

ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«МЕДИКО-ПРИРОДНИЧИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Кафедра медсестринства і громадського здоров'я  
другий (магістерський) рівень

Навчальна дисципліна  
«ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ПРИ НАДАННІ  
ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ»

**ЛЕКЦІЯ № 1 Паліатив**

ТЕМА

Поняття про паліативну та хоспісну медичну допомогу: предмет, суб'єкт. Історія розвитку. Філософські і релігійні аспекти паліативного лікування. Загальні принципи сестринської паліативної та хоспісної терапії хворих із термінальними формами захворювань. Якість життя, критерії його оцінки, методики визначення (шкала ECOG, індекс Карновського).

ПЛАН

1. Поняття про паліативну медичну допомогу: предмет, суб'єкт. Історія розвитку
2. Поняття про хоспісну медичну допомогу: предмет, суб'єкт. Історія розвитку
3. Філософські і релігійні аспекти паліативного лікування
4. Загальні принципи сестринської паліативної та хоспісної терапії хворих із термінальними формами захворювань
5. Якість життя, критерії його оцінки, методики визначення (шкала ECOG, індекс Карновського).

Сьогодні однією з пріоритетних медико-соціальних та гуманітарних питань України є створення та розвиток доступної та ефективної паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) населенню.

Це зумовлено збільшенням кількості інкурабельних хворих з обмеженим прогнозом тривалості життя, як похилого, так і працездатного віку, а також дітей.

Досвід багатьох країн світу переконливо доводить, що ПХД адекватно забезпечує потреби та якість життя паліативних пацієнтів та їх рідних, сприяє збереженню людської гідності наприкінці життя.

Основою надання ПХД полягає в забезпеченні доступної ПХД усім, незалежно від захворювання, соціального статусу, статі, віку, релігійних та політичних переконань, місця проживання інкурабельного пацієнта.

Сучасна концепція надання ПХД визначає, що метою діяльності закладів та установ охорони здоров'я та соціального захисту населення, неурядових та релігійних організацій та громад є забезпечення максимально досяжної якості життя паліативних пацієнтів та їх родичів під час хвороби інкурабельного пацієнта і після його смерті на період скорботи родини.

Це досягається завдяки мультидисциплінарному і міжсекторальному принципу надання ПХД, що дозволяє забезпечити цілісний підхід до паліативного пацієнта як до особистості, виходячи з індивідуальних потреб, вікових та психоемоційних, релігійних та культурних особливостей інкурабельних пацієнтів та членів їхніх сімей.

### **Основними потребами паліативних пацієнтів є:**

- адекватне симптоматичне лікування та ефективне знеболення;
- професійний догляд;
- морально-психологічна підтримка;
- соціальна допомога;
- юридичний супровід;
- духовний супровід.

### **Одержувати ПХД пацієнти та члени їхніх родин можуть у**

- хоспісах або у центрах,
- спеціалізованих відділеннях паліативної медицини багатопрофільних лікарень,
- онкологічних,
- геріатричних,
- психоневрологічних,
- протитуберкульозних диспансерів,
- центрах профілактики та боротьби з ВІЛ- інфекцією/СНІДом,
- лікарнях та відділеннях сестринського догляду
- вдома,
- інтернатах та інших установах системи соціального захисту населення,

За участі спеціально підготовлених фахівців стаціонарних закладів паліативної та хоспісної допомоги та виїзних бригад ПХД, медичних працівників закладів первинної медикосані тарної допомоги (ПМСД) або працівників закладів і установ соціальної опіки, неурядових та благодійних організацій, родичів, друзів та волонтерів. ПХД надається інкурабельним пацієнтам усіх вікових груп і нозологічних форм на підставі:

- кваліфікованої оцінки ступеня і динаміки прогресування захворювання;
- встановлення обмеженого прогнозу тривалості життя;
- діагностування інтенсивності та характеру больового синдрому;
- діагностування характеру та ступеня розладу функцій органів і систем організму;
- визначення ступеня втрати спроможності до самообслуговування;
- урахування конкретних фізичних, психічних та духовних потреб паліативних пацієнтів та членів їхніх родин.

Відповідно до стандартів, ПХД повинна мати **чотири обов'язкові складові**, що відрізняє її від традиційного симптоматичного/паліативного лікування у термінальній стадії захворювання:

1. Медична складова, що дозволяє забезпечити ефективний контроль хронічного больового синдрому, лікування симптомів захворювань та професійний догляд інкурабельних пацієнтів.
2. Психологічна складова, що дозволяє зменшити відчуття страху і тривоги, здійснювати профілактику та контроль депресивних станів і стресу у паліативних пацієнтів та їхніх рідних, а також впроваджувати заходи щодо запобігання синдрому професійного/емоційного вигорання у персоналу та волонтерів, які залучені до надання ПХД.
3. Соціальна складова, що забезпечує матеріальну підтримку сім'ї паліативного хворого, надає по-бутові та ритуальні послуги, юридичне консультування та допомогу в оформленні документів тощо.
4. Духовна складова, яка забезпечується священнослужителями різних релігій, церков та конфесій, відповідно до побажань і потреб паліативного хворого та членів його сім'ї.

Особливостями медико-демографічної ситуації в Україні є швидке постаріння населення, високий рівень захворюваності та смертності від онкологічних та тяжких ускладнень хронічних неінфекційних захворювань, значне поширення захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД, туберкульоз, вірусні гепатити В і С, наслідки аварії на Чорнобильській АЕС, війни з росією.

Впродовж 2014 р. в Україні з'явилася значна кількість інвалідів та інкурабельних хворих з числа поранених. Цим зумовлюється один з найвищих у світі рівнів смертності. Слід додати, що зазначені вище та інші

інкурабельні захворювання, особливо у **декомпенсованих та у термінальних** стадіях перебігу, супроводжуються вираженим больовим синдромом та іншими важкими розладами життєдіяльності, що завдають значних фізичних і моральних страждань, суттєво знижують якість життя пацієнтів та членів їхніх родин..

У значної частини літніх людей суттєво **знижується якість життя** – вони страждають через

1. хронічий біль,
2. важкі порушення функцій органів і систем,
3. когнітивні розлади,
4. зниження або втрату здатності до фізичної активності та самообслуговування внаслідок ускладнень хронічних прогресуючих інкурабельних захворювань,
5. відсутність психологічної та соціальної підтримки і догляду, самотність та соціальну ізоляцію.

СТАТИСТИКА: чинником, що зумовлює нагальну потребу населення у ПХД, є те, що на кінець 2014 р. кількість хворих на злоякісні новоутворення в Україні перевищувала 1 млн осіб, серед яких – біля 5,5 тис. дітей. У понад 440 тис. громадян України у 2014 р. були діагностовані злоякісні новоутворення в інкурабельних стадіях розвитку захворювання. Це щороку спричиняє понад 90 тис. смертей від онкологічних захворювань ; понад 80% таких хворих страждають внаслідок інтенсивного хронічного больового синдрому і майже 100% пацієнтів у термінальній стадії онкологічних захворювань потребують професійної мультидисциплінарної ПХД.

Найбільшою причиною смерті серед усіх інфекційних та паразитарних хвороб в Україні залишається туберкульоз. У 2013 р. від туберкульозу померли 6,5 тис. осіб . Збільшення смертності серед хворих на хронічний туберкульоз, особливо у випадках мультирезистентних форм, також вимагає створення спеціалізованих закладів ПХД, у яких повинні бути дотримані заходи інфекційного контролю та створені умови догляду за епідемічно небезпечними респіраторними хворими.

За темпами розповсюдження ВІЛ-інфекції/ СНІДу Україна посідає одне з перших місць у Європі і світі. Станом на початок 2020 р. на диспансерному обліку в Україні перебували майже 140 тис. ВІЛ-інфікованих осіб і близько 29 тис. хворих на СНІД, хоча, за експертними даними, реальна кількість ВІЛ-інфікованих в Україні на кінець 2014 р. досягла 500–800 тис. хворих. Від 1987 р. по 1 січня 2017 р. в Україні померли від СНІДу 36,5 тис. осіб. Щорічне збільшення кількості випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом (переважно гетеросексуальним). У перспективі це спричинить розвиток

СНІДу у значного числа ВІЛ-інфікованих, які не були вчасно виявлені і не отримували специфічної антиретровірусної терапії, що також зумовлює нагальність вирішення проблеми надання ПХД цій категорії хворих.

У 2020 р. в Україні було зареєстровано понад 120 тис. хворих на вірусний гепатит С і понад 1 млн осіб, інфікованих вірусним гепатитом В, яким притаманний прихований (безжовтяничний) перебіг з подальшою хронізацією процесу майже у 80% пацієнтів, що призводить до високої смертності серед працюючого населення від тяжких ускладнень, зокрема цирозів, первинного раку печінки, та зумовлює потребу надання ПХД таким пацієнтам.

Як показують результати досліджень співробітників Державного навчально-науково-методичного центру паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика та експертів Української Ліги сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги, впродовж останніх 5 років в Україні щороку біля 600 тис. пацієнтів у фінальному періоді життя та понад 1,5 млн членів сімей паліативних пацієнтів потребують кваліфікованої ПХД. Таким чином, щороку в Україні потребують ПХД близько 2 млн осіб.

#### ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ:

В Україні перші хоспіси, центри та відділення ПХД були створені наприкінці минулого – на початку цього століття у містах Львові, Івано-Франківську, Коростені (Житомирської обл.), Харкові, Луцьку, Києві та інших. Впродовж останніх років були створені хоспіси та відділення ПХД у містах Херсоні, Запоріжжі, Дубно, Харкові, Львові, Чернігові, Дніпропетровську, Полтаві, Миколаєві та інших. А у м. Надвірна Івано-Франківської області зусиллями регіональної та місцевої влади, фахівців та громадських організацій був створений перший в Україні хоспіс для дітей.

За даними МОЗ України та регіональних департаментів/управлінь охорони здоров'я, станом на початок 2015 р. спеціалізована стаціонарна ПХД надавалася у 12 хоспісах і центрах ПХД, у яких розгорнуто понад 450 ліжок (у т.ч. недержавної форми власності, що створені благодійними релігійними та неурядовими організаціями). Також близько 1650 ліжок розгорнуто у 68 відділеннях ПХД багатопрофільних і спеціалізованих лікарень та диспансерів.

Хоча визначити точне число таких закладів неможливо, поки МОЗ України не затвердить акредитаційні стандарти та вимоги до закладів ПХД. Адже ні матеріально-технічна база більшості діючих закладів ПХД, ні умови перебування хворих у них ще не відповідають стандартам більшості країн Європи та світу. Досі не створені обласні хоспіси у Вінницькій,

Дніпропетровській, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій, Черкаській, Чернігівській областях та Київській (лише міський хоспіс у м. Києві).

Сьогодні для населення України, згідно з міжнародними рекомендаціями і стандартами, необхідно забезпечити близько 4,5 тис. стаціонарних ліжок у закладах ПХД. Це дозволить щороку надавати кваліфіковану ПХД та професійний догляд близько 75 тис. паліативних пацієнтів і понад 250 тис. їхніх родичів. Як показують результати наших досліджень, більшість закладів ПХД вкрай обмежені в ресурсах і часом не мають можливості забезпечити хворих навіть найнеобхіднішим: функціональними ліжками і протипролежневими матрацами, ефективними знеболювальними та лікарськими засобами для симптоматичного лікування, концентраторах кисню, сучасним обладнанням для миття і транспортування хворих та іншим обладнанням і засобами медичного призначення.

В Україні майже відсутня служба ПХД вдома. Лише у небагатьох регіонах, зокрема у містах Івано-Франківську, Луцьку, Харкові, Києві, Виноградіві (Закарпатської області), при хоспісах та відділеннях ПХД створені виїзні бригади паліативної допомоги вдома, як у державних закладах охорони здоров'я, так і благодійними і громадськими організаціями. Це спричиняє до того, що мешканці багатьох населених пунктів, особливо у сільській місцевості, наразі взагалі не можуть отримати кваліфіковану ПХД.

Результати вивчення досвіду організації надання ПХД пацієнтам вдома у Німеччині, Нідерландах, Бельгії, Польщі, Словаччині, Молдові, свідчать про значне поширення цієї форми надання ПХД як доступної та економічно обґрунтованої, що дозволяє забезпечити взаємодію та співпрацю фахівців закладів і установ охорони здоров'я та соціального захисту населення, оптимізувати і забезпечити дотримання принципів мультидисциплінарності та стандартів ПХД.

В Україні досі не набуло належного поширення застосування ефективних наркотичних анальгетиків, порівняно з розвинутими країнами світу. В Україні, згідно зі Звітом Міжнародного Комітету з контролю за наркотиками ООН (2020, 2021), лише 15% від загальної кількості пацієнтів, які потребують знеболення, мають до ступ до ефективних наркотичних анальгетиків.

В останні десятиліття в Україні склалися певні демографічні та медико-соціальні умови, що визначають якісно нові вимоги до організації і проведення підготовки та підвищення кваліфікації кадрів з питань надання ПХД, що разом з формуванням державної політики, яка спрямована на

розвиток і впровадження системи ПХД на всіх рівнях медичної допомоги, та доступністю ефективних лікарських засобів для паліативних пацієнтів, у тому числі наркотичних анальгетиків, є однією з трьох основоположних умов успішного розвитку ПХД в Україні. До надання ПХД населенню повинні залучатися: лікарі загальної практики-сімейні лікарі, дільничні терапевти та дільничні педіатри, онкологи, терапевти, психіатри, геріатри, психотерапевти та медичні психологи, невропатологи, пульмонологи, гематологи, гастроентерологи, анестезіологи, педіатри, фтизіатри, інфекціоністи тощо, а також фельдшери ФАПів та інші середні медичні працівники. Новим етапом у післядипломній підготовці кадрів з питань ПХД стало відкриття у грудні 2009 р. на базі НМАПО імені П. Л. Шупика першої в Україні кафедри паліативної та хоспісної медицини.

## Основні термінологічні тлумачення

### 1. Паліативні хворі

– пацієнти усіх вікових груп, які страждають на злоякісні новоутворення у III-IV стадії захворювання, ВІЛ-інфекцію/СНІД, вроджені вади розвитку, серцево-судинні, неврологічні, респіраторні, атрофічно-дегенеративні та інші прогресуючі захворювання та післятравматичні стани, що не можуть бути вилікувані сучасними і доступними методами та засобами, і супроводжуються вираженими больовими симптомами, тяжкими розладами життєдіяльності, потребують кваліфікованої медичної допомоги, догляду, психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки у термінальній стадії захворювання або за умови обмеженого прогнозу життя, сумнівному прогнозі одужання чи покращення стану або повноцінного відновлення функцій життєдіяльності.

### 2. Паліативна допомога

– це комплексний підхід, мета якого забезпечити максимально можливу якість життя паліативних хворих і членів їхніх родин, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню симптомів болю та розладів життєдіяльності, проведення адекватних лікувальних заходів, симптоматичної (ад'ювантної) терапії та догляду, надання психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки, незалежно від захворювання, віку, соціального статусу, національності, релігійних та політичних переконань, місця проживання хворого тощо.

Паліативна допомога **основана на комплексній міждисциплінарній оцінці** фізичного стану пацієнта, ступені больового синдрому та розладів функцій життєдіяльності, психоемоційних, когнітивних та культурних особливостей, максимально можливого та всебічного врахування потреб і побажань пацієнта та його родини, прогнозу прогресування захворювання та тривалості життя. Надання паліативної допомоги розпочинається від моменту постановки діагнозу невиліковного прогресуючого захворювання та

обмеженого прогнозу життя і продовжується до закінчення періоду скорботи родини.

**Первинна паліативна допомога** – надається паліативним хворим на первинному рівні надання медико-санітарної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах або вдома лікарями загальної практики-сімейної медицини, дільничними лікарями та лікарями-спеціалістами поліклінік.

**Загальна паліативна допомога** – надається паліативним хворим лікарями-спеціалістами відповідно до їхньої спеціалізації амбулаторно та у стаціонарних закладах охорони здоров'я другого і третього рівня.

**Спеціалізована паліативна допомога** – це комплексна мультидисциплінарна медико-соціальна та психологічна допомога, яка надається паліативним хворим у закладах охорони здоров'я особливого типу «Хоспіс», у відділеннях та палатах паліативної допомоги стаціонарних лікувально-профілактичних закладів лікарями та молодшими медичними спеціалістами, які одержали спеціальну підготовку з надання паліативної та хоспісної допомоги, та вдома фахівцями спеціалізованих мультидисциплінарних мобільних бригад паліативної допомоги із залученням медичних психологів, соціальних працівників та інших фахівців, за потребою, а також волонтерів, найближчих родичів або опікунів хворого.

### **3. Паліативна медицина**

– галузь наукової медицини та охорони здоров'я, основним завданням якої є забезпечення максимально можливої якості життя паліативних хворих, шляхом запобігання та полегшення страждань, застосування адекватного ефективного знеболення, медикаментозної терапії, хірургічних та інших методів лікування, кваліфікованого медичного догляду за умов, коли можливості спеціалізованого лікування основної хвороби є обмеженими або, з точки зору сучасних наукових уявлень, безперспективними.

Обмежений прогноз життя – науково обґрунтоване припущення, що тривалість життя хворого при типовому перебігу захворювання обмежена 12 місяцями.

### **4. Хоспіс**

– заклад охорони здоров'я особливого типу, фахівці якого одержали спеціальну підготовку і надають паліативну допомогу хворим і членам їхніх родин, здійснюють організаційно-методичну та консультативну допомогу та координацію надання первинної, загальної і спеціалізованої паліативної допомоги на закріпленій території (український, обласний, міський, районний/міжрайонний), а також інші функції та завдання, які визначені «Положенням про спеціалізований заклад охорони здоров'я особливого типу «Хоспіс»».



Хоспісна допомога є складовою паліативної допомоги, яка надається паліативним хворим, в першу чергу, в термінальних стадіях захворювання і членам їхніх родин фахівцями, які одержали спеціальну підготовку з надання паліативної та хоспісної допомоги.

## **5. Хоспісна медицина**

– складова паліативної медицини, основним завданням якої є забезпечити максимально можливу якість життя паліативних хворих в термінальному періоді прогресування захворювання, шляхом своєчасної діагностики больового синдрому та розладів життєдіяльності, запобігання та полегшення страждань методами ад'ювантної терапії, кваліфікованого медичного догляду фахівцями, які одержали спеціальну підготовку з надання паліативної та хоспісної допомоги.

В Україні щорічно 500 тисяч осіб потребують професійної медичної допомоги в **термінальній стадії** життя. Але тяжкохворі люди залишаються невидимими для соціуму – у нас заведено уникати розмов про смерть. В результаті маємо парадокс – термін "паліатив" маловідомий саме в країні з високим рівнем розповсюдженості невиліковних хвороб. В соціумі, зокрема в середовищі медиків, немає спільного чіткого розуміння суті й завдань паліативу.

### **Паліативна допомога –**

Спеціалізований комплексний підхід до паліативного пацієнта дозволяє також врахувати його когнітивні, психоемоційні, культурні особливості та ефективно задовольнити всі його потреби. Допомога надається від моменту постановки діагнозу невиліковної хвороби до закінчення періоду скорботи родини у випадку смерті людини.

Допомога наприкінці життя – складова паліативної допомоги, яка може тривати від кількох днів до кількох років. Вважається, що людина входить у період кінця життя, коли вона з високою ймовірністю може померти протягом наступного року.

### **Паліативний пацієнт –**

Людина з визначеним терміном життя, сумнівним прогнозом одужання чи покращення стану, яка страждає на невиліковне прогресуюче захворювання з тяжкими розладами життєдіяльності та потребує медичної, соціальної, моральної та духовної підтримки

## Завдання та особливості паліативної допомоги

- полегшує перебіг тяжкої хвороби, усуває біль та інші її симптоми;
- утверджує життя і вважає смерть природним етапом життя;
- не націлена на прискорення чи відтермінування смерті;
- передбачає психологічні та духовні сторони догляду за пацієнтами та їхніми близькими;
- допомагає невиліковно хворим людям активно жити до моменту смерті, підвищити якість життя;
- надається в тому числі на ранніх етапах хвороби у поєднанні з іншими методами терапії, призначеними для продовження життя, такими як хіміотерапія і променева терапія;
- допомагає з вирішенням юридичних та соціальних питань, пов'язаних з невиліковною хворобою чи смертю людини.

Паліативну допомогу надає підготовлена команда лікарів, медсестер, психологів, спеціалістів з духовної підтримки, які можуть працювати разом з іншими лікарями пацієнта. Робота команди фахівців спрямована на полегшення симптомів від таких хвороб:

- онкологічні захворювання;
- хронічна серцева недостатність;
- атрофічно-дегенеративні захворювання;
- хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ);
- хвороби нирок;
- ВІЛ-інфіковані/СНІД;
- пост-інсультний стан;
- цукровий діабет;
- хвороба Альцгеймера;

- хвороба Паркінсона;
- інші захворювання та посттравматичні стани, що не лікуються сучасними засобами і супроводжуються болем.

### **Паліативна допомога полегшує такі симптоми хвороб:**

- гострий та хронічний біль;
- депресія, втома, безсоння, тривожність;
- проблеми з диханням;
- проблеми з травленням: закрепи, нудота, втрата апетиту;
- інші симптоми невиліковних прогресуючих захворювань.

Первинну паліативну допомогу можна отримати в амбулаторно-поліклінічних або домашніх умовах. Її надають лікарі загальної практики сімейної медицини, дільничні лікарі, лікарі-спеціалісти.

Загальну паліативну допомогу можна отримати в амбулаторії та у стаціонарних закладах охорони здоров'я другого і третього рівня. Її надають лікарі-спеціалісти відповідно до їхньої спеціалізації.

Спеціалізовану паліативну допомогу можна отримати у хоспісах, відділеннях паліативної допомоги стаціонарних лікувально-профілактичних закладів. Її надають медичні працівники зі спеціальною підготовкою з надання паліативної та хоспісної допомоги. В домашніх умовах таку допомогу забезпечують мультидисциплінарні мобільні команди, до складу яких входять лікарі, медсестри, психологи, спеціалісти з надання духовної підтримки. У Львові спеціалізовану медичну опіку вдома надає сервіс "[Пліч-о-Пліч](#)", в Івано-Франківську – благодійна організація "[Мати Тереза](#)", в Тернополі – виїзна служба Тернопільської обласної лікарні "[Хоспіс](#)", в Ужгороді – "Хоспіс Вдома" на базі Центру первинної медико-санітарної допомоги. Форма надання паліативної допомоги в стаціонарних, амбулаторних або домашніх умовах визначається залежно від стану пацієнта.

Поруч з низькою проінформованістю на тему паліативу, в Україні побутує уявлення, що паліативна допомога призначається лише наприкінці життя і

виключає радикальну терапію. Проте це не так. Паліативну допомогу можна отримувати від моменту постановки діагнозу, що загрожує життю, до етапу, коли етіотропна терапія (спрямована на усунення причини захворювання) завершується, оскільки шкода від неї починає переважати над користю.

Раннє виявлення захворювання, що загрожує життю, точно поставлений діагноз – вкрай важливі як для лікування хвороби, так і для ефективного планування супутньої паліативної допомоги. З моменту, коли став відомий діагноз, який обмежує термін життя, потрібно звернутися до спеціалістів за паліативною допомогою для узгодження плану дій по професійному догляду за хворим.

Паліативна допомога – це не лише про знеболення чи обробку пролежнів, це про **гідність людини у надзвичайно важкий період життя**. Тому важливою є цілісна, холістична опіка, яка "бачить" усю людину, а не окремо її хворобу, симптоми чи фізіологічні потреби.

**Шкала ECOG Індекс Карновського Шкала Karnofsky** (Індекс Карновського) була розроблена двома американськими лікарями в 1940-х роках як спроба виміряти результати лікування раку

Шкала функціонального стану **Карновського** широко застосовується для різних цілей, включаючи реакцію на хіміотерапію при раку та оцінку хронічних захворювань. За цією шкалою можуть оцінюватися пацієнти з прогресуючим раком або іншими хронічними захворюваннями, а також при прогресуючій слабкості у людей похилого віку.

Шкала функціонального стану Карновського кількісно визначає функціональні здібності пацієнта та вплив лікування, такого як хіміотерапія, на його основні функціональні можливості. Іноді вона також використовується для прогностичних цілей і для визначення лікування.

Оцінка за шкалою сильно корелює з часом виживання та потребою у догляді вдома. Це також може допомогти передбачити здатність до прогресування при інвазивному та інтенсивному лікуванні.

Опис пацієнта	Бали*	Інтерпретація
Нормальний стан без скарг; немає симптомів хвороби	100	Зберігається здатність вести звичайну діяльність та працювати; не потребує особливого догляду.
Зберігається здатність вести нормальну діяльність; незначні ознаки чи симптоми захворювання	90	Зберігається здатність вести звичайну діяльність та працювати; не потребує особливого догляду.
Нормальна діяльність із зусиллями; деякі ознаки чи симптоми захворювання	80	Зберігається здатність вести звичайну діяльність та працювати; не потребує особливого догляду.
Дбає про себе; не в змозі вести нормальну діяльність або виконувати активну роботу	70	Не в змозі працювати; зберігається здатність жити вдома та піклуватися про більшість особистих потреб; потрібна різна допомога.
Періодично потребує допомоги, але здатний задовольнити більшість своїх особистих потреб	60	Не в змозі працювати; зберігається здатність жити вдома та піклуватися про більшість особистих потреб; потрібна різна допомога.

Потрібна значна  
допомога та часта  
медична допомога

50

Не в змозі працювати;  
зберігається здатність жити  
вдома та піклуватися про  
більшість особистих  
потреб; потрібна різна  
допомога.

Інвалідизація; вимагає  
особливого догляду та  
допомоги

40

Не в змозі подбати про  
себе; потребує еквівалента  
стаціонарного чи  
лікарняного лікування;  
хвороба може швидко  
прогресувати.

Важка інвалідність;  
показана  
госпіталізація, хоча  
смерть не є неминучою

30

Не в змозі подбати про  
себе; потребує еквівалента  
стаціонарного чи  
лікарняного лікування;  
хвороба може швидко  
прогресувати.

Дуже хворий;  
необхідна  
госпіталізація;  
необхідне активне  
підтримуюче лікування

20

Не в змозі подбати про  
себе; потребує еквівалента  
стаціонарного чи  
лікарняного лікування;  
хвороба може швидко  
прогресувати.

Вмираючий; фатальні  
процеси, що швидко  
прогресують

10

Не в змозі подбати про  
себе; потребує еквівалента  
стаціонарного чи  
лікарняного лікування;  
хвороба може швидко

		прогресувати.
Мертвий	0	Мертвий.

\* % виживання корелює з наданими балами

Чим нижча оцінка за шкалою Карновського, тим гірший прогноз, що може бути пов'язане з:

- непереносимістю терапії
- зниженням показників виживання

**Оцінка функціонального стану за [шкалою ECOG](#)**

0 – Повністю активний, здатний виконувати всі функції як і до захворювання без обмежень

1 – Обмежений у фізичній активності, але амбулаторний і здатний виконувати легку або сидячу роботу, наприклад, легку роботу по дому, роботу в офісі

**Шкала функціонального стану Карновського**

100 – Нормально без скарг; немає симптомів захворювання

90 – Здатний вести звичайну діяльність; незначні ознаки чи симптоми захворювання

80 – Нормальна діяльність із зусиллям; деякі ознаки чи симптоми захворювання

70 – Дбає про себе; не в змозі вести нормальну діяльність або

	виконувати активну роботу
2 – Амбулаторний і здатний до самообслуговування, але не здатний виконувати будь-яку роботу; більше 50% часу неспання	60 – Періодично потребує допомоги, але здатний задовольнити більшість своїх особистих потреб
	50 – Потрібна значна допомога та часта медична допомога
3 – здатний лише до обмеженого догляду за собою; прикутий до ліжка або стільця більше 50% часу неспання	40 – Інвалідизація; вимагає особливого догляду та допомоги
	30 – Важка інвалідність; показана госпіталізація, хоча смерть не є неминучою
4 – повністю інвалідизований; не може займатися самообслуговуванням; повністю прикутий до ліжка або стільця	20 – Дуже хворий; необхідна госпіталізація; необхідне активне підтримуюче лікування
	10 – Вмираючий; фатальні процеси, що швидко прогресують
	0 – Мертвий



Шкала Карновського та інші шкали ефективності повинні використовуватися для цілісної оцінки онкологічних хворих, хоча її точність як прогностичного інструменту в окремих випадках ще недостатньо доведена.

Шкала Карновського корисна для клініцистів у повсякденній клінічній практиці, і цю шкалу функціонального стану слід використовувати для покращення розуміння потреб та здібностей пацієнта, а також потенційно для прогнозування.

Шкала функціонального стану Карновського визначає здатність пацієнта переносити хіміотерапію. Рекомендовано застосовувати у пацієнтів  $\geq 16$  років. Можна використовувати в динаміці для моніторингу прогресування захворювання.

## Шкала ECOG

Визначає рівень функціонального стану пацієнта в плані здатності піклуватися про себе, повсякденної діяльності та фізичної активності (ходьба, робота і т. д.).

Хворий повністю активний, здатний виконувати все, як і до захворювання

Хворий не здатний виконувати важку, але може виконувати легку або сидячу роботу (наприклад, легку домашню або канцелярську роботу)

Хворий лікується амбулаторно, здатний до самообслуговування, але не може виконувати роботу. Більше 50% часу неспанья проводить активно - в вертикальному положенні)

Хворий здатний лише до обмеженого самообслуговування, проводить в кріслі або ліжку більше 50% часу неспанья

Інвалід, абсолютно не здатний до самообслуговування, прикутий до крісла або ліжка

Смерть

## ПИТАННЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Формування і розвиток ідеї хоспісного руху та паліативної допомоги;
2. дефініції ПХД, еволюцію поглядів у світі та в Україні
3. Поняття про паліативну медичну допомогу: предмет, суб'єкт. Історія розвитку
4. Поняття про хоспісну медичну допомогу: предмет, суб'єкт. Історія розвитку
5. Філософські і релігійні аспекти паліативного лікування
6. Загальні принципи сестринської паліативної та хоспісної терапії хворих із термінальними формами захворювань
7. Якість життя, критерії його оцінки, методики визначення (шкала ECOG, індекс Карновського).
8. сутність, принципи, складові ПХД;
9. філософію ПХД;
10. поняття «невиліковної хвороби»;
11. характеристику інкурабельного пацієнта;
12. форми організації ПХД;

### Література:

1. Паліативно-хоспісна допомога: навч. посіб. / В.С. Тарасюк, Г.Б. Кучанська. — 2-е вид. — К. : ВСВ «Медицина», 2021. — 328 с.
2. Паліативна та хоспісна допомога : підручник / [Вороненко Ю. В. та ін.] ; за ред. акад. НАМН України Ю. В. Вороненка, чл.-кор. НАМН України Ю. І. Губського ; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 385 с.
3. Основи паліативної допомоги: навч. посіб. / Твайкросс Р., Уилкок Е.. — 5-е вид. — М.: Благодійний фонд допомоги хоспісу «Віра», 2017. — 416 с.:
4. Наказ МОЗ України від 11.06.2010 р. № 483 «Про затвердження примірного положення про лікарню “Хоспіс” (відділення, палату паліативного лікування) для хворих на туберкульоз» // Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. — 2010. — № 7. — С. 39— 40.
5. Психологічна допомога в кризових ситуаціях/ С. Уварова, Н. Бойченко, С. Гришкан, Н. Улько// ПВНЗ "МІГП", - 2016, 248 с.