, індивідуалізована та динамічна оцінка, яка враховує фізичні, психологічні, соціальні та духовні потреби пацієнта і родини, а також адаптується до змін їхнього стану та побажань щодо планів лікування і місця надання допомоги. Цей процес допомагає створити максимально комфортні умови для пацієнта та забезпечити підтримку родини під час важкого періоду.

Як зазначив один пацієнт: «Я боюся задихнутися до смерті. Я мушу про це поговорити. У мене сильний страх смерті. Я думаю, що Бог мене карає. Я відчуваюся безнадійно». Слова паліативного пацієнта підкреслюють зв'язок між фізичним і духовним.

Паліативна допомога – це не лише про тіло, це про людину в цілому, тому ваше вміння оцінювати – це основа якісного догляду.

### **1.5. Комунікація в паліативній допомозі**

Професія медичної сестри є особливою, адже кожен пацієнт, який потребує її допомоги, очікує не тільки високого рівня професіоналізму, а й співчуття, уважного ставлення та душевної теплоти, що так важлива у підтримці паліативного хворого та його родини в боротьбі з недугою. Ефективна комунікація є важливою складовою для встановлення довіри та прихильності пацієнта до лікування. Вона сприяє переходу від директивного підходу до більш партнерського або орієнтованого на пацієнта. Така комунікація залучає пацієнта до обговорення, враховуючи його індивідуальні потреби.

Правильно організована комунікація сприяє тому, що пацієнти частіше залишаються задоволеними лікувальним процесом, краще будуть запам'ятовувати та виконувати рекомендації, а також швидше відчуватимуть полегшення симптомів.

### **Основні принципи комунікації ПД:**

- *Свобода вибору пацієнта.* Кожен пацієнт повинен самостійно приймати рішення про те, як і де отримати професійну медичну допомогу.

- *Дотримання принципів комунікації з пацієнтом та його близькими,* а також графіку запланованих заходів.

- *Безперервне надання допомоги* на всіх етапах хоспісної реабілітації – забезпечення постійного контролю стану пацієнта та за необхідності коригування медикаментозного лікування.

- *Підтримка спілкування з пацієнтом* – це важливий етап, що дозволяє поліпшити якість надання паліативної медичної допомоги.

- *Мультилікарський підхід* передбачає залучення різних медичних фахівців для надання максимально ефективної допомоги хворому: психологи, терапевти, онкологи, соціальні працівники тощо.

- *Допомога членам сім'ї хворого* відіграє дуже важливу роль в прийнятті близькими поточного стану здоров'я хворого.

Під час комунікації з паліативним пацієнтом дуже важливо враховувати психологічні аспекти спілкування: підтримка емоційного стану, забезпечення гідності, психологічна освіта для пацієнта, групові терапії.

Пацієнти з невиліковними хворобами дуже часто перебувають у таких станах, як депресія, стрес, тривога. Надання можливості поділитись своїми почуттями з медичним персоналом в подальшому допоможе пацієнту впоратись зі станом хвороби, а також дозволить йому брати участь у прийнятті рішення відносно свого лікування.

Крім того, під час надання паліативного догляду може виникати потреба у повідомленні поганих новин пацієнту та його родині. Це є однією із найскладніших задач у роботі медсестри. Від того, як це буде зроблено, залежить, наскільки пацієнт і його родина зможуть прийняти інформацію і відчути підтримку. Для цього користуються такими комунікативними техніками, як модель SPIKES, яка допомагає структурувати таку розмову, і техніка активного слухання.

**Модель SPIKES** (допомагає структурувати таку розмову):

**S** – Set up the interview (підготуйте розмову).

Перед початком розмови потрібно обрати тихе, приватне місце, де ніщо не відволікатиме, переконавшись в тому, що у вас достатньо часу для бесіди та підготуватися морально. Наприклад: «Давайте поговоримо у спокійній кімнаті, щоб я могла відповісти на всі ваші питання».

**P** – Perception (з'ясуйте, що вже знає пацієнт).

Необхідно дізнатися, що пацієнт чи родина вже розуміють про хворобу, це допоможе адаптувати інформацію. Наприклад: «Що ви знаєте про стан вашого здоров'я?».

**I** – Invitation (спитайте, скільки він хоче знати).

Запитати, скільки інформації хоче отримати пацієнт, тому що не всі готові слухати всю правду одразу. Наприклад: «Чи хочете ви, щоб я розповіла всі подробиці про результати обстеження?».

**K** – Knowledge (надайте інформацію).

Інформацію потрібно надавати невеликими порціями, просто і зрозуміло, уникаючи складних медичних термінів. Наприклад: «Ваш діагноз – рак, і він перебуває на пізній стадії. Ми робимо все, щоб контролювати симптоми».

**E** – Emotions with empathy (відповідайте на емоції).

Важливо прислуховуватися до реакції пацієнта та підтримувати його емоції. Не поспішайте, дайте можливість висловити біль, страх, сум. Приклад: «Я бачу, що вам дуже важко це чути. Це цілком природна реакція».

**S** – Strategy and Summary (план дій).

Необхідно підсумовувати сказане, пояснюючи наступні кроки, домовляючись про подальший план, що дає пацієнту відчуття контролю. Наприклад: «Наступного тижня ми почнемо лікування, яке допоможе зменшити біль. Якщо у вас будуть питання, звертайтеся у будь-який час».

### ***Техніка активного слухання***

Вона допомагає показати пацієнту, що співрозмовник дійсно його чує і розуміє. Техніка складається з повторення, уточнення, перефразування та невербальної підтримки.

*Повторення.* Необхідно повторювати ключові слова пацієнта, щоб переконатися у розумінні. Наприклад: «Ви кажете, що боїтеся болю, так?».

*Уточнення.* Потрібно питати, якщо щось незрозуміло. Наприклад: «Що саме вас турбує найбільше?».

*Перефразування.* Необхідно переказувати сказане своїми словами. Наприклад: «Отже, ви відчуваєте сум і невизначеність через діагноз».

*Невербальна підтримка.* Контакт очима, кивання головою, відкриті пози рук – це все допомагає створити атмосферу довіри.

**Групові терапії.** Мета таких груп самопомоги полягає у створенні підтримуючого середовища, де люди можуть спілкуватися, ділитися своїми емоціями, досвідом та проблемами, а також знайти практичну допомогу та інформацію про паліативну медицину. Виникнення груп самопомоги в паліативній медицині пов'язано з усвідомленням значущості психологічної та емоційної підтримки на кінцевих стадіях хвороби, як пацієнтів, так їх близьких. Перші організовані групи самопомоги та підтримки з'явилися наприкінці ХХ століття. Серед

найвідоміших організацій – Hospice Foundation of America (США) та Palliative Care Australia (Австралія), які й досі активно функціонують. У різних країнах і регіонах створення місцевих груп самопомоги відбувалося в різні періоди, що зумовлено індивідуальними потребами громад, рівнем обізнаності про ПД та наявністю відповідних ресурсів для організації такої підтримки. Такі групи зазвичай проводять зустрічі, дискусії, семінари або інші заходи, щоб обговорити питання, пов'язані з паліативною медициною, поділитися досвідом та інформацією про ресурси та послуги. Зазвичай беруть участь люди, які мають досвід роботи або соціальної підтримки в паліативній медицині, зокрема паліативні фахівці, лікарі, медичні сестри, психологи, сімейні консультанти і добровольці.

Існує *кілька типів груп* самопомоги у паліативній медицині, які відповідають потребам пацієнтів, родин, опікунів та медичних фахівців. Діяльність таких груп спрямована на емоційну, психологічну та практичну підтримку у складних життєвих обставинах.

*1. Групи підтримки для пацієнтів.* Це групи, в яких пацієнти з паліативною потребою можуть ділитися досвідом, обговорювати свої почуття та проблеми, отримувати підтримку від інших у подібній ситуації.

*2. Групи підтримки для сімей або близьких.* Ці групи призначені для підтримки родичів та близьких пацієнтів, які стикаються з емоційною та психологічною напругою, пов'язаною з паліативною медициною.

*3. Групи підтримки для опікунів.* Опікуни, які піклуються про паліативних пацієнтів, можуть вступити до таких груп, щоб обговорити свої почуття, отримати інформацію та поради щодо прогресивних підходів до догляду та підтримки.

*4. Групи самопомоги для професіоналів охорони здоров'я.* Ці групи орієнтовані на підтримку медичних фахівців, які працюють у галузі паліативної медицини, щоб вони могли ділитися своїм досвідом і знаходити підтримку серед колег.

*5. Онлайн-групи підтримки.* Завдяки цифровим технологіям є можливість приєднатися до онлайн-груп підтримки. Це дозволяє спілкуватися з людьми з різних регіонів, ділитися досвідом та отримувати підтримку дистанційно.

Групи самопомоги в паліативній медицині мають численні переваги для всіх учасників. Ось деякі з них:

*1. Емоційна підтримка та розуміння.* Групи самопомоги пропонують учасникам можливість спілкуватися з людьми, які проходять через схожі ситуації. Це дозволяє їм поділитися своїми почуттями, досвідом та проблемами, зменшити почуття ізоляції, отримати розуміння та підтримку від інших людей, які розуміють їхню ситуацію.

*2. Інформаційна підтримка.* У групах самопомоги можна отримати інформацію про паліативну медицину, процедури, ресурси, послуги та можливості. Учасники можуть обмінятися корисними порадами та рекомендаціями.

3. *Підвищення самооцінки та сенсу життя.* Участь у групах самодопомоги може допомогти людям знайти підтримку, зв'язок та розуміння, залучення до спільної діяльності, що сприяє підвищенню самооцінки, дозволяє відчувати себе потрібним та знайти нові цілі або сенс у житті попри важкі обставини.

4. *Обмін досвідом та навичками.* Учасники груп самодопомоги можуть ділитися інформацією про свій досвід та навички з догляду за собою та іншими. Це допомагає учасникам отримати нові знання та підходи до покращання якості життя та догляду.

5. *Участь у прийнятті рішень.* Групи самодопомоги надають учасникам можливість обговорювати проблеми та приймати спільні рішення, що ґрунтуються на досвіді та колективних знаннях.

Кожна група може мати свої особливості та потреби, але спільна ідея полягає в тому, щоб надати пацієнтам, сім'ям, опікунам та професіоналам охорони здоров'я підтримку, інформацію та практичну допомогу у паліативній медицині.

### **Групи самодопомоги для онкологічних пацієнтів**

Групи самодопомоги для пацієнтів з онкологічними захворюваннями створюються з метою надання емоційної, психологічної та інформаційної підтримки. Ключовими принципами діяльності таких груп є формування безпечного, довірчого та підтримуючого середовища.

Основні принципи формування таких груп:

1. *Конфіденційність.* Учасники групи повинні відчувати впевненість у тому, що інформація, якою вони діляться, буде конфіденційною і не буде розкрита без їхньої згоди. Це допомагає побудувати довіру та сприяє більш відкритій та чесній комунікації.

2. *Взаємна повага.* Взаємна повага є ключовим принципом груп самодопомоги. Учасників групи заохочують до активного слухання, поважного ставлення до поглядів та досвіду інших, навіть якщо вони різняться. Це створює атмосферу взаємної підтримки та співпраці.

3. *Безумовна підтримка.* У групах самодопомоги робиться акцент на безумовну підтримку та розуміння. Учасники мають відчувати, що їх приймають та підтримують незалежно від статусу, досвіду чи становища. Така безумовна підтримка допомагає учасникам почуватися безпечно та підтримувати один одного без засудження.

4. *Спільне вирішення проблем.* У групах самодопомоги учасники беруть активну участь в обговоренні та спільному вирішенні проблем. Це дозволяє людям сприймати різні точки зору та ідеї і розвивати навички вирішення проблем, а також сприяє розвитку навичок адаптації.

5. *Дотримання етичних стандартів.* Групи самодопомоги дотримуються певних етичних стандартів, що включають повагу до приватності, недопущення дискримінації та дотримання прав та меж кожного учасника.

Ці принципи допомагають створити підтримуюче та емоційно безпечне середовище, де онкологічні пацієнти можуть отримувати підтримку, ділитися досвідом та знаходити розуміння в інших людей, які проходять через схожі ситуації.

### **Проблеми груп самодопомоги**

Учасники груп самодопомоги у паліативній медицині можуть стикатися з низкою проблем, що пов'язані з характером паліативного догляду та супроводу пацієнтів з кінцевою стадією хвороби, зокрема, на останніх етапах життя.

1. *Емоційні проблеми.* Учасники можуть відчувати стрес, тривогу, горе, страх та інші емоційні труднощі, пов'язані з хворобою, стражданням та втратою. Групи самодопомоги пропонують підтримку та розуміння у таких емоційних викликах.

2. *Сімейні та міжособистісні проблеми.* Учасники можуть стикатися з конфліктами та труднощами у взаєминах зі своїми близькими чи опікунами. Групи самодопомоги надають можливість розділити ці проблеми та знайти рішення у підтримуючому середовищі.

3. *Фізичні та практичні проблеми.* У паліативній медицині можуть виникати фізичні симптоми та проблеми догляду, які бувають болючими або вимагають спеціальних навичок та ресурсів. Групи самодопомоги можуть запропонувати інформацію, практичні поради та підтримку у вирішенні таких проблем. Наприклад, діляться контактами фахівців, обговорюють доступні сервіси тощо.

4. *Психологічні та духовні питання.* Учасники можуть задаватися питаннями про сенс життя, справедливість, цінності та віру, почуття внутрішньої порожнечі тощо. Групи самодопомоги можуть запропонувати простір для обговорення та дослідження цих тем, а також підтримку у пошуку духовної та психологічної цілісності.

Конкретні проблеми, з якими стикаються учасники груп самодопомоги, можуть відрізнятися залежно від їхньої ситуації та індивідуальних потреб.

### **Емоційне вигоряння. Self-care – самодопомога**

Турбота і піклування дуже важливі в ПД, але вони важливі й для медичного персоналу, коли ми говоримо про «самопоміч». Самодопомога в такому разі має стати частиною турботи про пацієнта, інакше можна легко отримати синдром емоційного вигоряння. «Вигоряння», або емоційне виснаження, – плавний наростаючий процес. На початку зміни незначні, проте пізніше можуть розвинутися тяжкі захворювання: страхи, депресії, підвищене споживання алкоголю, повне виснаження, а також параліч та інші, ще важчі наслідки. Обслуговування тяжкохворих людей лежить на межі людських можливостей і є важким випробуванням. Люди, які готові надавати не лише фізичну допомогу, мають бути дуже уважні до потреб пацієнтів (та інших помічників) та завжди бути готовими допомогти.

Поради, що допоможуть уникнути емоційного вигоряння:

- ✓ Я повинен прийняти той факт, що існує небезпека емоційного вигоряння.
- ✓ Я маю цілеспрямовану боротьбу з цією небезпекою.

- ✓ Я повинен зрозуміти межі своїх фізичних та психічних можливостей.
- ✓ Я повинен чітко розділяти робочий час та час відпочинку.
- ✓ Після роботи необхідно перейти на відпочинок та спокій – фази, які допомагають зняти навантаження з роботи. Короткі перерви на відпочинок допомагають поновити сили.

### **Особливості психологічного реагування родини на хворобу пацієнта**

Медперсонал дуже тісно спілкується з хворими та їх родинами. Психологія родини значною мірою впливає на перебіг і сприйняття хвороби пацієнта. Хвороба однієї людини часто стає випробуванням для всієї сім'ї, змінюючи її функціонування, емоційний стан і взаємини між членами родини. Перше зіткнення з хворобою зазвичай характеризується недостатньою інформацією, відсутністю навичок взаємодії з хворим, складністю контролю власного емоціонального стану. Основні особливості психологічного впливу хвороби пацієнта на сім'ю можна розділити на 6 змістовних блоків: емоційна реакція сім'ї, зміни у внутрішньосімейних ролях, зміни в комунікації, соціальна ізоляція сім'ї, фінансовий стрес, стратегії адаптації.

*1. Емоційна реакція сім'ї.* Рідні можуть переживати широкий спектр емоцій, таких самих, як і пацієнти:

- Шок і заперечення (особливо на початкових етапах діагностики).
- Тривога і страх перед майбутнім, можливими ускладненнями.
- Відчай і депресія через безсилля або втрату колишнього способу життя.
- Почуття провини (наприклад, якщо хворобі можна було запобігти).
- Агресія або роздратування через зміни у звичному розкладі життя.

*2. Зміни у внутрішньосімейних ролях.*

• Якщо хворий був основним годувальником або опорою сім'ї, іншим членам доводиться брати на себе додаткові обов'язки.

• Діти можуть передчасно дорослішати, беручи на себе роль помічників або навіть опікунів.

• Подружні стосунки можуть змінитися – хвороба може як зміцнити зв'язок, так і стати причиною напруги.

*3. Зміни в комунікації.*

• У деяких випадках члени родини можуть уникати теми хвороби через страх або небажання визнавати проблему.

• В інших випадках комунікація посилюється, і сім'я об'єднується, щоб підтримати хворого.

• Можливі конфлікти через різні погляди на лікування або догляд.

*4. Соціальна ізоляція сім'ї.*

• Родина може втратити соціальні зв'язки через необхідність постійного догляду за хворим.

• Часто спостерігається зниження якості спілкування із друзями та знайомими.

## 5. Фінансовий стрес.

- Лікування та догляд можуть бути дорогими, що створює додатковий тиск.
- Можливе зменшення доходу через неможливість працювати одного чи кількох членів сім'ї.

6. *Стратегії адаптації.* Щоб зменшити негативний вплив хвороби на сім'ю, важливо:

- Шукати психологічну підтримку (консультації, групи підтримки).
- Розподіляти обов'язки, щоб уникнути вигорання у тих, хто доглядає за пацієнтом.
- Відкрито говорити про емоції та потреби всередині родини.
- Дбати про ресурси для підтримки, як матеріальні, так і емоційні.

Перехід на паліативне лікування змінює завдання щодо лікування і скеровує зусилля на догляд за хворими, це означає що людина більше не може виконувати певні повсякденні завдання самостійно (гігієну, одягання, прийом їжі, пересування, контроль фізіологічних потреб, фінансове та побутове управління). Тривале захворювання одного із членів сім'ї формує в інших поведінкову **модель гіперопіки, дистанціювання та збалансованого контакту.**

*Модель гіперопіки* характеризується надмірною турботою та контролем над іншою людиною, що обмежує її самостійність, посиленою турботою з боку рідних, обмеженням хворого від інформації про захворювання, очікування на позитивну перспективу лікування, прогноз.

*Модель дистанціювання* передбачає баланс між емпатією та професійною відстороненістю, щоб уникнути емоційного вигорання, зберегти ясність мислення та забезпечити якісну допомогу пацієнтам і їхнім родинам. Цей підхід допомагає медичним працівникам і родичам підтримувати емоційну рівновагу та професійну ефективність під час роботи з пацієнтами, які перебувають на завершальному етапі життя. Основні складові цієї моделі: емоційний баланс, психологічна саморегуляція, командна підтримка. Переваги моделі дистанціювання: збереження психологічного здоров'я медичних працівників, підтримка високої якості надання ПД, запобігання емоційному вигоранню та професійній деформації, покращання комунікації з пацієнтами та їхніми родинами. Ця модель є необхідною для фахівців, які щоденно працюють із тяжкохворими пацієнтами, оскільки дозволяє поєднувати професіоналізм із людяністю без руйнівних наслідків для психічного здоров'я.

*Модель збалансованого контакту*, для якої характерним є вміння співпереживати хворій людині, будувати партнерські стосунки, а також відкритість обговорення особливостей перебігу захворювання. Ця модель застосовується для забезпечення гармонійної взаємодії між сторонами. Вона передбачає рівно-

мірний розподіл уваги, впливу та відповідальності у процесі спілкування, щоб уникнути домінування однієї зі сторін. Основні принципи моделі збалансованого контакту: рівноправність (кожен учасник взаємодії має рівну можливість висловлювати свої думки та почуття), активне слухання (важливо не лише говорити, але й уважно слухати, намагаючись зрозуміти співрозмовника), взаємоповага (необхідно визнавати цінність думок та почуттів іншої сторони), гнучкість (готовність до компромісів і адаптація до змін у спілкуванні), відповідальність (кожен бере відповідальність за свої слова та дії у процесі контакту).

### **Паліативна допомога людям старечого та похилого віку**

ПД людям старечого та похилого віку означає концентрацію уваги на якості життя, що залишилося. Ще можна так багато всього зробити, навіть коли у відношенні розвитку основного захворювання вже зробити нічого. Тут ціль змінюється. Це більше не боротьба із хворобою, а прагнення до найкращого життя з нею. Така змінена думка допомагає прийняти те, що смерть передбачувана і неминуча. Завдяки цьому життя, що залишилося, дивним чином набуває насиченості і якості. Паліативна медицина працює як із почуттям безпорадності, так з почуттям перенапруги хворих людей. Тяжкість ситуації не приховується від пацієнтів, ми дивимося проблемі в обличчя, ми залишаємось поряд і допомагаємо подолати кризу. Правильне паліативне лікування тримається на трьох «слонах»: відповідне ставлення, багаторічний досвід та відмінні професійні знання.

Люди старечого та похилого віку часто мають хронічні й дегенеративні захворювання (онкологія, деменція, серцево-судинні захворювання, хвороба Паркінсона тощо). ПД для них має низку особливостей, а саме:

- контроль болю та симптомів (знеболення, корекція дихальних проблем, харчування);
- психоемоційна підтримка (запобігання депресії, підтримка соціальної активності);
- допомога в повсякденному житті (догляд, гігієна, організація побуту);
- спілкування із сім'єю (консультації для родичів, навчання догляду).

### **Форми паліативної допомоги:**

- стаціонарні відділення (хоспіси, спеціалізовані лікарні);
- амбулаторна допомога (відвідування лікарів удома);
- догляд у будинках для літніх людей (спеціальні відділення);
- домашня ПД (патронаж, мобільні бригади).

Таким чином, ПД літнім людям має на меті не тільки полегшення фізичних страждань, а й створення для них комфортного та гідного середовища на завершальних етапах життя. Таким пацієнтам важливо забезпечити не тільки медичний догляд, а й емоційну та соціальну підтримку.

## Розділ 2. ОЦІНКА СИМПТОМІВ І ЛІКУВАННЯ

### 2.1. Оцінка функціонального стану важкохворого і онкологічних пацієнтів

На сучасному етапі розвитку медицини важливим є формування медсестринської моделі – автономного, кваліфікованого практика, який зосереджений на наданні допомоги, догляді та медсестринському процесі, може самостійно оцінити стан пацієнта, спланувати свою роботу та проаналізувати результат роботи.

Оцінка функціонального стану важкохворого пацієнта є ключовим етапом у визначенні рівня догляду, прогнозу захворювання та необхідного обсягу ПД. Завдання медичної сестри полягає в тому, щоб допомогти хворому вирішити його проблеми. Для ефективного виконання цього завдання необхідно знати прояви та симптоми захворювань, вміти виявляти зміни в організмі, що дозволяють зробити висновки про хворобу. Хворобу можна визначити за сукупністю ознак. Багато діагностичних помилок виникають через недостатнє обстеження хворого. Тому важливим правилом діагностики є ретельне і систематичне вивчення пацієнта. Для цього обстеження завжди проводять за чітким планом, системою та у визначеному порядку, який не має бути порушено. На тепер для визначення функціонального стану паліативного хворого використовуються шкали.

#### Основні методи оцінки функціонального стану

##### 1. Шкала Карновського (*Karnofsky Performance Status, KPS*).

Використовується для оцінки загального стану онкологічних та паліативних пацієнтів. Пацієнта оцінюють у відсотках (від 100 % – повна активність до 0 % – смерть) (табл. 4).

Таблиця 4

#### Шкала Карновського

Опис пацієнта	Бали*	Інтерпретація
Нормальний стан. Скарги та симптоми хвороби відсутні	100	Збережена здатність вести звичайну діяльність та працювати. Потреби в особливому догляді немає
Здатність вести нормальну діяльність збережена. Ознаки або симптоми захворювання незначні	90	Збережена здатність вести звичайну діяльність та працювати. Потреби в особливому догляді немає
Нормальна діяльність, що потребує зусиль. Наявні певні ознаки або симптоми захворювання	80	Збережена здатність вести звичайну діяльність та працювати. Потреби в особливому догляді немає
Дбає про себе. Вести нормальну діяльність чи виконувати активну роботу не в змозі	70	Працювати не в змозі. Здатність жити вдома та піклуватися про більшість особистих потреб збережена. Потребує різної допомоги
Інколи потребує допомоги, але має здатність задовольнити більшість своїх особистих потреб	60	Працювати не в змозі. Здатність жити вдома та піклуватися про більшість особистих потреб збережена. Потребує різної допомоги
Потребує значної допомоги та часті медичної допомоги	50	Працювати не в змозі. Здатність жити вдома та піклуватися про більшість особистих потреб збережена. Потребує різної допомоги
Інвалідизація. Потребує допомоги та особливого догляду	40	Подбати про себе не в змозі. Потребує еквівалента стаціонарного або лікарняного лікування. Можливе швидке прогресування хвороби
Тяжка інвалідність. Показано госпіталізацію, хоча смерть не є неминучою	30	Подбати про себе не в змозі. Потребує еквівалента стаціонарного або лікарняного лікування. Можливе швидке прогресування хвороби

Опис пацієнта	Бали*	Інтерпретація
Дуже хворий. Госпіталізація необхідна. Необхідне проведення активного підтримуючого лікування	20	Подбати про себе не в змозі. Потребує еквівалента стаціонарного або лікарняного лікування. Можливе швидке прогресування хвороби
Помираючий. Фатальні процеси, які швидко прогресують	10	Подбати про себе не в змозі. Потребує еквівалента стаціонарного або лікарняного лікування. Можливе швидке прогресування хвороби
Мертвий	0	Мертвий

\* Чим нижчий бал, тим гірше стан пацієнта

Шкала Карновського є цінним інструментом для клініцистів у щоденній практиці, оскільки допомагає краще розуміти потреби та можливості пацієнтів. Її варто застосовувати для оцінки функціонального стану, зокрема при прогресуючій слабкості у літніх людей, а також для прогнозування. Результати за цією шкалою тісно корелюють із тривалістю життя та необхідністю догляду вдома. Крім того, вона може бути корисною для оцінки ймовірності успішного проходження інвазивного чи інтенсивного лікування.

**2. Шкала ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status Scale) (табл. 5).** Використовується для оцінки фізичної активності та прогнозу щодо онкологічного хворого.

Таблиця 5

### Шкала ECOG

Бали	Стан
0	Повністю активний
1	Обмежена фізична активність, але може виконувати легку роботу
2	Здатний до самообслуговування, але не працює
3	Обмежений у русі, потребує значної допомоги
4	Повністю залежний, прикутий до ліжка
5	Смерть

Загальний стан онкологічного хворого оцінюється за шкалою ECOG в балах та зіставляється зі шкалою Карновського (табл. 6).

Таблиця 6

### Відповідність шкали ECOG до шкали функціонального стану Карновського

Оцінка функціонального стану за шкалою ECOG	Шкала функціонального стану Карновського
0 – Повністю активний, може виконувати всі функції без обмежень, як і до захворювання	100 – Нормально. Скарг та симптомів захворювання немає
	90 – Має здатність вести звичайну діяльність. Ознаки або симптоми захворювання незначні
1 – Обмежений у фізичних навантаженнях, але здатний перебувати на амбулаторному лікуванні та виконувати неважку роботу, таку як домашні справи або офісна діяльність	80 – Нормальна діяльність із зусиллям. Певні ознаки або симптоми захворювання
	70 – Дбає про себе. Вести нормальну діяльність чи виконувати активну роботу не в змозі
2 – Залишається на амбулаторному лікуванні і може обслуговувати себе самостійно, але не в змозі виконувати будь-яку роботу; проводить понад 50 % часу в стані неспання	60 – Іноді потребує допомоги, але здатний задовольнити основні свої особисті потреби
	50 – Потребує значної допомоги та частоті медичної допомоги
3 – Здатний лише до обмеженого самообслуговування; прикутий до ліжка чи стільця; проводить понад 50 % часу в стані неспання	40 – Інвалідизація. Потребує особливої допомоги та догляду
	30 – Тяжка інвалідність. Показано госпіталізацію, хоча смерть не є неминучою
4 – Повністю інвалідизований; не здатен обслуговувати себе самостійно; повністю прикутий до стільця чи ліжка	20 – Дуже хворий. Необхідна госпіталізація. Потребує активного підтримуючого лікування
	10 – Помираючий. Швидкопрогресуючі фатальні процеси
	0 – Мертвий

Пацієнту може знадобитися ПД в кінцевій стадії життя, якщо показник за Індексом Карновського нижче 50 або оцінка за шкалою ECOG більше 2.

### 3. Шкала паліативної ефективності (PPS, Palliative Performance Scale).

Шкала паліативної ефективності використовується для прогнозу тривалості життя, догляду, потреб у паліативних пацієнтів. Включає п'ять показників, оцінених спостерігачами і пов'язаних зі шкалою ефективності Карновського (100–0) (табл. 7). PPS є надійним і дійсним інструментом і добре корелює з фактичним виживанням і середнім часом виживання паліативних пацієнтів в амбулаторних і стаціонарних умовах. Це було визнано корисним задля виявлення та відстеження потенційних потреб пацієнтів у паліативному догляді, особливо тому, що ці потреби змінюються з прогресуванням захворювання. Використовується у паліативній медицині для оцінки функціонального стану та прогнозу тривалості життя. Оцінка базується на таких параметрах: рухливість, активність, можливість самообслуговування, споживання їжі та рідини і рівень свідомості.

Таблиця 7

#### Шкала надання паліативної допомоги (PPS, Palliative Performance Scale)

Рівень PPS	Здатність пересуватися самостійно	Діяльність та ознаки захворювання	Само обслуговування	Прийом їжі	Рівень свідомості
100 %	Збережена	Повсякденна та професійна діяльність нормальна. Ознак захворювання немає	Збережене	Непорушений	Збережена
90 %	Збережена	Повсякденна та професійна діяльність нормальна. Виникають ознаки захворювання	Збережене	Непорушений	Збережена
80 %	Збережена	Виникають труднощі при звичній діяльності. Прояви певних ознак захворювання	Збережене	Непорушений чи знижений	Збережена
70 %	Обмежена	Неможливість здійснювати професійну діяльність/роботу. Виражені ознаки захворювання	Збережене	Непорушений чи знижений	Збережена
60 %	Обмежена	Не може виконувати улюблені/ побутові справи. Виражені ознаки захворювання	У деяких випадках потребує сторонньої допомоги		Збережена чи сплутана
50 %	Переважно сидить/лежить	Не може виконувати жодну роботу. Тяжкі прояви захворювання	Значною мірою потребує сторонньої допомоги	Непорушений чи знижений	Збережена чи сплутана
40 %	Більшість часу перебуває у ліжку	Нездатний до будь-якої діяльності. Виражені ознаки захворювання	Залежність від сторонньої допомоги	Непорушений чи знижений	Збережена чи апатична +/- сплутана
30 %	Повністю прикутий до ліжка	Нездатний до будь-якої діяльності. Виражені ознаки захворювання	Не може обходитися без сторонньої допомоги	Непорушений чи знижений	Збережена чи апатична +/- сплутана
20 %	Повністю прикутий до ліжка	Нездатний до будь-якої діяльності. Виражені ознаки захворювання	Не може обходитися без сторонньої допомоги	Зниження до маленьких ковтків	Збережена чи апатична +/- сплутана
10 %	Повністю прикутий до ліжка	Нездатний до будь-якої діяльності. Виражені ознаки захворювання	Не може обходитися без сторонньої допомоги	Лише годування	Апатична чи коматозна +/- сплутана
0 %	Смерть				

Оцінка PPS – це чудовий інструмент спілкування для швидкого опису поточного функціонального рівня пацієнта, має прогностичне значення, може мати цінність у критеріях оцінки робочого навантаження або інших вимірювань і порівнянь.

#### **4. Шкала ADL (*Activities of Daily Living, шкала повсякденної активності*).**

Використовується для оцінки незалежності пацієнта в базових діях:

- самостійне харчування;
- гігієна: здатність митися самостійно (ванна/душ), користуватися туалетом;
- одягання: здатність одягатися та роздягатися;
- переміщення (ходьба, вставання): здатність пересуватися з положення лежачи в положення сидячи та ходити;
- контроль фізіологічних потреб.

Для оцінки використовується шкала від 0 до 2 балів, тобто оцінюється кожна з діяльностей від повної самостійності до повної залежності. Зазвичай **0 балів** – повна залежність, не виконує самостійно; **1 бал** – потребує допомоги; **2 бали** – виконує самостійно.

Загальний бал може варіюватися залежно від модифікації шкали. Існує кілька модифікацій шкали, серед яких найбільш поширеною є Індекс Каца, а більш детальною – індекс Бартела.

**1. Індекс Каца (*Katz ADL scale*)** визначає рівень здатності до самообслуговування за оцінкою 6 базових функцій (купання, одягання, туалет, мобільність, контроль сечовипускання і дефекації, харчування) з різними рівнями допомоги (6 – повна залежність, 0 – повна незалежність). Кожна функція оцінюється таким чином: **1 бал** – виконує самостійно, **0 балів** – потребує допомоги.

Ця шкала часто використовується в геріатрії, реабілітації та медичній оцінці стану пацієнтів похилого віку або осіб із хронічними захворюваннями.

**2. Індекс (шкала) Бартела (*Barthel Index, BI*)** визначає рівень здатності пацієнта до самообслуговування за оцінкою 10 функцій з різними рівнями допомоги (0 – повна залежність, 100 – повна незалежність) (*табл. 8*).

Ця шкала для оцінки рівня незалежності пацієнта у виконанні повсякденних дій. Цей індекс часто використовують у неврології, реабілітації та геріатрії, зокрема після інсульту або травм. Він допомагає реабілітологам оцінювати рівень самостійності пацієнта та визначати необхідність додаткової допомоги.

Підсумкова оцінка відображає ступінь залежності пацієнта від сторонньої допомоги: 0 балів означає повну залежність, а 100 балів – повну незалежність. Значення 45–50 балів вказує на виражену інвалідність і потребу в постійній допомозі, 50–75 балів свідчить про помірну залежність і потребу в частковій допомозі, а 75–100 балів характеризує мінімальні обмеження або відновлення втрачених функцій.

## Шкала Barthel Index

Вид активності	Оцінка
1. Прийом їжі: 0 = не здатний 5 = потребує допомоги при нарізуванні продуктів, намазуванні вершків тощо або вимагає спеціальної дієти 10 = не залежить від оточуючих	
2. Купання: 0 = залежить від оточуючих 5 = не залежить від оточуючих	
3. Особистий туалет (чищення зубів, вмивання, розчісування, гоління): 0 = потребує допомоги 5 = може самостійно чистити зуби, умиватися, розчісувати волосся, голитися	
4. Одягання: 0 = залежить від оточуючих 5 = потребує допомоги, але може самостійно впоратися на половину 10 = не залежить від оточуючих (зокрема, при застібанні гудзиків, замків тощо)	
5. Контроль дефекації: 0 = нетримання калу (чи потреба у клізмах) 5 = інколи трапляється неутримання калу 10 = може повністю контролювати дефекацію	
6. Контроль сечовипускання: 0 = нетримання сечі чи необхідність катетеризації сечового міхура, не здатен самостійно впоратися із сечовипусканням 5 = інколи трапляється нетримання сечі 10 = може повністю контролювати сечовипускання	
7. Користування туалетом: 0 = залежить від оточуючих 5 = вимагає певної допомоги, хоча може частково справлятися самостійно 10 = не залежить від оточуючих (може самостійно сісти на унітаз та встати з нього, зняти та одягти одяг, підтертись)	
8. Пересування (з ліжка в крісло і назад): 0 = нездатний, не утримує рівновагу в положенні сидячи 5 = вимагає деякої допомоги (фізичної допомоги однієї чи двох осіб) 10 = вимагає незначної допомоги (фізичної або вербальної) 15 = не залежить від оточуючих	
9. Здатність до пересування по рівній поверхні: 0 = нездатний до пересування або долає менше 45 м 5 = може незалежно пересуватися в інвалідному візку 10 = може ходити за допомогою однієї чи двох осіб (фізичної або вербальної), проходить понад 45 м 15 = не залежить від оточуючих (може користуватися допомогою, зокрема використовувати ціпок), долає понад 45 м	
10. Подолання сходів: 0 = нездатний 5 = потребує допомоги (вербальної, фізичної, наприклад, щоб піднести речі) 10 = не залежить від оточуючих	
Всього:	

Оцінка функціонального стану важкохворого пацієнта дозволяє адаптувати ПД до його потреб, прогнозувати подальший стан і покращувати ЯЖ. Залежно від отриманих результатів, медична команда приймає рішення про необхідний рівень догляду та підтримки.

## **2.2. Паліативна допомога людям старечого та похилого віку**

ПД для людей старечого та похилого віку – це система медичних, соціальних, психологічних та духовних заходів, що спрямовані на полегшення страждань та покращання якості життя пацієнтів, які перебувають на останніх стадіях хронічних захворювань або мають обмежену тривалість життя. ПД орієнтована не на лікування основного захворювання, а на полегшення симптомів та надання підтримки на всіх рівнях: фізичному, емоційному, соціальному та духовному.

### **Основні принципи паліативної допомоги для людей старечого віку**

1. *Контроль болю та симптомів.* Надання допомоги фокусується на зменшенні болю та інших симптомів, таких як задишка, нудота, втрата апетиту або депресія. Під час надання допомоги використовують медикаментозні та немедикаментозні підходи.

2. *Індивідуальний підхід.* Лікування та догляд адаптуються до індивідуальних потреб пацієнта з урахуванням його фізичного, психічного та емоційного стану, а також соціальних та культурних особливостей.

3. *Психологічна підтримка.* Враховуючи, що старші люди часто стикаються з депресією, тривогою та самотністю, ПД включає психологічну підтримку для пацієнтів та їхніх родин.

4. *Підтримка родини.* Допомога також спрямована на родичів і близьких, які можуть бути виснажені та емоційно перевантажені, надаючи їм консультації та практичну допомогу.

5. *Інтеграція духовної допомоги.* Багато пацієнтів старшого віку мають духовні потреби, і ПД включає підтримку, що відповідає їхнім релігійним або особистим (філософським і духовним) переконанням. За потреби залучаються капелани або духовні радники.

6. *Командний підхід.* ПД зазвичай надається міждисциплінарною командою, що складається з лікарів, медсестер, психологів, соціальних працівників, а іноді й священників чи консультантів.

### **Форми надання паліативної допомоги**

1. *Домашня ПД.* Це допомога, яка надається в умовах дому пацієнта, що дозволяє йому залишатися в комфорті рідного оточення.

2. *Госпітальна ПД.* Це допомога, яка надається у спеціалізованих медичних установах, де пацієнти можуть отримати більше спеціалізованих медичних послуг.

3. *Хоспіси.* Спеціалізовані заклади, які надають ПД людям на кінцевих стадіях хвороб, що не піддаються лікуванню.

ПД важлива, оскільки вона допомагає забезпечити не тільки фізичний комфорт пацієнта, але й емоційну підтримку, що дозволяє гідно пережити останні роки життя.

### 2.3. Хронічний біль: догляд та лікування

Біль належить до найпоширеніших симптомів, які трапляються в паліативній медицині. Ефективне знеболення передбачає забезпечення скринінгу болю, його адекватну оцінку, якщо він присутній, та належне лікування. Це включає цілеспрямовані та системні, нефармакологічні та фармакологічні підходи.

За визначенням Міжнародної асоціації щодо вилікування болю (IASP), «Біль являє собою неприємне сенсорне і емоційне переживання, пов'язане з дійсним або можливим пошкодженням тканини, яке описується, виходячи з такого пошкодження. Біль завжди суб'єктивний. Кожна людина пізнає смисл цього слова через переживання, пов'язані з одержанням будь-якого пошкодження у ранні роки його життя. Біль являє собою завжди неприємне, і тому емоційне переживання».

Хронічний больовий синдром найчастіше спостерігається при поширеному онкологічному процесі. Тривалий біль спричиняє розвиток патологічних змін у центральній та периферичній нервовій системі, що залучає до механізмів патологічного болю й інші системи організму, зокрема ендокринну та кровоносну, провокуючи стресові реакції. У таких випадках для знеболення необхідний не лише анальгезуючий підхід, а і комплексна патогенетична терапія.

Больовий синдром, пов'язаний безпосередньо з пухлинним процесом, може виникати через:

- ураження кісткової тканини;
- компресію нервових структур (сплетінь, стовбурів, корінців спинного мозку тощо);
- інфільтрацію та руйнування нервових елементів;
- проростання пухлини в м'які тканини (інфільтрація, здавлення, розтягнення, деструкція);
- оклюзію або стиснення кровоносних судин;
- підвищення внутрішньочерепного тиску;
- м'язові спазми внаслідок ураження кісток;
- закупорку жовчних і сечовивідних шляхів;
- обструкцію чи компресію лімфатичних судин.

Хронічний тазовий біль часто трапляється у жінок, але причину визначити складно. Синдром подразненого кишечника супроводжується абдомінальним болем без видимих порушень травної системи.

Окремо необхідно виділити ятрогенні больові синдроми, обумовлені проведенням протипухлинної терапії. Під час терапевтичних заходів, таких як хіміотерапія, променева терапія або хірургічне втручання, можуть розвинутися специфічні ускладнення, що супроводжуються больовим синдромом різного ступеня тяжкості. Так, під час хіміотерапії можуть розвинутися мукозит і токсичні нейропатії.

При гормонотерапії може розвиватися хвороблива гінекомастія і гормон-індуковані атаки гострого болю.

### **Класифікація болю**

Хронічний біль може бути ноцицептивним, нейропатичним, психогенним та ідіопатичним.

**Ноцицептивний (рецепторний) біль** обумовлений пошкодженням тканин. Він може бути соматичного (кісткового або м'язово-фасціального) і вісцерального походження. Механізм ноцицептивного болю обумовлений механічним або хімічним подразненням рецепторів (ноцицепторів) шкіри, м'язів, кісток або внутрішніх органів. Цей біль зазвичай характеризується як локалізований або розлитий, постійний і глибокий.

Ноцицептивний соматичний біль внаслідок безпосереднього впливу злоякісної пухлини на тканини виникає в результаті патологічних переломів, гострої обструкції порожнистих органів, крововиливів у паренхіму пухлини і її некрозу. Нерідко під час розвитку пухлини відбувається інфікування тканин. У цих випадках хронічний біль буде наслідком міалгії, артралгії, сепсису, абсцесів або ран, які довго не загоюються.

**Нейропатичний (підтримуваний симпатичний) біль** обумовлений безперервною соматосенсорною обробкою сигналів у периферичній та центральній нервовій системі. Нейропатичний біль виникає у відповідь на пошкодження, подразнення або патологічну активність симпатичної нервової системи. Зазвичай цей біль локалізований в ділянці порушеної чутливості шкіри. Наприклад, біль у ногах описується як постійний, тупий, пекучий, що обпалює. Цей тип болю супроводжується гіперестезіями, порушенням терморегуляції і потовиділення, трофічними змінами шкіри.

**Психогенний біль** – група больових синдромів, які підтримуються головним чином психологічними факторами. Це біль, який виникає або посилюється під впливом психологічних факторів, таких як стрес, тривожність, депресія чи емоційне напруження. Він не пов'язаний із видимими фізичними ушкодженнями або патологічними змінами в організмі, але може бути настільки ж інтенсивним, як і біль фізичного походження. Характеристики психогенного болю: невизначена локалізація (біль може змінювати своє місце або мати розмитий характер), змінність інтенсивності (може зменшуватися або посилюватися залежно від емоційного стану людини), відсутність явних фізичних причин (діагностичні обстеження не виявляють органічних порушень). Супутні психологічні симптоми – депресія, тривога, дратівливість, порушення сну.

*Поширені форми психогенного болю:*

- головний біль напруги – частий наслідок стресу;

- м'язово-скелетний біль – часто зустрічається у людей із хронічною тривожністю;

- абдомінальний (шлунково-кишковий) біль – може бути пов'язаний із психосоматичними розладами, наприклад синдромом подразненого кишечника;

- кардіалгія (біль у серці) – частий супутник панічних атак.

**Ідіопатичний біль** – больовий синдром, що персистує за відсутності морфологічного або психологічного субстрату. Ідіопатичний біль – це хронічний біль, причина якого залишається невідомою навіть після всебічного медичного обстеження. Термін «ідіопатичний» означає, що біль не має очевидного фізичного чи органічного пояснення. Характеристики ідіопатичного болю: невідоме походження – немає видимих пошкоджень або патологій, хронічний характер – триває більше 3–6 міс, стійкість до лікування – звичайні анальгетики часто неефективні. Зв'язок із психологічними факторами – може посилюватися через стрес, депресію чи тривогу. Приклади ідіопатичних больових синдромів: фіброміалгія – розповсюджений м'язовий біль без запального процесу, ідіопатичний лицевий біль – хронічний біль у ділянці обличчя без очевидних причин.

### Діагностика та оцінка інтенсивності болю

Незвичайним є той факт, що розмір, локалізація і морфологія пухлини не корелюють з інтенсивністю больового синдрому. Біль завжди суб'єктивний. Тяжкість болю може оцінити тільки пацієнт. Для опису хронічного больового синдрому використовують два показники: ступінь вираженості больових відчуттів за шкалою інтенсивності болю; необхідна доза анальгетиків для контролю больового синдрому.

### Шкали інтенсивності болю:

- Числова рейтингова шкала болю (*Numeric Rating Scale, NRS*), за якою оцінюється інтенсивність болю з цифровою оцінкою від 0 до 10, де 0 – повна відсутність болю, а 10 – нестерпний біль (рис. 2).



Рис. 2. Числова рейтингова шкала болю

- Шкала з вербальною описовою оцінкою, яка поєднує числову шкалу (*NRS*) з короткими описами для кращого розуміння пацієнтами (рис. 3): 0 – немає болю; 1–3 – легкий біль (майже не турбує, можна терпіти); 4–6 – помірний біль (турбує, заважає деяким повсякденним діям); 7–9 – сильний біль (значно ускладнює повсякденну активність); 10 – нестерпний біль (нестерпний, не дає зосередитися ні на чому).



Рис. 3. Шкала з вербальною описовою оцінкою

• *Візуально-аналогова шкала (VAS, Visual Analogue Scale)*. Використовується для оцінки індивідуального сприйняття хворим різноманітних симптомів, частіше для суб'єктивної оцінки інтенсивності болю. VAS представлена у вигляді 10-сантиметрової лінійки, де пацієнт позначає рівень болю за шкалою від 0 до 10. У деяких варіантах шкали використовується кольоровий градієнт: від зеленого (без болю) до червоного (інтенсивний біль), що супроводжується відповідними зображеннями – від усміхненого до сумного обличчя (рис. 4). Пацієнт переміщує повзунок, обираючи точку, що відповідає його відчуттям.



Рис. 4. Візуально-аналогова шкала (VAS, Visual Analogue Scale)

Метод є ефективним, проте важливо, щоб пацієнт правильно сприймав крайні значення шкали. У модифікованих версіях шкала включає шість смайлів або облич, які відображають емоційний стан відповідно до рівня болю чи інших симптомів, наприклад свербезу або ринореї, згідно з вербально-ранговою шкалою. VAS також застосовується для оцінки інтенсивності болю у пацієнтів із деменцією.

Співвідношення між болем, депресією, втомую та іншими симптомами можна визначити за допомогою шкали оцінки симптомів Едмонта (Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS), шкали оцінки симптомів онкологічного центру MO Anderson (M. D. Anderson Symptom Inventory, MDASI), шкали оцінки симптомів болю (Memorial Symptom Assessment Scale, MSAS), Роттердамського переліку оцінки симптомів (Rotterdam Symptom Checklist, RSC).

При встановленні діагнозу хронічного больового синдрому необхідно враховувати анамнез захворювання, особливості онкологічного процесу, його характер і поширеність, а також оцінювати фізичний, неврологічний та психічний стан пацієнта. Важливо проаналізувати історію хронічного болю, зокрема його тривалість, інтенсивність, локалізацію, тип, а також ефективність та побічні реакції на попередню анальгетичну терапію. Крім оцінки інтенсивності болю за шкалою VAS, оцінюється також соматичний статус і ЯЖ пацієнта.

### **Методи лікування хронічного больового синдрому**

Локальна фармакотерапія болю передбачає такі підходи: введення опіоїдних препаратів субдурально та епідурально, використання катетеризації епідурального простору або лікворної системи головного мозку для тривалої терапії, місцеве застосування анестетиків, а також сакральну (каудальну) анестезію при болях у тазовій ділянці. Проте ці методи рідко використовуються на практиці через технічну складність і високу ймовірність ускладнень. Вони доцільні переважно в стаціонарних умовах, коли інші способи знеболення не дають належного ефекту.

Блокада нервів здійснюється за допомогою місцевих анестетиків, нейролітичних хімічних речовин або фізичних методів (наприклад, кріовпливу) з метою переривання передачі больових імпульсів і пригнічення активності больових рецепторів. У певних випадках блокада місцевими анестетиками може забезпечити тривалий ефект, зокрема при наявності больових інфільтратів, ураженнях суглобів і зв'язок або м'язовому спазмі.

Для довготривалої блокади застосовуються хімічні нейролітики, такі як спирт або фенол, які спричиняють руйнування нервових волокон шляхом денатурації білків. Однак їх використання може супроводжуватися серйозними ускладненнями, включаючи неврити та некроз тканин. Тому хімічну блокаду нервів призначають лише в тих випадках, коли традиційна фармакотерапія не дає результатів.

Основним методом знеболення в онкологічних пацієнтів експертний комітет ВООЗ визнав системну фармакотерапію. У 1986 р. була запропонована триступенева схема знеболення при онкологічних захворюваннях. Спочатку застосовують слабкі опіоїди, такі як кодеїн, а при посиленні больового синдрому переходять до сильніших, наприклад морфіну.

Лікування болю рекомендується проводити за такою послідовністю:

1. Ненаркотичні анальгетики у поєднанні з ад'ювантними препаратами.
2. Слабкі опіоїди (наприклад, кодеїн) + ад'ювантні засоби.
3. Сильні опіоїди (морфінова група) у комбінації з ад'ювантною терапією.

Знеболювальну терапію слід розпочинати при появі перших ознак болю. Анальгетики призначають за фіксованим графіком, а не за потреби, щоб забезпечити постійний знеболювальний ефект. Ад'ювантні та симптоматичні засоби слід застосовувати виключно за показаннями.

## **Загальні принципи знеболювання в онкологічних пацієнтах (ВООЗ)**

**Перший ступінь** відповідає незначним больовим відчуттям (0–3 бали за шкалою VAS). Лікарські засоби слід призначати перорально. Якщо цей спосіб неможливий через нудоту, блювання або порушення ковтання, слід розглянути трансдермальне або ректальне введення, особливо у пацієнтів у термінальному стані, які не можуть ковтати препарати.

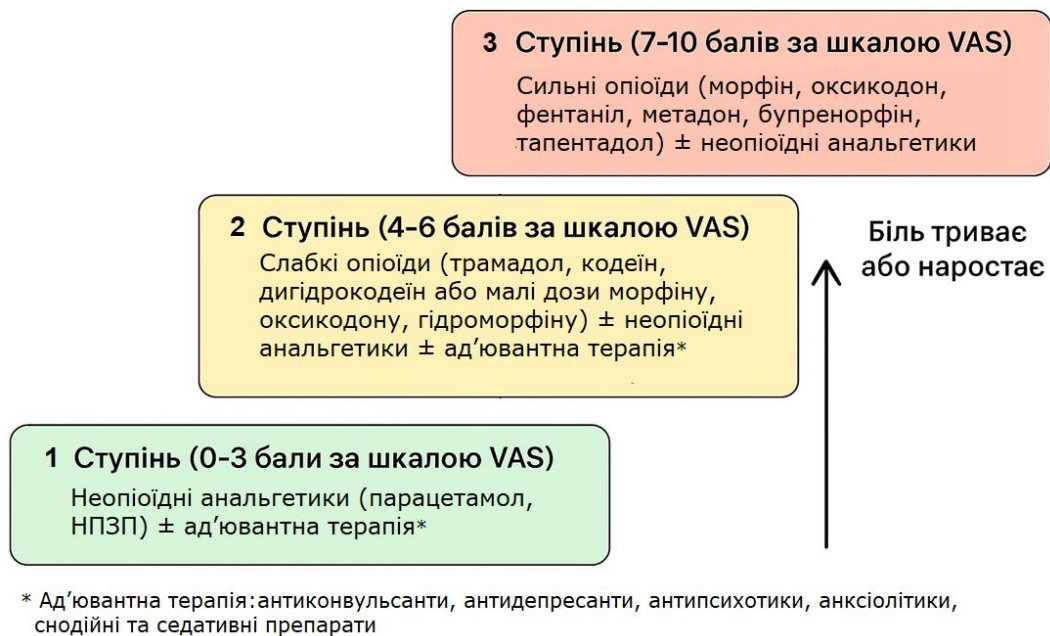
**Другий ступінь** відповідає болю від слабкого до помірного (4–6 балів за шкалою VAS). При хронічному больовому синдромі лікарські засоби необхідно приймати регулярно, а не тільки у випадку загострення болю. Інтервали між прийомами повинні відповідати фармакокінетичним характеристикам препарату. Крім того, пацієнт має бути забезпечений засобом з негайним вивільненням активної речовини для купірування проривного болю, який виникає незважаючи на систематичне застосування анальгетиків.

**Третій ступінь** відповідає інтенсивному больовому синдрому, який варіюється від помірного до сильного (7–10 балів за шкалою VAS). Лікування слід проводити відповідно до анальгетичної схеми: при незначному болю терапію варто розпочати з парацетамолу або нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), за умови відсутності протипоказань. Якщо ефект недостатній, необхідно перейти на наступний рівень знеболення. У пацієнтів із пухлинним процесом, які відчувають виражений біль, найчастіше доцільним є застосування опіоїдів, незалежно від механізму його виникнення. На кожному етапі анальгезії слід оцінювати необхідність додаткових засобів, що підсилюють дію анальгетиків, а також препаратів для зменшення побічних ефектів. На другій і третій сходинці анальгетичної терапії рекомендовано використовувати неопіоїдні анальгетики в комбінації з опіоїдами, оскільки вони підвищують ефективність останніх та допомагають уповільнити розвиток толерантності.

Сходинки знеболення (нижня 1 – верхня 3) (рис. 5):

1. Неопіоїдні анальгетики (парацетамол, нестероїдні протизапальні лікарські засоби).  
Біль триває або наростає
2. Слабкі опіоїди (трамадол, кодеїн, дигідрокодеїн або малі дози морфіну, оксикодону, гідроморфону) ± неопіоїдні анальгетики.  
Біль триває або наростає
3. Сильні опіоїди (морфін, оксикодон, фентаніл, метадон, бупренорфін, тапентадол) ± неопіоїдні анальгетики.

На кожній сходинці слід розглянути: ад'ювантні лікарські засоби, блокади, невролізи, хірургічні методи, онкологічні методи (радіотерапія, хіміотерапія тощо), нейромоделювання, масаж, акупунктура, акупресура тощо, лікарські засоби, які зменшують небажані симптоми.



**Рис. 5.** Загальні принципи знеболювання в онкологічних пацієнтів (ВООЗ)

### *Анальгетики периферичної дії*

Дія периферичних анальгетиків переважно зумовлена пригніченням синтезу простагландинів та зниженням чутливості больових рецепторів до брадикініну.

Класичним представником цієї групи є ацетилсаліцилова кислота (аспірин), яка має знеболювальний, жарознижувальний і протизапальний ефект, а також зменшує агрегацію тромбоцитів. Основний механізм її дії – блокування ферменту циклооксигенази, що порушує утворення простагландинів.

Парацетамол також проявляє анальгезуючі та жарознижувальні властивості, проте його протизапальна дія менш виражена. Він інгібує синтез простагландинів і впливає на центр терморегуляції в гіпоталамусі. Як анальгетик парацетамол використовується для купірування болю слабкої та помірної інтенсивності, зазвичай протягом нетривалого курсу (6–8 днів).

Комбіновані препарати, що містять парацетамол, можуть мати посилений протизапальний (парацетамол + ібупрофен) або анальгезуючий ефект (парацетамол + кодеїн).

Метамізол (анальгін) відзначається більш вираженою знеболювальною, жарознижувальною та спазмолітичною дією. Він пригнічує синтез біологічно активних речовин, що спричиняють біль (ендопраксиди, брадикініни, простагландини тощо), а також блокує передачу больових імпульсів і підвищує поріг больової чутливості на рівні таламуса.

На основі метамізолу створено низку комбінованих препаратів, що мають більш виражений анальгезуючий і спазмолітичний ефект. Серед них найвідомішим є баралгін, а також його аналоги (спазмалгін, спазган, триган тощо), які демонструють покращену спазмолітичну дію та сприяють розслабленню гладкої мускулатури.

НПЗП мають виражені знеболювальні та протизапальні властивості, а також здатність знижувати агрегацію тромбоцитів. Вони ефективні при больовому синдромі слабкої та середньої інтенсивності. Основний механізм дії цих препаратів полягає в блокуванні ферменту циклооксигенази та гальмуванні синтезу простагландинів, які беруть участь у формуванні больової реакції.

Застосування НПЗП доцільне при метастатичних ураженнях кісткової тканини, пухлинах м'яких тканин і вісцеральних болях.

До найбільш відомих представників цієї групи належать:

- диклофенак (вольтарен, верал, дикломакс, наклоф, ортофен тощо);
- індометацин (індобене, індовіс ЕС, індотард, метиндол тощо);
- напроксен (апранакс, дапрокс ентеро, напробене тощо);
- кетопрофен (кетонал, кнавон, профенід, фастум тощо);
- кеторолак (кетанов, кеторол, торадол тощо).

#### ***Анальгетики центральної дії.***

У 1961 р. ООН затвердила «Єдину конвенцію про наркотичні засоби». Цей документ став основним міжнародним договором про контроль над наркотиками і був підписаний більш ніж 180 країнами. Згодом були внесені різні поправки до Протоколу і сьогодні використання сильних опіоїдів в медичних цілях законодавчо врегульовано. На основі систематичних оглядів найкращих наявних даних та передового досвіду у 2012 р. Національний інститут охорони здоров'я (NICE) опублікував рекомендації «Безпечне та ефективне призначення сильних опіоїдів в ПД дорослим».

Лікарю перед призначенням опіоїдів рекомендується детально обговорити з онкологічним пацієнтом ряд питань, щоб допомогти уникнути непотрібної тривоги і занепокоєння щодо розвитку наркологічної залежності. Важливо підкреслити, що приймати знеболюючі препарати слід регулярно, щоб запобігти болю, а не чекати, коли він стане нестерпним.

#### ***Ад'ювантні лікарські засоби.***

Препарати, що не є анальгетиками, але здатні зменшувати біль або посилювати ефект анальгетиків, використовуються здебільшого при невропатичному болю. До таких засобів належать протиепілептичні препарати та антидепресанти.

#### ***Немедикаментозні методи лікування болю.***

• Блокади та нейроdestructивні операції (невроліз, термоліз, кріоліз, нейрохірургічні втручання) можуть бути розглянуті, якщо фармакологічне лікування є неефективним чи неможливим або пацієнт не переносить лікарські засоби. Також ці методи можуть бути застосовані, якщо характер болю дозволяє використовувати такі інвазивні процедури, і пацієнт готовий до них та здатний перенести їх.

- Променева терапія є основним методом лікування для локалізованого болю, зокрема при метастазах у кістки (метастази можуть бути виявлені за допомогою сканування з введенням радіоіотопів, наприклад стронцію). Іноді застосовується також при лікуванні невропатичного болю, що локалізується в ділянці малого таза (пухлини пресакральної ділянки, інфільтрація попереково-крижового з'єднання), у руці або плечі (пухлина Панкоста, метастази в лімфатичні вузли в пахвовій, шийній та надключичній ділянках).

- Радіочастотна термоабляція трійчастого нерва.

- Черезшкірна електростимуляція нервів (TENS) використовується переважно для зняття післяопераційного болю та хронічного болю, що не має пухлинного походження.

- Фізіотерапія (масаж, лікувальна фізкультура, фізіотерапевтичні процедури) здебільшого сприяє зменшенню м'язово-фасціальних болів або попереджає їх появу.

- Допоміжні засоби, такі як корсети та протези, застосовуються для підтримки пацієнта та полегшення рухливості.

- Трудотерапія навчає пацієнта функціонувати так, щоб уникати болю, а також використовує психологічні методи для відволікання від болю.

## **2.4. Допомога при психоневрологічних симптомах**

ПД при психоневрологічних розладах включає підтримку, яка спрямована на полегшення таких симптомів, як психічні розлади, тривожність, панічні атаки, депресія, ризик суїциду, порушення сну, раніше діагностовані психічні захворювання, делірій, деменція, підвищений внутрішньочерепний тиск, судомні напади, безсудомний епілептичний статус, міоклонія та м'язові судоми. Крім того, допомога спрямована на покращання якості життя пацієнта та підтримку родини.

**Стомлюваність.** Може виникнути як наслідок самого захворювання (наприклад рак) або як побічний ефект лікування (наприклад хіміотерапія, променева терапія). До інших можливих причин відносяться: анемія, зневоднення, біль; лікувальні фактори – застосування опіоїдів, бензодіазепінів, наслідки хіміотерапії; неправильне харчування; депресія; ендокринні порушення, такі як хвороба Аддісона та гіпогонадізм.

Стомлюваність може мати як оборотні, так і необоротні причини. Важливо виявити і лікувати оборотні фактори.

### ***Лікування***

- Помірні фізичні вправи: індивідуальні програми аеробного навантаження, такі як швидка ходьба, плавання, велосипед.

- Когнітивно-поведінкова терапія.

- Психотерапія, орієнтована на усвідомлення.

- Акупунктура; нефармакологічне лікування.

- Кортикостероїди: допомагають знижувати вплив прозапальних цитокінів та покращують загальне самопочуття. Доза: дексаметазон 4–8 мг перорально один раз на день, вранці, не більше 14 днів. Важливо пам'ятати про можливі побічні ефекти, такі як стероїдний діабет і затримка рідини. Тривале використання кортикостероїдів може призвести до проксимальної міопатії.

**Панічна атака** – це раптовий епізод інтенсивного страху або дискомфорту, який супроводжується фізичними та емоційними симптомами. Вона може виникнути без видимої причини та тривати від кількох хвилин до пів години, хоча залишкові ефекти можуть відчуватися довше.

Панічний розлад зазвичай асоціюється з хронічним перебігом, що призводить до економічного тягаря та втрати якості життя, тому важливими є належна профілактика та лікування. Панічний розлад є складним гетерогенним багатофакторним і полігенним розладом. Ця гетерогенність не тільки ускладнює діагностику, але й результати лікування та прогноз. На сьогодні не виявлено валідних, специфічних або чутливих біомаркерів панічного розладу або відповіді на лікування. При панічному розладі відбувається наступне: несподівано повторювані панічні атаки (не менше двох випадків за пів року); надмірна тривога, що може призвести до повторення панічної атаки; уникнення місць або ситуацій, в яких вони можуть відбуватися.

Найбільш імовірні фактори, що викликають панічні атаки та панічний розлад, такі як тривога про здоров'я, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), obsесивно-компульсивний розлад, депресія, фобія, психологічні проблеми, генетичні фактори.

Симптоми панічної атаки:

- пітливість;
- прискорене серцебиття;
- відчуття нестачі повітря;
- тремтіння в тілі;
- задишка;
- біль або дискомфорт у грудях;
- відчуття дискомфорту в животі, різкі позиви в туалет;
- нудота;
- відчуття ніби втрачаєш свідомість, запаморочення;
- парестезія (відчуття поколювання або оніміння);
- припливи холоду або жару в тілі;
- дереалізація (відчуття нереальності того, що відбувається) чи деперсоналізація (стан відчуження від самого себе);

- страх зійти з розуму;
- страх втрати контролю над своїм тілом;
- страх смерті.

Катастрофічне мислення запускає панічні атаки. У кожної людини думки відрізняються. Щоб дізнатися більше про свій досвід паніки, когнітивно-поведінкова терапія пропонує вести щоденник панічних атак, де вказуються симптоми, катастрофічні думки, некорисні стилі мислення. Людина вчиться аналізувати своє мислення і формувати збалансовані думки.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) може запропонувати вправи для роботи із загрозливими під час панічної атаки відчуттями в тілі. Зіткнення зі страхами і відповідними відчуттями в тілі проводиться виключно з фахівцем КПТ.

### ***Рекомендації щодо зменшення симптомів панічної атаки***

Запропонуйте людині разом із вами практикувати дихальні вправи, підраховуючи вдихи та видихи. Це можуть бути прості, рівномірні, повільні вдихи і видихи або спеціальні дихальні вправи для розслаблення.

Зосередьтеся на «тут і зараз». Запропонуйте людині «заземлитися» – сісти в зручну позу, так, щоб її ноги були міцно притиснуті до землі. Це допомагає знову відчути зв'язок із реальністю.

### ***М'язова релаксація (почергове напруження і розслаблення м'язів)***

Спробуйте виконати вправу «5–4–3–2–1»: по черзі називайте п'ять об'єктів, які ви бачите навколо; чотири речі, які ви можете відчути на дотик (наприклад, холод металу, хруст пакету, тепло сонячних променів); три звуки, які чуєте (голоси людей, шум транспорту); два запахи, які ви відчуваєте (аромат кави, парфумів); один смак, який ви відчуваєте (наприклад цукерка, вода, жувальна гумка).

Одним із ефективних методів самодопомоги під час панічної атаки є дихальні вправи. Головною метою є збільшення рівня вуглекислого газу в крові та зниження адреналіну. Швидке дихання, що виникає під час паніки, порушує газовий баланс в організмі і може викликати ще більше дискомфорту. Це можна уникнути, контролюючи дихання та уповільнюючи його.

Один з варіантів седативної дихальної техніки під час панічної атаки – це метод «3–7–8». Почніть з того, щоб вирівняти дихання, зробивши видих довшим. Далі вдихайте протягом 3 с, затримайте дихання на 7 с, а потім повільно видихайте протягом 8 с. Пам'ятайте, що треба дихати не тільки грудьми, але й животом. Вдихайте через ніс, а видихайте через рот. Ця техніка дає швидкий результат, якщо ви правильно налаштуєте себе на її виконання.

Якщо під час панічної атаки необхідно рухатися, виконайте такі кроки: стоячи, напружте всі м'язи тіла, зведіть плечі до голови і стисніть кулаки. Не згинаючи колін, залишайте ноги напруженими і починайте рухатися. Дихайте

рівно, подовжуючи видих, і поступово відчуєте, як напад ослаблюється. Важливо не зосереджуватися на симптомах, оскільки це може погіршити стан. Для того, щоб переключити увагу, спробуйте виконати прості математичні вправи в думці, наприклад, відняти три від ста, потім від отриманого числа відняти ще три і т. д. Це допоможе відволіктися від панічних відчуттів.

Перевірте, чи вийшла людина з панічної атаки. Якщо їй стало легше, запитайте, чи потрібно зв'язатися з кимось або чи потрібна додаткова допомога.

Панічний розлад є однією з найбільш виснажливих психологічних проблем. Хоча фізичні симптоми зазвичай не становлять загрози для здоров'я, регулярні напади призводять до зростання тривожності, що негативно впливає на ЯЖ та знижує здатність до соціальної адаптації. Перший крок до подолання панічного розладу – усвідомлення необхідності звернення за професійною допомогою. Важливо пам'ятати, що панічні атаки піддаються лікуванню, і чим раніше почати коригувати проблему, тим менш серйозними будуть її наслідки.

**Депресія** є поширеною проблемою серед пацієнтів, яким надається ПД, але часто її не діагностують. Частота депресивних розладів може коливатися, але, ймовірно, щонайменше у 25 % хворих із захворюваннями в термінальній стадії спостерігаються значні порушення настрою. Без лікування депресія може посилити прояви інших симптомів і зменшити ефективність стандартних лікувальних заходів. Фізичні прояви захворювання, яке обмежує тривалість життя, можуть бути схожими на симптоми депресії.

Скринінг для виявлення депресії важливий у будь-яких умовах. Слід поставити такі питання: «Чи відчували ви протягом останнього місяця поганий настрій, депресію або безнадійність?» і «Чи відчували ви відсутність інтересу чи задоволення від діяльності протягом останнього місяця?» Також варто обережно поцікавитись наявністю суїцидальних думок чи бажання завдати собі шкоди.

Нефармакологічне лікування депресії включає такі методи: відволікання, релаксація, рекомендації щодо покращання сну та зниження тривожності, нетрадиційні лікувальні підходи. Важливим є також проведення лікувального дня в хоспісі для визначення оптимальної схеми лікування, керованої самопомоги, а також застосування специфічної психологічної підтримки, зокрема КПТ. Фізичні вправи також є ефективним способом лікування.

**Самогубство** є складним явищем, яке зазвичай є наслідком взаємодії психологічних, соціальних та біологічних факторів. Виявлення ризиків і вчасне втручання можуть врятувати життя.

### ***Фактори ризику***

Психічні розлади – депресія, біполярний розлад, шизофренія, посттравматичний стресовий розлад.

Хронічні захворювання або біль – онкологія, неврологічні захворювання, інвалідність.

Залежності – алкоголізм, наркоманія, зловживання психоактивними речовинами.

Соціальна ізоляція – самотність, втрата соціальної підтримки, булінг.

Сімейна історія самогубств – генетичні та психологічні фактори.

Травматичний досвід – насильство, втрата близької людини, військові події.

Імпульсивність та агресія – труднощі з контролем емоцій.

### ***Допомога людині в кризовій ситуації – рекомендації***

Говоріть відкрито – не бійтеся запитати прямо: «Ти думаєш про самогубство?»

Будьте поруч – вислухайте без осуду та намагань дати швидкі рішення.

Підтримуйте – переконайте людину, що вона не одна і що допомога існує.

Допоможіть знайти професійну допомогу – звернення до психолога, психотерапевта, психіатра.

Не залишайте людину наодинці, якщо загроза реальна – у разі безпосередньої небезпеки викликайте швидку допомогу або поліцію.

**Безсоння (інсомнія)** – це розлад сну, що характеризується труднощами із засинанням, недостатньою тривалістю або поганою якістю сну, що призводить до денного дискомфорту та зниження працездатності. Безсоння може бути короткочасним (гострим) або хронічним, коли проблеми зі сном тривають понад три місяці. Причинами можуть бути стрес, тривога, нездоровий спосіб життя, медичні або психологічні захворювання.

Необхідно усунути такі провокуючі фактори, як біль, депресія, делірій, обструктивне апное сну, тривожність.

### ***Нефармакологічне лікування***

Для поліпшення сну важливо встановити постійний час для лягання та пробудження. Рекомендується проводити розслаблення перед сном. Створення комфортних умов для сну також має велике значення – температура в кімнаті не повинна бути надто високою чи низькою, а також необхідно уникати шуму та яскравого освітлення. Уникання денного сну також є важливим. Необхідно відмовитися від вживання кофеїну, нікотину та алкоголю щонайменше за 6 год до сну, а також за 4 год – фізичних навантажень. Важливо також уникати важкої їжі перед сном.

**Делірій** має чотири основні ознаки:

- порушення свідомості та здатності до зосередження уваги;
- зміни в здатності до розпізнавання, сприйняття та психомоторної активності;
- розвиток симптомів протягом короткого часу з коливаннями впродовж дня;
- є прямим наслідком захворювання, синдрому відміни або інтоксикації.

Делірій може початися гостро або підгостро (підгострий початок часто спостерігається в літніх людей), і його необхідно відрізнити від деменції. 4AT (4-Item Test for Delirium) є валідним інструментом для виявлення делірію. Це короткий та простий тест, який використовується для швидкої оцінки можливого делірію. Він складається з 4 запитань і має високу чутливість та специфічність для виявлення делірію. Оцінка включає:

1. Зміни в увазі (зменшення або відсутність концентрації уваги).
2. Зміни у свідомості та орієнтації.
3. Зміни у когнітивному функціонуванні, зокрема сплутаність свідомості.
4. Виявлення змін в психомоторних функціях (гіперактивність або загальмованість).

Кожен із цих аспектів оцінюється по 1 балу, і за сумою балів визначається, чи є підозра на делірій.

Тест САМ (Confusion Assessment Method) – це інший широко використовуваний інструмент для діагностики делірію, який ґрунтується на чотирьох основних критеріях:

1. Гострий початок змін свідомості: пацієнт має відчутні зміни у свідомості, які з'являються швидко.
2. Зниження уваги: виявляється важкість у фокусуванні уваги або сприйнятті.
3. Сплутаність свідомості: характеризується зміною когнітивних функцій, таких як пам'ять, орієнтація та мислення.
4. Зміни в психомоторній активності: пацієнт може демонструвати надмірну активність або, навпаки, бути загальмованим.

Для постановки діагнозу делірію пацієнт повинен задовольняти всі критерії (1 та 2) і хоча б один з критеріїв 3 або 4.

Обидва інструменти є корисними для швидкого виявлення делірію, але важливо пам'ятати, що діагноз повинен підтверджуватися додатковими медичними дослідженнями та оцінкою фахівця.

### ***Види делірію***

Гіперактивний делірій – характеризується переважно підвищеною руховою активністю та збудженням.

Гіпоактивний делірій – проявляється переважно втомленістю та зниженням активності. Часто цей тип не діагностується, оскільки симптоми можуть бути схожими на депресію чи деменцію.

Змішаний моторний тип – поєднує симптоми як гіперактивності, так і гіпоактивності, що змінюються протягом 24 год.

***Нефармакологічне лікування.*** Важливо забезпечити пацієнту орієнтацію в навколишньому середовищі та на персональному рівні. Допомогу може надати

присутність близької особи, такої як родич чи друг. Пацієнт має перебувати в спокійній, добре освітленій кімнаті. Також корисно надавати підтримку в корекції сенсорної депривації (наприклад за допомогою окулярів або слухового апарата). Слід уникати відволікаючих чинників (наприклад змінювати ліжко чи палату), щоб не порушувати безперервність догляду. Важливо забезпечити належну гідратацію. Галюцинації, реалістичні сновидіння та спотворене сприйняття можуть бути наслідком тривоги чи страхів, тому корисно обговорити їх. Необхідно заспокоїти родичів, пояснивши, що сплутаність свідомості є наслідком хвороби, і надати інформацію про те, як вони можуть найкраще підтримати пацієнта, звернувши увагу на ресурси, доступні, наприклад, на відповідних вебсайтах.

**Деменція** (в перекладі з лат. «слабоумство») – це синдром, що характеризується стійким зниженням когнітивних функцій, таких як пам'ять, мислення, здатність до навчання, орієнтація, розуміння, розрахунок, мовлення та судження. Вона значно впливає на повсякденне життя людини та її здатність до самостійного функціонування. Стареча деменція і агресія проявляються внаслідок руйнування великої кількості нейронів, зв'язків між ними. Це призводить до зміни особистих якостей. Змінюється характер, проявляється страх, негативні погляди на те, що відбувається.

Деменція не є окремим захворюванням, а радше наслідком різних хвороб чи уражень головного мозку. Найпоширенішою причиною є хвороба Альцгеймера, але також її можуть спричинити судинні порушення, хвороба Паркінсона, деменція з тільцями Леві та інші нейродегенеративні процеси.

Симптоми деменції можуть включати погіршення пам'яті, утруднення у виконанні повсякденних завдань, дезорієнтацію в часі та просторі, проблеми з мовленням і розумінням, зміни в настрої, поведінці та особистості.

Стареча деменція в основному проявляється когнітивними порушеннями у вигляді проблем з пам'яттю і мисленням, неможливістю самообслуговування. Однак трапляється, що це захворювання призводить до проблем з психікою, які проявляються агресією. Така деструктивна форма поведінки може проявитися на будь-якій стадії і ступені тяжкості захворювання.

**Ажитация** – це стан психомоторного збудження, що проявляється підвищеною тривожністю, нервовістю, руховим неспокоєм і часто агресивною або імпульсивною поведінкою. Людина у стані ажитации може постійно рухатися, жестикулювати, повторювати ті самі фрази або дії, а також відчувати внутрішню напругу і роздратування, агресію, психоз та стрес. Нейропсихічні симптоми є майже неминучими при деменції, ажитация є найбільш виснажливим фактором для пацієнтів та членів його родини. Перед проявом агресії, як правило, у хворого з'являються такі симптоми: дбайливість і ошадливість переходять у скупість;

літня людина ховає накопичені фінанси від близьких, при цьому легко віддає їх шахраям; з'являються нав'язливі ідеї, людина стає підозрілою, марить; спостерігається сильний страх (це може бути страх за здоров'я, життя), найчастіше до цього симптому додається небажання приймати їжу, ліки; підвищена, невгамовна сексуальна активність.

Залежно від причини ажитації можуть застосовуватися немедикаментозні методи (спокійне спілкування, техніки релаксації, корекція оточення). До висновку психіатра слід скористатися рекомендаціями, які підкажуть, як заспокоїти агресію при старечій деменції: проявити визнання, тобто продемонструвати приналежність літньої людини до родини – зробити це можна проявом турботи, підкресленням її мудрості, значущості, схваленням думок або вчинків. Слід показати людині, що її розуміють і сприймають такою, якою вона є.

**Підвищений внутрішньочерепний тиск (ВЧТ)** – це стан, при якому тиск у порожнині черепа підвищується, що може призвести до серйозних порушень функцій мозку. Це є небезпечним і вимагає негайної медичної уваги. Внутрішньочерепний тиск визначається рівнем рідини (ліквору) в мозку, об'ємом мозкової тканини і крові, що циркулює через судини мозку.

#### ***Причини підвищення ВЧТ***

1. Черепно-мозкові травми: пошкодження голови можуть призвести до набряку мозку, крововиливів або зламів черепа, що збільшує тиск.

2. Інсульти: крововилив у мозок або ішемія (недостатнє постачання крові) може викликати набряк тканин і підвищення тиску.

3. Мозкові пухлини: пухлинний об'єкт може збільшувати об'єм мозку і тиснути на навколишні структури.

4. Інфекції (менінгіт, енцефаліт): інфекційні захворювання можуть викликати набряк мозку.

5. Гідроцефалія (водянка мозку): порушення відтоку або надмірне вироблення ліквору призводить до його накопичення в мозку.

6. Запалення кровоносних судин (судинний енцефаліт) або вроджені аномалії можуть теж спричиняти підвищення ВЧТ.

***Симптоми підвищеного ВЧТ.*** Симптоми можуть варіюватися залежно від причини і ступеня підвищення тиску, але загальні ознаки включають:

1. Головний біль: зазвичай сильний, постійний, з відчуттям «вибуху» або пульсації.

2. Нудота та блювання: особливо вранці, через збільшення тиску на шлунок.

3. Зміни свідомості: стомленість, сплутаність свідомості, зниження уважності або навіть кома.

4. Порушення зору: можуть бути розмиті чи подвійні зображення, а також тимчасова втрата зору через підвищений тиск на зоровий нерв.

5. Неврологічні симптоми: параліч або слабкість в кінцівках, порушення мови, затримка рухів.

6. Пульсація вен в ділянці голови: у важких випадках це може бути помітним навіть при незначному руху.

Встановити підвищення ВЧТ можливо шляхом проведення спинномозкової пункції та ряду візуалізаційних методів діагностики (електроенцефалографія (ЕЕГ), МРТ, УЗД).

Лікування підвищеного ВЧТ перш за все буде направлено на усунення основної причини порушення (пухлина, інфекція). У разі відсутності провокуючого органного ураження доцільним буде медикаментозне лікування за призначенням лікаря, а також масаж, фізіопроцедури.

**Епілепсія** – хронічний і рецидивуючий стан пароксизмальних нападів (епілептичних), викликаних аномальними електричними розрядами, які мають різноманітні клінічні прояви багатofакторного походження та пов'язані з параклінічними розладами (ЕЕГ-відхиленнями), які проявляються неспровоковано (Міжнародна протиепілептична ліга (ILAE) і ВООЗ). Епілептичні напади виникають раптово і несподівано майже в усіх випадках, як у пацієнтів з відомою епілепсією, так і у тих, у кого напад є початковим. Вони можуть виникнути в будь-якому місці і будь-якій ситуації, бути короткими або довгими, у формі епілептичного статусу. Тому всі медичні працівники повинні бути ознайомлені з діями при епілептичному нападі, оскільки неправильні дії можуть мати непоправні наслідки. Таким чином, спеціальна підготовка медсестер з епілепсії є важливою і має базуватися на спеціалізованих протоколах, а наявність навченої команди має життєво важливе значення для забезпечення правильного ведення пацієнтів, адекватної якості догляду та уникнення ускладнень, яким можна запобігти.

### ***Провокуючі фактори***

У цьому відношенні будуть взяті до уваги загальні фактори, що провокують епілептичні напади, такі як стреси, недосипання, втома і фізичні навантаження, освітлення, недотримання медикаментозного лікування

Медсестринські дії щодо тих людей, які мають фокальний або генералізований напад і які перебувають у відділеннях невідкладної допомоги або госпіталізовані. Медичний персонал іноді може знати попередньо історію, ризики епілептичного нападу у хворих або його історія їм невідома. Епілепсія є захворюванням, яке супроводжується значною супутньою патологією, що може призвести до смерті, а отже до соціального та психобіологічного залучення, тому необхідним є комплексне лікування з боку медичного персоналу, насамперед медсестринського.

План дії медичної сестри: повідомити лікаря, розмістити хворого в горизонтальній площині, здійснювати контроль за тим, щоб він не отримав травму

черепа, з нахиленою головою та перекошеним одягом, забезпечити належне та безпечне середовище, вільне від меблів та предметів, які можуть завдати шкоди під час епілептичного нападу, вийняти лінзи, зуби або інші предмети з рота, не залишати хворого одного і спостерігати за ним.

Необхідно оцінити: тривалість нападу, рівень свідомості, забарвлення шкіри та слизових оболонок, провести вимірювання життєво важливих показників (ЧСС, частота дихання, АТ, насичення O<sub>2</sub>, дослідження капілярної крові на глюкозу). Проконтролювати прийом ліків за рекомендацією лікаря.

Необхідно дотримуватися спеціалізованих протоколів, щоб забезпечити безпечне середовище і, таким чином, уникнути травмування пацієнтів з епілептичними нападами, покращити якість догляду за ними і таким чином уникнути появи можливих ускладнень.

Епілепсія у людей похилого віку має свої особливості порівняно з іншими віковими групами. Розвиток епілепсії у цих пацієнтів може бути пов'язаний з мозковими захворюваннями, такими як інсульт, хвороба Альцгеймера, судинні порушення, пухлини мозку або черепно-мозкові травми. Крім того, важливим чинником є зміни в структурі мозку, що можуть бути наслідком вікових змін. Симптоми захворювання можуть бути менш яскравими і не завжди традиційними (наприклад відсутність явних судом), а проявляються лише зміни в поведінці, сплутаність свідомості або навіть депресія та тривожність. У літніх пацієнтів епілепсію важче діагностувати, оскільки симптоми можуть бути схожими на інші медичні стани, такі як порушення пам'яті або психічні розлади. Тому для точного діагнозу важливо використовувати ЕЕГ та інші методи обстеження.

Лікування епілепсії у людей похилого віку зазвичай полягає в застосуванні протиепілептичних препаратів за призначенням лікаря. У літніх людей можуть бути проблеми з прийомом ліків, а саме труднощі з дотриманням режиму лікування через проблеми з пам'яттю або множинні хронічні захворювання. Це вимагає уважного моніторингу та підтримки з боку родини чи медичних працівників.

Прогноз для людей похилого віку з епілепсією може варіюватися залежно від основного захворювання, яке спричинило епілептичні напади, а також від загального стану здоров'я. У деяких випадках епілепсія може бути добре контрольована, в інших – становити серйозну проблему.

### ***Мета реабілітації після перенесеної епілепсії***

- Поширити знання про епілепсію та відпрацювати навички самостійного лікування захворювання. Це має на меті запобігти нападам, яких можна уникнути, або недоречним обмеженням у повсякденному житті («ні краплі алкоголю»).

- Детально обговорити сумніви щодо діагнозу епілепсії та отримати розуміння хвороби.

- При необхідності відкоригувати протиепілептичні препарати.

- Сортувати, прояснювати та лікувати емоційний стрес, такий як страх перед наступними нападами, перепади настрою, занепокоєння з приводу приватних чи професійних труднощів або побічних ефектів ліків.

- У разі повідомлення про проблеми з концентрацією та пам'яттю з'ясувати, що за цим стоїть і що з цим можна зробити.

- Уточнити, чи впливає епілепсія на професійну діяльність. Якщо це так, подумати, що робити далі, яка відповідна допомога доступна, і почати це робити.

Примітно, що рівень стресу, який відчували пацієнти на початку реабілітації, був таким же високим як для тих, у кого вперше діагностували епілепсію, так і для тих, хто хворів на епілепсію протягом тривалого періоду часу.

Реабілітація пацієнтів з епілепсією вимагає тісної співпраці між різними професійними групами. Нейропсихологія є незамінним компонентом у контексті клінічної реабілітаційної роботи з пацієнтами з нападами. З огляду на високий рівень безробіття та раннього виходу на пенсію, професійна (ре-)інтеграція є однією з центральних цілей реабілітації. У цьому контексті виникає питання щодо прогностичної цінності нейропсихологічних результатів для професійних можливостей. Огляд літератури на цю тему показує мало однорідних результатів. Інтелект або загальні бали, розраховані на основі різних нейропсихологічних змінних, і психомоторна швидкість частіше асоціюються зі статусом зайнятості, ніж, наприклад, вербальна пам'ять. Одним з основних завдань нейропсихології є діагностика та лікування когнітивних розладів і часткових порушень продуктивності. Інтерпретація результатів тестів з урахуванням відповідних факторів впливу має велике значення, особливо щодо їх функціональної значущості для працездатності пацієнта та подальшого планування реабілітації. Це пояснюється за допомогою систематизованого переліку важливих когнітивних функцій і можливих наслідків порушень у цих функціональних сферах у повсякденному або професійному житті. Тісна співпраця між різними організаціями, залученими до процесу реабілітації, має важливе значення.

Комплексний міждисциплінарний підхід, що включає медикаментозне лікування, нейропсихологічну та психіатричну оцінку, ерготерапію, соціальне консультування та фізичні вправи, є необхідною умовою для ефективної реабілітації пацієнтів з епілепсією. В умовах високого рівня безробіття та ранньої інвалідності серед пацієнтів з епілепсією трудова (ре-)інтеграція є основною метою реабілітації. Основним завданням нейропсихології в реабілітації є діагностика і терапія когнітивних порушень. Професійна інтерпретація результатів тестів має вирішальне значення, особливо щодо функціонального значення для виконання роботи та подальшого планування реабілітації.

**Міоклонія** – це раптові, короткотривалі і мимовільні м'язові спазми або посмикування, які можуть виникати в різних частинах тіла. Це явище може бути ізольованим або супроводжуватися іншими неврологічними симптомами залежно від причини. Міоклонія може бути незначною і безболісною або ж викликати дискомфорт і впливати на здатність пацієнта виконувати звичні дії.

**Види міоклонії:** фізіологічна і патологічна.

Фізіологічна міоклонія виникає у здорових людей і є нормальним фізіологічним явищем. Наприклад, гіпнічні міоклонії (коли людина відчуває «падіння» або «підскоки» при засинанні).

Патологічна міоклонія – це міоклонічні рухи, які з'являються через неврологічні або інші медичні стани.

### ***Причини міоклонії***

#### **1. Неврологічні захворювання:**

- епілепсія: міоклонія може бути частиною епілептичних нападів, зокрема в генералізованих формах або фокальних випадках;
- паркінсонізм: у пацієнтів із хворобою Паркінсона можуть спостерігатися міоклонічні рухи, пов'язані з порушенням роботи нейротрансмітерів, особливо дофаміну;
- генетичні захворювання: наприклад, міоклонічні епілепсії або хвороба Шарко-Марі-Тута;
- дегенеративні захворювання нервової системи (наприклад хвороба Хантінгтона).

#### **2. Метаболічні розлади:**

- гіпоглікемія (зниження рівня глюкози крові);
- гіпокальціємія (зниження рівня кальцію в крові);
- ниркова або печінкова недостатність, яка може спричинити накопичення токсичних сполук в організмі, що негативно впливають на мозкову діяльність.

#### **3. Токсичні та лікарські впливи:**

- вживання деяких лікарських засобів (наприклад антидепресантів, антипсихотичних препаратів);
- алкогольна інтоксикація або алкогольна абстиненція;
- вживання наркотичних речовин.

4. Травми голови або спинного мозку: черепно-мозкові травми можуть пошкоджувати нервові структури, що контролюють м'язову активність.

5. Інфекційні захворювання, такі як менінгіт або енцефаліт.

#### **6. Інші причини:**

- гіпоксія (нестача кисню в мозку);
- міоклонії можуть також виникати після тривалого нервового стресу або психоемоційних навантажень.

Симптоми міоклонії: раптові, непередбачувані рухи або посмикування в певних м'язах або частинах тіла.

Міоклонія може бути локалізованою (наприклад тільки в руці або нозі) або генералізованою (по всьому тілу). У важких випадках міоклонічні рухи можуть бути настільки вираженими, що вони можуть заважати нормальному руху або викликати біль. У пацієнтів з епілепсією міоклонія може бути частиною нападу, і вона часто виникає в ранкові години.

Для визначення причин міоклонії важливо провести ретельне медичне обстеження, яке може включати:

- медичний огляд та збір анамнезу;
- неврологічне обстеження: функціональні методи дослідження – ЕЕГ для оцінки електричної активності мозку, особливо якщо є підозра на епілепсію; МРТ головного мозку для виключення структурних аномалій або пухлин.

Лікування залежить від причини міоклонії і проводиться лікарем медикаментозно, немедикаментозно і хірургічно за показаннями.

Прогноз залежить від основної причини міоклонії. Якщо вона є симптомом хвороби, що лікується (наприклад епілепсії або паркінсонізму), то може бути контрольована медикаментами. У разі серйозних неврологічних або метаболічних порушень прогноз може бути менш сприятливим.

Правильне і своєчасне лікування допомагає значно покращити ЯЖ пацієнтів з міоклонією.

**М'язові судоми (або крампи)** – це раптові, неприємні та інтенсивні скорочення м'язів, які виникають через надмірне напруження або дисбаланс у м'язовій тканині. Судоми можуть виникати в будь-якому м'язі, але найчастіше вони трапляються в м'язах литок, стегон або в стопах. Судоми можуть бути болісними, але зазвичай вони тривають лише декілька секунд або хвилин.

#### ***Причини м'язових судом:***

- перевантаження м'язів: тривале фізичне навантаження, інтенсивні тренування або довге перебування в одній позі можуть викликати м'язові судоми;
- нестача рідини та електролітів: недостатнє споживання води або втрата рідини через потіння може призвести до зниження рівня електролітів (кальцій, магній, калій, натрій), що викликає судоми;
- поганий кровообіг: погіршення кровопостачання м'язів через тривале сидіння, стояння або носіння вузького одягу може також сприяти розвитку судом;
- нервово-м'язова дисфункція: різні порушення нервової системи, які контролюють м'язи, можуть призвести до неконтрольованих скорочень;
- захворювання: діабет, хвороба Паркінсона, судинні порушення, гіпотиреоз або нервові захворювання можуть бути причиною частих судом;

- побічні ефекти ліків: частіш діуретики можуть спричиняти втрату електролітів і тим самим сприяти розвитку судом;
- нестача вітамінів та мінералів: кальцію, магнію, вітаміну D;
- вагітність: виникають через зміни в рівні гормонів, а також через зростаюче навантаження на ноги.

### ***Лікування та перша допомога при м'язових судамах***

*Розтягнення м'яза.* Найефективніший метод – це обережне розтягування м'яза, який судомить. Наприклад, у разі судоми литкового м'яза можна спробувати підняти палець ноги, натягуючи стопу до себе.

*Масаж та теплі компреси.* Легкий масаж та застосування теплового компресу можуть допомогти зняти напруження та біль.

*Гідратація та відновлення електролітів.* Пити достатню кількість води і вживати напої, що містять електроліти (наприклад спортивні напої або розчини для регідратації).

*Застосування холоду.* Якщо судома супроводжується набряком або запаленням, прикласти лід або холодний компрес на кілька хвилин.

М'язові судоми зазвичай не є серйозним станом, однак вони можуть бути болісними і неприємними. Правильне харчування, регулярні вправи і адекватна гідратація можуть значно знизити ризик їх виникнення.

## **2.5. Допомога при симптомах порушення системи травлення**

Значна частина ПД пов'язана з лікуванням шлунково-кишкових симптомів, тому лікар і медсестра повинні бути набагато уважнішими до цих проблем. Традиційно таким симптомам приділялося менше уваги, ніж лікуванню болю.

**Проблеми з порожниною рота** можуть становити до 60 % у пацієнтів з раком і значно впливати на ЯЖ, як на фізичну, так і психологічну складові. Вони можуть утруднювати прийом їжі, пиття та спілкування і спричиняти дискомфорт у ротовій порожнині та біль.

Поширені проблеми з ротовою порожниною у ПД включають сухість у роті, біль у ротовій порожнині, галітоз, зміну смаку та надмірне слиновиділення. Під час цитотоксичної терапії клітини слизової оболонки порожнини рота вразливі через високу швидкість проліферації. Інші ускладнення лікування можуть виникнути внаслідок прямої стоматотоксичності або опосередковано через мієлосупресивну дію.

*Фактори ризику виникнення проблем з ротовою порожниною у пацієнтів із раком на пізній стадії* включають наступне: зменшення перорального споживання, слабкість (знижена здатність самостійно виконувати гігієну порожнини рота), сухість у роті, зневоднення, променева терапія (мукозит виникає приблизно через 2 тиж після початку терапії), хіміотерапія (мукозит виникає приблизно через 5–7 днів після введення препарату), пухлини порожнини рота.

*Загальний догляд за порожниною рота* полягає в запобіганні проблемам до їх появи та контролі неприємних симптомів (слід щодня перевіряти симптоми або ознаки таких проблем, як зміна смаку, біль у роті, сухість у роті, неприємний запах з рота, виразки, кандидоз порожнини рота чи глотки або проблеми із зубами). Необхідно регулярно оглядати губи, язик, зуби, слизову оболонку порожнини рота, за потреби залучати місцеву бригаду стоматологів, оцінювати здатність пацієнта ефективно проводити догляд за порожниною рота. У пацієнтів із прогресуючим раком доцільно використовувати посібник з усної оцінки Ейлерса та ін.

*Базовий догляд за порожниною рота* персоналом або пацієнтом, якщо це можливо, полягає у наступному: тримати рот вологим – заохочувати регулярні ковтки рідини / полоскання ротової порожнини, чистити зуби двічі на день м'якою зубною щіткою і зубною пастою, що містить фтор, ретельно та часто полоскати рот теплою водою або 0,9 % розчином хлориду натрію (допомагає видалити залишки в ротовій порожнині, заспокоює та не травмує), м'якою зубною щіткою або губкою обережно чистити обкладений язик, наносити на губи зволожуючий крем або білий м'який парафін (вазелін), зубні протези слід знімати на ніч і чистити м'якою зубною щіткою з неароматизованим милом або зубною пастою для протезів, замочувати протези на ніч у миючому розчині. Якщо пацієнт непритомний або погано себе почуває, щоб провести гігієну порожнини рота слід проінструктувати та залучити до цієї важливої сфери догляду родину.

**Сухість у роті (ксеростомія)** – це суб'єктивне відчуття сухості в роті, яке часто пов'язане з труднощами мови, жування або ковтання, потребою продовжувати пити та втратою смаку. Це поширена проблема при прогресуючому раку, і належне лікування може передбачати використання як стимуляторів слини, так і замінників.

**Причини:** ліки, наприклад, антиму斯卡ринові засоби, антидепресанти, опіоїди, діуретики, зневоднення, занепокоєння, дихання через рот, променева терапія – пошкодження слинних залоз, киснева терапія (незволожена), обструкція, інфекція або злоякісне руйнування слинних залоз.

Потрібно проводити лікування основної причини, якщо це можливо, наприклад інфекції, зневоднення; слід переглянути ліки, забезпечити основний догляд за порожниною рота, білий м'який парафін, нанесений на губи, оральні спреї можуть бути корисними.

Можна використовувати замінники слини, недоліком яких є короткочасність дії, що може потребувати вживання препарату кожні 30 хв, але особливо перед їжею. Запатентовані такі засоби: гель Biotène, Oralbalance або BioXtra; пастилки без цукру Salivix або гель Dental xeros (сприяють виділенню слини); розчин метилцелюлози, наприклад спрей Glandosane; Saliva Orthana (спрей на основі

свинячого муцину, який може бути корисним не більше за плацебо), спрей Lubricity (містить гіалуронову кислоту для зволоження та утворення захисної плівки на слизовій).

З метою стимуляції слини використовують пілокарпін (парасимпатоміметичний засіб, що стимулює секрецію слинних залоз) у таблетках по 5 мг під час їжі або безпосередньо після неї. Дуже поширеними побічними ефектами препарату є головний біль, грипоподібний синдром, нудота, часте сечовипускання та пітливість. Тому слід уникати його використання при кишковій непрохідності, глаукомі, астмі, хронічних обструктивних захворюваннях легень (ХОЗЛ) та серцевих захворюваннях. Розчин пілокарпіну 4 % у вигляді очних крапель використовують в малиновому сиропі або м'ятній воді (3 краплі 4 % = 6 мг перорально тричі; бетанехол – 25 мг тричі на добу під час їжі та зменшити до 10 мг тричі на добу, якщо пацієнти відчують надмірне слиновиділення).

**Біль у роті та стоматит.** Стоматит відноситься до хворобливих, запальних і виразкових станів, які уражають слизову оболонку, що вистилає порожнину рота. Причинами можуть бути: виразки (вірусні, афтозні та нейтропенічні); запалення через кандидоз ротової порожнини або зубний абсцес; постслизовий мукозит; променева або хіміотерапія; дефіцит заліза (ангулярний стоматит і глосит); дефіцит вітаміну С (гінгівіт і кровотеча); сухість у роті; пухлинна інфільтрація; проблеми із зубами та зубними протезами.

**Загальні заходи щодо лікування.** Якщо можливо, усунути основну причину, наприклад інфекцію, підтримувати належну гігієну порожнини рота – тепла вода або сольовий розчин для полоскання рота, уникати їжі, яка викликає біль, наприклад кисла їжа, уникати тютюну та алкоголю, переконатися, що ЛОР/онколог контролює медикаментозне лікування.

#### ***Генералізований біль у ротовій порожнині***

- *Місцева аналгезія.* Місцеві анестетики, наприклад 10 % спрей лідокаїну або 5 % мазь перед їжею (остерігайтеся фарингеальної анестезії та ризику аспірації).

- *НПЗП.* Наприклад: полоскання ротової порожнини розчином бензидаміну гідрохлориду по 15 мл кожні 1,5–3 год, полоскання горла протягом 20–30 с перед випльовуванням (розвести 1:1, якщо щипає) або бензидаміновий спрей, який має відносно коротку тривалість дії; таблетки для диспергування диклофенаку або таблетки для розсмоктування флурбіпрофен; гель для перорального застосування холіну саліцилат, який носять не більше ніж на 3 год (необхідно уникати надмірного вживання цього препарату, оскільки це може призвести до виразки).

- *Антигістамінні препарати.*

- *Опіоїди.* Місцево застосовують готовий розчин морфіну сульфату 0,2 % (2 мг/мл), зокрема тримають по 10 мг/5 мл кожні 3–4 год у роті протягом 2 хв, а

потім випльовують. Рідина для полоскання рота кокаїном 2 % використовується при мукозиті тільки у важких випадках у зв'язку з високим ризиком системної абсорбції, препарат тримають у роті 2–3 хв і не ковтають.

- *Системні анальгетики неопіоїди та опіоїди.* Парентеральний опіоїд слід вводити у випадку, коли місцеві заходи виявляються неадекватними. У разі стійкого орального невропатичного болю можна розглянути застосування кетаміну. З метою захисту виразкової ділянки використовують наступне: кармелозу натрію у вигляді пасти наносять на уражену ділянку після їжі; полівінілпіролідон і гіалуронат натрію у вигляді перорального гелю (Gelclair) застосовують тричі на день за 30–60 хв до прийому їжі; суспензію сукральфату (1 г/5 мл) слід розводити вмістом одного пакетика у 40 мл води, полоскати рот протягом 1 хв, полоскати горло, а потім виплюнути. Слід зауважити, що сукральфат не має доведеної користі при мукозиті порожнини рота, спричиненому радіацією, але може бути корисним при інших видах стоматиту.

**Виразка слизової оболонки порожнини рота.** Причини включають травму (хімічну або фізичну), рецидивні афти, інфекції, рак, дефіцит харчування, дефіцит крові (заліза, фолієвої кислоти, вітаміну В12) та медикаментозну терапію. Лікування полягає у наступному: виявлення та лікуванні причини, де це можливо, або направлення на подальше обстеження, якщо виразка у роті не зникає.

*Афти.* Для лікування використовують місцеву терапію з кортикостероїдами (тріамцинолон 0,1 % – паста, яку наносять на уражену ділянку ввечері протягом 5 днів, при важких формах – 2–3 рази на день після їжі; мукоадгезивні гранули гідрокортизону 2,5 мг 1 раз на добу – таблетку поміщають безпосередньо на виразку та дають можливість розчинитися; розчин бетаметазону – таблетку 500 мкг розчинити у 20 мл води, використовувати для полоскання рота), антибактеріальну терапію (при резистентних виразках полоскання порожнини рота розчином доксицикліну по 2–3 хв 4 рази на день не ковтаючи, для приготування необхідно розчинити капсулу доксицикліну 100 мг у 10 мл води). Для профілактики вторинної інфекції – полоскання 0,2 % розчином хлоргексидину глюконату. Для захисту слизової оболонки використовують кармелозу натрію (у вигляді пасти або гелю): гель Gelclair – полоскати рот протягом 1 хв, після процедури не їсти і не пити принаймні 1 год, або MuGard. Важкі та стійкі виразки можуть потребувати лікування талідомідом. У такому випадку звернення до спеціаліста є обов'язковим. Інфекції, які можуть супроводжувати стоматит: грибкові (кандидоз, часто у пацієнтів із онкологією), вірусні (простий герпес) та бактеріальні (коліформні бактерії, стафілококи). Фактори, що сприяють розвитку виразок: зниження виділення слини (ксеростомія), імунодепресанти, хіміотерапія, антибіотики, недостатнє харчування, діабет, носіння зубних протезів, недостатня гігієна порожнини рота.

**Кандидоз** розвивається приблизно у 30 % пацієнтів з раком. Симптоми можуть включати наступне: сухість у роті, втрата смаку, гладкий червоний язик, прилиплі білі бляшки на язичку або слизових оболонках, хворобливість, дисфагія (пам'ятайте про кандидоз ротоглотки/стравоходу), ангулярний хейліт.

Лікування має бути специфічним, поєднуватися з належною гігієною порожнини рота та включати протигрибкові препарати:

- Ністатин (суспензія, 100 000 ОД/мл) в дозі 2–5 мл 4 рази на день протягом 7 днів, після застосування утриматися від прийому їжі та напоїв щонайменше 30 хв, одночасне застосування з хлоргексидином знижує ефективність, тому встановіть інтервал не менше 30 хв між засобами.

- Міконазол (пероральний гель, 24 мг/мл) в дозі 5–10 мл 4 рази на день протягом 5–7 днів, підходить для лікування помірною та тяжкою кандидозу.

- Флуконазол (таблетки або суспензія) в дозі 50–100 мг на добу протягом 7–14 днів, ефективний при ураженні ротоглотки або стравоходу.

- Ітраконазол може бути альтернативою, але менш бажаний у пацієнтів із ризиком серцевої недостатності.

Стійкість до ністатину зустрічається рідко, хоча резистентність до міконазолу стає все більш поширеною, особливо у людей з ослабленим імунітетом.

**Вірусна інфекція простого герпесу** – неускладнена інфекція на губі. Слід застосовувати 5 % крем ацикловіру 5 разів на день протягом 5 днів. При внутрішньоротовій інфекції розпочати пероральний прийом ацикловіру по 200 мг 5 разів на день протягом 5 днів.

**Бактеріальна інфекція.** Злоякісні виразки або місцева пухлина можуть бути пов'язані з неприємним запахом з рота через анаеробні бактерії. Метронідазол 200–400 мг двічі на день протягом 2 тиж при злоякісних виразках шкіри помітно зменшує запах, однак лікування довготривале, оскільки запах зазвичай повертається після припинення лікування. Якщо неприємний запах з'являється знову, необхідно повторити лікування протягом 2 тиж, а потім продовжити прийом по 200 мг 2 рази на добу необмежений час. Іншими альтернативами є метронідазол: для місцевого застосування можна використовувати як рідину для полоскання рота метронідазоловий гель 0,75 % або метронідазол суспензія 400 мг (10 мл) тричі на день. Метронідазол має потенційні побічні ефекти (металевий присмак, нудота, порушення мікрофлори), тому його слід використовувати з обережністю, особливо у пацієнтів із печінковою недостатністю.

**Слиноотеча.** Може бути наслідком надмірного утворення слини (сіалорея) або неможливості ковтати звичайну кількість слини. Слиноотеча є поширеним клінічним симптомом, проте рідко спостерігається при онкологічних захворюваннях на пізніх стадіях, за винятком новоутворень голови та шиї. Можливі

причини: онкологічні захворювання (карцинома глотки, пухлини головного мозку, новоутворення ротової порожнини та шиї), неврологічні стани (хвороба Паркінсона, церебральний параліч, порушення центральної регуляції ковтального рефлексу), оральні та анатомічні фактори: погано підігнані зубні протези, деформації після хірургічних утручань у ротовій порожнині, утруднене ковтання (дисфагія), медикаментозні причини (інгібітори холінерастери (наприклад ривастигмін, донепезил), клоназепам, кетамін).

Медикаментозне лікування може включати гіосцину гідробромід, амітриптилін 10–25 мг перорально, атропін (очні краплі) 1 % 1–4 краплі перорально/сублінгвально, глікопіроній перорально / сублінгвально 0,2–1 мг тричі на день.

**Нудота та блювання.** Нудота – це неприємне відчуття потреби блювання, яке часто супроводжується вегетативними симптомами (пітливість, слиновиділення, тахікардія). Блювання – це сильне викидання шлункового вмісту через рот. Ці симптоми можуть спричиняти значні страждання у пацієнтів і їхніх родичів, особливо при онкологічних захворюваннях. За статистикою, 50–70 % пацієнтів із прогресуючим раком страждають від нудоти та блювання. Найбільше виснажує тривала нудота, адже пацієнти можуть переносити 1–2 епізоди блювання на день, тому постійна нудота сильно знижує ЯЖ. Важливо відрізнити блювання від відхаркування та регургітації, а також оцінювати наявність і характер нудоти окремо.

При обстеженні слід враховувати, чи є період без нудоти після блювання, чи нудота постійна, режим прийому ліків, можливість церебральних ускладнень (перевірка очного дна, набряк сосочка), також необхідно провести огляд живота, ректальне дослідження, лабораторні дослідження (концентрації креатиніну, кальцію, альбуміну), рентгенологічне дослідження органів черевної порожнини та аналіз вмісту блювотних мас (перетравлена їжа, жовч, фекалії). Крім того, слід звернути увагу на супутні симптоми (наприклад, головний біль через підвищення внутрішньочерепного тиску випадково з блюванням).

Поширені причини нудоти та блювання у пацієнтів із раком: порушення в ШКТ (шлунковий стаз, кишкова непрохідність), лікарські препарати (опіоїди, антибіотики, НПЗП, залізо, дигоксин), метаболічні порушення (гіперкальціємія, ниркова недостатність, онкологічне лікування (променева терапія, хіміотерапія), інфекції, пухлини, кровотечі, набряк мозку та психосоматичні фактори (тривога, страх, біль).

Особливості нудоти та блювання, що викликані опіоїдами, включають наступні механізми: стимуляція тригерної зони хеморецепторів, підвищення вестибулярної чутливості, шлунковий стаз і порушення перистальтики та закрепи. Профілактика при призначенні опіоїдів: у разі початку прийому сильного опіоїду або збільшення його дози слід призначити або підвищувати дозу проносних

засобів, а протиблювотні засоби рекомендується застосовувати в перші 5–10 днів після початку прийому або збільшення дози опіоїдів, потім поступово припиняти, оскільки нудота через побічні ефекти опіоїдів може зникнути.

Галоперидол зазвичай рекомендують як препарат першої лінії при нудоті та блюванні, що спричинені опіоїдами, однак у деяких пацієнтів можуть бути ефективними метоклопрамід (при шлунковому стазі), циклізин або гіосцину гідробромід.

Для немедикаментозної корекції нудоти та блювання слід забезпечити спокійне середовище, уникати запахів і вигляду їжі, що викликає нудоту, харчування має бути маленькими порціями, необхідний контроль неприємного запаху від колостоми, грибкової пухлини або пролежня.

Медикаментозне лікування нудоти та блювання. Вибір протиблювотного препарату залежить від причини цього стану (табл. 9).

Таблиця 9

### Схеми лікування залежно від причини

Причина	Препарати та дози
Опіоїди	Галоперидол 1,5 мг 2 р/д. Метоклопрамід. Циклізин. Гіосцин
Променева терапія	Ондансетрон 8 мг 2 р/д до 5 днів. Галоперидол 1,5–3 мг 2 р/д
Хіміотерапія	Ондансетрон 8 мг 2 р/д. Дексаметазон 4–8 мг 1 р/д. Апрепітант
Метаболічні порушення (гіперкальціємія)	Галоперидол 1,5 мг вночі. Левомепромазин 6 мг вночі
Підвищений внутрішньочерепний тиск	Циклізин 50 мг 3 р/д або 150 мг/24 год. Гіосцин бутилбромід. Октреотид. Ондансетрон
Затримка випорожнення шлунка	Метоклопрамід 10 мг 3 р/д. Домперидон 10 мг 3 р/д
Подразнення шлунка	Інгібітори протонної помпи, припинення НПЗП. Циклізин. Ондансетрон

Особливості препаратів:

- Галоперидол – препарат першої лінії при опіоїд-індукованій нудоті, може викликати екстрапірамідні симптоми, протипоказаний при хворобі Паркінсона.
- Метоклопрамід – прокінетик, ефективний при шлунковому стазі, є ризик екстрапірамідних ефектів.
- Домперидон – менш ефективний, але має менше центральних побічних ефектів, слід застосовувати обережно у людей старше 60 років через ризик аритмій.
- Циклізин – антигістамінний і антиму斯卡риновий засіб, ефективний при різних причинах блювання, має побічні ефекти (сухість у роті, розмитість зору).

- Левомепромазин – антипсихотик із седативним ефектом, корисний при багатьох видах нудоти, але може викликати сонливість, гіпотензію.

- Апрепітант – антагоніст нейрокінінових рецепторів, застосовується при хіміотерапії на основі платини.

Одного протиблювотного засобу може бути достатньо для зменшення симптомів, але якщо є різні причини блювання, може знадобитися комбінування препаратів. При поєднанні препаратів слід уникати одночасного призначення препаратів із протилежними ефектами (наприклад метоклопрамід і циклізин). Регулярний моніторинг пацієнта є обов'язковим, адже причина може змінюватися.

Всі протиблювотні засоби мають побічні дії: галоперидол і метоклопрамід можуть викликати акатизію, паркінсонізм, седацію, домперидон має ризик кардіальних аритмій у певних групах пацієнтів, циклізин і фенотіазини викликають антихолінергічні побічні ефекти, левомепромазин посилює седацію, може спричинити постуральну гіпотензію. Протипоказано поєднання фенотіазинів із аміодароном через ризик аритмій.

**Закреп** – це стан, при якому дефекація є рідкісною, утрудненою або незадовільною (наприклад відчуття неповного випорожнення). Випорожнення часто буває твердим, сухим і може мати аномальний об'єм. Визначення закрепу є суб'єктивним, оскільки у кожної людини своя «норма» частоти та якості випорожнень.

### ***Причини закрепу***

- Онкологічні чинники: пряма інфільтрація або здавлення кишечника пухлиною, нейропатія через ураження спинного мозку, кінського хвоста або тазового сплетення, паранеопластичні синдроми (наприклад при дрібноклітинному раку легенів, карциноїдних пухлинах), гіперкальціємія, зумовлена пухлиною.

- Побічна дія ліків (особливо при онкології): опіюїди (90 % пацієнтів потребують проносних засобів), антиму斯卡ринові препарати (гіосцин, циклізин, фенотіазини, трициклічні антидепресанти), протиепілептичні, протипаркінсонічні засоби, діуретики, антациди (кальцій, алюміній), препарати заліза, серотонінові антагоністи (ондансетрон, гранісетрон), цитотоксичні препарати (алкалоїди барвінку, препарати платини), аналоги соматостатину (октреотид, ланреотид).

- Фізіологічні та інші фактори: низький вміст клітковини в раціоні, зневоднення (блювання, поліурія, лихоманка), обмежена фізична активність, слабкість, задишка, психологічні чинники: депресія, сплутаність свідомості, стрес, порушення ритму дефекації (незнайомий туалет, відсутність приватності).

- Супутні захворювання: ендокринні – гіпотиреоз, діабет, гіперкальціємія, неврологічні – ураження спинного мозку, диссинергічна дефекація, захворювання кишечника – дивертикули, стриктури, синдром подразненого кишечника, ректоцеле, анальні тріщини, геморої.

Можливі ускладнення закрепу: абдомінальний біль, здуття, коліки, кишкова непрохідність, нетримання калу при переповненні, розтягнення прямої кишки, затримка сечовипускання.

Профілактика та лікування: заохочення пацієнтів до вживання достатньої кількості рідини, рекомендації щодо дієти, багатої на клітковину (фрукти, овочі), заохочення до фізичної активності, забезпечення приватності під час дефекації, при призначенні опіоїдів – стимулююче проносне з першого дня терапії.

**Діарея** є менш поширеним симптомом, ніж закреп, серед пацієнтів, які потребують ПД. Діарея – це несформовані (рідкі) випорожнення більше трьох разів протягом 24 год. Як і у випадку із закрепом, пацієнти можуть мати різне розуміння терміну, тому слід уточнювати скарги. До 10 % пацієнтів у хоспісах скаржаться на діарею.

Перед застосуванням протидіарейних засобів необхідно з'ясувати причину діареї.

- Незбалансованість проносної терапії (особливо коли кількість проносних була збільшена, щоб усунути сильний закреп) є найпоширенішою причиною діареї в умовах ПД. Діарея має припинитися протягом 24 год після скасування проносних засобів. Їх слід відновити в меншій дозі.

- Такі ліки, як антибіотики та антациди, НПЗП або препарати заліза.

- Променева терапія живота або малого таза може спричинити діарею, особливо на другому або третьому тижні терапії.

- Порушення всмоктування, пов'язане з карциномою головки підшлункової залози, недостатньою секрецією підшлункової залози, що призводить до зниження всмоктування жиру і, як наслідок, до стеатореї.

- Гастректомія, яка призводить до поганого змішування їжі з виділеннями підшлункової залози, що викликає стеаторею.

- Ваготомія, що може викликати посилене виділення води в товсту кишку.

- Резекція клубової кишки, яка знижує здатність тонкої кишки реабсорбувати жовчні кислоти. Ці кислоти збільшують рідину в товстій кишці та сприяють вибуховій діареї. Резекція понад 100 см кінцевої частини клубової кишки розширює здатність печінки компенсувати втрату жовчних солей, а порушення всмоктування жиру посилює діарею.

- Колектомія. Відразу після операції з повної або майже тотальної колектомії вода в кишечнику не всмоктується належним чином. Хоча це має тенденцію ущухати протягом тижня, кишечник рідко повертається до своєї дохірургічної функції. Тонкий кишечник не в змозі адекватно компенсувати втрату цієї здатності товстої кишки поглинати воду. Це може призвести до постійної щоденної втрати додаткових 400–1000 мл кишкової рідини ректально. Такі пацієнти часто

потребують ілеостомії та додаткового літра рідини і 7 г додаткової солі на день разом з вітамінами та добавками заліза.

- Пухлини товстої або прямої кишки можуть викликати діарею через часткову кишкову непрохідність або посилене виділення слизу.

- Рідкісні ендокринні пухлини, які виділяють гормони (наприклад карциноїдна пухлина), викликають діарею.

- Супутнє захворювання, таке як шлунково-кишкова інфекція (наприклад *Clostridium difficile*).

- Незвичні харчові звички.

- Здавлення фекалій, яке необхідно виключити за допомогою ректального та абдомінального обстеження.

- Постійна водяниста діарея із системним розладом може вказувати на інфекційну причину і вимагає обстеження.

Розглянемо діагностичні моделі діареї. Дефекація, описана як «діарея», що відбувається лише 2–3 рази на день без «попередження», свідчить про анальне нетримання. Рясне водянисте випорожнення характерне для кишкової діареї. Чергування діареї та закрепу свідчить про погано відрегульовану проносну терапію або загрозу кишкової непрохідності. Бліде, жирне, неприємне випорожнення (стеаторея) вказує на порушення всмоктування внаслідок захворювання підшлункової або клубової кишки. Лікування починається із загальних заходів, насамперед відновлення рідини та електролітів. Це передбачає заохочення регулярного пиття, застосування пероральних регідратаційних розчинів або, за необхідності, внутрішньовенне введення рідини.

Неспецифічне медикаментозне лікування: опіоїди, зокрема кодеїн і лоперамід, зменшують перистальтику кишечника та підвищують тонус анального сфінктера завдяки впливу на кишкові опіоїдні рецептори. Лоперамід є препаратом вибору, оскільки не проникає через гематоенцефалічний бар'єр, а отже, не має центральних опіоїдних ефектів. Початкова доза становить 4 мг перорально, далі – 2 мг після кожного рідкого випорожнення, максимальна добова доза – 16 мг, тривалість курсу лікування – до 5 днів. Інгібітори простагландинів, зокрема аспірин, можуть зменшувати секрецію електролітів і води у кишечнику, зумовлену простагландинами. Інгібітори простагландинів слизової оболонки, такі як аспірин, зменшують кишкову секрецію електролітів і води, спричинену простагландинами. Аспірин особливо ефективний при радіаційній діареї.

**Кишкова непрохідність** найчастіше виникає при раку яєчника або кишки. Обструкція може бути інтрамуральною, інтралюмінальною або екстралюмінальною через захворювання очеревини, і часто виникає в кількох місцях. Крім того, може виникати функціональна обструкція внаслідок перистальтичної

недостатності. Можлива комбінація всього цього. У багатьох пацієнтів, особливо при функціональній обструкції, симптоми спонтанно зникають і з часом знову погіршуються. Оглядова рентгенографія черевної порожнини може бути корисною для виключення закрепу. Якщо хірургічне втручання є недоцільним, симптоматичні заходи з використанням ліків є основою лікування, уникаючи стандартного підходу «капання і відсмоктування», який може бути неприємним і неефективним у 80 % пацієнтів. За наявності прогресуючого захворювання очеревини найімовірнішою причиною непрохідності є злякисна пухлина. Якщо обструкція є локалізованою, немає дифузного внутрішньочеревного захворювання і пацієнт достатньо здоровий, слід отримати висновок хірурга. Важливо зважити ризики операції проти очікуваної ЯЖ та прогнозу.

Симптоматичне лікування нудоти, блювання, кольок, болю, діареї та закрепу необхідно розпочинати разом із цілеспрямованим специфічним лікуванням. Не слід забувати про такі заходи, як частий догляд за порожниною рота, та поради щодо невеликої кількості їжі та напоїв, якщо вони переносяться. Потрібно розглядати внутрішньовенне введення рідин у кожному конкретному випадку. Пероральні ліки не завжди засвоюються, тому слід застосовувати парентеральні препарати. Зменшити набряк стінки кишки можна за допомогою дексаметазону 8–16 мг підшкірно до полудня. Результати такого підходу неоднозначні, але якщо триденне введення препарату ефективно (зменшення блювання), то доцільно розглянути питання про продовження лікування з поступовим зниження доз пероральних стероїдів. Якщо дексаметазон не допомагає через 3 дні, його слід припинити (за винятком випадків, коли пацієнт приймав стероїди більше тижня, у цьому випадку дозу слід зменшувати поступово). Стимуляція моторики кишечника є доцільною у разі використання метоклопраміду 30–120 мг/24 год шляхом підшкірної ін'єкції. Слід остерігатися посилення кишкових кольок і припинити прийом, якщо непрохідність не зникає. У разі повної обструкції або обструкції, яка не зникає за допомогою зазначених вище заходів протягом 24–48 год, треба зосередитися на лікуванні симптомів, а не основної причини: нудота та блювання – циклізин 100–150 мг/24 год ± галоперидол 3–5 мг/24 год або левомепромазин 5–25 мг/24 год, розглянути ондансетрон 8–24 мг/24 год перорально, внутрішньовенно або підшкірно; кольки – гіосцину бутилбромід 60–120 мг/24 год (морфін також може знадобитися для зняття фонового болю); діарея – кодеїн 30–60 мг перорально 4 год або лоперамід 2–4 мг перорально (використовуйте з обережністю, якщо існує можливість оборотної непрохідності); закреп – переконайтеся, що оборотний закреп не сприяє обструкції. Можна застосувати м'які ректальні заходи або невелику дозу пом'якшувача фекалій, такого як докузат (200 мг 2 рази на добу), особливо якщо немає кольок і вважа-

ється, що непрохідність товстої кишки є підгострою. Слід уникати більш енергійних заходів, побоюючись посилення симптомів. Якщо кишкова непрохідність все ще не усувається, то потрібно зменшити або стимулювати реабсорбцію кишкової секреції та зменшити перистальтику кишечника за допомогою гіосцину бутилброміду 40–120 мг/24 год, октреотид 250–750 мкг/24 год (застосовують більш високі дози), ранітидин 200 мг/24 год, пантопразол 40 мг внутрішньовенно. Якщо блювання не зникає або дуже турбує блювота (та/або фекальна), може знадобитися використання назогастрального зонда після детального обговорення з пацієнтом та особами, які за ним доглядають. Хоча це нечаста практика в хоспісах і може розглядатися як важкий підхід до догляду за пацієнтами, вона може принести комфорт у виняткових обставинах.

*Гикавка* – раптове, мимовільне (рефлекторне) скорочення діафрагми, що викликає раптовий вдих. Надходження повітря зупиняється закриттям голосової щілини, що створює характерний звук. Причинами можуть бути розтягнення шлунка, гастрит / гастроєзофагеальний рефлюкс, пухлини печінки, асцит / здуття живота / кишкова непрохідність через діафрагмальний нерв – ураження та пухлини діафрагми, пухлина середостіння / внутрішньогрудні вузли; центрального генезу (стимуляція медулярної тканини), підвищений внутрішньочерепний тиск, пухлина стовбура головного мозку, уремія (також викликає стаз шлунка); системні – ниркова недостатність, гіперкальціємія, кортикостероїди, хвороба Аддісона, гіпонатріємія.

Лікування гикавки включає фізичні маневри, що часто ефективні, принаймні тимчасово. До них відносяться стимуляція носоглотки, потягування крижаної води, ковтання цукрового піску, кусання лимона, переривання нормальної дихальної функції, маневр Вальсальви (затримка дихання), гіпервентиляція або повторний вдих у мішок тощо, контрподразнення діафрагми, підтягування колін до грудей, нахил вперед, щоб стиснути грудну клітку. Для спрощення можна використовувати медикаментозну корекцію – метоклопрамід, якщо причина вважається периферичною, або бактофен, якщо центральною (як препарати першої лінії). Слід зменшити розтягнення шлунка ± гастроєзофагеальний рефлюкс – прокінетичні препарати, наприклад метоклопрамід 10 мг тричі на день. Проти метеоризму: вітрогінний засіб – м'ятна вода 10–20 мл 2 рази на день (не використовувати з метоклопрамідом, оскільки вони мають протилежну дію на шлунково-стравохідний сфінктер); піногасник – симетикон 10 мл, лансопразол 30 мг перорально. Використовуйте міорелаксанти, блокатори кальцієвих каналів, наприклад ніфедипін 10–20 мг тричі на день, агоніст ГАМК: баклофен 5–20 мг тричі на день, мідазолам 10–60 мг/24 год, галоперидол 1,5–3 мг, левомепромазин 3–6 мг, метилфенідат 5–10 мг 2 рази на день, вальпроат натрію 15 мг/кг/24 год

у розділених дозах, габапентин 100–400 мг тричі на день; іноді використовуйте альтернативу – дексаметазон для перорального застосування 4–8 мг може зменшити компресію / подразнення від захворювання/пухлини печінки, середостіння або головного мозку; припинити, якщо користі немає через 1 тиждень.

### **Анорексія / кахексія / астенія**

Первинна анорексія – втрата апетиту без явної фізичної причини.

Кахексія – важка втрата маси тіла через розпад жирової та м'язової тканини; часто супроводжується анорексією і втомою.

Астенія – загальна слабкість, зниження витривалості, млявість, когнітивна втома, емоційна нестабільність.

Ці стани часто співіснують і спостерігаються у близько 70 % пацієнтів із прогресуючим онкологічним процесом, особливо при раку шлунка або підшлункової.

Вторинна анорексія часто є наслідком кількох причин (які можуть бути оборотним і потребують активного пошуку), включаючи такі:

- нудота, блювання, біль (у ротовій порожнині, животі), диспепсія, зміна смаку, неприємний запах їжі, раннє насичення (асцит, гепатомегалія, «малий шлунок»), кишкова непрохідність, шлунковий стаз, закреп;

- біохімічні симптоми цього стану – гіперкальціємія, уремія, гіпонатріємія;
- лікарські засоби / лікування (опіоїди, хіміо- та променева терапія);
- психологічні (тривога, депресія, стрес, емоційне виснаження).

Ці симптоми, які тісно взаємопов'язані, спостерігаються приблизно у 70% пацієнтів із прогресуючим раком, особливо раком шлунка та підшлункової залози.

Лікування полягає в об'єктивізації будь-яких причин. До лікування слід залучити дієтолога та міждисциплінарну команду для досягнення максимальних цілей.

Немедикаментозне лікування: вивчити страхи пацієнтів та осіб, які доглядають за ними, запевнити пацієнтів у тому, що почуватися задоволеними це нормально, запропонувати менші порції та дозволити пацієнтам їсти менші порції, але частіше і улюблену їжу; пояснити межі користі примусового годування.

Медикаментозне лікування, засноване на доказах: кортикостероїди, наприклад дексаметазон 2–4 мг на день, стимулятор апетиту також може полегшити нудоту, суб'єктивне відчуття анорексії та слабкості; відмінити прогестагени, покращити апетит, стан харчування та споживання калорій; контроль шлункового стазу (у багатьох пацієнтів вегетативна дисфункція пов'язана зі злоякісними новоутвореннями). За тяжкої анорексії та неможливості перорального харчування – парентеральне харчування (не рекомендується рутинно в паліативній практиці через ризики та відсутність доведеної користі, розглядається лише індивідуально (післяопераційний період, до хіміотерапії тощо), в окремих випадках – черезшкірна гастростомія, якщо прогноз >2 міс). Родичі і персонал часто мусять

давати їжу та воду помираючим пацієнтам, але це не повинно переважати над потребою пацієнтів у комфорті. Уникнення надмірної гідратації у вмираючого пацієнта може покращити комфорт, мінімізуючи виділення сечі (і, отже, потребу в катетеризації) та об'єм бронхіального секрету, що турбує. При кишковій непрохідності шлункова секреція буде мінімізована, що зменшить частоту блювання та потребу в назогастральному зонді. Сухість у роті можна лікувати місцевими засобами. Необхідно пояснювати родичам, чому може бути корисним зменшення споживання рідини.

**Асцит** – це термін, який використовується для опису розвитку надмірної рідини в черевній порожнині. У здорової дорослої людини в черевній порожнині міститься приблизно 50 мл трансудату, в якому вміст білка становить близько 25 % концентрації в плазмі крові. У нормі перитонеальна рідина оновлюється зі швидкістю 4–5 мл/год. Злоякісний асцит становить приблизно 10 % усіх випадків асциту та виявляється до 50 % у пацієнтів із раком.

Асцит класифікується відповідно до градієнта альбуміну сироватки та асцитичної рідини (SA-AG). Значення SA-AG > 11 г/л свідчить про наявність портальної гіпертензії. Серед причин: цироз печінки, серцева недостатність, нефротичний синдром.

Внутрішньовенне введення рідини, за потреби, слід проводити з урахуванням АТ, швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ). Парацентез показаний за наявності скарг на біль, дискомфорт або напруження внаслідок розтягнення черевної стінки, задишку, яка зазвичай посилюється при фізичному навантаженні через тиск на діафрагму, а також нудоту, блювання чи диспепсію, що пов'язані із синдромом «стиснутого шлунка». Пацієнти зазвичай відчувають симптоми лише тоді, коли черевна порожнина значно наповнена, а стінка напружено роздута.

Серйозні ускладнення парацентезу трапляються рідко. Найпоширеніші включають витік асцитичної рідини (приблизно 5 % процедур) та післяпроцедурну гіпотензію або непритомність. Інші можливі ускладнення: перфорація внутрішніх органів ( $\approx 0,6$  %), кровотеча ( $\approx 0,2$  % потребують переливання), інфікування місця пункції. Видалення великих об'ємів рідини, особливо у пацієнтів із порушенням функції печінки або нирок, може спричинити переміщення рідини з розвитком гіпотензії, що супроводжується запамороченням, втому, загальним нездужанням.

Дослідження перед парацентезом:

- УЗД органів черевної порожнини підтверджує наявність асциту, дає можливість оцінити його локалізацію (наприклад «кишеньковий» асцит, обмежений спайками або пухлинами). Навіть при локалізованому асциті дренажування може полегшити симптоми, оскільки локалізовані кишени часто з'єднані між собою.

- Сканування (КТ або УЗД) показане, якщо асцит важко виявити клінічно, є підозра на кишкову непрохідність, потрібно уточнити безпечний доступ для пункції.

- Аналіз крові необхідний лише пацієнтам із групи ризику, зокрема тим, хто має захворювання печінки, схильність до кровотеч, особливо за наявності гематом у місцях венепункції.

Користь парацентезу у пацієнтів із відповідними показаннями майже завжди перевищує ризику.

Деякі відносні протипоказання включають клінічно виражене дисеміноване внутрішньосудинне згортання крові або первинний фібриноліз. Асцит зазвичай повторно накопичується після парацентезу, однак швидкість цього процесу варіює від кількох днів до тижнів. Пацієнтам, яким потрібні часті процедури, слід розглянути встановлення довготривалого дренажу (наприклад системи PleurX).

**Тенезми** – це болісне відчуття неповного випорожнення або переповнення прямої кишки, яке часто супроводжується позивами до дефекації без подальшого випорожнення. Зазвичай виникає внаслідок місцевої пухлини прямої кишки. Механізми виникнення: спазм гладкої мускулатури, що може супроводжувати запалення або пухлинний процес, невропатичний біль спричинений інфільтрацією попереково-крижового сплетення, що викликає колочий, різкий біль або тривалий, тупий біль. У деяких випадках тенезми важко відрізнити від пудендальної невралгії.

Лікування:

1. Запобігання та лікування закрепів. Важливо для зменшення подразнення прямої кишки та вторинного посилення болю.

2. Знеболення:

- опіоїдні анальгетики можуть бути корисні, але не завжди ефективні;
- НПЗП (наприклад диклофенак 50 мг тричі на день), особливо при запальному компоненті болю;

- променева терапія може зменшити пухлину та відповідно тиск на нервові структури;

- ніфедипін (модифікованого вивільнення, 10–20 мг двічі на день) для зниження м'язових спазмів;

- супутні анальгетики при невропатичному болю: амітриптилін, протисудомні препарати (наприклад габапентин, прегабалін), кортикостероїди для зменшення набряку та тиску на нервові структури.

3. Інтервенційне лікування:

- поперекова симпатектомія показує > 80 % успіху у пацієнтів із рефрактерним болем;

- спинномозкова інфузія місцевих анестетиків ± опіоїдів для контролю сильного болю, який не піддається стандартному лікуванню.

**Диспепсія** – це термін, що описує комплекс симптомів з боку верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ), зокрема біль або дискомфорт у надчеревній ділянці, печію, нудоту, здуття, швидке насичення.

Можливі причини: пошкодження слизової кислотою, порушення моторики ШКТ, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) / езофагіт, інфекційний езофагіт (наприклад *Candida*) – слід виключити або пролікувати при підозрі, спазм стравоходу, прийом медикаментів, які можуть викликати езофагіт (зокрема калій НПЗП), біль кардіального походження – завжди слід виключати, особливо при атиповій клінічній картині.

Лікування:

1. Загальні рекомендації: підняти узголів'я ліжка – для зменшення нічного кислотного рефлюксу; уникати провокуючих факторів – переїдання, алкоголь, кава, цитрусові, тютюн, ліки, що подразнюють ШКТ.

2. Фармакологічне лікування:

- Інгібітори протонної помпи (ІПП): лансопразол 30 мг 1 раз на день при помірних або тяжких симптомах; омепразол 20 мг перорально на день або 20–40 мг у 100 мл 0,9 % NaCl внутрішньовенно повільно протягом 3 год при неможливості перорального прийому; почати з повної лікувальної дози, через кілька тижнів – поступово зменшити.

- Прокінетики при ознаках шлункового стазу або розтягнення. Метоклопрамід 10 мг 3 рази на день.

- Інші засоби: антациди для короткочасного полегшення симптомів; блокатори H<sub>2</sub>-рецепторів гістаміну (наприклад ранітидин, фамотидин) альтернативно або в комбінації при недостатньому ефекті ІПП.

**Кишкова стома** – це штучний отвір, створений хірургічним шляхом, який дозволяє виведення кишкового вмісту через черевну стінку. Виведення здійснюється через стому (носик / випускний отвір), до якого прикріплюється стомний мішок.

Показання до створення стоми (у ПД): післяопераційна резекція злоякісних новоутворень кишечника або яєчників, обхід кишки при неоперабельній пухлині або кишковій непрохідності, рецидив пухлини малого таза, хвороба Крона (в анамнезі, при старих стомах).

Типи стом:

1. За локалізацією: колостома – створюється з товстої кишки; ілеостома – створюється з тонкої (клубової) кишки.

2. За тривалістю: тимчасові (дефункціонуючі) – петльова колостома або ілеостома – захист анастомозу, декомпресія, тимчасове загоєння; постійні –

виводиться кінцевий відділ кишки, наприклад при панпроктоколектомії, АП-висіченні, процедурі Гартмана.

Операції, що передбачають створення стоми: панпроктоколектомія – повне видалення товстої і прямої кишки (постійна ілеостома); тотальна колектомія – ілеостома, залишена кукса прямої кишки; АП-висічення – видалення прямої кишки та анального каналу (постійна колостома); процедура Гартмана – резекція сигмоподібної або верхньої прямої кишки (кінцева колостома); екзентерація таза – радикальне видалення органів малого таза (колостома + уростома).

Проблеми, які можуть виникати у пацієнтів зі стомою: абдомінальний біль (постійний / колікоподібний), нудота, блювання, здуття живота, діарея або закреп, психоемоційна складова: депресія, втрата контролю, зміни у відносинах. Випорожнення при сигмостомі сформовані, при ілеостомі напіврідкі або рідкі, часті.

Особливості стом і пристроїв: стома має бути яскраво-червона, з добрим кровопостачанням, зазвичай вона зменшується у розмірах упродовж перших місяців; перистомальна шкіра має бути цілісною і неушкодженою.

Типи пристроїв: ілеостомічні – дреновані, мають застібку типу «липучка», спорожняються кілька разів на день, змінюються кожні 1–3 дні; колостомічні – цільні (змінюється весь пристрій), дводенні (фланець лишається, змінюється тільки мішок), розмір фланця повинен точно відповідати основі стоми.

Ускладнення та симптоматичне лікування:

1. Гіперактивна стома. Може потребувати корекції дієти (білий рис, тушковане яблуко). Регідратація є важливою в спеку. Слід уникати препаратів тривалої дії або кишковорозчинних форм (особливо при ілеостомі). Лоперамід необхідно починати з 2 мг 4 рази на день (таблетки або розплави), титрувати до 64 мг/день. У важких випадках – системні опіоїди, антисекреторні засоби.

2. Закреп. Причинами є опіоїди, часткова / повна непрохідність, зневоднення. Лікування – за клінічною ситуацією.

3. Кровотечі зі стоми. Можливими причинами є порушення згортання, грибкова інфільтрація, місцевий рецидив пухлини. Методи лікування: місцевий тиск (альгінатні пов'язки з транексамовою кислотою або адреналіном), нітрат срібла для видалення грануляцій, променева або кріотерапія при пухлинному рості.

4. Екскоріація шкіри. Рідкість при сучасних пристроях. Засоби захисту: пасти, креми, бар'єрні плівки. Особливо важливо при ілеостомі, щоб уникнути дії ферментів.

5. Метеоризм. Спричиняється продуктами (капуста, бобові, газоване, ліки (лактuloза). Засоби зменшення: дієта з клітковиною (залежно від стану), ромашковий або м'ятний чай.

6. Запах. Сучасні пристрої мають вугільні фільтри, є дезодорувальні засоби; метронідазол місцево – при грибкових злоякісних ураженнях.

## 2.6. Допомога при порушенні дихання і урогенітальних симптомах

**Задишка** – стан нестачі повітря, який спостерігається при захворюваннях бронхолегеневої, а іноді і серцево-судинної системи. Слід пояснити пацієнтам та доглядальникам, усі фактори, які сприяють задишці. Важливо створити сприятливе середовище та запевнити людину, що буде зроблено все, щоб зменшити її відчуття. Чітке пояснення того, як усунути епізоди задишки, може значно зменшити тривожність. Надання інформації про те, коли і куди звернутися за додатковою допомогою (лікар загальної практики, патронажна медсестра, відділення невідкладної допомоги) є важливою частиною плану полегшення цього стану. Цей рівень участі також зміцнює довіру пацієнта та сім'ї до медичної бригади та зменшує страждання. Спостереження задишки у людини, якій надають допомогу, є постійною причиною страждань для опікунів. Доглядальники можуть бути значною частиною плану лікування задишки, забезпечуючи вирішення їхніх сумнівів і занепокоєнь, а також надання їм повноважень шляхом навчання їх догляду. Втручання необхідно розглядати з точки зору потенційної користі та ризиків для кожного окремого пацієнта, беручи до уваги перебіг хвороби, яка обмежує життя, та будь-яке нещодавнє погіршення стану, а також висловлені пацієнтом побажання. Важливо переконатися, що втручання, спрямовані на лікування основних причин, матимуть суттєвий вплив на задишку людини, щоб виправдати їх. Наприклад, невеликий плевральний випіт рідко є причиною задишки людини, а дренажування дуже маленького випоту не вплине на її задишку, а натомість посилить дистрес і збільшить витрати. Підхід до лікування має включати лікування дистресу, пов'язаного із задишкою, одночасно з усуненням будь-яких оборотних причин. Для багатьох людей оборотну причину не буде виявлено, і клінічний підхід полягає в тому, щоб зосередитися на покращанні стану та зменшенні впливу задишки на життя, включаючи повсякденну діяльність.

Симптоматичне лікування вимагає підходу міждисциплінарної команди та включає нефармакологічні та фармакологічні стратегії. Слід пам'ятати, що у літніх пацієнтів можуть спостерігатися ознаки оборотної бронхоконстрикції, отже використання бронходилататорів в інгаляційній формі та за допомогою небулайзера будуть доцільними. Для полегшення симптомів задишки – іпратропію бромід 250–500 мкг за допомогою небулайзера ( можна вводити в комбінації з сальбутамолом), натрію хлорид 0,9 % 5 мл через небулайзер може допомогти зробити в'язкі виділення менш в'язкими. Якщо у пацієнтів є ХОЗЛ, слід розглянути можливість застосування інгаляційних або системних стероїдів для лікування будь-якого погіршення задишки. Вважається, що при раку стероїди зменшують набряк, пов'язаний з пухлиною, і можуть зменшувати задишку внаслідок множинних метастазів у легенях, обструкції трахеї або карциноматозного лімфангіту.

Так, протягом 4–7 днів – дексаметазон 4–8 мг на день або преднізолон 25–50 мг на день (припинити, якщо протягом 7 днів немає покращання).

*Нефармакологічний підхід до лікування задишки* є наступним вирішальним кроком після оптимізації оборотних компонентів задишки і він однаково застосовний для пацієнтів із пізньою стадією раку та кінцевою стадією респіраторних чи серцевих захворювань. При менш важкій задишці немедикаментозні стратегії лікування складають основну частину втручань. Свіже повітря часто дуже допомагає зменшити задишку під час фізичних вправ або у спокої. Відповідне положення пацієнта: вертикальне – сила тяжіння допомагає розширити легені та зменшити тиск з боку живота на діафрагму; високо лежачи на боці – може бути корисним для пацієнта з рясними виділеннями, а також запобігає аспірації; сидячи з нахиленим вперед тілом, руки спираються на стегна, зап'ястки розслаблені – сприяє розслабленню верхніх м'язів грудної клітки та забезпечує вільний рух діафрагми; сидячи на стільці, спираючись на стіл – ефективно в лікуванні гострої задишки у пацієнтів із серцевою недостатністю. Можна використовувати фізіотерапевтичну корекцію – дихальні вправи, методи оптимізації дихання, вібрацію грудної клітки та засоби для ходьби. Ерготерапія допомагає мінімізувати задишку під час виконання основних повсякденних завдань (купання, приготування їжі, одягання). Методи енергозбереження – темп діяльності та допомога у визначенні пріоритетів і плануванні основних видів діяльності. Методи релаксації – масаж спини пацієнта під час епізоду респіраторної паніки може сприяти розслабленню м'язів і, як повідомляється, є заспокійливим. Використання когнітивно-поведінкової терапії, щоб допомогти впоратися зі страхами та негативними думками, пов'язаними із задишкою, є потенційною терапією для когнітивно незмінних пацієнтів. Додаткова терапія, включаючи акупунктуру.

#### *Фармакологічне лікування задишки.*

Може включати опіоїди. Морфін суттєво зменшує неадекватне та надмірне дихання через його вплив на реакцію вентиляції на гіпоксію та гіперкапнію завдяки уповільненню частоти дихання. Це зменшує як відчуття задишки, так і пов'язану з цим тривогу. Морфін безпечний для паліативного лікування задишки. Якщо його застосовувати в низьких дозах і ретельно титрувати, не викликає затримки CO<sub>2</sub> або клінічно значущого пригнічення дихання. Існують дані, що підтверджують його використання пацієнтами з раком, серцевою недостатністю, ХОЗЛ і легеневим фіброзом (морфіну пролонгованого вивільнення 10–20 мг підшкірно, з можливістю збільшити дозу ще на 25 %). Наразі існує обмежена кількість доказів, які підтверджують використання небулайзерних опіоїдів для усунення задишки, хоча деякі пацієнти отримують хороше полегшення симптомів від їх використання.

Занепокоєння через задишку може погіршити її відчуття, що у свою чергу посилює тривогу. Щоб відчувати контроль над задишкою, цей цикл потрібно розірвати, і в такому випадку можна використовувати бензодіазепіни, хоч вони і не є препаратами першого ряду для лікування задишки. Бензодіазепіни більш тривалої дії корисні при сильному занепокоєнні або вночі, коли задишка та пов'язана з нею тривога переривають сон (діазепам 2–5 мг внутрішньо або клоназепам 0,5–1 мг внутрішньо або сублінгвально).

Низка досліджень показала користь розпиленого фуросеміду для зменшення задишки завдяки механізму дії, не пов'язаному з його діуретичним ефектом. Розпилений фуросемід захищає від бронхоконстрикції та може позитивно впливати на стабільність дихальних шляхів.

Кисень може полегшити задишку у хворих із гіпоксемією у спокої або під час фізичного навантаження, а також допомогти пацієнтам із нормальним  $PaO_2$ , особливо якщо вони мають ХОЗЛ. Більшість людей із задишкою при раку не страждають від гіпоксії та можуть мати невелику симптоматичну користь від кисню, однак іноді важко передбачити, хто саме отримає користь від додаткової кисневої терапії виключно на основі насичення киснем. Вплив потоку кисню або повітря через рот або ніс також може покращити відчуття задишки в тих, хто має нормальне насичення киснем. Застосування додаткової кисневої терапії слід розглядати на індивідуальній основі, переконавшись, що оборотні фактори виявлені та врегульовані. Поліцитемія, клінічні або електрокардіографічні ознаки легеневої гіпертензії та/або епізоди правошлуночкової серцевої недостатності відображають системні ефекти хронічної гіпоксемії та посилюють аргументи на користь терапевтичного використання кисню. Можливі несприятливі наслідки, які необхідно враховувати при наданні оксигенотерапії, а саме: психологічна залежність, обладнання, яке може обмежувати рухливість і повсякденну діяльність, кисневі маски або носові зубці можуть ускладнювати спілкування, небезпека пожежі та ризик опіків, особливо якщо пацієнт вважає за краще продовжувати палити, висока вартість кисневої терапії, дискомфорт через місцеве подразнення, сухість слизових оболонок верхніх дихальних шляхів. Якщо потреба в додатковому кисні становить більше 8 год на день, кисневий концентратор, як правило, економічно ефективніший. Слід зауважити, що при налаштуванні на потік кисню 2 л/хв балон об'ємом 1360 л забезпечує приблизно 11 год використання.

Задишка зазвичай посилюється в останні тижні або дні життя. Це погіршення відбувається незважаючи на описані симптоматичні заходи. З огляду на поширеність і тяжкість, в останні дні або години потрібна особлива увага. Якщо у людини гіпоксемія, необхідно провести лікування киснем, а загалом лікування базується на фармакологічних втручаннях і ретельному положенні

пацієнта. Так, у разі рефрактерної задишки може знадобитися седація, щоб полегшити страждання хворого. Це вимагає чуйного спілкування, роз'яснень і згоди близьких родичів. У лікування задишки включають опіоїди (морфін) і бензодіазепіни (клоназепам або мідазолам), які можна вводити у вигляді безперервної інфузії за допомогою шприц-привідника.

Важливою передумовою для лікування задишки є розуміння того, що вона означає для цієї людини в її конкретній ситуації, тому слід попросити пацієнта описати своє життя з утрудненим диханням. Необхідно перевірити толерантність пацієнта до фізичних навантажень і попросити визначити фактори, які викликають або полегшують задишку. Проаналізувати вплив задишки на повсякденне життя пацієнта. Запитати, від чого вони відмовляються, щоб мінімізувати або уникнути задишки. Важливо знати, якою мірою депресія може бути спричинена або посилена рефрактерною задишкою. Потрібно знайти час, щоб делікатно та в темпі пацієнта поговорити про його досвід хвороби та почуття, які це викликає. Слід заохочувати вентиляцію та усувати почуття безпорадності, тривоги та страху, пов'язані із задишкою. М'яко допомогти пацієнту протистояти його страхам задухи, неможливості знову вдихнути чи смерті під час епізоду гострої задишки. Запевнити, що ці події малоімовірні.

Повторне тренування дихання є основною частиною підходу до його оптимізації. Це передбачає навчання пацієнта використовувати діафрагмальні дихальні вправи як техніку контрольованого дихання, коли він відчуває задишку. Ці вправи передбачають поєднання таких процесів: дихання зі стиснутими губами, яке сприяє контролю, уповільнює його частоту, збільшує дихальний об'єм і зменшує ймовірність колапсу дихальних шляхів у людей із ХОЗЛ; контрольоване дихання діафрагмою або нижньою частиною грудної клітки, що допомагає покращити функцію та порушує неефективну модель дихання у верхній частині грудної клітки шляхом зменшення тривоги та паніки.

Крім того, необхідно детально обговорити з пацієнтом концепцію зв'язку «розум–тіло». Методи релаксації та відволікання мають на меті зменшення основної напруги та є інструментом для використання, коли тривога та паніка посилюють задишку. Слід дати можливість пацієнту адаптуватися та зберегти енергію для тих видів діяльності, які є для нього / неї найбільш важливими, і у зв'язку з цим заохочують встановлювати цілі. Важливо, щоб це було реальним і досяжним.

Пацієнту надають як усну, так і письмову інформація про навички дихання, а також способи їх щоденного засвоєння. Служба підтримки при задишці – багато професійна інтегрована послуга, яка поєднує респіраторну, фізіотерапію, ерготерапію та ПД, оцінку та лікування і доведена як рання ефективна інтегративна послуга в лікуванні хронічної задишки.

Плевральна аспірація (торакоцентез) може надати симптоматичне полегшення. Плевральний випіт, достатньо великий, щоб викликати задишку, можна виявити клінічно. Аспірація 300–500 мл рідини зазвичай дає певне симптоматичне покращання, але в деяких випадках може бути аспіровано до 1,5 л. Аспірація об'ємом менше 300 мл навряд чи спричинить задишку, а отже навряд чи полегшить страждання людини (у цьому випадку також необхідно пам'ятати і про ускладнення при проведенні цієї процедури). Звичайний контрольний рентгенівський знімок після аспірації не є обов'язковим в умовах ПД. Аспірація дуже великого випоту, який призводить до зміщення серця та середостіння, може спричинити серцево-респіраторні порушення. Таку маніпуляцію слід проводити лише за умови відповідного моніторингу та резервної підтримки (рентген та УЗД грудної клітки).

**Кашель** – це складний фізіологічний механізм захисту легень і дихальних шляхів. Існує багато причин патологічного кашлю, який може бути як злоякісного, так і незлоякісного походження. Кашель спостерігається приблизно у 50 % пацієнтів із термінальною стадією раку і до 80 % пацієнтів із раком легень. Він виникає внаслідок подразнення механічних або хімічних рецепторів дихальних шляхів. Тривалі напади кашлю можуть бути виснажливими й лякаючими, особливо якщо супроводжуються задишкою або кровохарканням. Вони можуть призводити до блювання, болю, порушення сну або навіть непритомності.

Лікування кашлю має включати як специфічну терапію основного захворювання (наприклад паліативну променевою терапією або хіміотерапією), так і симптоматичне полегшення. У багатьох пацієнтів, в яких кашель спричинений мас-ефектом пухлини, така терапія є ефективною. Важливо розрізнити продуктивний (вологий) та непродуктивний (сухий) кашель при плануванні лікування.

**Продуктивний (вологий) кашель.** Метою лікування має бути стимулювання легкого та ефективного відкашлювання для очищення дихальних шляхів від слизу, якщо пацієнт не перебуває в термінальному стані й ще здатен до відхаркування.

**Можливі підходи в лікуванні.** Антибіотики можуть бути доцільними навіть у дуже хворих пацієнтів для полегшення симптомів. Особливо виснажливою може бути бронхорея – велика кількість прозорого пінистого мокротиння, що виникає приблизно у 6 % пацієнтів з альвеолярно-клітинним раком і 9 % з іншими формами раку легень. У такому разі корисною є паліативна променевою терапія. Парова інгаляція або небулайзерний розчин натрію хлориду 0,9 % (2,5 мл) допомагають розрідженню в'язкого мокротиння. Муколітики (карбоцистеїн 500–750 мг на добу) зменшують в'язкість слизу. Фізіотерапія: перкусія, постуральний дренаж, поради щодо дихальної техніки сприяють мобілізації мокротиння. Сальбутамол (у формі небулайзера) ефективний при наявності бронхоспазму. У пацієнтів із вологим кашлем по можливості слід уникати протикашльових засобів, однак у нічний час вони можуть бути виправданими для покращання сну.

**Сухий кашель.** Після усунення потенційно оборотних причин (наприклад подразнення через сухий кисень або дихання ротом), варто використовувати інгаляції розчину натрію хлориду 0,9 % (2,5 мл), розглянути периферичні супресанти кашлю (бупівакаїн 5 мл 0,25 %, лідокаїн 5 мл 0,2 %). Якщо специфічне лікування захворювання неефективне, слід сконцентруватися на контролі кашлю, особливо в термінальній стадії. Кодеїн, морфін у початковій дозі (5 мг) кожні 4 год перорально. У разі, якщо пацієнт уже отримує опіоїди, дозу можна підвищити, хоча доказів щодо ефективності високих доз для лікування кашлю мало. Може бути ефективним габапентин до 1800 мг/добу перорально. Щодо галоперидолу, то його клінічна ефективність при кашлі не доведена, але його можна випробувати як альтернативу іншим засобам, особливо при стійкому кашлі. Антибіотики за потреби (наприклад метронідазол, небулайзерний гентаміцин, останній часто застосовують у хворих на муковісцидоз). У термінальних пацієнтів, які надто слабкі, щоб кашляти, доцільним є призначення антихолінергічних препаратів, наприклад небулайзерного іпратропіуму.

**Дискомфорт або біль у сечовому міхурі** зазвичай локалізується в надлобковій ділянці та може супроводжуватися іншими симптомами, такими як дизурія, часте сечовипускання, ніктурія, ургентні (раптові) позиви, затримка сечі, нетримання сечі. Якщо уражено тригон (трикутник Лье), біль може іррадіювати в кінчик пеніса.

Характер болю може бути постійним (наприклад при інфекції сечовивідних шляхів) та періодичним (наприклад при спазмі сечового міхура), за інтенсивністю – від тупого до різкого, нестерпного (гостра обструкція із затримкою сечі).

Поширені причини болю в сечовому міхурі в паліативних пацієнтів: інфекції (сечовивідних шляхів, у тому числі бактеріальні, туберкульозні, грибові, у пацієнтів з імунодефіцитом), уретрит, вагініт, герпес статевих органів, анатомічні та пухлинні зміни (новоутворення тазової ділянки, рак сечового міхура або уретри, цистоцеле, сторонні тіла, обструкція уретри, камені сечового міхура. Інші фактори – катетери (уретральні, надлобкові), особливо при інфекції або блокуванні, нестабільність або спазм сечового міхура (ідіопатичні або викликані катетером, згустками, пухлиною або інфекцією), запалення, пов'язане з лікуванням або супутніми станами.

*Немедикаментозне лікування:* усунення або корекція основної причини; регулярне сечовипускання; адекватне споживання рідини (може бути складним для пацієнтів з термінальним станом); уникання кофеїну та алкоголю.

*Фармакологічна терапія.* Антимускаринові препарати (оксибутинін 2,5–5 мг 2 рази на день, має також місцеву анестезуючу дію, тому можливе внутрішньоміхурове введення: 5 мг у 30 мл 1 раз на день; толтеродин 2 мг 2 рази на день, краще переноситься, потребує корекції дози при порушенні функції печінки;

пропіверину гідрохлорид 15 мг 1 раз на день, тому що має модифіковане вивільнення; троспію хлорид 20 мг 2 рази на день – незначний метаболізм через CYP450, що важливо при сумісному прийомі з бензодіазепінами тощо). При вираженій обструкції виходу із сечового міхура або затримці сечі антимускаринові засоби слід уникати. Трициклічні антидепресанти (амітриптилін 25–50 мг, іміпрамін 25–50 мг) можуть бути ефективними у разі нейропатичного компонента болю. При болісному запаленні – НПЗП. Кортикостероїди зменшують пухлинне запалення в міхурі, знижують біль. Місцеві анестетики та опіоїди (інстиляції): лідокаїн 2 %, розведений у 0,9 % NaCl, вводять через катетер, який потім затискають на 20–60 хв; бупівакаїн 0,5 % + морфін 10–20 мг інстилюють 3 рази на день, катетер затискають на 30 хв. Антимускаринові засоби в термінальній фазі можна вводити через катетер: гіосцину бутилбромід 60–120 мг/добу; глікопіроній 0,2–0,4 мг/добу.

Сечовий міхур має значне кровопостачання завдяки міхуровим артеріям та гілкам переднього відділу внутрішніх клубових артерій. Це, з одного боку, полегшує виконання реконструктивних хірургічних втручань на сечовому міхурі, але з іншого, ускладнює лікування геморагічного циститу.

***Інфекції сечовивідних шляхів (ІСШ) у паліативних пацієнтів.*** ІСШ – поширене явище, яке часто має неспецифічні прояви, особливо у старших або тяжкохворих пацієнтів. Клінічна картина може включати дизурію, нетримання чи затримку сечі, гематурію, надлобковий або поперековий біль, гарячку невідомого походження, сплутаність свідомості (особливо у літніх пацієнтів). Фактори ризику: дегідратація, низький діурез, обструкція виходу з міхура, нейропатичний сечовий міхур, постійна катетеризація, атрофічний вагініт, ниркові камені, імунодефіцитні стани, фістули сечового міхура, цукровий діабет. Найбільш поширені збудники цього стану: *Escherichia coli*, а також *Streptococcus faecalis*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas spp.* Для діагностик доцільно застосовувати експрес-тести на такі показники: білок, кров, лейкоцити, нітрити, ацетон. Наявність позитивного результату хоча б одного з тестів може бути підставою для початку емпіричної антибактеріальної терапії. ІСШ вважається малоюмовірною, якщо всі тести негативні. У більшості випадків позитивного експрес-тесту достатньо для призначення лікування.

***Загальні принципи лікування.*** Заохочення пацієнта до збільшення споживання рідини (якщо це дозволяє стан). У разі потреби – застосування локальних рекомендацій з призначення антибіотиків. Якщо місцеві протоколи недоступні, слід дотримуватися загальноприйнятих схем.

Загальні схеми прийому антибіотиків включають антибактеріальні препарати: триметоприм 200 мг 2 рази на добу протягом 3 днів (ефективний за більшості неускладнених інфекцій); ципрофлоксацин 250–500 мг 1–2 рази на добу перорально

або внутрішньовенно; амоксиклав 375 мг 3 рази на добу перорально або внутрішньовенно; цефалексин 250 мг 4 рази на добу; цефуроксим 125–250 мг на добу.

*Діагностика (біля ліжка пацієнта).* Експрес-тест на білок, кров, лейкоцити, нітрити, ацетон. Позитивного результату  $\geq 1$  показника достатньо для старту емпіричної антибіотикотерапії. Якщо всі тести негативні, ІСШ малоймовірна.

*Лікування ІСШ.* Стимулювання адекватного споживання рідини. Дотримання локальних рекомендацій щодо антибіотиків. Початкове лікування зазвичай емпіричне.

Схеми антибіотикотерапії: триметоприм по 200 мг 2 рази/добу 3 дні (ефективний при неускладнених ІСШ); ципрофлоксацин 250–500 мг 1–2 рази/добу перорально або внутрішньовенно; амоксиклав 375 мг 3 рази/добу.

**Ниркова колька** – це сильний біль, який зазвичай локалізується в поперековій ділянці і може іррадіювати в пахову ділянку та яєчко. Початок болю зазвичай триває 15–20 хв, поступово наростає до інтенсивного плато з коливаннями сили, але біль ніколи повністю не зникає, на відміну, наприклад, від тонкокишкової кольки. Цей біль пов'язаний з гострою непрохідністю сечоводу, яка залежно від причини може поступово зникати подібно до свого початку. Пацієнт при цьому перебуває в стані збудження і не може заспокоїтися, навіть уночі. Причини ниркової кольки: камінь, пухлина, тромб, грибкова інфекція.

*Лікування.* НПЗП допомагають пригнічувати запальну реакцію нирок на гостру закупорку сечовивідних шляхів, але їх слід уникати при порушеннях функції нирок. Опіоїдна аналгезія може бути ефективною для контролю болю. При набряку, пов'язаному з пухлиною, корисним може бути дексаметазон у дозі 8–16 мг. Антихолінергічні препарати (наприклад гіосцин бутилбромід) не мають доведеної ефективності при гострій сечовідній кольці. Тамсулозин (400 мкг один раз на добу) може полегшувати проходження конкрементів у дистальному відділі сечоводу.

**Тазовий біль** може бути дуже виснажливим симптомом, що має багатofакторну природу та часто важко піддається контролю. Тому його оцінка потребує логічного та ретельного підходу, щоб забезпечити пацієнту оптимальний контроль симптомів.

Визначення можливих джерел болю: у чоловіків – ШКТ, сечоводи, сечовий міхур, простата, уретра, пеніс, яєчка; у жінок – сечоводи, сечовий міхур, уретра, яєчники, матка та маткові труби, піхва, промежина; загальні структури – ШКТ (дистальний відділ товстої кишки, пряма кишка, задній прохід), кістки (крижі, таз).

Причини тазового болю можуть включати: розвиток та прогресування неопластичних процесів або метастазів, неракові захворювання (наприклад інфекції сечовивідних шляхів), ятрогенні фактори (спричинені лікуванням раку або іншими медичними втручаннями, наприклад променева терапія, хірургічне втручання), закрепи, патології опорно-рухового апарату.

*Лікування.* Антибактеріальна терапія, симптоматичне та знеболювальне лікування залежно від причини. Каудальна або поперекова епідуральна анестезія може бути корисною, але слід враховувати ризики застосування нейролітичних методів, які можуть спричинити серйозні побічні ефекти, включаючи параліч нижніх кінцівок та подвійне нетримання сечі. Нефізичне лікування включає додаткову терапію, психологічну та соціальну підтримку, духовну допомогу.

*Затримка сечовипускання* є поширеною проблемою у пацієнтів, які отримують ПД, і її слід враховувати в осіб із неспецифічними симптомами, такими як сплутаність свідомості, неспокій та збудження. Пацієнти з ретенцією часто мають в анамнезі урологічні проблеми.

Фактори ризику затримки сечовипускання включають: вживання певних лікарських засобів (опіоїдів; антихолінергічних препаратів – оксибутинін, гіосцин, глікопіроній; трициклічних антидепресантів; фенотіазинів; альфа-агоністів – застосовуються в деяких препаратах від кашлю), закреп, низька рухливість і недоступність відповідних туалетних приміщень, недотримання особистої гігієни, доброякісна гіпертрофія передміхурової залози у чоловіків, місцева інфекція сечовивідних шляхів, пухлини тазу (первинні або метастатичні), стриктура уретри (хоча рідко, бо зазвичай супроводжується больовими симптомами, гематурією із згустками), неврологічні стани, такі як компресія спинного мозку, пресакральна плексопатія, вплив інтратекальної або епідуральної анестезії.

*Гостра обструкція* проявляється такими симптомами: слабкий струмінь сечі, підтікання після сечовипускання, часте сечовипускання (частота), ніктурія (сечовипускання вночі). Підгострі симптоми можуть виникати раніше, але гострі прояви з'являються раптово. Це супроводжується сильним болем у нижній частині живота, інтенсивним бажанням помочитися, занепокоєнням або дратівливістю (іноді це єдиний симптом у пацієнтів у термінальній стадії або без свідомості), пальпаторно – роздутим і напруженим сечовим міхуром, який є чутливим, посиленою потребою до сечовипускання. У таких випадках ультразвукове дослідження сечового міхура біля ліжка дозволяє оцінити його об'єм і може запобігти непотрібній катетеризації. Цей підхід стає все більш поширеним у паліативних та хоспісних умовах.

*Хронічна обструкція.* Класичним і основним симптомом є нічний енурез (нетримання сечі вночі). Початок часто повільний і підступний, і його нерідко пропусають або помилково діагностують як нетримання.

Діагноз підтверджується при виявленні великого, нечутливого сечового міхура (хронічна затримка низького тиску), тупого перкуторного звуку в нижній частині живота (може поширюватися вище пупка), великого залишкового об'єму сечі (> 300 мл після сечовипускання, в гострих випадках – понад 800 мл при катетеризації).

Можливі ускладнення: інфекції сечових шляхів, конкременти в сечовому міхурі, гідронефроз та постниркова недостатність (хронічна затримка високого тиску), закріп, резистентний до проносних, збудження, сплутаність свідомості, поліурія після катетеризації через зниження тиску на ниркову кору та осмотичний ефект високої концентрації сечовини.

Під час ведення пацієнта важливо вести облік виділення сечі. Якщо сечовиділення перевищує 200 мл/год, слід вводити внутрішньовенну рідину для компенсації втрат об'єму циркулюючої крові. Щоб уникнути надмірного діурезу, рекомендується замінювати приблизно 80 % виділеної сечі щогодини комбінацією пероральних і внутрішньовенних рідин із контролем біохімії крові. Не слід затискати катетер для повільного дренажу сечі – це неефективно і може бути небезпечним.

### **Лікування**

*Гостра затримка сечі.* Необхідна негайна катетеризація сечового міхура. Якщо уретральна катетеризація неможлива, то проводять надлобкову катетеризацію. У паліативних хворих можна використовувати катетер Бонанно (вводиться по серединній лінії на 2 пальці вище лобкового згину). Це тимчасовий захід, далі бажано замінити катетер на більш відповідний. Обов'язковий контроль за інфекційними ускладненнями.

*Хронічна затримка сечі.* Зазвичай потребує катетеризації з контролем балансу рідини та електролітів (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>). В ідеалі цим займаються урологи, які можуть використовувати жорсткий катетер 22Fr і, за потреби, інтродюсер. У хоспісних пацієнтів часто достатньо катетера 18Fr. Для зрошення сечового міхура можна застосовувати триходовий катетер. Уретральний стент встановлюють, наприклад, пацієнтам, які погано почуваються перед операцією.

Обов'язкове лікування основної причини затримки: корекція медикаментів (зменшення або скасування препаратів, що викликають затримку сечі), терапія пухлин, корекція закріпів тощо. Якщо затримка через тромби, то припиняють антикоагулянти, коригують геморагічний діатез (з обережністю застосовують транексамову кислоту). Компресія спинного мозку чи пухлини малого таза потребує специфічного лікування (хірургія, променева терапія, хіміотерапія).

Додаткові рекомендації: забезпечити пацієнту регулярний туалет, спокій, усамітнення (збудження перешкоджає сечовипусканню); визначте доцільність подальших діагностичних процедур, орієнтуючись на загальний стан пацієнта; контролювати рівні сечовини, електролітів, креатиніну. Якщо уремія не покращується після катетеризації, варто шукати інші причини (наприклад нефропатія або висока обструкція, не усунена катетером).

**Обструкція сечоводу** може бути односторонньою або двосторонньою та у разі ПД спричинена пухлинами таза (наприклад карцинома шийки матки

у жінок, рак передміхурової залози у чоловіків), що викликають зовнішню компресію сечоводів і призводять до гідронефрозу.

*Клінічні ознаки:* зменшення об'єму сечі, біль у животі, погіршення функції нирок (за даними аналізів крові). Ці симптоми сигналізують про можливу двосторонню обструкцію і загрозу ниркової недостатності.

*Діагностика.* Ультразвукове дослідження нирок, яке підтверджує обструкцію та виключає інші фактори. При підозрі на конкременти найкращим методом є безконтрастна КТ. УЗД можна використовувати, якщо радіація викликає занепокоєння (менша чутливість). Внутрішньовенна пієлограма (зараз застосовується рідше через ризик контрастної реакції і високий рівень опромінення).

*Лікування.* Якщо обструкція без каменів (зовнішня компресія), то можливе встановлення постійного сечовідного стента під цистоскопічним контролем, якщо є потенціал для відновлення функції нирок. У випадку неможливості встановити стент, розглядають черезшкірну нефростомію під контролем УЗД. Іноді використовують антеградне встановлення сечовідних стентів або антеградне введення сечоводу в клубову кишку. Можлива довгострокова нефростомія, але вона потребує ретельного обговорення з пацієнтом через ризики і вплив на ЯЖ, особливо при наявності тазового болю, фістул або інших ускладнень пухлини.

*Важливість спільного прийняття рішень.* Обговорення з пацієнтом та його сім'єю має вирішальне значення. Необхідно збалансувати потенційні переваги лікування і пов'язані з ним труднощі, які можуть погіршити ЯЖ. Кожен пацієнт унікальний, має власні переконання і досвід, які впливають на вибір лікування. Клініцисти повинні розуміти цінності пацієнта, щоб допомогти йому прийняти найбільш відповідне рішення.

**Нетримання сечі** є тривожним симптомом, що впливає на життя хворого фізично, психологічно, соціально та сексуально. Пацієнти можуть бути ізольованими від родини та друзів, намагаючись підтримувати власну особисту гігієну, відчувати страх втрати своєї гідності у громадських місцях.

Ретельний збір анамнезу важливий і може виявити основну причину:

1. Повне нетримання уретри. Часто спостерігається у пацієнтів із прогресуючими злоякісними захворюваннями. Причини: пряма інвазія пухлини у сфінктер уретри або попереднє хірургічне втручання, центральна втрата контролю (через сплутаність свідомості, деменцію). Лікування: у жінок часто потрібен уретральний катетер.

2. Неврологічне нетримання. Втрата нервового контролю сечового міхура (пошкодження крижового сплетення, компресія спинного мозку). Види: гіпотонічний нейропатичний сечовий міхур (нетримання через переповнення), рефлексорний (автоматичний) сечовий міхур (автоматичне спорожнення). Лікування: періодична самокатетеризація, тривала катетеризація, антихолінергічні засоби.

3. Нетримання через переповнення. Обструкція вихідного отвору сечового міхура або погана скоротливість м'язів. Втрата невеликих об'ємів сечі без контролю. Об'єктивні ознаки: розтягнутий, пальпований сечовий міхур. Діагностика: ультразвукове сканування для оцінки об'єму сечі. Лікування: може знадобитися постійна катетеризація.

4. Імперативне нетримання. Раптовий несподіваний позив до сечовипускання із втратою сечі. Особливо проблематичне для малорухомих пацієнтів. Лікування: усунення основної причини, симптоматична терапія антихолінергічними засобами.

5. Стресове нетримання. Втрата сечі при підвищенні внутрішньочеревного тиску (кашель, сміх, чхання, рух). Частіше спостерігається у жінок після пологів через ослаблення тазового дна. Лікування: зміна способу життя (зменшення кофеїну, відмова від куріння, зниження ваги), вправи для тазового дна. Для пацієнтів, які не можуть виконувати вправи, можливе застосування опорних протезів (песарії, уретральні вставки), якщо немає пухлини.

**Гематурія** – це наявність крові в сечі, що варіює від мікроскопічної (виявляється в аналізі) до видимої (макроскопічної) з утворенням згустків. Нормальні сечовивідні шляхи зазвичай не кровоточать, навіть якщо пацієнт приймає варфарин. Об'єм крові в сечі не завжди корелює з тяжкістю основної етіології. Сечовий міхур є органом, який дуже добре кровопостачається, що не дозволяє припинити його функціонування.

Причинами гематурії можуть бути урологічні пухлини (нирки, сечовід, сечовий міхур, передміхурова залоза), прийом лікарських препаратів (аспірин та інші НПЗП не викликають грубої гематурії при нормальних сечових шляхах; циклофосфамід, іфосфамід, доксорубіцин можуть спричинити геморагічний цистит), системні порушення згортання крові (синці або кровотечі іншої локалізації, лейкоеритробластна анемія, тромбоцитопенія), радіаційний цистит, сечові конкременти. Крім того, може спостерігатися псевдогематурія (забарвлення сечі препаратами (фенітоїн, рифампіцин) та харчовими барвниками).

Діагностика: аналіз сечі, мікроскопія, посів, КТ-урограма (широко замінює в/в урограму), УЗД сечовивідних шляхів, цистоуретроскопія (візуалізація сечового міхура і уретри).

**Лікування.** Усунення причин: лікування пухлин, контроль системних порушень згортання, корекція медикаментів. Заохочення прийому рідини для запобігання затримці згустків. Переливання при анемії. Адгезію тромбоцитів покращує етамзилат. Застосування транексамової кислоти є спірним через ризик утворення згустків, які можуть потребувати видалення. Паліативна променева терапія при кровоточивих пухлинах. Інстиляції формаліну, нітрату срібла,

епсилон-амінокапронової кислоти (за узгодженням з урологом). При важкій кровотечі – емболізація внутрішньої клубової артерії.

Нерозтягнутий сечовий міхур кровоточить набагато менше, ніж розтягнутий, тому може бути потрібна катетеризація. Для евакуації згустків використовують катетер 18Fr, а для промивання та видалення тромбів (за показаннями) – жорсткий 3-люменний катетер. Черезшкірне надлобкове введення при затримці згустків протипоказано. Надлобковий катетер є альтернативним варіантом при проблемах з уретральним катетером, але не при затримці згустків. Показання до катетеризації: затримка сечі (гостра та хронічна), нетримання сечі, проблематичний туалет, наприклад у пацієнтів з патологічним переломом стегнової кістки.

Постійна уретральна катетеризація включає використання французької шкали розміру катетера та вимірюється в міліметрах. Термін «французький калібр» (Fr) позначає одиницю вимірювання, що розроблена паризьким виробником хірургічних інструментів Жозефом-Фредеріком-Бенуа Шар'єром. Французька одиниця вимірювання дорівнює потрійному діаметру в міліметрах, тобто катетер французького калібру 12 має діаметр 4 мм. Силіконовий катетер 12–16Fr (французького калібру) найчастіше використовується у дорослих, оскільки менші діаметри мають тенденцію згортатися в уретрі. Більший розмір (наприклад 18Fr) може знадобитися, якщо є підозра на запалення та інфекцію. Довгострокові катетери слід змінювати залежно від клінічних показань і типу катетера. Більшість може залишатися на місці до 12 тиж, але, можливо, доведеться міняти частіше, якщо є клінічні показання або згідно з рекомендаціями виробника.

Для катетеризації сечівника у чоловіків відтягніть крайню плоть, щоб побачити прохід уретри. Далі очистити головку статевого члена та прохід уретри 0,9 %-вим розчином натрію хлориду або водним розчином хлоргексидину, знеболити і змастити уретральний прохід 10 мл 2 % гелю лідокаїну за допомогою шприца. Зачекати кілька хвилин і обережно провести катетер, дотримуючись асептичної техніки. Опір може виникати на рівні дистального сфінктерного комплексу або шийки сечового міхура, отже спазм сфінктера зменшиться через кілька хвилин. Попросивши пацієнта покашляти, можна полегшити проходження катетера. Інтродюсер катетера повинні використовувати лише досвідчені хірурги-урологи. Якщо катетер згинається і не проходить легко, можливо варто спробувати катетер більшого калібру. Після введення та стікання сечі слід накачати катетер необхідним об'ємом фізіологічного розчину, щоб запобігти його зсуву катетера. У жінок сечовипускник може бути важко ідентифікувати, і він часто розташований у вході піхви або вздовж передньої стінки піхви.

*Особливості катетеризації* включають асептичну техніку, місцеву анестезію, правильну гігієну. Існують такі ризики, як травма, інфекція при довготривалій катетеризації, спазм сечового міхура, спричинений подразненням трикутника

сечового міхура балоном. Спазмолітики (наприклад оксибутинін) можуть допомогти при спазмах. Для профілактики закупорки необхідне промивання катетера 0,9 % розчином натрію хлориду (з обережністю через ризик інфекції).

*Особливі стани.* Спазм сечового міхура, що усувається видаленням води з балона катетера або спазмолітиками. Парафімоз, який виникає через нездатність змінити положення крайньої плоті, що призводить до звуження і викликає набряк і біль у голівці статевого члена. Зменшення крайньої плоті за допомогою обережного стискання протягом 30 хв за допомогою тампонів, змочених 50 % глюкозою, може допомогти змінити положення крайньої плоті. Нездутий балон: якщо балон не спускається, щоб дозволити видалення катетера, його потрібно спустити за допомогою дроту, як правило, під контролем ультразвуку. Крім того, необхідно звернутися до консультанта з питань нетримання за консультацією / інструкціями.

#### *Загальне поводження з катетерами*

Щоденно необхідно очищувати навколо катетер та оцінювати шкіру (та при кожній зміні пов'язки / пелюшки). Замінювати катетер слід кожні 6–12 тиж або за клінічними показаннями. Промивати тільки при обструкції або за призначенням лікаря.

Закріплювати катетер (стріп або фіксатор) треба не натягуючи трубку, щоб уникнути натягу на уретру або надлобкову стінку. Регулярно перевіряти місце введення на наявність почервоніння, набряку, болю, неприємного запаху. У паліативних пацієнтів з постійним катетером існує високий ризик ІСШ, тож такі симптоми, як марення, гарячка, дизурія, варто розцінювати як показання до обстеження та можливої антибіотикотерапії.

Необхідно використовувати захисні бар'єрні засоби (креми, плівки, підкладки) біля входу катетера для догляду за шкірою навколо катетера, щоб запобігти протіканню сечі та подразненню шкіри. Виділення навколо місця встановлення катетера слід щоденно обробляти водою з милом (без спиртових розчинів). Виділення утворюють скоринки, які після видалення формують зони відкритого пошкодження, що схильні до колонізації бактерій і які потім можуть піднятися в сечовий міхур. Виділення потрібно м'яко видаляти, після чого сушити шкіру та обробляти захисним кремом. Рекомендується щоденне миття уретри водою з милом, що особливо важливо у чоловіків (відтягнути крайню плоть, обробити головку та навколо катетера), у жінок слід ретельно очищати вхід до уретри (часто знаходиться у передній стінці піхви). Очищення після дефекації обов'язкове.

Ускладнення катетеризації, яких слід уникати: інгредієнтний дерматит (захисні креми, бар'єрна плівка), інфекція місця введення (щоденне очищення, стерильна пов'язка, оцінка шкіри), парафімоз у чоловіків (завжди повертайте крайню плоть на місце після догляду), інфікування сечового міхура (очищення

уретри, обробка рук, уникнення контамінації трубки), закупорка катетера (промивання 0,9 % NaCl за показаннями).

**Сечостатеві нориці.** Фістула – це аномальне сполучення між двома порожнистими внутрішніми органами або внутрішніми органами та поверхнею тіла. Сечостатева фістула – це сполучення між статевими шляхами та сечовим міхуром, сечоводом або уретрою.

Може виникати у пацієнтів із пізньою стадією раку і призводити до значної захворюваності і страждань. Нориці можуть бути спричинені попередньою променевою терапією або прямим розширенням пухлини, лікувати їх найкраще за допомогою шунтування, якщо це можливо та доречно. При цьому слід ретельно захищати шкіру, використовуючи бар'єрні креми, наприклад цинк і касторову олію, Sudocrem або Cavilon (наносяться у вигляді спрею або захисної палички, висихаючи утворюють захисну мембрану), гель Lutrol (застигає при нагріванні при контакті зі шкірою, утворюючи захисний шар), водопоглинаючі прокладки або тампони. Запах усувають за допомогою метронідазолу – 400 мг тричі на день може зменшити запах від анаеробної інфекції.

Міхурово-кишкові нориці можуть розвинути між сечовим міхуром і будь-яким сегментом кишки. Причиною при ПД зазвичай є злоякісне новоутворення товстої кишки, хоча також це може бути дивертикуліт або запальне захворювання тонкої кишки. Міхурово-кишкові нориці рідко виникають внаслідок патології сечового міхура. Характерним симптомом є пневматурія (виділення газу або піни в сечі), а також може спостерігатися неприємний запах сечі, стійкі інфекції сечовивідних шляхів і наявність фекалій у сечі (особливо з великими норицями). Цистоскопія, контрастна цистографія або дослідження з кишковим бар'єром зазвичай демонструють норицю. В ідеалі лікування полягає в хірургічному видаленні сегментів кишки та сечового міхура разом із їх відновленням. В іншому випадку може бути виконана процедура шунтування: колостома або ілеостома може забезпечити повне полегшення. Однак стан деяких пацієнтів іноді занадто поганий для операції або вони вважають за краще не мати стому.

Міхурово-вагінальні фістули характеризуються постійним витоком сечі із сечового міхура в піхву, і їх необхідно відрізнити від повного нетримання сечі. Цистоскопія та ретроградна уретерографія бувають корисними, хоча МРТ малого таза стає все більш поширеним і може бути більш чутливим при виявленні нориці. Хірургічне висічення є найефективнішим рішенням, але часто неможливе. Відведення сечі може знадобитися, якщо пацієнт почувається достатньо добре, але це важке завдання для хворих, які пройшли променеву терапію. Двостороння нефростомія є потенційною, але радикальною альтернативою. Зазвичай переваги та недоліки процедур необхідно обговорювати з пацієнтом.

## 2.7. Особливості паліативної допомоги дітям

Прогрес у лікуванні загрозливих для життя неонатальних та педіатричних станів за останні роки різко підвищив показники виживання. Одне з найбільш вражаючих скорочень смертності було досягнуто серед дітей зі злоякісними захворюваннями, хоча є певні форми раку, для яких прогноз залишається надзвичайно поганим. Таким чином, незважаючи на досягнення, існує низка незлоякісних станів, які продовжують обмежувати життя.

Популяція пацієнтів у педіатричній ПД значно відрізняється від тієї, що трапляється в практиці дорослих. Приблизно 25–30 % дітей, які потребують ПД, мають злоякісні пухлини. Більша група має різні захворювання, включаючи вроджені аномалії та нейродегенеративні розлади. Сучасні фармакологічні та технічні підходи сьогодні дозволяють деяким дітям, які раніше взагалі не виживали, жити довше, іноді навіть у дорослому віці. Однак багато із цих дітей мають тривалу траєкторію хвороби, через яку вони повільно й невблаганно рухаються до інвалідності. Іноді важко визначити момент, коли лікування стає виключно паліативним, і це становить серйозну проблему. Так, багато станів є рідкісними, і прогноз часто непередбачуваний – дитина може померти в будь-який момент або прожити кілька років. Ці діти часто мають численні симптоми, які вимагають частого медичного втручання, на додаток до складних психологічних потреб. Батьки, брати, сестри, бабусі та дідусі таких дітей також потребують підтримки в адаптації до діагнозу та постійному догляді за дитиною. Спеціалізовані служби педіатричної ПД нещодавно були створені в ряді центрів по всьому світу і по-різному зосереджені на трьох основних умовах догляду: вдома, в хоспісі та лікарні. Зазвичай сім'ї переміщуються між різними закладами залежно від потреби, але стало зрозуміло, що там, де домашній догляд пропонується як реалістичний варіант, більшість сімей виявляють бажання піклуватися про свою дитину вдома. Бригади з догляду за дітьми вдома та виїзні медсестри стають все більш затребуваними, і вони часто можуть взяти на себе роль паліативного догляду, надаючи підтримку дітям із захворюваннями, які обмежують життя, та їхнім родинам у їхніх власних домівках. Крім того, створюються дитячі хоспіси, які надають можливість перепочинку та термінального лікування. Спеціалізовані паліативні послуги для дітей у лікарнях не так широко доступні за межами великих центрів, хоча в багатьох командах ПД для дорослих можна отримати консультацію.

Розрізняють чотири основні групи станів, що впливають на дитину, яка перебуває в умовах ПД:

1. Стани, при яких лікування можливе, але може бути неефективним, наприклад лейкоемія.

2. Захворювання, за яких імовірна передчасна смерть, але інтенсивне лікування може забезпечити хорошу ЯЖ, наприклад кістозний фіброз, м'язова дистрофія.

3. Прогресуючі стани, коли лікування є виключно паліативним і може тривати багато років, наприклад мукополісахаридози, інші нейродегенеративні стани.

4. Стани з неврологічними порушеннями, що спричиняють слабкість і сприйнятливність до ускладнень, наприклад непрогресуюче захворювання центральної нервової системи (ЦНС).

Відомо, що діти на термінальній стадії захворювання страждають від неадекватного розпізнавання та лікування симптомів, агресивних спроб лікування, страху та смутку. Смерть будь-якої дитини сприймається батьками, братами і сестрами, родиною та широким суспільством як глибока втрата. Батьки страждають від сильного горя і самі можуть піддаватися підвищеному ризику смерті як від природних, так і неприродних причин. У розвинених країнах дитяча смертність знизилася до такого рівня, що здається абсолютно неприродною та руйнівною подією. Це настільки незвичайне явище, що викликає відчуття відчуженості у сімей, які піклуються про вмираючу дитину або чия дитина померла. Такі події підвищують важливість підтримки сім'ї протягом усього періоду хвороби дитини, починаючи з діагностики та лікування і закінчуючи термінальним лікуванням та тяжкою втратою.

Надання педіатричної ПД є неоднозначним, а структура бригад спеціалістів змінною. Перш ніж думати про надання послуг, корисно дізнатися, що і хто оточує сім'ю в цій ситуації. До підтримки дітей і сімей може бути залучено велику кількість установ і окремих осіб, і хоча це доречно, існує ймовірність плутанини, втручання та повторення послуг. Часто необхідно призначити ключового працівника, який буде координувати різні залучені служби та виступати як перша точка звернення до сімей. Завдяки ефективній комунікації, включаючи регулярні зустрічі, можна скласти комплексний план ведення дитини. Однак також важливо, щоб усі залучені професіонали самі отримували підтримку, оскільки це може бути складною та незнайомою сферою практики. Спеціалізована педіатрична команда ПД може підтримувати установи та осіб, які беруть участь у догляді за сім'єю.

## **2.8. Паліативна допомога ВІЛ-інфікованим**

За останні 40 років ВІЛ-інфекція та діагноз «ВІЛ» перетворилися зі смертного вироку на хронічне захворювання. СНІД було відкрито на початку 1980-х років, а вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) вперше ідентифікований у 1983 р. У 1986 р. в клінічних дослідженнях було випробувано перший препарат для лікування ВІЛ, але лише в 1996 р. представлено переваги потрійної антиретровірусної терапії (АРВ-терапії), що кардинально змінило прогноз для людей, які живуть із ВІЛ.

Відомо, що приблизно 40 млн людей у світі живуть з ВІЛ і 1,7 млн кожного року помирають від СНІДу. На останніх стадіях хвороби понад 85 % пацієнтів страждають від нестерпного болю і лише незначна їх частка має доступ до знеболюючих лікарських засобів та ПД. Найвищі темпи поширення СНІД/ВІЛ-інфекцій відзначаються у менш розвинених країнах, де існує лише обмежений доступ до опіоїдних ліків для полегшення болю.

Тяжкість, складність і непередбачуваність перебігу ВІЛ/СНІДу розмивають різницю між лікувальною та ПД. Ця допомога повинна бути спрямована на поліпшення якості життя шляхом полегшення болю та інших симптомів, одночасно задовольняючи емоційні, соціальні й духовні потреби пацієнтів та їхніх родин протягом усього перебігу хвороби.

Надання ПД хворим на СНІД повинно бути пристосоване до різних потреб пацієнтів. Під час ПД таким пацієнтам виникає багато проблем: велика вірогідність розвитку опортуністичних інфекцій, які не проявляються у людини з нормальним імунітетом, але можуть бути небезпечними для хворих із різко зниженим імунітетом (туберкульоз, пневмоцистна пневмонія, вірус папіломи людини, герпес, кандидоз, токсоплазмоз), а також широкий спектр ускладнень, різні темпи виживання та різні побічні ефекти від лікування інфекцій та СНІДу. Люди, що живуть з ВІЛ / СНІДом, часто стикаються з дискримінацією і стигмою, що може обмежувати доступ до охорони здоров'я, впливати на житлові умови та особисті потреби.

### **Епідеміологія**

Сьогодні у світі налічується понад 40 млн людей з ВІЛ, з яких 69,8 % живуть у Центральній та Південній Африці. Крім того, 66 % нових випадків інфікування на рік припадає на цей регіон. У розвинутих країнах серед людей, які живуть з ВІЛ, приблизно 13 % не знають про свій діагноз, що пов'язано з пізньою діагностикою ВІЛ-інфекції. Вплив пізнього звернення до лікаря на рівень захворюваності та смертності є високим, особливо протягом першого року після встановлення діагнозу. Групою найвищого ризику частіше за все є гомосексуальні чоловіки, але до інших груп ризику належать працівники комерційного сексу, споживачі ін'єкційних наркотиків, пацієнти, які походять з країн з високим рівнем поширеності ВІЛ або мають сексуальні контакти за кордоном, а також жінки, які мають партнерів-бісексуалів.

### **Патогенез хвороби**

Сероконверсійні захворювання (період вироблення антитіл) виникають у 80 % пацієнтів через 2–4 тиж після інфікування. Протягом кількох років у багатьох з них спостерігається відносно не багато симптомів, перш ніж у них з'являться опортуністичні інфекції. Іншим може знадобитися ще 10 років, поки розвинеться ця стадія.

Дія вірусу націлена на CD4-глікопротеїн, який знаходиться на поверхні Т-лімфоцитів, він також присутній у моноцитах і макрофагах. ВІЛ використовує цитокінові рецептори (CCR5 і CXCR4) та забезпечує злиття оболонки вірусу з мембраною клітини-хазяїна і подальше проникнення в середину клітини. У середині клітини зворотна транскриптаза ВІЛ перетворює РНК ВІЛ на ДНК ВІЛ, яка потім потрапляє в ядро клітини. Після потрапляння в ядро ВІЛ-інтегрази відбувається вбудовування ДНК ВІЛ в ДНК хазяїна для реплікації. З ДНК утворюються білки ВІЛ, які розщеплюються ВІЛ-протеазою, що дозволяє виробляти нові частинки вірусу. Вірус продукує 10 млрд вірусних частинок на день, спричиняє руйнування клітини, коли він реплікується і виходить з клітини-хазяїна, пошкоджуючи імунітет. Біомаркером для моніторингу стану пацієнтів є кількість CD4-лімфоцитів, яка знижується зі збільшенням вірусного навантаження.

Історично людей з пізньою стадією ВІЛ-інфекції (ті, у кого кількість CD4-лімфоцитів менше 200 клітин/мм<sup>3</sup> або у кого розвинулося одне з ВІЛ-індукованих захворювань) називали хворими на синдром набутого імунodefіциту (СНІД). Це мало прогностичне значення до початку ефективного лікування антиретровірусними препаратами, оскільки середня тривалість життя після СНІДу становила 2 роки. СНІД-детермінуючі захворювання більше не мають такого поганого прогнозу, оскільки ефективна АРВ-терапія може бути призначена навіть при сильному пригніченні імунітету з хорошим відновленням імунної функції.

### **Класифікація ВІЛ**

*За ступенем імуносупресії (табл. 10).*

Таблиця 10

#### **Класифікація ВІЛ за ступенем імуносупресії (кількість CD4 як маркер)**

<b>Імунodefіцит, пов'язаний з ВІЛ</b>	<b>CD4-клітини/мм<sup>3</sup></b>
Немає або несуттєво збільшено	> 500
М'який	350–499
Розширений	200–349
Суворий	< 15 %

#### *За клінічною стадією ВІЛ / СНІДу*

*1-а клінічна стадія:*

- безсимптомна;
- персистуюча генералізована лімфаденопатія.

*2-а клінічна стадія:*

- помірна незрозуміла втрата ваги;
- рецидивуючі інфекції дихальних шляхів (синусит, тонзиліт, середній отит, фарингіт);
- оперізуючий герпес;
- кутовий хейліт;

- рецидивуючі виразки в ротовій порожнині;
- папульозні сверблячі висипання;
- себорейний дерматит;
- грибкові інфекції нігтів.

*3-я клінічна стадія:*

- незрозуміла значна втрата ваги (> 10 % маси тіла);
- незрозуміла хронічна діарея більше одного місяця;
- незрозуміла стійка лихоманка (вище 37,6 °С, більше одного місяця);
- персистуючий кандидоз порожнини рота;
- оральна волосиста лейкоплакія;
- туберкульоз легень (в стадії загострення);
- тяжкі бактеріальні інфекції (пневмонія, емпієма, піоміозит, інфекція кісток або суглобів, менінгіт або бактеріємія);
- гострий некротично-виразковий стоматит, гінгівіт або пародонтит;
- нез'ясована анемія;
- нейтропенія або хронічна тромбоцитопенія.

*4-а клінічна стадія:*

- синдром виснаження ВІЛ;
- пневмоцистна пневмонія;
- рецидивуюча тяжка бактеріальна пневмонія;
- хронічний простий герпес (оролабіальна, генітальна або аноректальна форма, тривалістю більше одного місяця або вісцеральна форма в будь-якій ділянці);
- кандидоз стравоходу (або кандидоз трахеї, бронхів);
- позалегеневий туберкульоз;
- саркома Капоші;
- цитомегаловірусна інфекція (ретиніт або інфекція інших органів);
- токсоплазмоз центральної нервової системи;
- ВІЛ-енцефалопатія;
- позалегеневий криптококоз, включаючи менінгіт;
- дисемінована нетуберкульозна прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія;
- хронічний криптоспоридіоз (з діареєю);
- хронічний ізоспориоз;
- дисеміновані мікози (кокцидіомікоз або гістоплазмоз);
- рецидивуючий нетифозний сальмонельоз;
- лімфома (церебральна або В-клітинна неходжкінська) або інші солідні ВІЛ-асоційовані пухлини;
- інвазивна карцинома шийки матки;

- атиповий дисемінований лейшманіоз;
- симптоматична ВІЛ-асоційована нефропатія або симптоматична ВІЛ-асоційована кардіоміопатія.

### **ВІЛ-асоційовані злоякісні новоутворення**

ВІЛ-асоційовані злоякісні новоутворення викликаються онковірусами, які спричиняють рак після імуносупресії внаслідок ВІЛ. До них належать саркома Капоші, рак шийки матки та неходжкінські лімфоми. До факторів ризику розвитку раку відносять: відсутність попереднього лікування антиретровірусними препаратами, старший вік, низький рівень CD4. Лікування злоякісних новоутворень, пов'язаних з ВІЛ, слід проводити в центрах, які мають досвід лікування таких станів. Під час хіміотерапії пацієнти піддаються підвищеному ризику розвитку опортуністичних інфекцій, тому їм слід розпочати профілактику пневмонії. Вона може бути спричинена вірусом простого герпесу, *Pneumocystis jirovecii*, мікобактеріями комплексу *Avium*, кандидою.

Саркома Капоші – це рак шкіри, який трапляється в певних групах населення та в осіб з ослабленим імунітетом, які ко-інфіковані вірусом герпесу людини 8 (ВГВ-8). У хворих з імуносупресією та ВГВ-8 саркома Капоші може розвинути на шкірі та в лімфатичних вузлах, а також у паренхіматозних органах, включаючи печінку, селезінку, легені та травний тракт. Саркома Капоші часто реагує на активне лікування антиретровірусними препаратами.

Захворюваність на неходжкінську лімфому (НХЛ) у пацієнтів з ВІЛ складає від 4 до 10 %. Лімфома може бути середнього або високого ступеня злоякісності (80 %), первинною НХЛ центральної нервової системи (20 % НХЛ серед хворих на ВІЛ) або (рідше) первинною випітною лімфою. Певні типи НХЛ асоціюються з ко-інфекцією вірусу Епштейна-Барр (ВЕБ). Неходжкінські лімфомі можуть виникати навіть у пацієнтів з відносно добре збереженою імунною функцією. Рак анального отвору / шийки матки спостерігається у хворих на ВІЛ, ко-інфікованих вірусом папіломи людини (ВПЛ). Такі пацієнти схильні до розвитку раку анального отвору та раку шийки матки у жінок. У хворих на ВІЛ також частіше, ніж у неінфікованих осіб, діагностують рак легень (через високий рівень куріння), печінки (через ко-інфекцію з гепатитом С) та лімфому Ходжкіна (через ко-інфекцію з ВЕБ).

**Спостереження за симптомами.** Люди з ВІЛ потребують послуг первинної медичної допомоги протягом усього періоду хвороби. Це потрібно для виявлення ранніх ознак опортуністичних інфекцій та мінімізації симптомів і різноманітних ускладнень. Сюди відносяться: збір анамнезу, фізичне обстеження та лабораторна діагностика з визначенням імунологічного та вірусного статусу.

**Історія хвороби** повинна включати наступне:

- Скарги пацієнта на цей час.
- Історія поточного захворювання, включаючи огляд факторів, що призвели до тестування на ВІЛ.
- Медичний анамнез, особливо тих станів, які можуть загострюватися під впливом ВІЛ або його лікування, наприклад цукровий діабет.
- Медикаментозний анамнез, включаючи знання пацієнта про типи ліків, їх побічні ефекти, побічні реакції, лікарські взаємодії та рекомендації щодо прийому ліків.
- Статевий анамнез, що стосується сексуальної поведінки та вподобань, а також історії захворювань, що передаються статевим шляхом, які можуть посилити прогресування ВІЛ-інфекції.
- Звички, пов'язані зі способом життя, такі як вживання в минулому і зараз наркотиків, алкоголь тощо, що може прискорити прогресування захворювання, або куріння, яке може пригнічувати апетит або бути пов'язане з опортуністичними інфекціями, такими як кандидоз порожнини рота, волосистий лейкоз, пневмонія тощо.
- Дієтичні звички, включаючи ризики, пов'язані з хворобами харчового походження, такими як гепатит А.

**Фізичне обстеження** слід розпочинати із загального вигляду і настрою, загальної оцінки життєво важливих показників, зросту і маси. Важливим є повний огляд з голови до ніг, який може виявити різні симптоми, характерні для людей з ВІЛ/СНІДом:

- обстеження ротової порожнини – кандидоз, оральну волосисту лейкоплакію;
- фундоскопічне обстеження – зміни зору, пов'язані з цитомегаловірусним ретинітом, глаукомою;
- дослідження лімфатичних вузлів – аденопатію,
- дерматологічне обстеження – різні шкірні прояви, які з'являються протягом хвороби, такі як ВІЛ-екзантема, системний червоний вовчак або інфекційні ускладнення, наприклад дерматомікоз;
- нервово-м'язова оцінка – різні порушення нервової системи, а також симптоми таких станів, як менінгіт, енцефаліт, деменція або периферичні невропатії;
- обстеження серцево-судинної системи – кардіоміопатію;
- обстеження ШКТ – спленомегалію або гепатомегалію, особливо у пацієнтів, які зловживають психоактивними речовинами, а також мають ознаки, пов'язані з паразитарними кишковими інфекціями;
- обстеження репродуктивної системи – приховані захворювання, що передаються статевим шляхом, запальні захворювання органів малого таза або злоякісні новоутворення, а також вагінальний кандидоз, дисплазію шийки матки.

У жінок та чоловіків з ВІЛ/СНІДом також можливі ураження прямої кишки. Крім того, у ВІЛ-інфікованих чоловіків можуть бути виявлені виділення з уретри.

**Лабораторні дані.** Для визначення стадії ВІЛ-інфекції та вибору антиретровірусної терапії проводять наступні дослідження:

- тестування на антитіла до ВІЛ (за відсутності попередньої документації або якщо рівень РНК ВІЛ нижче межі виявлення);
- підрахунок кількості Т-лімфоцитів CD4 (CD4);
- визначення РНК ВІЛ у плазмі крові (VL);
- загальний аналіз крові, біохімічний аналіз, рівні трансаміназ, азоту, сечовини крові та креатиніну, аналіз сечі та серологічні тести на віруси гепатитів А, В та С;
- глюкоза крові натще та ліпіди сироватки крові;
- тестування генотипової резистентності при надходженні на лікування, незалежно від того, чи буде негайно розпочато антиретровірусну терапію (для пацієнтів з високим рівнем РНК ВІЛ);
- кількість CD4 та рівень вірусного навантаження рекомендується вимірювати при надходженні на лікування та кожні 3–6 міс у подальшому;
- безпосередньо перед початком антиретровірусної терапії слід виміряти рівень РНК ВІЛ (ВН) пацієнта, а також повторно через 2–8 тиж після початку лікування, щоб визначити ефективність терапії.

**Дієта.** Здорова дієта має важливе значення для оптимального функціонування імунної системи. Дефіцит калорій і білків погіршує клітинний імунітет, фагоцитарну функцію та утворення антитіл. У пацієнтів зі СНІДом поширеними проблемами харчування є дефіцит вітамінів і мінералів, втрата м'язової та жирової маси, зменшене споживання їжі або калорій, мальабсорбція та змінений метаболізм. Крім того, можливий перерозподіл жиру, який характеризується збільшенням обхвату живота, втратою жиру з обличчя. Зменшення споживання їжі часто є наслідком захворювань ротової порожнини та ротоглотки, таких як кандидоз порожнини рота, ангулярний хейліт, гінгівіт, простий герпес та волосиста лейкоплакія. Метаболічні зміни можуть бути наслідком ВІЛ-інфекції, вторинних інфекцій, а також порушень всіх видів обміну.

Раціональне харчування є одним з найпростіших способів підвищити рівень енергії, затримати прогресування ВІЛ-інфекції, зміцнити імунну систему та допомогти пацієнтам прожити довше і продуктивніше життя. Рекомендована норма споживання білка становить 1,25–1,5 г/кг маси тіла; рекомендована норма споживання калорій з білків, вуглеводів і жирів – 25 ккал/кг маси тіла. Крім того, відомо, що збалансовані формули мікро- та макроелементів підвищують споживання білків та енергії, тому медичні працівники повинні заохочувати адекватне харчування протягом усього перебігу захворювання.

**Фізичні вправи та масаж.** Фізичні вправи вважаються невід'ємною частиною підтримки здоров'я, вони сприятливо впливають на імунну функцію та загальний стан здоров'я. Аеробні та силові вправи асоціюються зі збільшенням м'язової маси та покращанням стану серцево-судинної системи, зниженню рівня депресії. Рекомендований рівень дотримання режиму активності – щонайменше 20 хв на день. Крім того, існують певні докази на користь використання масажної терапії для покращання якості життя людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Масажна терапія також може позитивно впливати на імунологічну функцію.

Крім того, стрес і негативні емоції пов'язані з імуносупресією та сприйнятливостю до хвороб. Стрес від життя з ВІЛ / СНІДом пов'язаний з невизначеністю щодо прогнозу хвороби, стигматизацією, дискримінацією, а також зі зростанням інвалідності. Використання фізичних вправ, масажу та інших методів релаксації, таких як візуалізація, медитація та йога, вважаються цінними методами управління стресом.

**Антиретровірусні препарати.** Існує п'ять основних класів:

1. Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (НІЗТ).
2. Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (ННІЗТ).
3. Інгібітори протеази (ІП).
4. Інгібітори CCR5.
5. Інгібітори інтегрази (ІНІ).

Серед побічних ефектів антиретровірусної терапії можна назвати токсичну дію на печінку, ниркову токсичність, периферичну нейропатію, висипи та реакції гіперчутливості, ліподистрофію та метаболічні порушення, а також з боку ЦНС, пригнічення кісткового мозку.

Пацієнти з ВІЛ / СНІДом потребують лікування не лише симптомів хронічних виснажливих опортуністичних інфекцій та злоякісних новоутворень, але й побічних ефектів лікування та інших видів терапії.

Для успішного лікування симптомів існує п'ять широких принципів, які є фундаментальними:

- 1) серйозне ставлення до симптомів;
- 2) оцінка;
- 3) діагноз;
- 4) лікування;
- 5) постійна оцінка.

Важливим правилом в управлінні симптомами є передбачення симптомів і спроба їм запобігти. Оцінка та діагностика ознак і симптомів захворювання та лікування побічних ефектів вимагають ретельного збору анамнезу й фізичного обстеження. Важливими є питання про те, коли почався симптом, його локалізацію,

тривалість, тяжкість і якість, а також фактори, які посилюють або послаблюють симптом. У пацієнтів також оцінюють тяжкість симптому за числовою шкалою від 0 до 10, де 0 – «симптом відсутній», а 10 – «надзвичайно тяжкий».

### **Контроль симптомів при ВІЛ**

Пацієнти з ВІЛ / СНІДом потребують корекції побічних ефектів лікування та інших видів терапії. Найпоширенішими симптомами в популяції хворих на СНІД є біль (63–80 %), втома (54–85 %), нудота (43–49 %) і закрепи (34–35 %), інші симптоми включають тривогу, депресію, задишку, безсоння, діарею та анорексію. Багато пацієнтів описують більше одного симптому, навіть у багатих на ресурси країнах. Серед основних скарг звертають на себе увагу помірні або сильні втома, безсоння, тривога та біль, також поширені психологічні проблеми, брак енергії, сонливість і труднощі із засинанням.

#### ***Симптоми у людей, які живуть з ВІЛ:***

- безпосередньо пов'язані з ВІЛ: коліт, сенсорна нейропатія;
- внаслідок побічної дії ліків: нудота, висип, сенсорна нейропатія;
- внаслідок імуносупресії: простий герпес, токсоплазмоз, пневмоцистна, кариніозна пневмонія, ко-інфекція з канцерогенним вірусом, плоскоклітинний рак анального отвору, неходжкінські лімфоми.

***Симптоми на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції.*** Пацієнти скаржаться на постійну втомлюваність, сильну, ненавмисну втрату маси, лихоманку, нічну пітливість, сухий кашель, задишку, постійний головний біль, біль у геніталіях, біль у роті, біль при ковтанні, хронічну діарею.

**Біль** є найпоширенішим симптомом у майже половини хворих на ВІЛ. Він може бути помірним або навіть сильним, найчастіше виникає в нижніх кінцівках, голові, м'язах, суглобах та ін. Сенсорна нейропатія (СН) при ВІЛ викликає двосторонній симетричний біль у нижніх кінцівках. Головний біль може спостерігатись при мігрені, енцефаліті, менінгіті, опортуністичних інфекціях, токсоплазмозі та ін. Біль у животі спостерігається при молочнокислоту ацидозі, панкреатиті, гінекологічних захворюваннях, спазмах в животі. Больові синдроми ШКТ проявляються як біль у ротоглотці, стравоході, животі, жовчовивідних шляхах, підшлунковій залозі та як аноректальний біль. Крім того, поширені больові синдроми в грудній клітці.

Причинами м'язово-скелетних болів можуть бути артралгія, аваскулярний некроз головки стегнової кістки, лікування статинами та стероїдами, фіброміалгія. М'язово-скелетний біль, включаючи синдром фіброміалгії, також зберігається незважаючи на ефективне пригнічення ВІЛ. Вираженість болю пов'язана з гостротою емоційних проблем і психологічного дистресу, включаючи суїцидальні думки і психіатричні захворювання, потребу в соціальній підтримці.

При больовій ВІЛ-асоційованій СН поширеність болю не зменшується і навіть зростає. СН є основним джерелом болю при ВІЛ-інфекції, особливо на пізніх стадіях захворювання. Серед них найпоширенішою є периферична СН, спричинена ВІЛ або антиретровірусною терапією. Хворі на ВІЛ також схильні до нейропатій, до яких відноситься гострий оперізувальний лишай, постгерпетична, діабетична, а також больова нейропатія, спричинена дефіцитом вітаміну В<sub>12</sub>. Існує тісний зв'язок між розвиненою ВІЛ-інфекцією та СН, рівень поширеності якої становить приблизно 35 % серед госпіталізованих пацієнтів з діагнозом СНІД. Непригнічений ВІЛ має нейротоксичну дію, яка найбільше відчувається на довгих периферичних нервах, але також може бути наслідком прийому АРВ-препаратів.

### ***Принципи контролю болю у хворих, що живуть з ВІЛ***

Лікування болю повинно стати більш інтегрованим у комплексну допомогу, що надається пацієнтам зі СНІДом. У пацієнтів, які отримують ПД, використовують принципи сходинок знеболення ВООЗ, включаючи опіоїди, НПЗП та ко-анальгетики.

При хронічному болю за ВІЛ-інфекції використовують принципи лікування хронічного болю. Потрібно уникати сильних опіоїдів, якщо це можливо, особливо короткої дії (підвищений ризик звикання).

При СН треба проконсультувати пацієнта щодо догляду за ногами, які можуть бути нечутливими до болю або екстремальних температур (слід перевіряти гарячі ванночки ліктем, щотижня оглядати підошви ніг, остерігатися нерівної підлоги або сходів у темряві).

Біль при ВІЛ-асоційованій СН не піддається лікуванню НПЗП або прегабаліном/габапентином. Існують певні докази ефективності капсаїцинових пластрів у високих дозах, які повинні застосовуватися у спеціалізованих клініках.

Ефективними при наданні допомоги пацієнтам з ВІЛ можуть бути немедикаментозні втручання для зняття болю, а також постільний режим, прості фізичні вправи, теплові або холодні пакети на уражені ділянки, масаж, транскутанна електростимуляція та акупунктура як методи фізичної терапії.

Психологічні втручання для зменшення сприйняття та інтерпретації болю включають гіпноз, релаксацію, візуалізацію, біологічний зворотний зв'язок, відволікання уваги та навчання пацієнтів.

**Втома (астенія).** Причиною астенії при ВІЛ можуть бути опортуністичні інфекції, прийом ліків проти СНІДу, тривала нерухомість, анемія, порушення сну, гіпотиреоз, побічна дія прийому ліків. Астенія проявляється у вигляді слабкості або хронічного браку енергії.

*Лікування:* адекватне харчування, дотримання режиму дня з періодами відпочинку/дрімоти; вправи на розслаблення та медитацію; теплий, але не гарячий

душ або ванна; прохолодна температура в приміщенні. Крім того, призначають психостимулятори перорально.

**Сухість у роті.** Короткострокового полегшення можна досягати частими ковтками звичайної або мінеральної води. За наявності нальоту можна очищувати язик за допомогою дитячої м'якої зубної щітки кілька разів на день. Якщо немає закупорки основної протоки слинної залози, краще використовувати стимулятори вироблення слини. Жувальна гумка стимулює вироблення слини і за своєю ефективністю не поступається штучній слині на основі муцину. Вона має бути без цукру, а якщо у пацієнтів зубні протези – малоадгезивною. До можливих варіантів належить використання штучної слини або стимуляторів вироблення слини (наприклад пілокарпіну).

**Дискомфорт у роті.** Дискомфорт може бути зумовлений сухістю, інфекцією (грибковою, вірусною, бактеріальною), різноманітними дефіцитними станами (наприклад анемією), травмою та прийомом лікарських засобів (наприклад антибактеріальних препаратів). Афти зазвичай являють собою окремі невеликі виразки круглої або овальної форми з чіткими краями, еритематозним віночком і жовтим або сірим дном. Їхня поява зумовлена поєднанням аутоімунних порушень та опортуністичної інфекції, а також різноманітних провокувальних чинників, стресу, імуносупресії.

*Лікування.* Рекомендується пити через трубочку, уникати гострої їжі, соків із кислих фруктів і газованих напоїв, уникати їжі з гострими краями, наприклад сухарів, чіпсів. Обволікаючі засоби: гель для порожнини рота (перед їжею), а також пасти та порошок для застосування після їди. До місцевих анальгетиків належать: НПЗП, наприклад 0,15 % розчин бензидаміну для зрошення порожнини рота, місцеві анестетики, наприклад 5 % лідокаїнова мазь, яку акуратно втирають у вогнища ураження, морфін для місцевого застосування у вигляді розчину або гелю. Системні анальгетики (неопіодні або опіодні) також можуть допомогти зняти больовий синдром.

### **Кандидоз порожнини рота і глотки**

Кандидоз – це поширена грибкова інфекція, що викликається грибами роду *Candida* у пацієнтів з ВІЛ/СНІД. У більшості випадків виникає також супутній кандидоз стравоходу або навіть системна грибкова інфекція. Кандидоз порожнини рота зазвичай спричиняється такими факторами: сухість у роті, тяжкий загальний стан пацієнта, наявність зубних протезів, місцеве застосування антибактеріальних засобів або кортикостероїдів. Симптоми кандидозу: ангулярний стоматит, білі бляшки на слизовій щік (не зливаються одна з одною) та язика (виступають над поверхнею, зливаються), також може бути гладкий червоний болючий язик або слизова щік.

*Лікування.* За можливості усунути основні причинні фактори, особливо сухість у роті та поганий догляд за зубними протезами. Зубні протези необхідно ретельно очищати за допомогою мила і води або спеціального засобу для догляду за протезами, замочувати на ніч у спеціальному антисептичному розчині, наприклад хлоргексидині або розведеному розчині гіпохлориту натрію. У разі недостатньої стерилізації зубних протезів протигрибкова терапія буде неефективною. Препаратом вибору є флуконазол. До альтернативних препаратів належать амфотерицин в оральній трансмукозальній формі («льодяники»), міконазол та ітраконазол. За високої поширеності місцевої флори, стійкої до азолів, слід дотримуватися локальних клінічних рекомендацій.

**Втрата апетиту (анорексія) та виснаження (кахексія).** Причиною є метаболічні зміни, викликані цитокінами та інтерлейкіном-1, опортуністичні інфекції, які призводять до порушення всмоктування поживних речовин в кишечнику, розвитку хронічної діареї, депресії, порушення смаку. Це проявляється у зменшенні споживання їжі та глибокою втратою ваги.

*Лікування.* Необхідна консультація дієтолога щодо вибору їжі. Вона має бути привабливою за кольором і текстурою, слід уникати неприємних запахів під час їжі, а також жирної, смаженої та сильно пахучої їжі. Пропонуються невеликі, часті прийоми їжі та поживні перекуси. Важливо заохочувати пацієнтів їсти все, що їм подобається. Рекомендуються високоенергетичні, високобілкові рідкі добавки, різноманітні стимулятори апетиту, а також тестостерон, що вводиться трансдермальним пластиром по 5 мг для збільшення маси тіла та м'язової маси. Широко рекомендований прийом антидепресантів. Стимулятори апетиту можуть збільшити кількість споживаних калорій у деяких пацієнтів з анорексією, але необхідний ретельний контроль і скасування препарату за відсутності ефекту протягом 1–2 тиж. Це можуть бути кортикостероїди (наприклад преднізолон, дексаметазон), прогестагени (наприклад мегестролу ацетат).

**Нудота та блювання.** Існує безліч причин нудоти та блювання, проте в більшості випадків провідними причинами є парез шлунка, кишкова непрохідність, застосування певних лікарських засобів, а також біохімічні порушення.

*Лікування.* Скасувати препарати із подразнювальною дією на слизову шлунка, лікування гіперкальціємії. Забезпечити спокійну обстановку далеко від запаху та вигляду їжі; перекуси замість великих порцій. Вибір протиблювотного препарату під час надання ПД визначається можливою причиною нудоти і блювання, а також механізмом дії лікарського засобу. Застосовують східчастий підхід: на 1-й сходинці впливають на причину (метоклопрамід, або галоперидол, або циклізин), на 2-й сходинці використовують препарати широкого спектра (левопромазин), на 3-й сходинці використовують подвійну терапію (левопромазин і ондасетрон – антагоніст 5HT<sub>3</sub> серотонінових рецепторів).

**Диспепсія.** Це розлад травлення, що об'єднує цілий комплекс симптомів з боку верхніх відділів ШКТ, які виникають зазвичай після їжі. Це дискомфорт або біль в епігастрії, відчуття переповнення шлунка або здуття живота, раннє насичення, нудота або блювання. У разі функціональної диспепсії симптоми можуть бути зумовлені розтягненням шлунка, що спричиняє дискомфорт, порушенням моторики шлунка (випорожнення зазвичай сповільнене, але інколи пришвидшене), підвищеною чутливістю дванадцятипалої кишки до жирів або кислоти, психологічними факторами, наприклад стресом.

*Лікування.* Рекомендовано їсти менше і частіше (5–6 разів на день невеликими порціями), уникати рясного пиття під час приймання їжі, не вживати їжу пізно ввечері, дотримуватися дієти з низьким вмістом жирів, обмежити деякі продукти, наприклад цибулю, перець, цитрусові, каву, газовані напої, спеції. Якщо є можливе порушення шлункової акомодатії, моторики та спорожнення шлунка, слід призначити прокінетик із протиблювотною активністю, наприклад метоклопрамід, домперидон. Якщо при використанні прокінетиків симптоми нарастають (причиною може слугувати прискорене спорожнення шлунка), тоді треба припинити їх прийом та призначити лікарські препарати з М-холінолітичною дією. Прийом вітрогінного засобу після їди може принести полегшення. У разі епігастрального болю із супутньою печією рекомендується використання інгібіторів протонної помпи. При сильній відрижці призначають симетикон, вітрогінний засіб (антифлатулент), який може входити до складу комбінованих антацидів, таких як гідроталцит / симетикон.

**Діарея.** Причина діареї може бути ідіопатична. Крім того, вона виникає як наслідок ВІЛ-ентеропатії, недотримування дієти, кишкових інфекцій (бактерії, паразити, найпростіші), хронічного запалення кишечника, а також як ускладнення прийому ліків, нетримання з переповненням, стресу, диспепсії, мальабсорбції. Проявляється у вигляді метеоризму, багаторазового випорожнення декілька разів на день, спазмів і кольок.

*Лікування.* Потрібно підтримувати адекватну гідратацію, відновлювати електроліти. Рекомендується вживання рису, бананів або міцного чорного чаю, щоб зменшити діарею, а також збільшення кількості білків і калорій. Слід уникати молочних продуктів, алкоголю, кофеїну, дуже гарячої або холодної їжі, гострої або жирної їжі. Важливо забезпечити вільний доступ до ванної кімнати або туалету. Підтримувати належний догляд за періанальною ділянкою. Застосовувати такі препарати, як імодіум (2–4 мг 6 разів на добу), смекта (3 рази на добу). Для досягнення терапевтичного ефекту іноді може бути показаний морфін. Він чинить як периферичну, так і центральну закріплювальну дію, тоді як лоперамід (імодіум) дає тільки периферичний ефект.

**Закреп.** Під закрепом розуміють нерегулярний і утруднений пасаж твердих калових мас невеликого об'єму. Він часто супроводжує пізні стадії захворювання і зумовлений зазвичай безліччю чинників, наприклад недостатнім вживанням їжі та рідини, слабкістю, супутнім захворюванням, прийомом лікарських засобів (особливо опіоїдів). Закреп може протікати безсимптомно, але в деяких пацієнтів він супроводжується анорексією, нудотою, блювання, кишковою непрохідністю, здуттям живота, дискомфортом, болями в животі та прямій кишці (постійними чи переймоподібними), дисфункцією сечової системи, розладами сечовипускання, виділеннями із прямої кишки, підтіканням калових мас і діареєю від переповнення.

*Лікування.* Дієта. Для пацієнтів, здатних добре переносити збільшення кількості споживаної їжі, включити в раціон висівки, клітковину, псиліум, також збільшити споживання рідини (принаймні 1,5–2 л або 8 повних чашок рідини протягом доби), рекомендувати фруктові соки. Необхідно поцікавитися про частоту та характер випорожнень у пацієнта до хвороби та нині, про використання проносних, записати дату останньої дефекації. Під час обстеження живота оцінити, чи немає скупчення калових мас. За відсутності випорожнень  $\geq 3$  днів, а також за скарг пацієнта на дискомфорт у прямій кишці або наявності діареї, що дає змогу припустити копростаз із переповненням кишечника, проводять обов'язкове пальцеве дослідження прямої кишки. Закреп може призводити до розтягнення і болючості сліпої кишки або давати класичну картину кишкової непрохідності. У разі призначення опіоїдного анальгетика необхідно призначити і бісакодил або дюфалак, а також препарати сени. Дозу підібрати залежно від відповіді. Початкова доза бісакодилу становить 5 мг на ніч, за відсутності відповіді протягом 24–48 год її збільшують до 10 мг на ніч і більше. За можливості припинити прийом або зменшити дозу препаратів, що сприяють закрепі. Забезпечити рухову активність пацієнта. Важлива негайна реакція персоналу на прохання пацієнта допомогти йому сходити в туалет або скористатися крісло-туалетом. Можливе використання крісла-туалету замість підкладного судна. Положення, яке збільшує тиск у черевній порожнині та сприяє дефекації: стопи помістити на табуретку для ніг так, щоб коліна були вищими за стегна, нахилитися вперед, тримаючи спину прямо, лікті вперти в коліна.

Усім пацієнтам, які приймають опіоїдні анальгетики, слід одночасно призначати стимулюючі проносні для забезпечення випорожнення кишечника кожні 1–3 дні без напруження, а також замість проносних інколи доцільно оптимізувати існуючий режим харчування та рухової активності пацієнта.

**Підвищена температура тіла (лихоманка).** Причиною є бактеріальні токсини, віруси, дріжджі, пухлинні продукти, реакція антиген-антитіло, вживання наркотиків, екзогенні пірогени. Температура може бути субфебрильною або

фебрильною. Це проявляється ознобом, заляклістю, пітливістю, особливо вночі, супроводжується симптомами делірію, запамороченням та зневодненням.

*Лікування.* Підтримувати споживання рідини. Одяг, що має бути вільним, і постільну білизну необхідно часто змінювати, уникати синтетичних покривал на ліжку. За надзвичайно високої температури можуть знадобитися пакети з льодом або охолоджувальні ковдри. Жарознижувальні засоби, які застосовують цілодобово, а саме: ібупрофен, парацетамол, ацетилсаліцилова кислота внутрішньо або внутрішньовенно кожні 6–8 год.

**Задишка та кашель.** Причиною кашлю, задишки може бути бронхоспазм, пневмонія, емболія, плевральні випоти, набряк легень, пневмоторакс, саркома Капоші, обструкція, опортуністичні інфекції, тривожність, алергія, механічні або хімічні подразники, анемія. Симптоми проявляються у вигляді продуктивного або непродуктивного кашлю, хрипами, стридорозним диханням, кровохарканням, важким відходженням секрету, свистячим диханням, тахіпноє, блюванням, втягненням міжреберних проміжків, ділянками притуплення в легенях.

*Лікування.* Ліжко має бути в положенні Фаулера. Призначити терапію зволеним киснем для лікування задишки. Широко використовувати вентилятори або відкривати вікна, щоб забезпечити приплив повітря при задишці. Усунути подразники або алергени, такі як дим. Навчити пацієнтів з обструктивними захворюваннями дихати стиснутими губами. Для зменшення дискомфорту від сухості в роті необхідний частий догляд за порожниною рота. Щоб полегшити задишку, кашель і пов'язану з ним тривогу, проводять лікування бронхоспазму опіоїдами, такими як кодеїн, а також застосовують антибактеріальну та небулайзерну терапію.

**Безсоння (неможливість заснути або порушення сну).** Причиною безсоння є тривога, депресія, знеболюючі ліки, делірій, розлади сну, такі як апное уві сні, надмірне вживання алкоголю, кофеїну. Проявляється таким чином: пробудження рано вранці, нічний неспокій, страх, кошмари.

*Лікування.* Встановити режим відходу до сну. Скоротити час денного сну. Уникати кофеїновмісних напоїв та алкоголю. Корисними можуть бути вечірні прогулянки. Приймати теплу ванну за 1–2 год до сну. Використовувати техніку релаксації. Важливо забезпечити сприятливе для сну середовище (темнота, тиша, комфортна температура). Призначити анксиолітики, такі як бензодіазепіни.

**Психосоціальні питання у хворих на ВІЛ/СНІД.** Невизначеність є хронічним і поширеним джерелом психологічного дистресу для людей, які живуть з ВІЛ, особливо в тому, що стосується неоднозначної картини симптомів, їх загострення і ремісії, вибору оптимальних схем лікування та його складності, а також страху стигми та остракізму. Така невизначеність пов'язана з негативним сприйняттям якості життя і поганою психологічною адаптацією. Однак багато

лікарів зосереджуються на фізичному функціонуванні та працездатності пацієнта як основних показниках якості життя, а не на симптомах психологічного дистресу, таких як тривога і депресія. Позитивне сприйняття хвороби асоціюється з вищим рівнем психологічного благополуччя і нижчим рівнем пригніченого настрою, а також робить більший внесок, ніж проблемно-орієнтоване подолання проблем і соціальна підтримка. Психосоціальна оцінка пацієнтів з ВІЛ важлива протягом усього періоду хвороби, особливо в міру прогресування захворювання та підвищення вразливості до психологічного дистресу.

**Депресія та тривога у пацієнтів з ВІЛ.** Оскільки СНІД є небезпечним для життя, хронічним, виснажливим захворюванням, пацієнти схильні до ризику виникнення таких психологічних розладів, як депресія та тривога. Серед людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, поширеність депресії оцінюється у 20–30 % і характеризується пригніченим настроєм, низькою енергією, порушенням сну, ангедонією, зміною ваги, нездатністю зосередитися, втратою лібідо та можливими порушеннями менструального циклу. Важливо також оцінити, чи вживають пацієнти з депресією алкоголь, наркотики та опіоїди. Пацієнти з ВІЛ, у яких діагностовано депресію, повинні отримувати лікування антидепресантами для контролю симптомів. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) настільки ж ефективні, як і трициклічні антидепресанти, але краще переносяться через більш м'який профіль побічних ефектів. Крім того, СІЗЗС можуть взаємодіяти з такими антиретровірусними препаратами, як інгібітори протеази та ННІЗТ, тому початкову дозу СІЗЗС слід знижувати з обережним титруванням у бік збільшення та ретельним моніторингом токсичних реакцій.

Інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну, такі як венлафаксин і дулоксетин, є новітніми антидепресантами, які також корисні для лікування хронічного болю. Трициклічні антидепресанти показані для лікування депресії лише пацієнтам, які не реагують на новіші препарати. Слід уникати інгібіторів моноаміноксидази, які можуть взаємодіяти з багатьма препаратами, що використовуються для лікування ВІЛ.

Тривожні розлади більш поширені серед людей, які живуть з ВІЛ, ніж у загальній популяції (майже 38 % випадків). Існує певний зв'язок між психологічним дистресом і соціальною підтримкою: жінки відчували менший дистрес, коли отримували психологічну, соціальну та фінансову допомогу від сім'ї та друзів. Генералізований тривожний розлад проявляється у вигляді занепокоєння, проблем із засинанням, порушення концентрації уваги, психомоторного збудження, підвищеної чутливості, гіперзбудження та втоми, розладів травлення. Лікування пацієнтів з тривожними розладами базується на характері та вираженості симптомів, а також на співіснуванні інших афективних розладів або зловжи-

вання психоактивними речовинами. При періодичних симптомах призначають анксиолітики короткої дії, такі як лоразепам та алпразолам, за хронічної тривоги корисними будуть буспірон та клоназепам.

Багатьом пацієнтам, які відчують психологічний дистрес, пов'язаний з ВІЛ, терапевтичні втручання, такі як розвиток навичок, групи підтримки, індивідуальне консультування та групові втручання з використанням медитаційних технік, можуть дати відчуття психологічного зростання та осмисленого способу життя з хворобою. Така потреба в терапевтичному спілкуванні та підтримці з боку всіх медичних працівників, які доглядають за пацієнтом та його сім'єю, існує протягом усього періоду хвороби.

**Духовні питання при СНІДі.** Для медичних працівників оцінка духовних потреб пацієнта є суттєвим аспектом комплексної допомоги. Вивчення духовних цінностей, потреб і релігійних поглядів пацієнтів є важливим для розуміння їх відношення до хвороби, а також сприйняття і сенсу життя, його мети, страждань і смерті. Духовність – це спосіб буття або переживання, який виникає через усвідомлення трансцендентного виміру і цінностей щодо себе, інших, природи і Бога. Розуміння стосунків пацієнта із собою, іншими, природою і Богом може стати основою для втручань, які сприятимуть духовному благополуччю і можливості «хорошої смерті» з точки зору пацієнта. Деякі пацієнти, які живуть з ВІЛ, мають духовні потреби в прийнятті, примиренні, сенсі, цінності, надії, меті, любові, ритуалі та підтвердженні стосунків з вищою силою. Допомога у пошуку сенсу і цінності у своєму житті, незважаючи на негаразди, часто передбачає визнання минулих успіхів і внутрішніх сил. Шанобливе ставлення до хворого демонструє любов і прийняття його як особистості. Заохочення до відкритого спілкування між пацієнтом і родиною є важливим для роботи над примиренням і завершенням справ. Використання медитації, музики, поезії та малювання може запропонувати вихід для духовного самовираження і сприяти відчуттю гармонії та спокою. Часто найбільшу духовну розраду пацієнтам приносить присутність і вміння вислухати з боку тих, хто доглядає за ними.

**Завчасне планування догляду.** Завчасне планування є ще одним важливим питанням, пов'язаним з доглядом за пацієнтами з ВІЛ/СНІДом наприкінці життя. Більшість із них не обговорюють з медичними працівниками, якого догляду вони хочуть наприкінці життя. Деякі не люблять говорити про це, оскільки відчувають, що розмови про смерть наближають її, інші схильні вважати, що їхній лікар є експертом з питань ВІЛ / СНІДу і що такі розмови є важливими.

### **Паліативна допомога на етапі вмирання**

Смерть від СНІДу, як правило, є наслідком багатьох факторів, включаючи хронічні інфекції, злоякісні новоутворення, неврологічні захворювання, недо-

їдання та полісистемну недостатність. Термінальна стадія часто характеризується періодами наростаючої втрати маси і погіршенням фізичного та когнітивного функціонування. На термінальній стадії ВІЛ-інфекції питання, пов'язані з профілактикою, діагностикою та лікуванням, становлять етичні та клінічні проблеми як для пацієнтів, так і для медичних працівників, оскільки вони повинні прийняти рішення щодо обсягу та частоти лабораторного моніторингу, використання інвазивних процедур, застосування антиретровірусних та профілактичних заходів.

Процес вмирання пацієнтів на пізніх стадіях СНІДу, як правило, характеризується все більш тяжким погіршенням фізичного стану, що призводить до виснаження, хворий стає прикутим до ліжка, у нього з'являються задишка в стані спокою та пролежні. Зрештою, пацієнти стають залежними від сторонньої допомоги. Часто виникають гарячкові стани і зміни психічного стану, оскільки смерть стає все більш неминучою. Підтримка комфорту і гідності пацієнтів стає пріоритетним завданням медичного персоналу. Симптоматичне лікування, включаючи знеболення, слід продовжувати протягом усього процесу вмирання, оскільки навіть приглушені пацієнти можуть відчувати біль та інші симптоми.

Відомо, що пацієнти проходять п'ять емоційних стадій сприйняття смерті і вмирання:

I стадія – заперечення («не може бути, це помилка»);

II стадія – гнів («чому це трапилось зі мною?»), який спрямовано на лікарів, медперсонал і навіть на Бога;

III стадія – ведення переговорів (домовляння) (узгодження може відбуватися із собою або з Богом);

IV стадія – депресія («так, це відбувається зі мною, я помру»);

V стадія – прийняття (примирення з думкою про неминучість).

На стадії заперечення пацієнти повинні відчувати, що їх розуміють і приймають. Медичний персонал має активно вислуховувати занепокоєння хворого та надавати підтримку за потреби, необхідно бути чутливими до ідей та думок пацієнтів, навіть якщо вони нереалістичні, вони повинні відчувати, що їх розуміють і приймають. На стадії гніву треба реагувати у прийнятній, але не провокуючій манері та усвідомлювати, що гнів спрямований не на медичний персонал, а на ситуацію. Важливо навчати і підтримувати сім'ю, на яку може вплинути гнів пацієнта, пояснювати, що це нормальна частина процесу і чому пацієнт виливає свою злість на найближчих людей. Медперсонал повинен звертатися до пацієнта в приязній формі, але не бути надмірно веселими. Оскільки етап ведення переговорів часто відбувається всередині пацієнта, медсестрі не обов'язково вдаватися до конкретних дій, проте вона може активно слухати та емоційно підтримувати. Якщо пацієнт порушує тему Бога чи духовності, можна помолитись

разом з ним, якщо йому це зручно і якщо він просить. На стадії депресії слід поінформувати родину про цей етап та заохотити підтримувати хворого, також вони мають зрозуміти, що спроби підбадьорити їхню близьку людину можуть не допомогти. Медперсоналу треба усвідомити, що всі їх намагання не відвернуть неминучої смерті і що дії можуть бути більш значущими для пацієнта, ніж слова. На стадії прийняття більш корисними є невербальні форми спілкування, наприклад можливість спокійно посидіти з пацієнтом, потримати його за руку, а також легке погладження спини. Медична сестра має передбачати потреби пацієнта, вирішувати будь-які проблеми та надавати емоційну підтримку йому та його родині.

Наприкінці життя пацієнти зі СНІДом можуть бажати прискореної смерті.

Міждисциплінарний підхід до надання допомоги дозволяє зменшити внутрішні конфлікти пацієнтів, такі як страх втрати контролю, який може бути пов'язаний з бажанням прискореної смерті, прийняти рішення про медичне лікування наприкінці життя, яке відповідає їхнім цінностям, побажанням і вподобанням, сприяти розвитку почуття ідентичності пацієнта, підтримати його у важливих міжособистісних стосунках. Члени бригади ПД спроможні надати необхідну допомогу не тільки пацієнтам, але й їхнім сім'ям. Коли хвороба прогресує і наближається смерть, медичні працівники можуть заохочувати пацієнтів і членів їхніх родин висловлювати свої страхи, побажання та почуття, такі як «Дякую», «Я прощаю тебе», «Пробач мені – мені шкода», «Прощавай», «Я люблю тебе», що є важливим для завершення стосунків. Мирна смерть також можлива, коли члени родини дають на це дозвіл.

## **2.9. Спостереження за важкохворими і агонуючими**

Ефективний нагляд за важкохворими пацієнтами, що помирають, є фундаментом ПД. Він вимагає від медичних працівників глибоких знань, постійної уваги до деталей, емпатії та вміння спілкуватися як із пацієнтом, так і з його родичами. Метою такого нагляду є не подовження життя за будь-яку ціну, а забезпечення гідного завершення життя, мінімізація страждань і підтримка поваги до особистості людини до її останнього подиху. Це комплексний процес, що охоплює фізіологічні, психологічні та духовні аспекти і який дозволяє забезпечити максимально гуманний та підтримуючий догляд.

До важкохворих належать пацієнти з ускладненим перебігом захворювань, що не піддаються ефективному лікуванню і мають несприятливий прогноз і які потребують особливо ретельного догляду. Найчастіше важкохворі перебувають на постільному режимі. Стан їх може змінитись в будь-який момент, тому вони потребують постійної уваги і повинні перебувати під систематичним медичним наглядом протягом усього періоду важкого стану. Для забезпечення важкохворим

спокою і щоб не турбувати інших хворих, їх поміщають у палати із сигналізацією на 1 або 2 міс. Хворому надають зручного положення, і для цього краще використовувати функціональне ліжко. Для забезпечення посиленого догляду біля ліжка хворого організують індивідуальний пост. Медична сестра протягом всього чергування (добового чи 12-годинного) повинна знаходитися біля хворого (відлучаючись тільки, щоб підготувати процедуру, винести судно тощо), стежити за його станом, кольором шкіри та змінами на ній, частотою пульсу та дихання, артеріальним тиском, характером виділень. Індивідуальний пост забезпечують необхідними засобами для догляду за важкохворими (поїльник, підкладне судно, грілка, сечоприймач, газовідвідна трубка тощо) та надання їм невідкладної допомоги.

У блоках інтенсивної терапії і реанімаційних відділеннях пост медичної сестри розміщують безпосередньо в палаті. Такі палати мають бути забезпечені моніторною апаратурою для постійного спостереження за діяльністю серцево-судинної і дихальної систем тяжкохворих, апаратами для штучного дихання, дефібрилятором, наркозним апаратом, електрокардіографом, ларингоскопом, набором масок та інтубаційних трубок, повітроводів, електровідсмоктувачем, інгалятором, а також централізованою подачею кисню.

Для запобігання ускладненням та погіршенню загального стану важкохворих слід ретельно дотримуватись заходів загального догляду: особистої гігієни, комплексу заходів із профілактики пролежнів, санітарно-гігієнічного і лікувально-охоронного режимів. У хворих, які довгий час знаходяться на постільному режимі, порушується функціональна діяльність органів і систем, безпосередньо уражених хворобливим процесом, а також тих, які не залучені до нього. Внаслідок значного зменшення фізичної активності можуть розвиватися функціональні розлади, насамперед серцево-судинної і дихальної систем, порушуватися діяльність ШКТ, виникати патологічні зміни на шкірі, знижуватись активність умовних та безумовних рефлексів і рухових реакцій. Такі хворі неспроможні повністю забезпечити свої потреби в особистій гігієні, харчуванні, фізіологічних відправленнях. У них часто виникають зрушення у психіці, з'являється надмірна дратівливість, образливість, пригнічений настрій, відчуття зневіри у можливість одужання та безвиході. Пацієнти на постільному режимі вимагають надретельного і уважного догляду, специфіка якого визначається не лише організаційно-технічними аспектами, але й комплексом морально-деонтологічних стосунків з такими хворими. Важливо враховувати, що вони потребують суттєво більшої уваги, ласки і піклування порівняно з іншими пацієнтами. У стосунках з ними необхідно вишукувати такі форми спілкування і етичних взаємин, які змогли б заспокоїти хворих, утвердити в них надію і віру в сприятливий перебіг захворювання. Такий психологічний вплив особливо необхідний, коли хворий реально

усвідомлює і об'єктивно оцінює тяжкість власного захворювання. У такій ситуації слід проявити максимум такту і витримки, аби створити сприятливий емоційно-духовний фон лікування, сформуванню віри у власні сили і спроможності у протиборстві з хворобою.

Стан таких хворих часто проявляється глибокими порушеннями найважливіших функцій організму: нервової діяльності, дихання, кровообігу, травлення, виділення. Найчастіше важкохворі знаходяться на постільному режимі, однак у деяких випадках, попри тяжкий характер захворювань (злоякісні новоутворення, променева хвороба, хвороби крові, СНІД, деякі органічні недуги нервової системи), у дебютному періоді їх розвитку вони спроможні перебувати на звичайному режимі. Важкий стан хворого можуть спричинити різні захворювання, навіть які не відносяться до важких, але їх перебіг характеризується стійкістю до лікувальних заходів або розвитком різноманітних ускладнень. У важкохворих поступово виснажуються захисні сили організму в боротьбі з хворобою, пригнічується функціональна активність органів і систем, що часто призводить до численних загострень хвороби і навіть до смерті.

Однак перебіг і наслідки навіть досить складного захворювання значною мірою визначаються якістю догляду за хворими, своєчасним і добросовісним виконанням ними призначень лікаря.

Особливу категорію важкохворих становлять хворі зі злоякісними новоутвореннями. Онкологічні хворі мають не лише фізичні, але і психологічні страждання. Відмінністю догляду за такими пацієнтами є необхідність особливого психологічного підходу. Онкологічні хворі мають дуже лабільну, уразливу психіку, що необхідно пам'ятати на усіх етапах лікування і догляду. З діагнозом «рак, злоякісна пухлина» у хворих пов'язані такі поняття, як «невиліковність», «приреченість», «безнадійність». Тому в онкологічній практиці прийнято захищати психіку хворого від травмуючого впливу діагнозу злоякісної пухлини. У нашій країні про онкологічне захворювання часто повідомляють не самому хворому, а його родичам.

Медична сестра повинна знати принципи і можливості сучасних методів лікування пухлин. Володіючи цією інформацією, вона зможе в простій, лаконічній і гранично ясній формі розповісти хворому про те, що з ним відбувається під час лікування, і зменшити його страхи. При цьому вона повинна настроїти його на боротьбу і неодмінно на позитивний результат.

При спостереженні за онкологічними хворими велике значення має регулярне зважування, оскільки зниження маси тіла є однією з ознак прогресування хвороби. Регулярне вимірювання температури тіла дозволяє виявити передбачуваний розпад пухлини, реакцію організму на опромінення.

Особлива пунктуальність від медсестри потребується при проведенні знеболювальної терапії в онкологічних хворих. Стійкий больовий синдром спостерігається майже в 90 % випадків. Використання сучасних анальгетиків для усунення або зменшення інтенсивності болю в онкологічних хворих дозволяє значно покращити якість їхнього життя. Хронічний біль вимагає регулярного, по годинах, приймання анальгетиків. Застосування препаратів повинне «випереджати» посилення болю. Дозу знеболювального препарату і інтервали між прийомами підбирають так, щоб підтримувати стійку концентрацію в крові та уникати посилення болю в ці проміжки. При цьому допустима добова доза лікарських препаратів не повинна перевищувати норму. Якщо з'явився біль, а час чергового прийому лікарського препарату ще не настав, потрібно терміново проінформувати лікаря для вирішення питання про застосування позачергової дози призначеного або іншого препарату.

Складним питанням є харчування важкохворих. Якщо пацієнт у змозі їсти самостійно, медична сестра допомагає йому в цьому, якщо такої можливості немає, застосовують штучне годування. Для боротьби із закрепами призначають фруктові соки, свіжий кефір, овочеві та фруктові пюре. Їжа має бути легкозасвоюваною, напіврідкою, багатою на вітаміни.

В ослаблених, нерухомих хворих (наприклад у паралізованих), швидко виникають порушення живлення шкіри та м'язів з утворенням пролежнів.

**Пролежень** (лат. *decubitus*) – омертвіння (некроз) м'яких тканин у результаті постійного тиску, що супроводжується місцевими порушеннями кровообігу і трофіки. Найчастіше пролежні виникають у тих місцях, де шар шкіри та підшкірної жирової клітковини є найтоншим і де близько розташовані кісткові виступи: при положенні хворого на спині – у ділянці крижів і куприка, лопаток, на задній поверхні ліктьових суглобів, рідше над остистими відростками грудних хребців і в ділянці зовнішнього потиличного виступу, а також у ділянці горбів п'яткових кісток; при положенні хворого на животі – на передній поверхні гомілок, особливо над передніми краями великогомілкових кісток в ділянці надколінків і верхніх передніх клубових остей, а також біля краю реберних дуг; при положенні хворого на боці – у ділянці латеральної щиколотки, виростка і великого вертлюга стегнової кістки, на внутрішній поверхні нижніх кінцівок у місцях їх тісного прилягання один до одного.

Пролежні розвиваються не лише у людей, прикутих до ліжка. Хворі, які проводять багато часу в кріслах на колесах, також страждають цими розладами, тому що в певних частинах тіла, зокрема в ділянці сідниць, вони зазнають великого тиску.

Часті випадки утворення пролежнів у відділенні завжди є ознакою поганого догляду за хворим. Найбільш важливими чинниками, які сприяють розвитку

пролежнів, є тертя, вологість, безперервний тиск та сили зміщення. Рух рідини по капілярах уповільнюється або зовсім припиняється шляхом їх стискання. У будь-якої сидячої або лежачої людини відбувається стискання м'яких тканин і кровоносних судин, наслідком чого є недостатній приплив крові до тканин. Якщо цей стан триває більше 2 год, то настає порушення живлення, а потім і омертвіння м'яких тканин.

Фактори ризику, що сприяють утворенню пролежнів:

- недотримання особистої гігієни та гігієни ліжка (складки, крихти, дрібні предмети в ліжку, шви, гудзики на білизні), поганий догляд за хворими (брудна шкіра);
- люди похилого віку (з віком вміст вологи в шкірі і її еластичність зменшуються, вона стає тоншою);
- різка втрата маси тіла або зайва вага;
- різні ураження головного та спинного мозку (травми, інсульт, запалення);
- нетримання сечі, калу;
- надмірне потовиділення;
- підвищена температура тіла;
- атеросклеротичне ураження артерій певних ділянок тіла;
- тромбофлебіт;
- анемія;
- цукровий діабет.

У розвитку пролежнів виділяють декілька етапів. Спочатку шкіра стає блідою, далі вона червоніє, потім набуває синюшного забарвлення. Після цього шкіра знову стає блідою, набрякає, на ній утворюються пухирці, спочатку блідо-жовтого кольору (через трансудат та лімфу), далі пухирці наповнюються геморагічною рідиною і лопаються. Виникає неглибока виразка (ерозія), яка за відсутності лікування стає дедалі глибшою і може розвинутися некроз м'язів.

### ***Стадії пролежнів:***

I – шкірний покрив не порушений (спостерігається стійка гіперемія, шкіра холодна на дотик, болючі відчуття при пальпації).

II – сухий некроз (спостерігається порушення цілісності шкіри, ушкодження поширюється на епідерміс і верхні шари дерми, помітний локальний набряк, еритема може займати велику площу, гаряча на дотик, має синюшний відтінок, з'являються пухирці із вмістом різного характеру, які після того, як лопнуть, утворюють ерозії, що далі некротизуються).

III – вологий некроз (спостерігається руйнування всіх шарів шкірного покриву аж до фасцій, пролежень виглядає як глибока кратероподібна виразка, приєднуються гнійні виділення).

IV – глибоке ушкодження всіх шарів м'яких тканин (шкіра, фасції, м'язи) із залученням у процес кісток, ушкодження є більш поширеним, ніж видима ділянка шкіри.

На п'ятках пролежень може розвиватись непомітно через товстий шар шкіри. Ознакою першої стадії може бути біла пляма.

Звичайно пролежні стають вхідними воротами для інфекції, насамперед причиною виникнення сепсису, внаслідок чого хворий може померти. Небезпека утворення пролежнів зростає при цукровому діабеті, різних ураженнях головного та спинного мозку, атеросклеротичному ураженні артерій, тромбофлебіті (захворюваннях, яким притаманне порушення трофіки тканин).

Профілактика пролежнів набагато важливіша і ефективніша, ніж лікування.

***Загальні принципи профілактики пролежнів:***

1. Щоденний уважний огляд шкіри в критичних для пролежнів ділянках.
2. Запобігання значного тиску на критичні для пролежнів ділянки.
3. Запобігання тертю тканин під час переміщення хворого або при його неправильному положенні.
4. Дотримання гігієни шкіри. Вона має бути не дуже суха і не дуже волога. При надмірно сухій шкірі відлущується захисний поверхневий шар і оголюється дуже чутлива до будь-яких зовнішніх дій дерма. Висока вологість також сприяє мацеруванню (розбуханню) захисного шару, що відкриває доступ до поширення інфекції.
5. Повноцінне харчування і водний режим.
6. Навчання хворого і його родичів правилам положення та переміщення в ліжку.

Медсестра щоранку повинна оцінювати стан хворого за однією з існуючих шкал ризику розвитку пролежнів, а саме шкали Ватерлоу або Нортон. Це дасть можливість своєчасно розпочати профілактичні заходи. Важливо щоденно оглядати шкіру в зонах ризику. При виявленні зблідлих або гіперемованих ділянок починають негайні профілактичні і лікувальні заходи за призначенням лікаря. Також необхідно змінювати положення тіла хворого кожні 2 год і в нічний час. Через кожні 2 год медсестра повинна фіксувати положення хворого в листі спостереження за хворим (на спині, на правому боці, на лівому боці, діагональне положення (під кутом 45° до ліжка), на животі, положення Сімса, низьке положення Фаулера).

При зміні положення тіла необхідно мінімізувати тертя шкіри об постіль (не тягнути хворого по ліжку). Не допускається, щоб у положенні на боці хворий лежав безпосередньо на великому вертлюзі.

***Положення Сімса*** є проміжним між положенням лежачи на боці і лежачи на животі. При цьому хворий лягає на спину і переміщується на край ліжка, потім

в положення на бік і частково на живіт. Для зручності та запобігання боковому згинанню шиї під голову хворого кладуть подушку, також подушку підкладають під зігнуту верхню руку на рівні плеча. Другу руку кладуть на матрац долонею доверху. Все це запобігає внутрішній ротації плеча і сприяє належному випрямленню тіла хворого. Під зігнуту верхню ногу підкладають подушку, щоб нога опинилась на рівні стегна. Під стопу випрямленої нижньої ноги підкладають упор для ніг для забезпечення згинання стопи і профілактики її звисання.

**Положення Фаулера.** Залежно від кута підйому головного кінця ліжка розрізняють низьке положення –  $30^\circ$ , середнє –  $45^\circ$  і високе –  $90^\circ$ . Для профілактики пролежнів використовують низьке положення. Середнє і високе положення Фаулера використовують для годування: піднімають головний кінець ліжка, під голову підкладають низьку подушку для зменшення згинальної контрактури шийних м'язів, подушки підкладають під руки (якщо пацієнт не може самостійно рухати руками і кистями) та під поперек (для зменшення вигину хребта і підтримки поперекових хребців), під стегна хворого також підкладають невелику подушку для запобігання стисканню підколінної артерії. Крім того, подушку кладуть під щиколотки для запобігання тривалому тиску на п'ятки. Під стопи можна підставити упор (подушка або валик) для запобігання їх відвисання.

Дуже важливим є ретельне стеження за станом постелі: ліжко перестеляють не менше ніж двічі на день, використовують бавовняну білизну, простирадла, наволочки, одяг мають бути без швів, рубців, застібок на поверхні, яка повернута до тіла хворого, краще використовувати поролоновий матрац заввишки не менше 10 см, обтягнений наматрацником, під сідниці хворого підкладають клейонку, зверху її застеляють простирадлом, яке по всій довжині підгортають під матрац, щоб запобігти утворенню складок. Щоб зменшити тиск на шкіру використовують допоміжні засоби у вигляді спеціальних прокладок, які заповнюються піною, водою, гелем, повітрям. Їх підкладають під лікті, п'ятки, крижі, куприк. Перевагу необхідно віддавати поролоновим або спеціальним прокладкам. Крім того, широко використовуються протипролежневі матраци, камери в яких розділені на маленькі секції. Компресор автоматично наповнює секції повітрям у шаховому порядку, змінюючи тиск у них кожні 5–10 хв. Таким чином забезпечується безперервний масаж тіла, виконується стимуляція нервових закінчень і нормалізується мікроциркуляція крові в м'яких тканинах. Автоматичний компресор зданий забезпечити безперервну роботу системи протягом тривалого періоду. Мікроскопічні лазерні отвори в матрацах не тільки підсушують, але й охолоджують шкіру повітрям. Конструкція секційного матраца розрахована на масу тіла пацієнта до 120 кг, також є матраци з трубчастою будовою, які здатні витримувати масу понад 140 кг.

Ділянки тіла, які можуть бути критичними для розвитку пролежнів, необхідно не рідше 1 разу на день обмивати або обтирати теплою водою з милом. Частіше це роблять при сильному потовиділенні. Обмивання при нетриманні сечі і калу проводять одразу ж після забруднення. Дуже важливо використовувати м'яке і рідке мило, яке потім ретельно змивають. Шкіру дуже обережно висушують промокаючими рухами. Також буде корисним обережний масаж шкіри в критичних ділянках. Крім того, проводять опромінювання кварцовою лампою місця можливого утворення пролежнів. Обтирання шкіри необхідно робити 3–4 рази на день засобами, що покращують місцевий кровообіг: 10 % розчином камфорного спирту, 1 % розчином саліцилового спирту, розведеним столовим оцтом. При нетриманні сечі або калу використовують гумові підкладні судна, сечоприймачі, урологічні прокладки та підгузки. Якщо немає протипоказань, необхідно забезпечити вживання рідини не менше 1,5–2 л за добу. Обмеження вживання рідини призводить до сухості шкіри, зменшення кількості сечі та підвищенні її концентрації, що спричиняє подразнення сечового міхура і може посилити нетримання сечі. Важливо також забезпечити хворим збалансоване харчування з достатньою кількістю білка.

Лікування пролежнів залежить від стадії. На I стадії через день проводять ультрафіолетове опромінення ділянок пролежнів і оточуючої шкіри (до 3–5 біодоз). Для запобігання інфікуванню при сухій шкірі з мікротріщинами використовують адгезивні поліуретанові плівчасті пов'язки, які забезпечують доступ кисню до шкіри і сприяють випаровуванню вологи зі шкіри, а достатньо малі пори запобігають потраплянню на шкіру мікроорганізмів. Прозорість пов'язки дозволяє візуально контролювати стан шкіри. При надмірно вологій шкірі необхідно підсушити її, обробивши 70 % етиловим, саліциловим або камфорним спиртом. Починаючи з II стадії пролежні потребують спеціального хірургічного лікування.

Підмивання важкохворих проводиться не рідше двох разів на добу, також бажано це робити після кожного акту сечовипускання або дефекації. Жінкам, у яких є виділення з піхви, роблять спринцювання зі слабким розчином фурациліну або антисептичних гігієнічних розчинів.

Важкохворі неспроможні самостійно користуватися санвузлом. Всі свої фізіологічні відправлення вони повинні робити у ліжку. Для цього за допомогою медичної сестри використовують підкладні судна та сечоприймачі, які розміщують на низькій табуретці під ліжком або у гніздо функціонального ліжка. Якщо пацієнт знаходиться у загальній палаті, його обов'язково слід відгородити ширмою від інших хворих під час користування судном або сечоприймачем.

Для пацієнтів, які пересуваються за допомогою медичної сестри на кріслі-каталці або на інвалідному візку, у санвузлах на унітазах прикріплюються спеціальні пристосування, щоб хворі могли триматися за них.

## **Процес вмирання та його періоди**

Злоякісні новоутворення в термінальній стадії, СНІД, інсульт, пізні стадії серцевої, дихальної, печінкової, ниркової недостатності часто закінчуються летально. Умираючий хворий потребує особливо чуйного, ретельного та уважного догляду. На цьому етапі дуже важливим є правильний догляд, який має велике значення для гідного завершення життя людини. Такий догляд вимагає багато фізичних і душевних сил. Супровід важкохворого на всіх етапах вмирання є дуже важким випробуванням для медичного персоналу та родичів і близьких. Оточуючий медперсонал повинен розуміти, що духовне життя має особливо велике значення на етапі вмирання, і бути готовим допомагати важкохворому. У віруючої людини виникає гостра потреба у спілкуванні зі священником. Потрібно з розумінням і повагою відноситись до релігійних почуттів помираючої людини. Частіше священника запрошують рідні, а самотнім людям допомагає у цьому медперсонал.

Дізнаючись про важкий діагноз і невтішний прогноз, хворий часто відчуває страх болю, який може початись або посилитись, страх важких фізичних і душевних переживань та страждань у момент смерті, боїться залишитися один у момент смерті, його також страхає невідомість тих станів, які супроводжуватимуть вмирання. Хворий хоче почувати себе захищеним під час вмирання. Він потребує, щоб його заспокоїли, захистили від страждань. Щоб допомогти пацієнту впоратися зі страхом, треба запитувати, слухати і прагнути зрозуміти відчуття важкохворої людини.

### ***Термінальні стани***

Процес вмирання має загальні закономірності, які характерні тільки для термінального стану. Вмирання – це процес послідовних закономірних порушень функцій і систем організму, що закінчуються їх зупинкою.

Загальним патофізіологічним чинником завжди є та або інша форма гіпоксії. Вмирання не відбувається миттєво. Послідовність і поступовість виключення функцій дає певний час для втручання з метою відновлення життя.

До термінальних станів відноситься переагонія, термінальна пауза, агонія, клінічна смерть, а також початкові стадії постреанімаційного періоду, біологічна смерть.

Переагональний період не має певної тривалості. Він навіть може бути відсутнім при раптовій зупинці серця. Якщо організм має можливість включити різні компенсаторні механізми, переагональний стан може тривати декілька годин навіть без лікувальної допомоги.

*Переагональний стан* – це етап вмирання, у ході якого поступово порушуються функції кірково-підкіркових і верхньостовбурових відділів головного мозку, порушується координуюча роль центральної нервової системи. Клінічно

це проявляється різним ступенем пригнічення свідомості. Порушується діяльність серцево-судинної системи: відмічається падіння систолічного і діастолічного артеріального тиску нижче критичного рівня (60–50 та 30–20 мм рт. ст.). Пульс на периферичних артеріях ниткоподібний або відсутній, але при цьому він пальпується на сонних і стегнових артеріях, спостерігаються порушення серцевого ритму. Помітні чіткі ознаки порушення периферичного кровообігу: ціаноз, блідість шкірних покривів і слизових оболонок, шкіра може бути плямистою. При порушенні дихання і кровообігу розвивається важка тканинна гіпоксія, що призводить до порушення окислювальних процесів у тканинах. Основним видом обміну на цьому етапі є аеробне окислення. Крім того, внаслідок важкої гіпоксії відбувається утворення значної кількості недоокиснених продуктів обміну, що призводить до посилення метаболічного ацидозу.

*Термінальна пауза* – це перехідний стан від предагонії до агонії. Тривалість її коливається від 5–10 с до 1–4 хв. У цей момент спостерігається припинення дихання, розвивається брадикардія, іноді зупинка серця, зникають реакції зіниць на світло, рогівковий та інші стовбурові рефлекси, відбувається розширення зіниць.

*Агонія* (від грец. *agonia* – боротьба) – це комплекс останніх проявів реактивних та пристосувальних реакцій організму, які безпосередньо передують смерті. Агональний період триває від декількох хвилин, наприклад при раптовій зупинці серця, до декількох годин при повільному вмиранні. Найбільш важливою особливістю цього періоду є виключення функцій вищих відділів головного мозку, особливо його кори. Підкіркові центри, які позбавлені регулюючих впливів кори головного мозку, починають останню спробу боротьби організму за життя. Енергетичні запаси організму в цій стадії поповнюється вже завдяки анаеробному обміну. І це вже призводить до швидкого накопичення недоокиснених продуктів. Агонія починається після термінальної паузи короткою серією вдихів або єдиним вдихом. Дихання на початку слабке, потім значно посилюється, далі переходить у переривчасте дихання Чейна-Стокса з паузами між дихальними циклами 10–30 с, потім поступово слабшає і припиняється, досягнувши певного максимуму. При агональному типі дихання одночасно збуджуються м'язи, що здійснюють і вдих і видих, це призводить до майже повного припинення вентиляції легень, при цьому характерна участь в акті вдиху допоміжних м'язів рота і шиї. Іноді може спостерігатися відновлення свідомості і реакції зіниці на світло на декілька хвилин. Крім того, може збільшуватись частота серцевих скорочень, судинний тонус відновлюється на короткий строк. Пульс пальпується на сонній і стегновій артеріях. Артеріальний тиск тимчасово може зростати до 50–70 мм рт. ст. Таке поліпшення стану тимчасове, яке потім знову швидко змінюється різким падінням артеріального тиску, зменшенням частоти серцевих скорочень,

глибоким розладом дихання та втратою свідомості. В цей період втрачаються рогівковий, сухожильні і шкірні рефлексії, зникає больова чутливість, спостерігаються тонічні судоми, температура тіла знижується, може бути мимовільне сечовипускання і дефекація.

Метою догляду за агонізуючими пацієнтами є створення максимального постільного комфорту, забезпечення спокою, особистої гігієни, негайне введення ліків за призначенням лікаря. Пацієнта потрібно ізолювати, розмістивши його в одномісну палату. Необхідно спостерігати за його зовнішнім виглядом, діяльністю серцево-судинної (ЧСС, АТ), дихальної (частотою дихальних рухів) та нервової системи (свідомість). Крім того, підтримувати чистоту ліжка хворого, його тіла і слизових оболонок, надавати допомогу під час фізіологічних відправлень, контролювати регулярність випорожнення кишечника і сечового міхура.

*Клінічна смерть* – це зворотний етап вмирання, своєрідний перехідний стан, який ще не є смертю, але вже не може назватися життям. У цьому стані спостерігаються зовнішні ознаки смерті, такі як відсутність серцевих скорочень, самостійного дихання і рефлекторних реакцій на зовнішні подразники, але ще не сталися незворотні зміни в життєво важливих органах, тканинах та в корі головного мозку. На цьому етапі зберігається можливість відновлення функцій за допомогою реанімаційних заходів. Під час клінічної смерті запаси енергетичних субстратів у мозку поступово виснажуються, і відбувається вмирання нервової тканини. Середня тривалість клінічної смерті становить максимально 5 хв, коли клітини кори головного мозку здатні існувати в умовах відсутності кровообігу та повного кисневого голодування. Через 5 хв клітини кори головного мозку гинуть. На тривалість клінічної смерті впливає багато факторів: вік вмираючої людини, вид вмирання, його умови і тривалість, температура тіла і довкілля при цьому. В окремих випадках, наприклад при утопленні в холодній воді, клінічна смерть може тривати до 30 хв, коли через знижену температуру обмінні процеси в організмі сповільнюються. При вмиранні від прогресуючої крововтрати, особливо коли вона поєднана з травмою, тривалість клінічної смерті знижується до нуля. При раптовій зупинці серця у здорової людини тривалість клінічної смерті може збільшитись до 8–10 хв, наприклад при електротравмі.

Виділяють основні і додаткові ознаки клінічної смерті. До *основних ознак* відноситься відсутність свідомості (через 10–15 с після зупинки серця), пульсу на сонних і стегнових артеріях, дихання (через 15–30 с після зупинки серця). *Додаткові ознаки*: зміна кольору шкірних покривів і видимих слизових оболонок (блідий, ціанотичний, із землистим відтінком), розширення зіниць та втрата їх реакції на світло (через 45–60 с після зупинки серця).

**Реанімація** – це комплекс заходів, спрямований на відновлення і підтримку функцій життєво важливих органів і систем організму у хворих у стані клінічної смерті. На успіх реанімаційних заходів впливає тривалість інтервалу часу з моменту зупинки серця до початку реанімації, тому реанімацію необхідно починати якнайшвидше. При проведенні реанімації важливо дотримуватись суворої послідовності і чіткості виконання всіх її етапів. Увесь комплекс реанімаційних заходів розділено на три стадії, кожна з яких має свою мету і послідовні етапи.

### **I стадія. Елементарна підтримка життя**

Мета – екстрена оксигенація (насичення киснем). Етапи першої стадії реанімаційних заходів відповідно до сучасних рекомендацій (Європейська рада з реанімації 2010):

**C** (circulation his blood) – штучна підтримка кровообігу.

**A** (airway open) – відновлення прохідності дихальних шляхів.

**B** (breath for victim) – штучна підтримка дихання.

### **II стадія. Подальша підтримка життя**

Метою є відновлення самостійного кровообігу, нормалізація, стабілізація показників кровообігу і дихання. Виділяють наступні етапи:

**D** (drugs) – медикаментозна терапія.

**E** (electrocardiography diagnosis) – оцінка ЕКГ.

**F** (fibrillation treatment) – дефібриляція.

### **III стадія. Тривала підтримка життя**

Метою є церебральна реанімація і постреанімаційна інтенсивна терапія порушених функцій багатьох органів і систем. Виділяють наступні етапи:

**G** (gauging) – оцінка стану пацієнта і виявлення причин, що призвели до зупинки серця.

**H** (human mentation) – відновлення свідомості і нормального мислення.

**I** (intensive care) – інтенсивна терапія, спрямована на корекцію порушених функцій інших органів і систем.

Стадію I називають ще базовою серцево-легеневою реанімацією – забезпечення прохідності дихальних шляхів, а також підтримка дихання і кровообігу, яка проводиться без допомоги спеціального устаткування. Прийомами базової реанімації повинні володіти всі без виключення медичні працівники, а також люди, що не мають медичної освіти, але навчені цьому у зв'язку з виробничою необхідністю. Для діагностики клінічної смерті буде досить наявності трьох основних ознак: відсутність свідомості, відсутність пульсу на сонній і стегновій артеріях, відсутність дихання. Для визначення свідомості оцінюють реакцію на зовнішні подразники і роблять спробу мовного контакту: треба легко потрясти за плечі і голосно окликнути: «Що з вами?». Пульс на сонній артерії визнача-

ється чотирма або двома пальцями, які розташовують уздовж шиї між груднино-ключично-соскоподібним м'язом і трахеєю (на рівні щитоподібного хряща). Орієнтуватися потрібно на наявність або відсутність саме нормального дихання. Якщо залишаються сумніви, слід діяти так, немов би дихання було неадекватним або відсутнім. Констатація зупинки дихання і кровообігу повинна проводитися досить швидко (не більше 10 с). По можливості потрібно зареєструвати час зупинки серця і обов'язково початок реанімаційних заходів.

### ***Припинення реанімаційних заходів***

Реанімацію припиняють у таких випадках:

1. Відновлення ефективного кровообігу. Коли серце починає битися самостійно і забезпечує достатнє кровопостачання. Це проявляється появою пульсу на зап'ясті та підвищенням верхнього артеріального тиску до 80–90 мм рт. ст. (після цього масаж серця припиняють).

2. Відновлення самостійного дихання. Якщо людина починає дихати сама (штучну вентиляцію легень припиняють).

3. Відсутність результату. Якщо протягом 30 хв реанімація не дає ефекту. Винятки становлять випадки переохолодження, утоплення, електротравми, ураження блискавкою або отруєння наркотиками – тоді реанімаційні заходи продовжують до 60 хв.

Якщо після клінічної смерті реанімацію не проводили або вона була безуспішною, настає біологічна смерть.

***Біологічна смерть*** – це остаточне припинення всіх життєвих функцій організму та фізіологічних процесів на клітинному рівні, що призводить до некрозу (відмирання) тканин. Однак загибель клітин і тканин відбувається не одночасно. Першою гине центральна нервова система. Вже через 5–6 хв після зупинки дихання і кровообігу руйнуються ультраструктури клітин головного та спинного мозку. В інших органах і тканинах (нирках, серці, легенях, шкірі, кістках тощо) цей процес може тривати від кількох годин до декількох діб. Оскільки після смерті багато органів і тканин відмирають не одразу, матеріали, взяті від померлого, можуть бути використані для трансплантації (пересадки). Сьогодні в медицині для трансплантації застосовують законсервовані тканини (рогівка, шкіра, кістки, судини) та органи (нирки) від померлих донорів.

### ***Ознаки біологічної смерті***

Біологічна смерть може бути встановлена за наявністю достовірних ознак, а до їх появи – за сукупністю інших ознак.

Достовірні (пізні) ознаки біологічної смерті:

1. Трупні плями. Це характерні зміни забарвлення шкіри, що виникають через перерозподіл крові в трупі та залежать від його положення. Трупні гіпостазии

(початкова стадія) з'являються через 2–4 год після смерті. Кров стікає у вени нижчих частин тіла і там накопичується, утворюючи темно-фіолетові плями, які бліднуть при натисканні. Їх немає в місцях, де тіло піддається тиску (наприклад на крижах або лопатках, якщо труп лежить на спині). Вони добре виражені при смерті від хвороб, що викликають венозний застій, і погано при анемії або виснаженні. Пізні трупні плями (імбібіція) формуються після 14 год. Після розпаду еритроцитів плазма, забарвлена гемоглобіном, просочує тканини в ділянках гіпо-стазів. Ці плями мають червоно-рожевий колір і не зникають при натисканні.

2. Трупне залякання. Виявляється ущільненням і скороченням скелетних м'язів, що ускладнює пасивні рухи в суглобах. Це відбувається через зникнення аденозинтрифосфornoї кислоти та накопичення молочної кислоти в м'язах після смерті. Заклякання зазвичай починається через 2–4 год після смерті та повністю охоплює всі м'язи до кінця доби. Спочатку залякають м'язи обличчя (жувальні та мимічні), потім шиї, тулуба та кінцівок. М'язи стають щільними, і для згинання кінцівки в суглобі потрібно значне зусилля. Трупне залякання триває 2–3 доби, а потім зникає в тій же послідовності. При примусовому руйнуванні залякання воно не повертається.

Сукупність ознак (ранні ознаки), що дозволяють констатувати біологічну смерть до появи достовірних проявів:

1. Відсутність серцевої діяльності: немає пульсу на сонних та стегнових артеріях, серцеві тони не прослуховуються.

2. Тривалий період відсутності серцевої діяльності. Достовірно встановлений час більше 30 хв в умовах нормальної температури навколишнього середовища.

3. Відсутність дихання.

4. Максимально розширені зіниці та відсутність їх реакції на світло. Зіниці живої людини звужуються при яскравому світлі та розширюються в темряві. Для перевірки зіниці у світлий час доби: якщо очі закриті – підняти повіки (зіниці звужуться), якщо відкриті – на 5–10 с закрити долонею, потім прибрати (зіниці звужуться). У темний час доби необхідно освітити око ліхтариком.

5. Відсутність рефлексу рогівки. Рогівка ока дуже чутлива, і навіть мінімальне подразнення викликає мигальний рефлекс. Для перевірки обережно торкнутися кінчиком серветки до ока – у живої людини повіки моргнуть.

6. Симптом «котячого ока». З'являється через 25–30 хв після смерті. Тканини тіла втрачають еластичність, і при стисканні ока з боків воно деформується, а разом з очним яблуком деформується і зіниця, набуваючи витягнутої форми, схожої на котячу. У живої людини такий вигляд очного яблука спостерігати практично неможливо.

7. Помутніння рогівки, утворення трикутників висихання (плями Лярше). З'являються через 1,5–2 год після смерті. Сльозові залози після смерті перестають

функціонувати, і рогівка висихає, втрачаючи природний блиск і мутніючи. Через 6–12 год на білковій оболонці відкритих частин ока з'являються жовто-бурі ділянки висихання у вигляді трикутника (плями Ляше).

8. Охолодження тіла. Температура трупа поступово знижується до температури навколишнього середовища через припинення обмінних процесів. Смерть вважається достовірною при зниженні температури тіла нижче 25 °С (за даними деяких авторів, нижче 20 °С). Температуру краще вимірювати в закритих від зовнішнього середовища ділянках (пахова западина, ротова порожнина), оскільки температура шкіри залежить від зовнішніх умов. Швидкість охолодження становить у середньому 1 °С за годину, але може змінюватися. За високої температури перед смертю або при судомах в агональному періоді охолодження відбувається повільніше. У деяких випадках (правець, отруєння стрихніном) температура трупа може підвищуватися протягом перших годин після смерті.

Важливо пам'ятати, що зазначені ознаки не є достатньою підставою для констатації біологічної смерті, якщо тіло перебувало в умовах глибокого переохолодження (температура тіла +32 °С і нижче) або під впливом медикаментів, що пригнічують центральну нервову систему.

#### ***Констатація біологічної смерті та поводження з трупом***

Констатацію біологічної смерті здійснюють лікарі стаціонарів (якщо пацієнт помер у лікарні), поліклінік та швидкої медичної допомоги (якщо смерть настала вдома чи в іншому місці). Якщо пацієнт помер у стаціонарі, лікар фіксує факт та точний час смерті (дата, години та хвилини) в історії хвороби. Медсестра із санітаркою або молодшою медсестрою (через кілька хвилин, до початку трупного залякання) роздягають померлого. Якщо на померлому є цінності, медсестра знімає їх у присутності лікаря та передає старшій медсестрі, складаючи відповідний акт. Якщо цінності зняти неможливо, лікар занотовує це в історії хвороби, перерахувавши їх. Труп кладуть на спину з випрямленими кінцівками (без подушки), закривають повіки, підв'язують широким бинтом нижню щелепу, накривають простиралом з головою і залишають у відділенні на 2 год. Біля ліжка встановлюють ширму. Після цього медсестра прив'язує до руки або ноги померлого етикетку з прізвищем, ім'ям, по батькові та номером історії хвороби або пише ці дані чорнилом безпосередньо на стегні.

Лікар оглядає труп, і за наявності достовірних ознак смерті (трупне залякання, трупні плями) його транспортують у морг на спеціальній каталці або ношах. Під час транспортування труп накривають простиралом, яке надійно фіксують до каталки/нош. Разом із трупом санітарки доставляють у морг супровідну записку (яку готує медсестра) із зазначенням прізвища, ім'я, по батькові, діагнозу, номера історії хвороби, відділення, палати та дати смерті.

Білизну з ліжка померлого віддають на дезінфекцію, матрац і подушку струшують і провітрюють, а тумбочку та ліжко протирають дезінфікуючим розчином і застилають чисту постільну білизну. Речі померлого, що були при ньому у відділенні, збирають, описують та передають на речовий склад (звідки їх разом з одягом отримують родичі) або старшій медсестрі. Речі та цінності старша медсестра видає родичам померлого під розписку. Родичів повідомляють про смерть хворого по телефону. Якщо родичі прибувають до відділення до відправлення трупа в морг, їх необхідно підготувати до побаченого і попросити не порушувати спокій інших пацієнтів. Краще, щоб поряд із родичами біля померлого була медсестра, готова запропонувати стілець, воду, заспокійливі та серцеві краплі. Смерть пацієнта сильно впливає на психіку інших хворих у палаті та відділенні. Медперсонал має постаратися заспокоїти їх, підкресливши, що для порятунку хворого було зроблено все можливе.

## **2.10. Паліативна допомога і відхід в термінальній стадії**

**Термінальна фаза** – це період неблаганного та незворотного зниження функціонального стану перед смертю, коли відбувається щоденне погіршення, зокрема сили, апетиту та свідомості. Термінальна фаза може відбутися раптово після непередбаченої події, або розвиватися поступово протягом днів або тижнів. Це може проявлятися як раптові зміни в клінічному стані, що потребують термінової уваги. Частіше за все вони передбачувані та відображають остаточний шлях багатьох прогресуючих захворювань.

Медичні працівники можуть зіткнутися зі складними аспектами під час термінальної фази: зростаюча потреба у клінічній пильності та догляді, духовні переживання, психосоціальний дистрес, труднощі у спілкуванні та ухвалення складних рішень. Передбачення цих моментів та вживання проактивних кроків можуть привести до кращої якості життя як пацієнта, так і його родини.

Пацієнти, особливо ті, хто довго страждає на хронічні захворювання, часто запитують: «Скільки мені залишилося?». Дати точну відповідь дуже важко. Важливо чітко пояснити, що будь-які прогнози є лише орієнтовними. Такі розмови, хоч і складні, дають змогу виявити приховані тривоги та страхи пацієнта, які потім можна вирішити за допомогою ефективної комунікації. Смерть і вмирання досі залишаються табуованою темою, і мало хто почувається комфортно, обговорюючи це, хоча це природний, неминучий процес, який постійно відбувається навколо нас. Відкрита дискусія може бути дуже визвольною для пацієнтів, які раніше могли відчувати, що їм не дозволяли говорити про вмирання, щоб це не виглядало як визнання поразки. Іноді найдоречнішим є пряме запитання: «Ви турбуєтеся про вмирання?». Часто найбільші страхи пацієнта є необґрунтованими, і тоді можна його заспокоїти. Якщо ж зробити це

неможливо, корисно розбити страх на складові частини і в розмовах спробувати впоратися з тими аспектами, які можна вирішити.

### **Ознаки наближення смерті**

*Фізичні ознаки.* Наближення смерті часто проявляється помітним погіршенням функціонального стану та дисфагією (труднощами з ковтанням). Пацієнти поступово втрачають здатність ковтати рідини, хоча можуть зберігати здатність робити невеликі ковтки. Зниження рівня свідомості або, рідше, термінальне марення може супроводжуватися стогоном. Цей стогін, що виникає у голосових зв'язках, є ознакою неврологічних змін. Під час огляду легко помітними є дистальний ціаноз (синюшність кінцівок) та синюшність у ділянках колінних або стегнових суглобів. Також іноді неможливо промацати променевої пульс, а руки й ноги часто стають холодними. Крім того, спостерігаються зміни в диханні, а саме:

- періоди апное (зупинки дихання), які іноді тривають кілька секунд, а інколи – близько хвилини;
- дихання Чейна-Стокса (періодичне зростаюче та спадаюче дихання з проміжними періодами апное);
- поверхнєве, шумне або деренчливе дихання, що супроводжується рухами щелепи або задишкою.

Однією з найочевидніших ознак є олігоанурія (значне зменшення або відсутність виділення сечі), а іноді й набряки. Все це може супроводжуватися тахікардією (прискореним серцебиттям) і тенденцією до гіпотонії (зниженого артеріального тиску).

*Поведінкові та когнітивні зміни.* Ознаки та симптоми наближення смерті також проявляються у зниженні інтересу до вставання з ліжка та до подій навколо. Хворий ледве здатний співпрацювати та розмовляти, може бути дезорієнтований у часі та просторі, має труднощі з концентрацією уваги. Підвищується потреба у допомозі, відмічаються глибока втома та слабкість, сонливість або зниження когнітивних функцій. Пацієнт має загальний виснажений вигляд. Якщо такі симптоми розвиваються протягом декількох днів, на відміну від звичайних декількох тижнів, важливо виключити інші причини погіршення стану, такі як інфекція або побічні ефекти від змін у ліках.

*Прогностичні шкали.* У пацієнтів з онкологічними захворюваннями доцільно використовувати прогностичні шкали. Наприклад, Шкала паліативної ефективності (PPS) оцінює декілька параметрів: ознаки захворювання, здатність пацієнтів ходити та доглядати за собою, а також рівень їхньої поінформованості та споживання їжі. Чим нижчий бал за шкалою PPS, тим коротший прогноз. Нещодавні дослідження показали, що показник PPS на рівні 20 % або менше у поєднанні з опущенням носогубної складки є надійним предиктором триденної очікуваної

тривалості життя. Інші шкали, такі як індекс Карновського або паліативний прогностичний індекс (ППІ), також можуть допомогти у визначенні прогнозу.

### **Забезпечення комфорту в останні дні життя**

В останні дні життя надзвичайно важливо забезпечити фізичний, емоційний та духовний комфорт пацієнта, щоб зробити кінець життя мирним та гідним. Завдяки належному догляду та підтримці, наданій пацієнту, що помирає, та його рідним і близьким, можна зробити спогад про процес вмирання максимально позитивним.

### **Обговорення побажань пацієнта**

Ідеально, щоб обговорення побажань пацієнта щодо смерті та вмирання відбувалося, коли хворий перестає реагувати на доступні варіанти лікування, але задовго до настання останніх днів життя. Важливо цікавитися думками та почуттями пацієнта щодо догляду та втручань, поки він залишається у свідомості, навіть якщо слабкий стан ускладнює спілкування. Деякі з питань можуть стосуватися бажаного місця смерті, поховання або кремації, а також фінансових або «незавершених» справ.

### **Роль сім'ї**

Коли пацієнт вже нездатний брати участь в обговореннях, роль сім'ї стає більш важливою. Питання та занепокоєння родичів мають бути роз'яснені максимально чітко. Кожна сім'я має свою унікальну динаміку взаємодії, прийняття рішень та спілкування. Сім'ям та опікунам слід запропонувати можливість доглядати за пацієнтами. Іноді родичі хотіли б взяти участь у проведенні останніх обрядів після смерті, і це може бути дуже важливою частиною їхнього останнього «обов'язку» від імені померлого близького. Чутлива реакція на поточні події та створення атмосфери компетентності й співчуття можуть значно вплинути на процес горювання тих, хто залишився. Забезпечення умов для останнього прощання з близькими членами сім'ї, а також часу для прощення та вираження любові, може бути терапевтичним та сприяє «нормальному» горюванню.

**Ефективний термінальний догляд** потребує командного підходу. Ефективна мультидисциплінарна робота залежить від таких факторів:

- визнання центральності потреб пацієнта та родини;
- чітке розуміння ролі інших фахівців та цінності їхнього внеску;
- гарна комунікація між членами команди;
- рання інтеграція спеціалізованих паліативних служб.

### **Оцінка потреб пацієнтів**

Основна мета оцінки потреб пацієнтів в останні дні життя – визначити, що найбільше його турбує і які проблеми можуть бути ефективно вирішені. Пацієнти та члени родини часто можуть недооцінювати симптоми, а родичі можуть

неправильно інтерпретувати та перебільшувати симптоми хворого через власний стрес. Систематична та ретельна оцінка комфорту пацієнта та його потреб є важливими компонентами компетентного догляду. Вони включають:

- потребу в знеболенні;
- контроль тривожних фізичних чи психологічних симптомів (збудження або задишки);
- постійний контроль харчування та гідратації хворого.

### **Принципи симптоматичного лікування**

Загальними принципами симптоматичного лікування в термінальній фазі є наступне:

- дотримання аналітичного підходу до контролю симптомів;
- перегляд необхідності кожного препарату та шляху його введення;
- забезпечення регулярного медичного огляду;
- підтримування відмінного медсестринського догляду;
- уникнення непотрібних втручань;
- підтримування ефективного спілкування, інформування та допомога родині;
- забезпечення доступності медичного персоналу.

### **Поширені проблеми та медсестринський догляд**

Загальні проблеми, які потребують вирішення, це слабкість, сплутаність свідомості, біль, нудота, проблеми з ротовою порожниною, порушення сну та пролежні. Кваліфікований медсестринський догляд має вирішальне значення для забезпечення комфорту пацієнтів. Важливий перегляд всіх поточних ліків. Залишають лише ті, які лікують симптоми та додають комфорту.

Доречним буде наступне:

- використання протипролежневого матраца для зменшення ризику пролежнів та потреби в частому перевертанні;
- забезпечення догляду за спиною;
- пропонування пацієнту сечового катетера, судна або використання підгузків, якщо він занадто слабкий, щоб встати з ліжка;
- забезпечення чистоти та вологості ротової порожнини при поганому споживанні рідини.

Пацієнти рідко турбуються про харчування та споживання рідини, але це може бути головним занепокоєнням для сім'ї, і це потрібно вирішувати з терпінням та належною чутливістю.

### **Психологічні потреби**

Ключ до психологічного догляду – це регулярне, ніжне та чутливе спілкування з пацієнтом. Те, як пацієнт інтерпретує свою хворобу та її симптоми, може бути причиною страждань. Оцінка того, як хворий ставиться до своєї ситуації,

може пролити світло на його потреби та стрес. Тривога та збудження можуть потребувати медикаментозного лікування. Страхи пацієнтів часто пов'язані із симптомами, спогадами про людей, які померли за неприємних обставин та з невирішеними проблемами, страхи щодо лікування або відмови від лікування, а також щодо морфіну, смерті та вмирання. Духовний неспокій або душевний біль можна полегшити шляхом дозволу висловлювати почуття та думки, особливо страх і втрату контролю. На цьому етапі пацієнти часто приховують глибоке занепокоєння щодо родини. Медичні працівники можуть допомогти сім'ї та пацієнту у виконанні конкретних релігійних завдань, наприклад відпущення гріхів, сповіді або інших форм релігійної підготовки.

Важливою метою ПД є підтримка гідності таким чином, щоб це сприяло комфорту конкретного пацієнта. Можна ставити питання, спрямовані на розвиток у пацієнта відчуття власної цінності та визнання: «Що я повинен знати про вас як про людину, щоб допомогти мені піклуватися про вас?», «Що Вас найбільше турбує?», «На кого ще впливає те, що відбувається з вашим здоров'ям?», «Хто повинен бути поруч, щоб підтримати вас?». Такі розмови дозволяють медичним працівникам ближче познайомитися зі своїми пацієнтами і включити їхні цінності та перспективи в план лікування.

Діагноз невиліковної хвороби та ймовірність смерті часто змінюють життєві пріоритети та погляди. Пацієнт нерідко «відкриває очі» на те, що насправді є важливим у житті. Така ситуація змушує переглянути пріоритети й зосередитися на дійсно цінному, оскільки реальність життя стає більш очевидною. Пацієнт прагне реалізувати змінені пріоритети та створити прийнятне або осмислене існування перед обличчям смерті. Прощення може бути однією з таких цілей, включаючи прощення тих, хто завдав болю, та прохання прощення у тих, кого пацієнт образив. Це допомагає зменшити негативні емоції та досягти благополуччя і спокою. Цей процес сприяє відновленню стосунків, закриттю невирішених питань та досягненню відчуття трансцендентності. Ще однією метою є створення сенсу, навіть якщо цей процес відбувається несвідомо.

Визнання духовності є необхідним наприкінці життя, а також протягом усього перебігу хвороби, і це впливає на прийняття рішень щодо догляду. Від самого початку ПД включала духовну опіку як невід'ємну частину догляду за пацієнтами. Це одна з восьми ключових сфер якісної ПД, що має вирішальне значення. Термін «духовність» має різні значення для різних груп людей, охоплюючи широке визначення. Духовність розуміється як «динамічний вимір людського життя, пов'язаний з тим, як людина відчуває, виражає або шукає сенс, мету і трансцендентність, а також те, як вона пов'язана з моментом, собою, іншими, природою, значущим або священним». Духовність – це особистий

пошук у трьох напрямках: до внутрішнього «я» в пошуках сенсу, до свого оточення в пошуках зв'язку і до потойбіччя в пошуках трансцендентності.

У цьому процесі багато людей, які зіткнулися з небезпечною для життя хворобою, починають ставити собі «великі питання», такі як: «Що я зробив не так?», «Чому я повинен страждати?», «Чому я повинен продовжувати жити?», «Чи не є я просто тягарем для інших?». Цю групу питань можна назвати духовними або екзистенційними. Незалежно від того, чи виявляла людина духовність раніше, досвід кінця життя часто спонукає до подальшого дослідження цієї сфери. Багато людей шукають відповіді в рамках своїх життєвих переконань або релігії. Під час цього природного процесу пацієнт шукає, а іноді й бореться, щоб знайти свій шлях. Медичні працівники повинні бути відкритими, що створює відповідну атмосферу та ставлення, а також прагнути запропонувати певний духовний супровід, який розуміється як практика розпізнавання.

Цей духовний супровід є частиною динаміки міждисциплінарної командної роботи в ПД, яка полягає в тому, що пацієнт сам може озвучити свої питання і наповнити життя своїми відповідями. Він вимагає виявлення, дослідження та втручання. Виявлення є відповідальністю та завданням усіх членів команди. Воно полягає у використанні різних індикаторів або «попереджувальних знаків» для емоційних проявів, виявлення цінностей, етичних принципів тощо, які супроводжують духовний досвід. Треба бути уважним до вираження безнадії, до фраз на кшталт: «Я не відчуваю себе готовим зустріти кінець», а також до предметів, що підтримують духовну практику (наприклад певні книги, які читає пацієнт, або релігійні ікони в кімнаті).

Духовне дослідження відбувається на трьох рівнях. На загальному рівні досліджуються тривоги, а також ступінь труднощів у боротьбі з ними, ресурси, де можна знайти допомогу, і очікування пацієнта щодо того, наскільки можуть допомогти медичні працівники. Корисні питання можуть бути такими: «Чи є щось, що в цій ситуації Вас турбує?», «Що у вашій ситуації є найбільш корисним для вас?», «Чи є ще щось, що, на Вашу думку, ми могли б зробити і що могло б Вам допомогти?». На проміжному рівні досліджуються ресурси або концепції, які допомагають пацієнтам пережити процес вмирання, а також наявність певних питань (що виражають невирішені потреби) і ступінь, до якого вони впливають на процес вмирання. У процесі супроводу людини наприкінці життя можуть виникати розмови про смерть і про те, як вона уявляє собі смерть і як хоче до неї підготуватися. Пацієнт може бути вдячний за можливість поговорити про це і часто обирає для такої розмови медичних працівників. Підтвердження того, що про пацієнта піклуватимуться до кінця, що залучені медичні працівники будуть супроводжувати його та допомагати йому в процесі смерті, є життєво важливим для комфорту пацієнта та визнання його особистості.

У деяких ситуаціях для адекватного полегшення страждань наприкінці життя можуть бути застосовані різні втручання, але якщо вони не спрацьовують, може бути розглянута можливість паліативної седації.

### **Обстеження**

Будь-яке обстеження наприкінці життя повинно мати чітку та виправдану мету. На цьому етапі необхідність в обстеженнях невелика.

### **Фізичний огляд**

Зазвичай огляд мінімізується, щоб уникнути стресу. Важливо провести огляд будь-якого потенційного місця болю (пацієнти можуть відчувати біль при перевертанні, що вони не одразу визнають), огляд ділянок тіла, що можуть спричиняти дискомфорт, а також ротової порожнини та спини, включаючи потилицю та вуха, місця внутрішньовенних / підшкірних ін'єкцій.

### **Перегляд ліків**

Слід припинити прийом непотрібних ліків, але анальгетики, протиблювотні засоби, анксиолітики, антипсихотики, включаючи протисудомні, потрібно буде продовжувати. Можна розглянути альтернативний шлях введення, якщо пацієнт не може ковтати свої необхідні ліки.

### **Шляхи введення ліків у термінальній фазі**

Внутрішньом'язовий шлях введення ін'єкцій слід уникати, оскільки він занадто болючий, підшкірне введення ліків є переважним. При введенні букальних ліків важливо, щоб ротова порожнина залишалася вологою. Ректальний шлях може бути дуже корисним для певних пацієнтів.

**Загальні проблеми в термінальній фазі:** біль, задишка, лихоманка, нудота або блювання, судоми, секреція дихальних шляхів, делірій, неспокій або туга, міоклонічні посмикування.

**Біль.** 40 % госпіталізованих пацієнтів відчувають помірний або сильний біль в останні 3 дні життя. Слід уважно стежити за виявами, пов'язаними з болем. Слід запитати родичів та інших медичних працівників, чи не помічають вони ознак болю в рухах або жестах пацієнта. Ретельне фізичне обстеження в пошуках болю, який не може бути виражений вербально, неминуче; при цьому медичні працівники повинні звертати увагу на міміку пацієнта і положення його тіла, намагаючись знайти підозрілі больові точки за допомогою пальпації, а також будь-які зміни або деформації шкіри, які можуть викликати біль. Знеболення повинно бути ефективним і швидким, тому, як правило, необхідним є введення опіоїдів. Пероральні препарати з повільним вивільненням або трансдермальні препарати не підходять у цій ситуації. Пероральне застосування опіоїдів повільного вивільнення або пролонгованої дії також не підходять, оскільки пацієнти мають тенденцію до менш ефективного виведення відходів і, таким

чином, мають більше побічних ефектів від накопичення метаболітів. Слід використовувати швидкі та короткодійні препарати, бажано підшкірно. Рекомендовано наступне: морфін підшкірно; оксикодон (2 мг підшкірно); гідроморфон (0,4–0,8 мг внутрішньовенно або підшкірно). Дозування та частоту введення слід періодично переглядати, оскільки потреби пацієнта можуть швидко змінюватися.

**Задихка** може супроводжуватися слабкістю або тривогою і є стресом для близьких пацієнта. Її легко розпізнати, якщо пацієнт не може висловитися словами. Це не складно визначити, оскільки пацієнт намагається відкрити дихальні шляхи якомога ширше, розкриваючи рот або використовуючи допоміжні м'язи. Опіодне лікування подібне до знеболення, хоча необхідні дози менші і найкращим вибором є морфін. Використання або підтримання кисневої терапії слід оцінювати індивідуально; якщо виникає симптоматична гіпоксемія, введення кисню через носову порожнину є кращим, ніж через маску, оскільки переноситься краще. Інші більш загальні заходи є ефективними для полегшення стану пацієнта і заохочують участь осіб, які здійснюють догляд за ним. Використання ручного або невеликого вентилятора на батарейках біля носа і рота, підтримуючи таким чином приплив свіжого повітря, а також підняття узголів'я ліжка, звільнення простору і намагання створити відчуття спокою допомагають пацієнту прийняти правильну дихальну позу.

**Нудота/блювання.** Як і на кожній стадії хвороби, медичні працівники завжди повинні думати про можливі причини, щоб рекомендувати найбільш успішне лікування. Наприкінці життя існує додаткова ймовірність того, що респіраторні виділення або закреп рідко можуть викликати нудоту, хоча пацієнти на цій стадії зазвичай не блюють.

Іноді, наприклад у зв'язку зі зміною пози, пацієнти можуть мимоволі відригувати виділення або залишки їжі. Цілком ймовірно, що причина нудоти не піддається специфічному лікуванню, тому слід проводити ретельне симптоматичне лікування. Ліки підбирають на основі підозрюваної етіології, а іноді для досягнення адекватного контролю необхідно комбінувати два препарати

- метоклопрамід – препарат першого вибору: від 30 до 60 мг протягом 24 год підшкірно або внутрішньовенно;
- галоперидол, якщо підозрюється центральна причина: 1,5–2 мг підшкірно протягом 24 год;
- дексаметазон: 4–8 мг підшкірно або внутрішньовенно кожні 24 год як допоміжний засіб або у випадках явного набряку мозку чи кишкової непрохідності; якщо кишкова непрохідність чітка та встановлена, додати октреотид 300–600 мкг протягом 24 год підшкірно або внутрішньовенно.

**Лихоманка.** У деяких пацієнтів наприкінці життя підвищується температура. За відсутності очевидної інфекції це зазвичай пов'язано з онкологічним захворюванням або пошкодженням мозку. Якщо пацієнт не може ковтати, ефективним є внутрішньовенне введення парацетамолу. Якщо єдиним можливим способом введення є підшкірне, можна використовувати кеторолак. Фізичні втручання допомагають підвищити рівень комфорту.

**Судоми.** Пацієнтам із нападами в анамнезі, які вже отримували протиепілептичні препарати, слід спробувати продовжити прийом тих самих ліків, хоча спосіб доставки може змінитися відповідно до стану пацієнта. Існують докази на користь введення деяких ліків підшкірно, наприклад фенобарбіталу або леветирацетаму. Для кризових станів або пацієнтів, у яких напади виникають вперше в останні дні або години життя, найбільш підходящим лікуванням є бензодіазепіни.

**Секреція дихальних шляхів.** Слабкість в останні дні життя може призвести до нездатності очищати дихальні шляхи від секретів, що виявляється шумним, вологим диханням (хрипи смерті). Це трапляється у 50 % вмираючих пацієнтів і спричинене скупченням рідини в гіпофаринксі. Така ситуація часто дуже тривожить членів сім'ї. Лікування має бути профілактичним, оскільки легше запобігти утворенню секретів, ніж видаляти ті, що зібралися у верхніх дихальних шляхах або ротоглотці. Загальні заходи включають зміну пози, підняття узголів'я ліжка на 30° або обережну аспірацію виділень, якщо пацієнт непритомний. Треба пояснити родині, що шум викликаний накопиченням бронхіального секрету і слини, зазвичай у бронхах, трахеї та ротоглотці. Важливо заспокоїти родичів, що це не свідчить про задуху або задишку. Відсмоктування не рекомендується, якщо виділення легко доступні в гіпофаринксі. Застосування лікарських засобів, які потребують перорального прийому, є неможливим, оскільки пацієнти зазвичай втрачають здатність ковтати, коли у них з'являються хрипи. Випробувані фармакологічні препарати включають наступне:

- гіосцину бутилбромід (бускопан): 60–90 мг кожні 24 год підшкірно або внутрішньовенно;
- гіосцину гідробромід (скополамін): 1,5 мг/24 год підшкірно, трансдермально або внутрішньовенно;
- глікопіронію бромід: 0,6–1 мг/24 год підшкірно, сублінгвально;
- якщо частота дихання >20 вдихів/хв, шум може бути зменшений ін'єкціями морфіну, які уповільнюють частоту дихання: 2–5 мг підшкірно; можна призначати одну шосту добової дози, якщо вже застосовується постійна підшкірна інфузія, і повторити через 30 хв, якщо частота дихання не зменшується;
- щоб пацієнт не відчував дистресу, можна використовувати седативні препарати, такі як мідазолам, за потреби.

**Делірій.** Трапляється приблизно у 80 % пацієнтів в останні дні. Цей стан називають термінальним делірієм наприкінці життя. Він часто пов'язаний з іншими симптомами і зменшується в інтенсивності, наприклад при належному лікуванні болю. Препаратом вибору при термінальному делірії є галоперидол (0,5–1,5 мг підшкірно або внутрішньовенно), а також інші атипіві антипсихотики або антипсихотики другого покоління. Якщо пацієнт не реагує на ці ліки, корисно ввести бензодіазепіни підшкірно або внутрішньовенно (лоразепам або мідазолам). Оланзапін 5–10 мг протягом 24 год. Насамперед слід адаптувати оточення пацієнта, щоб полегшити його орієнтацію, та забезпечити відпочинок, уникаючи надмірних подразників. Фахівці повинні пояснити родині, що відбувається і яка мета лікування. Основними завданнями є забезпечення спокою, запобігання падінням чи іншим травмам пацієнта, а також полегшення страждань, які вони спричиняють.

**Тривога.** В останні дні життя важко відрізнити тривогу або страждання від збудження. Якщо медичні працівники знають пацієнта і виключили делірій, тривогу можна лікувати бензодіазепінами на вимогу або в режимі перфузії. Дози є нижчими, ніж в інших ситуаціях, і зазвичай достатньо 10 мг мідазоламу або 1,5 мг лоразепаму протягом 24 год. Однак ці дози можуть бути вищими, якщо пацієнт раніше лікувався бензодіазепінами протягом тривалого періоду.

**Неспокій/туга.** Неспокій, збудження, параноя та агресивність також пов'язані з делірієм. Якщо пацієнт явно перебуває в дистресі, певний ступінь седації виправданий. Це рішення слід обговорити з пацієнтом, якщо це взагалі можливо, та родиною. Комбінація галоперидолу з бензодіазепіном (мідазолам) є ефективною. Перевага надається підшкірному шляху введення, зазвичай у вигляді постійної підшкірної інфузії. Переривчасті підшкірні дози є однаково ефективними в умовах, де інфузійна установка недоступна.

Мідазолам 2,5–10 мг підшкірно одноразово та 15–30 мг/24 год шляхом постійної підшкірної інфузії або переривчастих підшкірних доз по 2,5 мг кожні 4 год. Якщо пацієнт переносить сублінгвальний шлях, лоразепам 0,5 мг кожні 4 год є хорошою альтернативою.

Клоназепам (1–4 мг/24 год постійно підшкірно) іноді використовують замість мідазоламу, особливо якщо у пацієнта нейропатичний біль і він більше не може приймати ліки перорально. Якщо хворий залишається в дистресі, можна додати інші ліки (наприклад левомепромазин).

Левомепромазин є ще одним варіантом. Його вводять по 10–25 мг підшкірно одноразово з подальшим введенням 25–100 мг/24 год шляхом постійної підшкірної інфузії. Пацієнтам рідко потрібні більші дози, але за необхідності можна вводити до 200 мг/24 год. Цей препарат може знижувати судомний поріг.

Галоперидол 1,5–5 мг підшкірно одноразово з подальшим введенням 1,5–5 мг/24 год шляхом постійної підшкірної інфузії може бути використаний, дуже рідко перевищуючи 10 мг/24 год. Можуть виникати екстрапірамідні симптоми, особливо при вищих дозах. Галоперидол менш седативний, ніж левомепромазин.

Фенобарбітал 100 мг внутрішньом'язово/внутрішньовенно одноразово та 300–600 мг/24 год шляхом постійної підшкірної інфузії повинен бути ефективним, але можуть знадобитися вищі дози. Оскільки фенобарбітал несумісний з більшістю інших препаратів, потрібен другий шприцевий дозатор. Переривчаста внутрішньовенна/внутрішньом'язова доза фенобарбіталу становить 50–100 мг кожні 8 год, і це може бути скориговано на основі клінічної відповіді. Слід уникати багаторазових підшкірних доз, оскільки це може спричинити місцевий некроз. Якщо потрібні одноразові дози, їх можна вводити внутрішньовенно/внутрішньом'язово, якщо доступно, а потім переходити на постійну підшкірну інфузію.

Альтернативні фенотіазини або бензодіазепіни можуть бути введені сублінгвально або ректально, наприклад хлорпромазин вводять по 25 мг ректально кожні 4–6 год, поступово збільшуючи (до 100–200 мг кожні 4 год) залежно від відповіді. Діазепам може бути використаний ректально по 10 мг за потреби, а клоназепам сублінгвально по 0,5 мг, і це може бути титровано вгору. Пропрофол, анестетик, використовують внутрішньовенно під спеціалізованим наглядом для лікування невіддатливих випадків.

**Церебральний набряк.** У термінальній стадії пацієнтів з пухлинами головного мозку підвищений через набряк мозку внутрішньочерепний тиск може спричинити швидке та значне посилення головного болю (що може погіршуватися опіоїдами) та термінальне збудження. Високі дози опіоїдів можуть бути ефективними на додаток до НПЗП та мідазоламу. Акцент робиться на адекватному контролі болю та седації.

### **Турбота про сім'ю**

Кінець життя впливає не тільки на пацієнтів, а також на їхні сім'ї. Паліативна допомога включає в себе турботу про сім'ю протягом усього процесу хвороби, у тому числі і в кінці життя. Сім'я пацієнта є важливим союзником, чю силу необхідно визнавати. Члени родини знають пацієнта краще, ніж будь-хто інший, і можуть допомогти медичним працівникам виконувати свою роботу.

Кінець життя – це емоційне випробування для близьких, і вони також вимагають уваги з боку медичних працівників, тому необхідно враховувати їхні переконання про здоров'я і хворобу, культуру, до якої вони належать, та історію (особливо релігійні та духовні уподобання), а також динаміку існування. Медичні працівники повинні надавати родині пацієнта точну інформацію щодо прогнозу,

пояснюючи будь-яку невизначеність і те, як вона буде вирішуватися, уникаючи при цьому помилкового оптимізму.

Хвороба прогресує, пацієнт відчуває функціональне погіршення, і члени родини розуміють, що ситуація стає критичною і що їхня близька людина слабшає, але іноді не усвідомлюють, що смерть вже близько. Медичні працівники можуть допомогти членам родини адаптуватися і осмислити це, надати їм можливість поговорити про свої страхи і тривоги та поставити запитання. Крім того, вони повинні бути свідками і підтримувати сім'ю в усвідомленні погіршення стану здоров'я їхньої близької людини і медичних проблем, а також того, що ці відкриття означають для майбутнього. Медичні працівники відіграють дві важливі ролі: підтримують взаємодію між родичами та пацієнтом і піклуються про членів родини, які іноді не знають, як взаємодіяти з людиною, яка помирає. Деякі члени сім'ї можуть захотіти взяти участь у простих справах, таких як догляд за порожниною рота, тоді як інші можуть відчувати себе у цій ситуації некомфортно. Також можна пояснити родичам, як важливо бути уважними, щоб пацієнт відчував їхню любов і турботу, проявляти доброту, таким чином будуючи довіру і підвищуючи самооцінку, а також корисно тримати пацієнта за руку, слухати його розповіді або просто бути з ним, що залишить слід в пам'яті родини. Крім того, необхідно пояснити родичам важливість розмови про смерть, коли обидві сторони будуть до цього готові. Обговорення смерті допоможе зрештою подолати страхи і сприятиме зміцненню емоційних зв'язків між пацієнтом і сім'єю. Це може допомогти родині усвідомити важливість розуміння останньої волі близької людини, щоб вони могли виконати її якомога повніше.

Прощання є важливою частиною взаємодії між пацієнтом і сім'єю в кінці життя. Персонал може полегшити цей процес, підкресливши значущість і представивши його як останній дар любові, оскільки це сприяє завершенню і робить можливим остаточне звільнення. Корисно запропонувати родичам сісти поруч з пацієнтом, взяти його за руку і сказати все, що вони хочуть. Сльози є нормальною, природною частиною прощання і повинні сприйматися як прояв любові. Медичні працівники зі свого боку мають сприяти створенню умов, які полегшують прощання. Це включає в себе адекватний контроль симптомів, надання пацієнтові та його родині приватності, можливість побути наодинці та створення приязної атмосфери.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Посібник по службах паліативної допомоги вдома в Україні та за кордоном / за ред. Д. Азізова та ін. Київ : Карітас ; РА «Арт-Мак», 2013. 136 с.
2. Міжнародна асоціація медичних працівників, що надають допомогу хворим на СНІД (МАМПДХС). URL: <https://www.iapac.org>
3. Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні (із змінами, внесеними наказом № 2216 від 27.12.2023) : Наказ МОЗ України № 1308 від 04.06.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>
4. Про затвердження Змін до Порядку надання паліативної допомоги : Наказ МОЗ України № 1853 від 04.11.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1746-24#Text>
5. Про внесення змін до наказу № 1853 : Наказ МОЗ України № 1970 від 22.11.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1801-24#Text>
6. В Україні 67 % людей помирають від серцево-судинних захворювань – МОЗ. *Ukrinform*. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3180603-v-ukraini-67-ludej-pomiraut-vid-sercevosudinnih-zahvoruvan-moz.html>
7. Оптимізація системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні: реалії і перспективи / Р. О. Моїсеєнко, Н. Г. Гойда, А. В. Царенко та ін. Київ, 2022. 146 с.
8. В Україні більше випадків інсультів, інфарктів, онкології та діабету. *ZMINA*. URL: <https://zmina.info/news/v-ukrayini-bilshaye-vypadkiv-insultiv-infarktiv-onkologiyi-ta-diabetu-nszu/>
9. Звіт Національної служби здоров'я України, III квартал 2024 р. *Національна служба здоров'я України*. Київ, 2024. 117 с. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/zvit-za-3-kvartal-1.pdf?1757658934>
10. Паліативна та хоспісна медицина: медико-соціальні аспекти : навч. посіб. / Л. М. Пасієшвілі, А. А. Заздравнов, Л. С. Бабінець та ін. Львів : Видавець Марченко Т.В., 2023. 340 с.
11. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році : Постанова Кабінету Міністрів України № 1503 від 24.12.2024 р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-realizatsii-prohramy-derzhavnykh-harantii-medychnoho-obsluhovuvannia-u-2025-rotsi-1503-241224>
12. Тарасюк В. С., Кучанська Г. Б. Паліативно-хоспісна допомога. 2-ге вид. Київ : Медицина, 2021. 328 с.

13. Царенко А. В., Чайковська В. В., Гойда Н. Г., Максимова З. В. Геріатричні аспекти організації медико-соціальної, паліативної і хоспісної допомоги в умовах війни: поєднання медичних, психологічних і соціальних проблем. *Клінічна та профілактична медицина*. 2024. № 3. С. 74–81. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Clinprevmed\\_2024\\_3\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Clinprevmed_2024_3_11)

14. Царенко А. В., Моїсеєнко Р. О., Гойда Н. Г. Значення мультидисциплінарного, міжвідомчого і міжсекторального підходів як умов впровадження системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні. *Реабілітація та паліативна медицина*. 2023. № 1. С. 29–36. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/rpm\\_2023\\_1\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/rpm_2023_1_7)

15. Царенко А. В., Кожан Н. Є., Максимова З. В., Бондарчук А. М. Особливості організації і надання паліативної та хоспісної допомоги в умовах пандемії COVID-19. *Реабілітація та паліативна медицина*. 2023. № 1. С. 53–55. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/rpm\\_2023\\_1\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/rpm_2023_1_12)

16. Царенко А. В. Післядипломна підготовка фахівців як важлива умова та складова створення і розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги. *Здоров'я суспільства*. 2020. Т. 9, № 5. С. 200–206. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/zdc\\_2020\\_9\\_5-6\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/zdc_2020_9_5-6_5)

17. Царенко А. В., Чайковська В. В., Максимова З. В. Створення і впровадження служби паліативної та хоспісної допомоги пацієнтам геріатричного профілю: завдання, проблеми та шляхи їх вирішення. *Журнал неврології ім. Б. М. Маньковського*. 2021. Т. 9, № 3. С. 84. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/jorn\\_2021\\_9\\_3\\_122](http://nbuv.gov.ua/UJRN/jorn_2021_9_3_122)

18. Шкала функціонального стану Карновського: онлайн калькулятор. URL: <https://clincasequest.academy/karnofsky-performance-status-scale>

19. Шкали та інструменти для оцінки стану тяжкохворого пацієнта та визначення потреби у паліативній допомозі. Посібник для застосування у клінічній практиці / упоряд. Л. Андрішина, О. Децик, С. Федоров, А. Горбаль. Київ : ТОВ «Видавничий дім «Каліта», 2021. 79 с.

20. Blackmore T. Palliative and End of Life Care for Paramedics. London: Class Professional Publishing, 2020. 227 p.

21. Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care / E. Bruera, I. J. Higginson, C. F. von Gunten, T. Morita (eds.). Taylor & Francis Group, 2021.

22. About HIV. *Centers for Disease Control and Prevention*. URL: [https://www.cdc.gov/hiv/about/?CDC\\_AAref\\_Val=https://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html](https://www.cdc.gov/hiv/about/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html)

23. Chang L., Shukla D. K. Imaging studies of the HIV-infected brain. *Handbook of Clinical Neurology*. 2018. Vol 152. P. 229–264. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780444638496000189>Cherny
24. Oxford Textbook of Palliative Medicine / N. I. Cherny, M. T. Fallon, S. Kaasa, R. K. Portenoy, D. C. Currow. Oxford: Oxford University Press, 2021. 1409 p.
25. End of life care for adults: service delivery. *National Institute for Health and Care Excellence*. 2019. 41 p.
26. Oxford Textbook of Palliative Nursing. 5th ed. / B. R. Ferrell, N. Coyle, J. A. Paice (eds.). Oxford : Oxford University Press, 2019. 936 p.
27. Gilroy S. A. HIV infection and AIDS differential diagnoses. *Medscape*. URL: <https://emedicine.medscape.com/article/211316-differentia>
28. GBD Compare. *Institute for Health Metrics and Evaluation*. URL: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
29. Klatt E. C. Pathology of HIV/AIDS. 33rd ed. Mercer University, 2022. URL: <https://webpath.med.utah.edu/AIDS2022.PDF>
30. Moyle Wright P. Palliative and Hospice Care Nursing Guidelines. New York : Springer Publishing Company LLC, 2024. 393 p.
31. The stages of HIV infection. *National Institute of Health*. URL: <https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/stages-hiv-infection>
32. Watson M., Ward S., Vallath N., Wells J., Campbell R. Oxford Handbook of Palliative Care. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2019. ISBN 9780199598847.
33. Palliative Care. *World Health Organization*. URL: <http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/en/>

# ДОДАТКИ

Додаток 1  
до Порядку надання паліативної допомоги  
(пункт 6 розділу II)

## ПЛАН СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА, ЩО ПОТРЕБУЄ ПАЛІТИВНОЇ ДОПОМОГИ

### I. Контактна інформація

#### Пацієнт

1. Прізвище, ім'я, по батькові  
.....  
.....
2. Дата народження\* .....
3. Адреса фактичного проживання (перебування)  
пацієнта\* .....
4. Телефон\* .....
5. Адреса електронної пошти .....

#### 6. Повідомлення діагнозу та прогнозу можливого розвитку захворювання\*

- Згода пацієнта особисто отримувати інформацію про свій діагноз та прогноз можливого розвитку захворювання
- Відмова пацієнта особисто отримувати інформацію про свій діагноз і прогноз можливого розвитку захворювання
- Інформація про діагноз та прогноз можливого розвитку захворювання надається законному представнику

#### Лікар, який спостерігав пацієнта раніше\*\*

19. Прізвище, ім'я, по батькові  
.....
20. Місце роботи .....
21. Телефон: .....
22. Адреса електронної пошти .....

\* поля, обов'язкові до заповнення

\*\*поля, які заповнюються за наявності інформації

#### Законний представник\*\*

7. Прізвище, ім'я, по батькові  
.....  
.....
8. Адреса: .....
9. Телефон: .....
10. Адреса електронної пошти .....

#### Законний представник II\*\*

11. Прізвище, ім'я, по батькові .....
12. Адреса: .....
13. Телефон: .....
14. Адреса електронної пошти .....

#### Особа, яка здійснює догляд (крім законного представника) або представник за довіреністю\*\*

15. Прізвище, ім'я, по батькові  
.....
16. Адреса .....
17. Телефон .....
18. Адреса електронної пошти .....

\_\_\_\_\_  
Підпис лікаря

\_\_\_\_\_  
Підпис пацієнта

## II. Потреби пацієнта (зі слів пацієнта)

<p><b>1. Немедичні потреби пацієнта</b></p> <p><input type="checkbox"/> Психологічна допомога (консультації психолога)</p> <p><input type="checkbox"/> Послуга "респіс" (пацієнт бажає перепочити від членів сім'ї, які здійснюють догляд) на строк _____ днів</p> <p><input type="checkbox"/> Соціальний супровід (у т. ч. допомога соціального працівника)</p> <p>Пацієнту надано інформацію щодо можливості звернення до відповідних служб соціального захисту населення</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Духовна підтримка (священник)</p> <p>Пацієнту надано інформацію щодо можливості отримання духовної підтримки .....</p> <p><input type="checkbox"/> Юридична допомога</p> <p>Пацієнту надано інформацію щодо можливості отримання безоплатної правової допомоги</p> <p><input type="checkbox"/> Інші потреби .....</p>	<p><b>2. Згода на посмертне донорство</b></p> <p><input type="checkbox"/> Так, вже надано.</p> <p><input type="checkbox"/> Ні, не надано, але пацієнт бажає надати згоду.</p> <p><input type="checkbox"/> Ні, не надано й пацієнт не бажає надати згоду.</p> <p><b>3. Побажання пацієнта щодо місця отримання паліативної допомоги</b></p> <p><input type="checkbox"/> За місцем перебування пацієнта (вдома)</p> <p><input type="checkbox"/> В спеціалізованому закладі (лікарня, хоспіс тощо)</p> <p><b>4. Побажання і розпорядження пацієнта щодо періоду наприкінці життя</b></p> <p>Побажання пацієнта щодо збереження мобільності, заплановані подорожі тощо: .....</p> <p>Побажання пацієнта щодо місця смерті .....</p> <p>Побажання пацієнта щодо поховання .....</p>	
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Підпис пацієнта	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Підпис лікаря	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Дата (число, місяць, рік)

## III. Потреби та навчання особи, яка здійснює догляд

**1. Пацієнт** (прізвище, ім'я, по батькові, рік народження)

.....

**2. Особа, яка здійснює догляд** (прізвище, ім'я, по батькові) .....

**3. Потреби особи, яка здійснює догляд**

Психологічна допомога (консультації психолога)

Послуга "респіс" (члени сім'ї бажають перепочити від догляду за пацієнтом)

Інші потреби: .....

Надано інформацію щодо можливості отримання духовної підтримки

Надано інформацію щодо можливості отримання юридичної допомоги

**4. Потреби особи, яка здійснює догляд, у навчанні**

Техніка підшкірних та внутрішньом'язових ін'єкцій

Догляд за стомами, катеторами, приймачами

Навчання загальному догляду (миття, зміна положення, заміна підгузника, заміна білизни, вдягання/перевдягання, обробка пролежнів, санація ротової порожнини тощо .....

Годування через гастростому

Годування через шлунковий зонд

Користування медичними виробами

Санація через трахеостому

Оцінка рівня болю

Інше .....

Підпис лікаря \_\_\_\_\_

Підпис особи, яка здійснює догляд \_\_\_\_\_

#### 4. Інформація про проведення навчання особи, яка здійснює догляд

Тема навчання	Проведено навчання			
	Дата проведення	Прізвище та ініціали інструктора	Підпис інструктора	Підпис особи, яка здійснює догляд
Техніка підшкірних та внутрішньом'язових ін'єкцій				
Догляд за стомами, катеторами, приймачами				
Навчання загальному догляду (миття, зміна положення, заміна підгузника, заміна білизни, вдягання/перевдягання, обробка пролежнів, санація ротової порожнини інше _____)				
Годування через гастростому				
Годування через шлунковий зонд				
Користування медичними виробами				
Санація через трахеостому				
Оцінка рівня болю				
Інше _____				

#### IV. Оцінка стану пацієнта

1. Прізвище, ім'я .....

2. Дата .....  
Час .....

#### 5. Загальний стан

- Задовільний  Важкий  Надважкий  
 Термінальний  
 Середньої важкості

3. Скарги пацієнта. ....  
.....  
.....

4. t° C ..... Вага ..... Зріст .....  
Артеріальний тиск ..... SaO<sub>2</sub> .....  
Частота серцевих скорочень .....  
Частота дихання ..... Глюкоза .....

#### 6. Біль

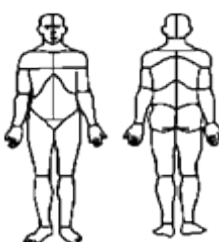
- Ноцицептивний  Нейропатичний  
 Змішаний  Психогенний



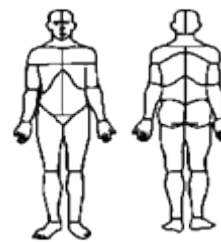
#### Характер болю

- Пульсуючий  Пекучий  Колючий  
 Ріжучий  Тупий  Ниючий  
 Непереносимий  Стріляючий  
 Жорстокий  Втомлюючий  
 Інший .....  
 Фантомний біль

#### Локалізація болю



#### Локалізація пролежнів



9.  Вживання наркотичних засобів чи психотропних речовин, у тому числі алкоголю чи тютюну (яких саме, коли) .....

#### 7. Пролежні

- Перший ступінь

Ділянки шкіри червоніють і набрякають. Подразнення шкіри, почервоніння (іноді з синюшністю) без порушення цілісності шкірного покриву. Пацієнт може відчувати на цій ділянці шкіри біль та незначне оніміння.

- Другий ступінь

Неглибоке порушення поверхні шкіри, пухирці, часткове відшарування верхнього шару шкірних покривів. Неглибокі рани з рожевими і припухлими краями

Третій ступінь

Руйнування шкірного покриву і підшкірної клітковини, утворення виразки (виразок). Проникнення виразок до м'язового шару. Проглядається жовта змертва тканина, сукровичні виділення.

Четвертий ступінь

Глибоке ураження всіх м'яких тканин з утворенням сухого або вологого некрозування. Некроз захоплює шкіру, м'язи, фасції й сухожилля. Формування нагноєних порожнин, бічних кишень. Оголення сухожилля, іноді кісток і суглобів.

8.  Алергії

10. Нервова система

- Вогнищева симптоматика
- Псевдобульбарні розлади
- Бульбарний синдром
- Парези (які саме) .....
- Гіперкінези
- Порушення координації
- Вентрикуло-перитонеальний шунт
- Судоми
- Характер: .....
- ..... разів на:
- день
- тиждень
- місяць
- Центральний венозний катетер
- Перидуральний катетер

11. Дихання

- Утруднене
- Вільне
- Задуха
- експіраторна
- інспіраторна
- змішана
- Трахеостома, N .....
- Кисневозалежний
- Штучна вентиляція легенів

15. Психоемоційні проблеми

- Втома
- Сонливість
- Безсоння
- Тривожність
- Збудження
- Депресія
- Делірій
- Панічні атаки
- Інше .....

12. Система травлення

- Колостома N
- Ілеостома N
- Гикавка
- Нудота
- Блювота
- Діарея
- Закрепи
- Інше .....

14. Сечовивідна система

- Затримка сечі
- Нетримання сечі
- Цистостома N .....

16. Інші симптоми та стани

- Анорексія/кахексія
- Асцит
- Геморагічний синдром
- Кровотеча зовнішня
- Лімфостаз/лімфорез
- Менопаузальна симптоматика
- Мукозит
- набряки
- Стomatит
- Гіперглікемія

13. Харчування/ковтання

- Їсть самостійно
- Ковтання збережене
- Не ковтає
- Шлунковий зонд N .....
- Гастростома N .....
- Сечовивідний катетер N \_
- Перемінна катетеризація
- Інше .....
- Гіпоглікемія
- Дегідратація
- Гіперкальцемія
- Синдром верхньої порожнистої вени
- Інше .....

Підпис лікаря, прізвище та ініціали \_\_\_\_\_

V. Призначення

Пацієнт.....

(Прізвище, ім'я, по батькові, рік народження)

1. Спостереження лікарем ..... разів на  день  тиждень  місяць

- Оцінка рівня болю
- Оцінка загального стану
- Оцінка пролежнів
- Заміна гастронмічної трубки
- Призначення лабораторних досліджень
- Рекомендації щодо харчування
- Призначення знеболення та лікування симптомів
- Аналіз показників ЕКГ
- Призначення пролежнів
- Навчання осіб, що здійснюють догляд

2. Супровід медичною сестрою ..... разів на  день  тиждень  місяць

- Медичний догляд
- Спостереження за дренажем
- Спостереження за стоною
- Видалення сірчаних пробок
- Внутрішньом'язові ін'єкції
- Внутрішньовенні ін'єкції
- Підшкірні ін'єкції
- Постуральний дренаж
- Заміна або постановка шлункового зонда
- Збір, зберігання, доставка матеріалів для лабораторних досліджень
- Катетеризація периферичної судини
- Туалет порожнини рота
- Постанова або заміна сечового катетера
- Навчання осіб, що здійснюють догляд
- Інше .....

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Промивання сечового міхура       | <input type="checkbox"/> Санітарна обробка хворого | <input type="checkbox"/> Очисна клізма              |
| <input type="checkbox"/> Застосування газовивідної трубки | <input type="checkbox"/> Підготовка розчинів       | <input type="checkbox"/> Внутрішньосудинні ін'єкції |
|   |  | <input type="checkbox"/> Зняття показників ЕКГ      |

### 3. Необхідні для надання паліативної допомоги медичні вироби

- |  |             |             |   |  |
|--|-------------|-------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Шприц для годування                             | ..... шт    | ..... об'єм | <input type="checkbox"/> Кисневий концентратор                | <input type="checkbox"/> Біотуалет                           |
| <input type="checkbox"/> Сечоприймач                                     | ..... шт    | ..... об'єм | Потужність ..... л/хв   | <input type="checkbox"/> Судно                               |
| <input type="checkbox"/> Калоприймач                                     | ..... шт    | ..... об'єм | <input type="checkbox"/> Пульсоксиметр                        | <input type="checkbox"/> Гігієнічний стілець                 |
| <input type="checkbox"/> Зонд, тип.....                                  | ..... шт    | ..... об'єм | <input type="checkbox"/> Апарат для штучної вентиляції легень | <input type="checkbox"/> Ходунки                             |
| <input type="checkbox"/> Канюля для периферичної вени                    | ..... шт    | ..... об'єм | <input type="checkbox"/> Аспіратор                            | <input type="checkbox"/> Візок                               |
| <input type="checkbox"/> Катетер, тип.....                               | ..... шт    | ..... об'єм | <input type="checkbox"/> Функціональне ліжко                  | <input type="checkbox"/> Милиці                              |
| <input type="checkbox"/> Підгузки  | ..... шт    | ..... об'єм | <input type="checkbox"/> Підйомник                            | <input type="checkbox"/> Антисептичні та асептичні засоби    |
| <input type="checkbox"/> Пелюшки   | ..... шт    | ..... об'єм | <input type="checkbox"/> Протипролежневий матрац              | <input type="checkbox"/> Перев'язочний матеріал              |
| <input type="checkbox"/> Гастростомічна трубка                           | ..... шт    | ..... об'єм | <input type="checkbox"/> Помпа для ентерального харчування    | <input type="checkbox"/> Система для ентерального харчування |
| <input type="checkbox"/> Харчовий продукт для спеціальних медичних цілей | к-сть ..... | назва ..... | <input type="checkbox"/> Трахеостомічна трубка _____          |  |

### 4. Знеболення та лікування симптомів

Пацієнту видано лист призначення

- Препарат ..... дозування ..... р/день ..... к-сть днів .....
- Препарат ..... дозування ..... р/день ..... к-сть днів .....
- Препарат ..... дозування ..... р/день ..... к-сть днів .....
- Препарат ..... дозування ..... р/день ..... к-сть днів .....
- Препарат ..... дозування ..... р/день ..... к-сть днів .....

Інші призначення

### 5. Консультації

- психолога
- психіатра
- Пацієнта спрямовано на консультацію до психолога або психіатра (назва закладу, контактна особа, телефон): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 6. Потреба у спеціалізованій паліативній допомозі

Пацієнту надано інформацію щодо спеціалізованої служби паліативної допомоги (вказати назву служби, контактну особу, телефон):.....

.....

.

.....  
Дата (число, місяць, рік)

.....  
Прізвище, ім'я, по батькові лікаря

.....  
Підпис лікаря

**Критерії  
визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги**

Захворювання, оцінка за шкалою	Клінічна ознака, показник (не менше 5)
<p>1. Новоутворення. Підтверджений діагноз новоутворення (C00–D48) – метастатичне або місцево поширене новоутворення, що прогресує, незважаючи на лікування, при яких: Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) &gt; 2; Індекс Карновського ≤ 50; Шкала PPS ≤ 30 %; Шкала Бартел &lt; 25.</p>	<p>Хронічний больовий синдром. Потреба у використанні опіоїдів. Задишка. Сатурація менше 85 %. Необхідність застосування кисневої терапії, штучної вентиляції легень (ШВЛ). Залежність від аспіратора. Аспіраційна пневмонія. Гіпостатична пневмонія. Кривохаркання. Дихання через трахеостому. Прогресуючий плевральний / перитонеальний / перикардіальний випіт. Набряки. Лімфостаз. Анасарка. Анемія. Гепаторенальний синдром (підвищення рівня креатиніну та сечовини з олігурією &lt; 400 мл/добу). Втрата ваги &gt; 10 % за 3 місяці. Кахексія. Довготривала, стійка до лікування анорексія. Порушення ковтання. Потреба в ентеральному харчуванні (через зонд, гастростому). Потреба у парентеральному харчуванні. Наявність постійного сечового катетера, перемінна катетеризація. Наявність нефростоми / цистостоми / уростоми. Наявність колостоми. Належневі рани III–IV ступеня Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP). Об'ємні трофічні виразки. Гангрена.</p>

Захворювання, оцінка за шкалою	Клінічна ознака, показник (не менше 5)
	<p>Тетраплегія, параплегія, геміплегія.  Наявність м'язової атрофії.  Наявність контрактур великих суглобів.  Міастенія.  Імобільність.  Нетримання сечі та калу.  Стан свідомості – сопор або кома.  Стійкий вегетативний (апатичний) стан.  Прогресуюче порушення когнітивних функцій (за шкалою MMSE).</p>
<p>2. Хронічні захворювання дихальної системи (J40–J47, крім J46, J70.1, J70.3, J70.4, Q30 – Q34, J94.1) із підтвердженою дихальною недостатністю (J96), при яких:  Шкала The Medical Research Council – MMRC рівень 3,4;  Індекс Карновського <math>\leq 50</math>;  Шкала PPS <math>\leq 30</math> %;  Шкала Бартел <math>&lt; 25</math>.</p>	<p>Задишка, що не зменшується при використанні бронходилататорів.  Сатурація менше 85 %.  Необхідність застосування кисневої терапії, ШВЛ.  Залежність від аспіратора.  Аспіраційна пневмонія.  Гіпостатична пневмонія.  Кровохаркання.  Дихання через трахеостому.  FEV1 (ОФВ1) <math>&lt; 30</math> %.  CVF (ФЖЄЛ) <math>&lt; 40</math> %.  DLCO (ДЗЛ) <math>&lt; 40</math> %.  Прогресуючий плевральний / перитонеальний / перикардіальний випіт.  Набряки.  Анасарка.  Порушення ковтання.  Потреба в ентеральному харчуванні (через зонд, гастростому).  Потреба у парентеральному харчуванні.  Наявність постійного сечового катетера, перемінна катетеризація.  Анемія.  Хронічний больовий синдром.  Потреба у використанні опіоїдів.  Належневі рани III–IV ступеню Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP).  Тетраплегія, параплегія, геміплегія.</p>

Захворювання, оцінка за шкалою	Клінічна ознака, показник (не менше 5)
	<p>Наявність м'язової атрофії.  Наявність контрактур великих суглобів.  Імобільність.  Нетримання сечі та калу.  Стан свідомості – сопор або кома.  Стійкий вегетативний (апатичний) стан.  Прогресуюче порушення когнітивних функцій (за шкалою MMSE).</p>
<p>3. Хронічні серцево-судинні захворювання із підтвердженою серцевою недостатністю (I50) та/або кардіоміопатією (I42–I43) та легеневою артеріальною гіпертензією (I27), при яких:</p> <p>Функціональна класифікація Нью-Йоркської Асоціації Кардіологів хронічної серцевої недостатності (NYHA) клас 3 або 4;  Індекс Карновського <math>\leq 50</math>;  Шкала PPS <math>\leq 30</math> %;  Шкала Бартел <math>&lt; 25</math>.</p>	<p>Відчуття задухи у стані спокою або при мінімальних фізичних навантаженнях.  Необхідність застосування кисневої терапії, ШВЛ.  Залежність від аспілятора.  Дихання через трахеостому.  Прогресуючий плевральний / перитонеальний / перикардіальний випіт.  Набряки.  Анасарка.  Фракція викиду лівого шлуночка <math>&lt; 40</math> %.  Сатурація менше 85 %.  Підвищена потреба в діуретиках і рефрактерність до діуретиків, що пов'язана з погіршенням функції нирок (розрахована швидкість клубочкової фільтрації <math>&lt; 45</math> мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>, креатинін сироватки <math>\geq 160</math> мкмоль/л, рівень калію сироватки <math>&gt; 5,2</math> або <math>&lt; 3,5</math> ммоль/л).  Прогресуюче зниження рівня натрію в сироватці (<math>&lt; 133</math> ммоль/л).  Гепаторенальний синдром (підвищення рівня креатиніну та сечовини з олігурією <math>&lt; 400</math> мл/добу).  Порушення ковтання.  Потреба в ентеральному харчуванні (через зонд, гастростому).  Потреба у парентеральному харчуванні.  Наявність постійного сечового катетера, перемінна катетеризація.  Анемія.  Хронічний больовий синдром.  Потреба у використанні опіоїдів.  Належневі рани III–IV ступеня Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP).  Об'ємні трофічні виразки.  Гангрена.  Тетраплегія, параплегія, геміплегія.</p>

Захворювання, оцінка за шкалою	Клінічна ознака, показник (не менше 5)
	<p>Наявність м'язової атрофії.  Наявність контрактур великих суглобів.  Імобільність.  Нетримання сечі та калу.  Стан свідомості – сопор або кома.  Стійкий вегетативний (апатичний) стан.  Прогресуюче порушення когнітивних функцій (за шкалою MMSE).</p>
<p>4. Хронічні захворювання печінки із підтвердженою термінальною стадією (K70–K77), при яких:</p> <p>Класифікація Чайлд-П'ю – клас В (оцінка <math>\geq 7</math> балів), або клас В з оцінкою <math>\geq 9</math> балів, або клас С (оцінка <math>\geq 10</math> балів);  Класифікація BCLC – стадія С або D;  Шкала Model for End-stage Liver Disease (MELD) <math>&gt; 30</math>;  Індекс Карновського <math>\leq 50</math>;  Шкала PPS <math>\leq 30</math> %;  Шкала Бартел <math>&lt; 25</math>.</p>	<p>Пацієнт не знаходиться в листі очікування на трансплантацію, оскільки є протипоказання.  Задишка.  Необхідність застосування кисневої терапії, ШВЛ.  Залежність від аспіратора.  Гіпостатична пневмонія.  Втрата ваги <math>&gt; 10</math> % за 3 місяці.  Кахексія.  Довготривала, стійка до лікування анорексія.  Асцит.  Печінкова енцефалопатія, рефрактерна до лікування.  Рецидивуюча варикозна кровотеча.  Анемія.  Триваючий активний алкоголізм (<math>&gt; 80</math> г етанолу на день).  Прогресуючий плевральний / перитонеальний / перикардіальний випіт.  Набряки.  Анасарка.  Потреба в ентеральному харчуванні (через зонд, гастростому).  Потреба у парентеральному харчуванні.  Наявність постійного сечового катетера, перемінна катетеризація.  Гепаторенальний синдром (підвищення рівня креатиніну та сечовини з олігурією <math>&lt; 400</math> мл/добу).  Пацієнт має одночасно наступні результати лабораторних досліджень: протромбіновий час подовжений більше ніж на 5 секунд порівняно з верхньою межею нормального значення, або міжнародне нормалізоване відношення (MNV) <math>&gt; 1,5</math>;  сироватковий альбумін <math>&lt; 2,5</math> г/дл.  Хронічний больовий синдром.  Потреба у використанні опіоїдів.  Належневі рани III–IV ступеня Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / National</p>

Захворювання, оцінка за шкалою	Клінічна ознака, показник (не менше 5)
	Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP). Об'ємні трофічні виразки. Тетраплегія, параплегія, геміплегія. Наявність м'язової атрофії. Наявність контрактур великих суглобів. Іммобільність. Нетримання сечі та калу. Стан свідомості – сопор або кома. Стійкий вегетативний (апатичний) стан. Прогресуюче порушення когнітивних функцій (за шкалою MMSE).
5. Хронічні захворювання нирок із підтвердженою нирковою недостатністю (N18), при яких: Стадія хронічної хвороби нирок $\geq 4$ ; Індекс Карновського $\leq 50$ ; Шкала PPS $\leq 30$ %; Шкала Бартел $< 25$ .	Пацієнт отримує лікування методом гемодіалізу / перитонеального діалізу. Пацієнт не знаходиться в листі очікування на трансплантацію, оскільки є протипоказання до операції. Гепаторенальний синдром (підвищення рівня креатиніну та сечовини з олігурією $< 400$ мл/добу). Необхідність застосування кисневої терапії, ШВЛ. Залежність від аспілятора. Гіпостатична пневмонія. Прогресуючий плевральний / перитонеальний / перикардальний випіт. набряки. Анасарка. Втрата ваги $> 10$ % за 3 місяці. Кахексія. Потреба в ентеральному харчуванні (через зонд, гастростому). Потреба у парентеральному харчуванні. Наявність постійного сечового катетера, перемінна катетеризація. Наявність нефростоми, цистостоми, уростоми. Анемія. Хронічний больовий синдром. Потреба у використанні опіоїдів. Належневі рани III–IV ступеня Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP). Об'ємні трофічні виразки. Тетраплегія, параплегія, геміплегія. Наявність м'язової атрофії та контрактур.

Захворювання, оцінка за шкалою	Клінічна ознака, показник (не менше 5)
	<p>Імобільність.            Нетримання сечі та калу.            Стан свідомості – сопор або кома.            Стійкий вегетативний (апатичний) стан.            Прогресуюче порушення когнітивних функцій (за шкалою MMSE).</p>
<p>6. Неврологічні ураження із підтвердженими наслідками: цереброваскулярних хвороб (I69); запальних захворювань центральної нервової системи (G09,G91.0, G73.4); розсіяного склерозу (G35); хвороби Паркінсона (G20,G21); хвороби Альцгеймера (G30.0, G30.1); церебрального паралічу (G80); епілепсії, стійкої до лікування (G40); захворювань рухових нейронів (G10, G11, G12, G14, G23, G25, G70), при яких:</p> <p>При наслідках перенесеного інсульту:            Сумарний індекс за шкалою Бартел &lt; 25;            Індекс Карновського ≤ 50;            Шкала PPS ≤ 30 %;            Шкала Бартел &lt; 25.</p> <p>При розсіяному склерозі:            Шкала статусу інвалідності (EDSS) стадія ≥ 8;            Індекс Карновського ≤ 50;            Шкала PPS ≤ 30 %;            Шкала Бартел &lt; 25.</p> <p>При хворобі Паркінсона:            Шкала Хена та Яра стадія ≥ III;            Індекс Карновського ≤ 50;            Шкала PPS ≤ 30 %;</p>	<p>Задишка.            Сатурація менше 85 %.            Необхідність застосування кисневої терапії, ШВЛ.            Залежність від аспілятора.            Аспіраційна пневмонія.            Гіпостатична пневмонія.            Дихання через трахеостому.            Прогресуючий плевральний / перитонеальний / перикардіальний випіт.            Набряки.            Анасарка.            Порушення ковтання.            Потреба в ентеральному харчуванні (через зонд, гастростому).            Потреба у парентеральному харчуванні.            Тетраплегія, параплегія, геміплегія.            Наявність м'язової атрофії.            Наявність контрактур великих суглобів.            Міастенія.            Імобільність.            Нетримання сечі та калу.            Стан свідомості – сопор або кома.            Стійкий вегетативний (апатичний) стан.            Належневі рани III–IV ступеня Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP).            Об'ємні трофічні виразки.            Хронічний больовий синдром, у тому числі нейропатичний біль.            Потреба у використанні опіодів.            Кахексія.            Рівень альбумінів у сироватці &lt;25 г/л.</p>

Захворювання, оцінка за шкалою	Клінічна ознака, показник (не менше 5)
<p>Шкала Бартел &lt; 25.</p> <p>При дитячому церебральному паралічі: Система класифікації великих моторних функцій (GMFCS) – рівень 3–5; Індекс Карновського <math>\leq 50</math>; Шкала PPS <math>\leq 30</math> %; Шкала Бартел &lt; 25.</p> <p>При хворобі Альцгеймера: Шкала Functional Assessment Staging Test (FAST) стадія 7a–7f; Шкала глобального погіршення когнітивних функцій GDC 6–7; Індекс Карновського <math>\leq 50</math>; Шкала PPS <math>\leq 30</math> %; Шкала Бартел &lt; 25.</p>	<p>Наявність постійного сечового катетера, перемінна катетеризація.</p> <p>Наявність нефростоми, цистостоми, уростоми.</p> <p>Наявність колостоми.</p> <p>Прогресуюче порушення когнітивних функцій (за шкалою MMSE).</p>
<p>7. Цукровий діабет (E10–E14), при якому: Індекс Карновського <math>\leq 50</math>; Шкала PPS <math>\leq 30</math> %; Шкала Бартел &lt; 25.</p>	<p>Декомпенсований діабет: високий рівень HbA1C, рівень цукру в крові більше 15 ммоль/л, який не піддається корекції.</p> <p>Необхідність застосування кисневої терапії, ШВЛ.</p> <p>Залежність від аспіратора.</p> <p>Аспіраційна пневмонія.</p> <p>Гіпостатична пневмонія.</p> <p>Прогресуючий плевральний / перитонеальний / перикардіальний випіт.</p> <p>Набряки.</p> <p>Анасарка.</p> <p>Хронічний больовий синдром, у тому числі фантомний біль.</p> <p>Потреба у використанні опіоїдів.</p> <p>Втрата ваги &gt; 10 % за 3 місяці.</p> <p>Кахексія.</p> <p>Важка, довготривала, стійка до лікування анорексія.</p> <p>Порушення ковтання.</p> <p>Потреба в ентеральному харчуванні (через зонд, гастростому).</p> <p>Потреба у парентеральному харчуванні.</p> <p>Анемія.</p> <p>Гепаторенальний синдром (підвищення рівня креатиніну та сечовини з олігурією &lt; 400 мл/добу).</p>

Захворювання, оцінка за шкалою	Клінічна ознака, показник (не менше 5)
	<p>Наявність постійного сечового катетера, перемінна катетеризація.  Наявність нефростоми / цистостоми / уростоми.  Наявність колостоми.  Належневі рани III, IV ступеня Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP).  Тетраплегія, параплегія, геміплегія.  Нетримання сечі та калу.  Об'ємні трофічні виразки.  Гангрена.  Наявність м'язової атрофії.  Наявність контрактур великих суглобів.  Імобільність.  Нетримання сечі та калу.  Стан свідомості – сопор або кома.  Стійкий вегетативний (апатичний) стан.  Прогресуюче порушення когнітивних функцій (за шкалою MMSE).</p>
<p>8. Тяжкі післятравматичні стани (T90.5, T91.3, T91.4, T91.5, R40.3, R26.3) – наслідки внутрішньочерепної травми; травми спинного мозку; наслідки травми внутрішньогрудних органів; наслідки травми внутрішньочеревних та тазових органів, при яких:  Індекс Карновського <math>\leq 50</math>;  Шкала PPS <math>\leq 30</math> %;  Шкала Бартел <math>&lt; 25</math>.</p>	<p>Хронічний больовий синдром.  Потреба у використанні опіоїдів.  Тетраплегія, параплегія, геміплегія.  Гідроцефалія.  Наявність м'язової атрофії.  Наявність контрактур великих суглобів.  Міастенія.  Імобільність.  Нетримання сечі та калу.  Стан свідомості – сопор або кома.  Стійкий вегетативний (апатичний) стан.  Сатурація менше 85 %.  Необхідність застосування кисневої терапії, ШВЛ.  Залежність від аспіратора.  Аспіраційна пневмонія.  Гіпостатична пневмонія.  Дихання через трахеостому.</p>

Захворювання, оцінка за шкалою	Клінічна ознака, показник (не менше 5)
	<p>Набряки. Лімфостаз. Прогресуючий плевральний / перитонеальний / перикардіальний випіт. Анасарка. Кахексія. Рівень альбумінів у сироватці &lt; 25 г/л. Порушення ковтання. Потреба в ентеральному харчуванні (через зонд, гастростому). Потреба у парентеральному харчуванні. Анемія. Наявність постійного сечового катетера, перемінна катетеризація. Наявність нефростоми / цистостоми / уростоми. Наявність колостоми. Належневі рани III–IV ступеня Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP). Об'ємні трофічні виразки. Гангрена. Прогресуюче порушення когнітивних функцій (за шкалою MMSE).</p>
<p>9. Хронічні психічні захворювання, деменція (F00–F04, G30), при яких: Шкала Functional Assessment Staging Test (FAST) 6C–7F; Шкала визначення клінічної оцінки деменції Clinical Dementia Rating (CD) <math>\geq 3</math>; Шкала глобального погіршення когнітивних функцій GDC 6–7; Індекс Карновського <math>\leq 50</math>; Шкала PPS <math>\leq 30</math> %; Шкала Бартел &lt; 25.</p>	<p>Хронічний больовий синдром. Потреба у використанні опіоїдів. Задишка, що не зменшується при використанні бронходилататорів. Сатурація менше 85 %. Необхідність застосування кисневої терапії, ШВЛ. Залежність від аспіратора. Аспіраційна пневмонія. Гіпостатична пневмонія. Кровохаркання. Дихання через трахеостому. Набряки, лімфостаз. Прогресуючий плевральний / перитонеальний / перикардіальний випіт. Анасарка. Гепаторенальний синдром (підвищення рівня креатиніну та сечовини з олігурією &lt; 400 мл/добу). Втрата ваги &gt; 10 % за 3 місяці.</p>

Захворювання, оцінка за шкалою	Клінічна ознака, показник (не менше 5)
	<p>Кахексія.  Важка, довготривала, стійка до лікування анорексія.  Анемія.  Потреба в ентеральному харчуванні (через зонд, гастростому).  Потреба у парентеральному харчуванні.  Наявність постійного сечового катетера, перемінна катетеризація.  Належневі рани III, IV ступеня Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP).  Тетраплегія, параплегія, геміплегія.  Нетримання сечі та калу.  Об'ємні трофічні виразки.  Гангрена.  Наявність м'язової атрофії.  Наявність контрактур великих суглобів.  Імобільність.  Стан свідомості – сопор або кома.  Стійкий вегетативний (апатичний) стан.  Прогресуюче порушення когнітивних функцій (за шкалою MMSE).</p>
<p>10. Туберкульоз (A15–A19) – мультирезистентна форма; туберкульоз з широкою лікарською стійкістю; інші форми туберкульозу з ускладненнями; коінфекція (ТБ-ВІЛ, ТБ-гепатит, ТБ-ВІЛ-гепатит); тяжкі розлади життєдіяльності; у термінальній стадії захворювання, при яких:  Індекс Карновського <math>\leq 50</math>;  Шкала PPS <math>\leq 30</math> %;  Шкала Бартел <math>&lt; 25</math>.</p>	<p>Хронічний больовий синдром.  Потреба у використанні опіоїдів.  Задишка, що не зменшується при використанні бронходилататорів.  Сатурація менше 85 %.  Необхідність застосування кисневої терапії, ШВЛ.  Залежність від аспіратора.  Аспіраційна пневмонія.  Гіпостатична пневмонія.  Кровохаркання.  Дихання через трахеостому.  FEV1 (ОФВ1) <math>&lt; 30</math> %.  CVF (ФЖЄЛ) <math>&lt; 40</math> %.  (DLCO) <math>&lt; 40</math> %.  Зменшення FEV1 (ОФВ1) на 40 мл/рік протягом щонайменше 3 років.  Набряки, лімфостаз.</p>

Захворювання, оцінка за шкалою	Клінічна ознака, показник (не менше 5)
	<p>Прогресуючий плевральний / перитонеальний / перикардіальний випіт.  Анасарка.  Потреба в ентеральному харчуванні (через зонд, гастростому).  Потреба у парентеральному харчуванні.  Анемія.  Наявність постійного сечового катетера, перемінна катетеризація.  Належневі рани III, IV ступеня Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP).  Тетраплегія, параплегія, геміплегія.  Наявність м'язової атрофії та контрактур.  Імобільність.  Нетримання сечі та калу.  Стан свідомості – сопор або кома.  Стійкий вегетативний (апатичний) стан.  Прогресуюче порушення когнітивних функцій (за шкалою MMSE).</p>
<p>11. ВІЛ/СНІД (В20–В23) – тяжкі опортуністичні мультирезистентні СНІД-інфекції; супутні злоякісні новоутворення (за винятком саркоми Капоші, неходжкінських лімфом та раку шийки матки; термінальна стадія деменції, тяжкі серцеві / легеневі / ниркові захворювання; резистентність до антиретровірусної терапії, при яких:</p> <p>Індекс Карновського <math>\leq 50</math>;  Шкала PPS <math>\leq 30</math> %;  Шкала Бартел <math>&lt; 25</math>.</p>	<p>Хронічний больовий синдром.  Потреба у використанні опіоїдів.  Задишка.  Сатурація менше 85 %.  Необхідність застосування кисневої терапії, ШВЛ.  Залежність від аспіратора.  Аспіраційна пневмонія.  Гіпостатична пневмонія.  Кровохаркання.  Дихання через трахеостому.  Набряки, лімфостаз.  Прогресуючий плевральний / перитонеальний / перикардіальний випіт.  Анасарка.  Гепаторенальний синдром (підвищення рівня креатиніну та сечовини з олігурією <math>&lt; 400</math> мл/добу).  Втрата ваги <math>&gt; 10</math> % за 3 місяці.  Кахексія.  Довготривала, стійка до лікування анорексія.  Порушення ковтання.</p>

Захворювання, оцінка за шкалою	Клінічна ознака, показник (не менше 5)
	<p>Потреба в ентеральному харчуванні (через зонд, гастростому).  Потреба у парентеральному харчуванні.  Анемія.  Наявність постійного сечового катетера, перемінна катетеризація.  Наявність нефростоми / цистостоми / уростоми.  Наявність колостоми.  Належневі рани III, IV ступеня Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP).  Об'ємні трофічні виразки.  Гангрена.  Тетраплегія, параплегія, геміплегія.  Наявність м'язової атрофії.  Міастенія.  Наявність контрактур великих суглобів.  Імобільність.  Нетримання сечі та калу.  Стан свідомості – сопор або кома.  Стійкий вегетативний (апалічний) стан.  Когнітивні порушення / постінсультна деменція.  Прогресуюче порушення когнітивних функцій (за шкалою MMSE).</p>
<p>12. Вроджені вади розвитку, генетичні та метаболічні порушення (розділи E, Q, M згідно з МКХ-10) – вроджені вади розвитку органів дихання; вроджені вади серцево-судинної системи; вроджені вади розвитку жовчного міхура, жовчних проток та печінки; вроджені вади розвитку сечовивідної системи; порушення ендокринної системи та обміну речовин; орфанні захворювання, при яких:  Індекс Карновського <math>\leq 50</math>;  Шкала PPS <math>\leq 30</math> %;  Шкала Бартел <math>&lt; 25</math>.</p>	<p>Хронічний больовий синдром, в тому числі фантомний біль.  Потреба у використанні опіоїдів.  Задишка.  Сатурація менше 85 %.  Необхідність застосування кисневої терапії, ШВЛ.  Залежність від аспіратора.  Аспіраційна пневмонія.  Гіпостатична пневмонія.  Кровохаркання.  Дихання через трахеостому.  Набряки, лімфостаз.  Прогресуючий плевральний / перитонеальний / перикардальний випіт.  Анасарка.  Втрата ваги <math>&gt; 10</math> % за 3 місяці.</p>

Захворювання, оцінка за шкалою	Клінічна ознака, показник (не менше 5)
	<p>Кахексія.  Важка, довготривала, стійка до лікування анорексія.  Порушення ковтання.  Анемія.  Потреба в ентеральному харчуванні (через зонд, гастростому).  Потреба у парентеральному харчуванні.  Наявність постійного сечового катетера, перемінна катетеризація.  Наявність нефростоми / цистостоми / уростоми.  Наявність колостоми.  Гепаторенальний синдром (підвищення рівня креатиніну та сечовини з олігурією &lt;400 мл/добу).  Належневі рани III, IV ступеня Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP).  Об'ємні трофічні виразки.  Гангрена.  Тетраплегія, параплегія, геміплегія.  Наявність м'язової атрофії.  Наявність контрактур великих суглобів.  Імобільність.  Міастенія.  Нетримання сечі та калу.  Стан свідомості – сопор або кома.  Стійкий вегетативний (апатичний) стан.  Прогресуюче порушення когнітивних функцій (за шкалою MMSE).</p>

*Додаток 2 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 1853 від 04.11.2024, з урахуванням змін, внесених Наказом Міністерства охорони здоров'я № 1970 від 22.11.2024*

## КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ПАЦІЄНТА ДИТЯЧОГО ВІКУ, ЩО ПОТРЕБУЄ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

Пацієнт \_\_\_\_\_  
(Прізвище, ім'я, по батькові, рік народження)

1. Захворювання та їх особливості		2. Стани, клінічні показники та функціональні розлади	
Новоутворення, в тому числі доброякісні	<input type="checkbox"/> Злоякісне новоутворення <input type="checkbox"/> Доброякісне новоутворення з низьким результатом лікування та функціональними розладами	Аліментарні маркери, симптоми недоїдання	<input type="checkbox"/> Схуднення <input type="checkbox"/> Пролежні <input type="checkbox"/> Переломи
Інфекційні захворювання та їх наслідки	<input type="checkbox"/> ВІЛ/СНІД <input type="checkbox"/> Постінфекційна енцефалопатія головного мозку з важким перебігом <input type="checkbox"/> Важкі ускладнення бактеріального запалення оболонок головного або спинного мозку (менінгіт) <input type="checkbox"/> Захворювання, викликані лентівірусом ("повільним вірусом") <input type="checkbox"/> Стан, що є наслідком внутрішньоутробних інфекцій	Респіраторні маркери	Прояви дихальної та серцево-судинної недостатності: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Кашель</li> <li><input type="checkbox"/> Задихка</li> <li><input type="checkbox"/> Гіпоксія</li> </ul> <input type="checkbox"/> Стійкий кашель
Ушкодження ЦНС, викликані гіпоксією, кровотечами, тромбозами, травмами або отруєннями	<input type="checkbox"/> Пологова травма <input type="checkbox"/> Асфіксія при народженні <input type="checkbox"/> Внутрішньоутробна гіпоксія <input type="checkbox"/> Гіпоксично-шемічна енцефалопатія <input type="checkbox"/> Церебральний параліч <input type="checkbox"/> Посттравматичні енцефалопатії <input type="checkbox"/> Токсичні енцефалопатії (в т. ч. синдром відміни у новонародженого, неонатальна абстиненція)	Біль	<input type="checkbox"/> Стійкий біль
Метаболічні захворювання	Генетично обумовлені порушення обміну: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Амінокислот <input type="checkbox"/> Пуринів <input type="checkbox"/> Вуглеводів <input type="checkbox"/> Ліпідів <input type="checkbox"/> Металів</li> <li><input type="checkbox"/> Хвороби перкисисомної функції <input type="checkbox"/> Лізосомні захворювання</li> <li><input type="checkbox"/> Мукополісахаридози</li> </ul>	Пролежні	<input type="checkbox"/> Пролежневі виразки 3 - 4 ступеню (з жовтими змертвілими / некротичними тканинами, суковичними / гнійними виділеннями)
Дегенеративні захворювання нервової системи (генетично обумовлені та невідомої етіології), а також демієлінізуючі захворювання	<input type="checkbox"/> Розсіяний склероз <input type="checkbox"/> Прогресуюча дегенерація сірої речовини головного мозку <input type="checkbox"/> Губчаста дегенерація <input type="checkbox"/> Мітохондріальні захворювання <input type="checkbox"/> Інші дегенеративні захворювання нервової системи	Функціональні розлади	<input type="checkbox"/> Розлади ковтання (дисфагія) <input type="checkbox"/> Підвищене слиновиділення <input type="checkbox"/> Затримка сечі <input type="checkbox"/> Закрепи <input type="checkbox"/> Нетримання сечі або калу (відповідно до віку дитини) <input type="checkbox"/> Пронос <input type="checkbox"/> Свербіж <input type="checkbox"/> Нудота, блювота
Генетично обумовлені нервово-м'язові захворювання	<input type="checkbox"/> М'язова дистрофія <input type="checkbox"/> Міотонічні дистрофії <input type="checkbox"/> Спінальна м'язова атрофія	Інші важкі стани	<input type="checkbox"/> Порушення м'язового тону, в тому числі спастичність <input type="checkbox"/> Судоми, епілепсія <input type="checkbox"/> Екстрапірамідні рухові розлади <input type="checkbox"/> Порушення сну <input type="checkbox"/> Страх, тривожні стани, депресія <input type="checkbox"/> Симптоми важких запальних станів <input type="checkbox"/> Ослаблення кашльового рефлексу
Прогресуючі генетично обумовлені захворювання, пов'язані зі значним скороченням тривалості життя	<input type="checkbox"/> Муковісцидоз <input type="checkbox"/> Туберозний склероз та інші факоматози <input type="checkbox"/> Скелетні порушення, деякі кісткові дисплазії <input type="checkbox"/> Захворювання сполучної тканини		
Хромосомні аномалії	<input type="checkbox"/> Синдром Едвардса (трисомія 18) <input type="checkbox"/> Синдром Патау (трисомія 13) <input type="checkbox"/> Синдром Дауна (форми зі складними дефектами, особливо серця) <input type="checkbox"/> Інші		
Вроджені вади та викликані ними ускладнення	<input type="checkbox"/> Вади серця <input type="checkbox"/> Вади нервової трубки плоду <input type="checkbox"/> Гідроцефалія та викликані нею ускладнення <input type="checkbox"/> Інші комплексні вади		
Синдроми невиліковних вроджених вад розвитку з кінцевими стадіями недостатності	<input type="checkbox"/> Ниркової <input type="checkbox"/> Печинкової <input type="checkbox"/> Серцевої <input type="checkbox"/> Легеневої		
<input type="checkbox"/> Незворотна поліорганна недостатність в період очікування трансплантації або у випадку серйозних і незворотних ускладнень після трансплантації <input type="checkbox"/> Хронічна дихальна та серцево-судинна недостатність при інших захворюваннях, в тому числі бронхолегеневій дисплазії, кардіоміопатії, легеневій гіпертензії <input type="checkbox"/> Інші рідкісні та вкрай рідкісні захворювання, а також недиагностовані прогресуючі стани з неясною етіологією та прогнозом <input type="checkbox"/> В цій колонці (ліва частина сторінки) обрано хоча б один критерій		<input type="checkbox"/> В цій колонці (права частина сторінки) обрано хоча б один критерій.	
Якщо в обох колонках відзначено хоча б один критерій, то пацієнт потребує паліативної допомоги			
Підпис лікаря (що заповнив форму)		Дата	

**Навчальне видання**

Бездітко Тетяна Василівна  
Єрмоєнко Галина Володимирівна  
Піонова Олена Миколаївна  
Красовська Катерина Олександрівна  
Болокадзе Євгенія Олександрівна

# **ПАЛІАТИВНА ТА ХОСПІСНА ДОПОМОГА В МЕДСЕСТРИНСТВІ**

**Навчально-методичний посібник  
для здобувачів вищої освіти  
за спеціальністю «Медсестринство»  
другого (магістерського) рівня**

Відповідальний за випуск      О. М. Піонова



Редактор М. В. Тарасенко  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А4. Ум. друк. арк. 20,5. Зам. № 25-115

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.