

**ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**КАФЕДРА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ, ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ**  
**ТА ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ**

«ЗАТВЕРДЖЕНО»  
на методичній нараді  
кафедри сімейної медицини, пропедевтики  
внутрішньої медицини та лабораторної діагностики  
Завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_ професор Ірина ВИСОЧИНА  
№ \_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2026 р.

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**  
**ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ**

|                             |                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Навчальна дисципліна</b> | «Загальна практика - сімейна медицина»<br>Блок 6.3. «Внутрішня медицина»                                                                                                                                             |
| <b>Змістовий модуль</b>     | Змістовий модуль 2. «Особливості надання допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини»                                                                                                                   |
| <b>Тема заняття</b>         | Тема 16. Основи паліативної допомоги в практиці сімейного лікаря: критерії паліативного статусу, оцінка та моніторинг. Менеджмент хронічного болю на первинному рівні медичної допомоги. Повідомлення поганих новин. |
| <b>Курс</b>                 | VI                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Факультет</b>            | Медичний                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Спеціальність</b>        | 222 «Медицина»                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Кількість годин</b>      | 5 академічних годин                                                                                                                                                                                                  |
| <b>автор</b>                | PhD В.В. Крамарчук                                                                                                                                                                                                   |

Методичні рекомендації складено відповідно до освітньо-професійної програми підготовки магістрів за спеціальністю 222 «Медицина».

Дніпро

## I. Актуальність

Паліативна допомога є складовою безперервної медичної допомоги пацієнтам із захворюваннями, що загрожують життю або обмежують його тривалість. Її мета полягає не у відмові від активного лікування, а у запобіганні та полегшенні страждання, підтримці максимально можливої якості життя, збереженні автономії пацієнта та підтримці сім'ї. ВООЗ наголошує, що паліативна допомога має інтегруватися в первинну медичну допомогу, допомогу в громаді та вдома і може застосовуватися паралельно з лікуванням, спрямованим на продовження життя [1].

В Україні порядок надання паліативної допомоги регулюється наказом МОЗ України від 04.06.2020 № 1308 у чинній редакції. У 2024 році наказом МОЗ № 1853 істотно оновлено критерії визначення дорослого пацієнта, який потребує паліативної допомоги, а у 2025 році уточнено можливість застосування телемедицини при спостереженні та наданні паліативної допомоги [2-4]. Для сімейного лікаря це означає необхідність не лише розпізнати потребу у паліативному підході, але й документувати її за чинними критеріями, оцінити симптоми і функціональний стан, скласти реалістичний план спостереження, організувати знеболення та своєчасно залучити спеціалізовану паліативну службу.

Хронічний біль є одним із найчастіших і клінічно найзначущіших симптомів у паліативній практиці. Неконтрольований біль погіршує сон, рухливість, харчування, настрій, соціальну активність і здатність людини брати участь у прийнятті рішень. Ведення болю на первинному рівні потребує систематичної оцінки інтенсивності, механізму та впливу болю на функціонування, раціонального застосування неопіоїдних, опіоїдних і допоміжних засобів, профілактики передбачуваних небажаних ефектів і регулярного перегляду ефективності лікування [5-7].

Повідомлення поганих новин є клінічною навичкою, а не лише комунікаційною процедурою. Невдала розмова може посилити тривогу, недовіру та відчуття безпорадності; структурована розмова допомагає пацієнтові зрозуміти ситуацію, зберегти відчуття контролю та перейти до узгодження подальшого плану. Для цього доцільно використовувати структуру SPIKES та емпатичні відповіді, адаптовані до потреб конкретної людини [8, 9].

## II. Навчальні цілі

Сформувати здатність розпізнавати пацієнта, який потребує паліативної допомоги, проводити первинну комплексну оцінку та моніторинг, організовувати базову паліативну допомогу на рівні сімейної медицини, безпечно керувати хронічним болем і структуровано повідомляти складну або несприятливу медичну інформацію.

Після завершення самостійної підготовки студент повинен знати:

- визначення паліативної допомоги, загальної та спеціалізованої паліативної допомоги згідно з чинним порядком МОЗ України;
- відмінність між захворюванням, що загрожує життю, і захворюванням, що обмежує життя;
- роль сімейного лікаря у ранній ідентифікації паліативних потреб, координації допомоги та підтримці сім'ї;
- чинні критерії визначення дорослого пацієнта, який потребує паліативної допомоги, та принцип застосування клінічних ознак і функціональних шкал;
- зміст плану спостереження та принципи його регулярного перегляду;
- основні домени комплексної оцінки: фізичні симптоми, функціональний стан, харчування, психоемоційні, соціальні та духовні потреби, навантаження на особу, яка здійснює догляд;
- механізми хронічного болю: ноцицептивний соматичний, ноцицептивний вісцеральний, нейропатичний і змішаний;
- принципи кількісної оцінки болю та ознаки больової кризи;
- принципи медикаментозного лікування болю, місце опіоїдів, базові правила титрування, лікування проривного болю та профілактики побічних ефектів;
- ознаки надмірної опіоїдної седації та токсичності, що потребують невідкладної оцінки;
- структуру повідомлення поганих новин за SPIKES та правила емпатичної відповіді;

- межі компетенції ПМД і показання до залучення спеціалізованої паліативної команди.

Уміти:

- за коротким клінічним описом визначити, чи є підстава перевірити критерії паліативної допомоги;
- оцінити функціональний стан за шкалою паліативної функціональності, індексом Карновського або індексом Бартел у межах навчальної ситуації;
- провести структуровану оцінку болю, визначити його ймовірний механізм і фактори, що посилюють страждання;
- скласти безпечний базовий план знеболення і моніторингу на рівні ПМД;
- пояснити пацієнтові та особі, яка здійснює догляд, правила прийому знеболювальних препаратів, профілактику закрепів, ознаки токсичності і порядок повторного контакту;
- сформулювати клінічні цілі паліативної допомоги, орієнтовані на якість життя та пріоритети пацієнта;
- провести розмову про несприятливий діагноз або прогноз за структурою SPIKES без інформаційного перевантаження;
- реагувати на емоції пацієнта з використанням емпатичних фраз і уникати неправдивого заспокоєння;
- визначити показання до термінової госпіталізації, консультації спеціалізованої паліативної команди або іншого спеціаліста.

### III. Компетентності, які забезпечує тема

| Загальні компетентності                                                                                                                                                                                           | Спеціальні компетентності (фахові)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Програмні результати навчання                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ЗК6. Здатність аналізувати клінічну інформацію та приймати обґрунтовані рішення.<br>ЗК8. Здатність до міжпрофесійної взаємодії.<br>ЗК13. Здатність діяти етично, поважати гідність, автономію та цінності людини. | СК1. Здатність розпізнавати паліативні потреби та оцінювати симптоми.<br>СК8. Здатність організовувати безперервне спостереження і симптоматичне лікування.<br>СК11. Здатність безпечно застосовувати знеболювальні лікарські засоби та контролювати ризики.<br>СК16. Здатність координувати мультидисциплінарну допомогу і комунікувати складну інформацію. | ПРН 4. Ідентифікувати провідні симптоми, синдроми та функціональні обмеження.<br>ПРН 14. Скласти план ведення пацієнта та оцінювати результативність.<br>ПРН 18. Здійснювати професійну комунікацію з пацієнтом і сім'єю в складних клінічних ситуаціях. |

### IV. Міждисциплінарна інтеграція

| Дисципліна / сектор    | Знати                                                                                     | Вміти                                                                                                                          |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Внутрішня медицина     | Клінічні прояви прогресуючої серцевої, легеневої, ниркової та печінкової недостатності.   | Відрізнити потенційно зворотне погіршення від очікуваного прогресування; визначити симптоми, які потребують активної корекції. |
| Онкологія              | Основи перебігу поширених злоякісних новоутворень, ускладнення протипухлинного лікування. | Оцінювати біль, задишку, кахексію, кровотечу; координувати допомогу з онкологом та паліативною службою.                        |
| Неврологія і геріатрія | Функціональні наслідки інсульту, нейродегенеративних хвороб і деменції.                   | Оцінювати мобільність, ковтання, когнітивний стан, ризик аспірації, потребу в догляді.                                         |

| Дисципліна / сектор       | Знати                                                                                                     | Вміти                                                                                                              |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Клінічна фармакологія     | Фармакологія неопіїдних, опіїдних і допоміжних аналгетиків.                                               | Розпізнавати побічні ефекти, взаємодії, ризики при нирковій та печінковій недостатності.                           |
| Психіатрія / психологія   | Тривога, депресивні симптоми, делірій, реакції на втрату та тяжкий діагноз.                               | Розпізнавати психоемоційний дистрес, використовувати емпатичну комунікацію, визначати потребу в консультації.      |
| Медичне право та біоетика | Поінформована згода, конфіденційність, автономія пацієнта, право на інформацію та відмову від інформації. | Проводити спільне прийняття рішень, документувати побажання пацієнта щодо місця допомоги та пріоритетів лікування. |

## V. Зміст теми

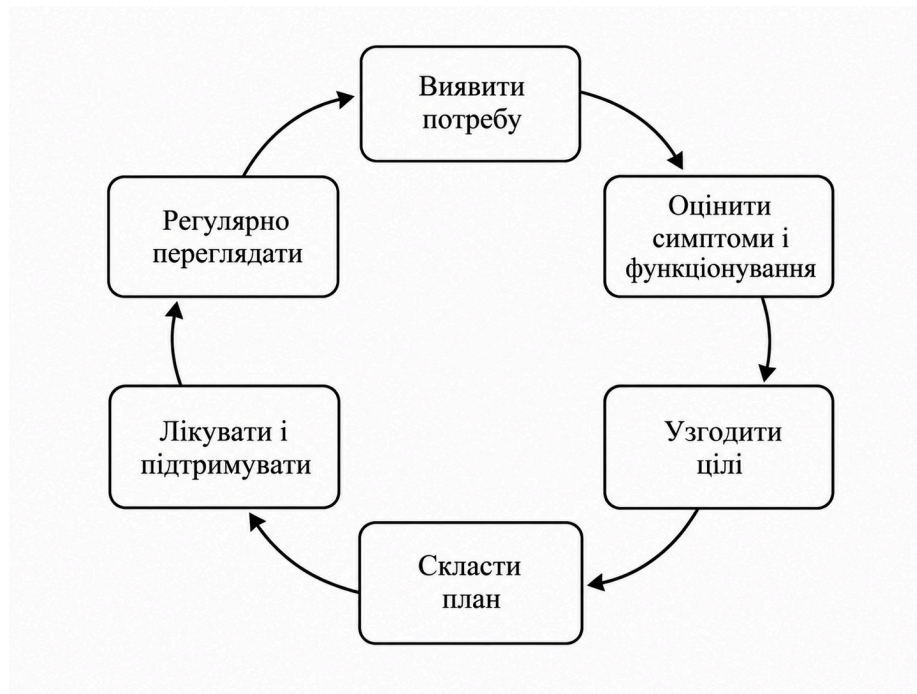
### 1. Сутність паліативної допомоги та місце сімейного лікаря

Чинний Порядок надання паліативної допомоги визначає паліативну допомогу як комплекс заходів, спрямованих на покращення якості життя пацієнтів усіх вікових категорій і членів їхніх родин, які зіткнулися з проблемами, пов'язаними із захворюваннями, що загрожують життю. До комплексу належать рання ідентифікація та оцінка симптомів, полегшення болю, подолання інших фізичних, психосоціальних і духовних проблем [2]. Це визначення підкреслює, що паліативна допомога не обмежується останніми днями життя і не дорівнює лише знеболенню.

Захворювання, що загрожують життю, за Порядком є захворюванням, при якому існує ймовірність передчасної смерті. Захворювання, що обмежує життя, неминуче призведе до передчасної смерті. Пацієнт, який потребує паліативної допомоги, є пацієнтом будь-якого віку із захворюванням, що обмежує та загрожують життю [2]. У навчальному спілкуванні інколи використовують словосполучення «паліативний статус», але в нормативному документі ключовою є саме категорія «пацієнт, який потребує паліативної допомоги» і встановлені критерії її визначення.

Загальна паліативна допомога може надаватися амбулаторно або за місцем перебування пацієнта лікарями загальної практики - сімейними лікарями, терапевтами, педіатрами та іншими лікарями. Спеціалізована паліативна допомога надається мультидисциплінарною командою закладу спеціалізованої медичної допомоги у стаціонарних умовах або за місцем перебування пацієнта [2]. Отже, сімейний лікар є не «транзитною ланкою» до хоспісу, а повноцінним надавачем загальної паліативної допомоги.

Паліативний підхід може і повинен поєднуватися з лікуванням, спрямованим на контроль основного захворювання або продовження життя. Перехід від переважно куративної до переважно паліативної мети є поступовим. У центрі рішення знаходяться не назва стадії захворювання, а потреби, симптоми, функціональний стан, прогноз, цілі лікування і пріоритети пацієнта [1, 2].



## 2. Що робить сімейний лікар у паліативній допомозі

- розпізнає пацієнтів із прогресуючими захворюваннями та перевіряє чинні критерії паліативної допомоги;
- оцінює біль, задишку, нудоту, закреп, слабкість, порушення сну, делірій, тривогу та інші симптоми;
- оцінює функціональність, мобільність, самообслуговування, харчування, ковтання, ризик пролежнів і навантаження на особу, яка здійснює догляд;
- визначає цілі лікування разом із пацієнтом і сім'єю та уточнює, що для пацієнта означає прийнятна якість життя;
- призначає і коригує базову симптоматичну терапію, включно зі знеболенням;
- навчає пацієнта і особу, яка здійснює догляд, практичним діям: прийом ліків, профілактика закреп, зміна положення тіла, догляд за стомами, оцінка болю, ознаки погіршення;
- координує консультації онколога, невролога, кардіолога, пульмонолога, психіатра, психолога, соціального працівника та спеціалізованої паліативної команди;
- організовує повторний контакт, домашні візити або дистанційне спостереження, якщо це клінічно доцільно і безпечно;
- обговорює з пацієнтом бажане місце отримання допомоги і, коли доречно, місце смерті, фіксуючи побажання у плані спостереження [2].

## 3. Критерії визначення дорослого пацієнта, який потребує паліативної допомоги

Оновлений у 2024 році додаток 2 до Порядку містить дві логічні частини: 1) захворювання або стан із визначеною тяжкістю та оцінкою за функціональними шкалами; 2) перелік клінічних ознак і показників, з яких для відповідної категорії передбачено наявність не менше п'яти [3, 4]. Це важлива відмінність від спрощеного підходу «серйозний діагноз = паліативна допомога». Потребу потрібно документувати за конкретними критеріями.

| Група захворювань / станів                            | Ключова оцінка тяжкості                                                                                                                                      | Приклади клінічних ознак, що враховуються                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Новоутворення                                      | Метастатичне або місцево поширене прогресуюче новоутворення; ECOG >2; індекс Карновського ≤50; PPS ≤30%; Бартел <25.                                         | Хронічний біль, потреба в опіоїдах, задишка, гіпоксемія, випіт, набряки, кахексія, дисфагія, ентеральне/парентеральне харчування, стоми, іммобільність, пролежні, когнітивне погіршення. |
| 2. Хронічні хвороби дихальної системи                 | Підтверджена дихальна недостатність; задишка 3-4 за модифікованою шкалою задишки; Карновський ≤50; PPS ≤30%; Бартел <25.                                     | Рефрактерна задишка, SaO <sub>2</sub> <85%, потреба в кисні або ШВЛ, ОФВ1 <30%, ФЖЄЛ <40%, дифузійна здатність <40%, аспіраційна/гіпостатична пневмонія та інші ознаки.                  |
| 3. Хронічні серцево-судинні захворювання              | Серцева недостатність / кардіоміопатія / легенева артеріальна гіпертензія; NYHA III-IV; Карновський ≤50; PPS ≤30%; Бартел <25.                               | Задиха у спокої або при мінімальному навантаженні, рефрактерні набряки, випіт, ФВ ЛШ <40%, погіршення функції нирок, гіпонатріємія, потреба в кисні та інші ознаки.                      |
| 4. Хронічні захворювання печінки                      | Термінальна стадія; Чайлд-П'ю В/С, BCLC C/D, MELD >30; Карновський ≤50; PPS ≤30%; Бартел <25.                                                                | Рефрактерний асцит, печінкова енцефалопатія, рецидивні варикозні кровотечі, гепаторенальний синдром, кахексія, гіпоальбуміємія та інші ознаки.                                           |
| 5. Хронічні захворювання нирок                        | Хронічна хвороба нирок ≥4 стадії; Карновський ≤50; PPS ≤30%; Бартел <25.                                                                                     | Діаліз, протипоказання до трансплантації, уремічні прояви, набряки, випоти, анемія, кахексія, функціональна залежність та інші ознаки.                                                   |
| 6. Неврологічні ураження                              | Тяжкі наслідки інсульту, розсіяного склерозу, хвороби Паркінсона, хвороби Альцгеймера, рухових нейронів тощо; специфічні шкали плюс низька функціональність. | Дисфагія, аспірація, трахеостома, парези/плегії, контрактури, іммобільність, пролежні, нейропатичний біль, кахексія, когнітивне погіршення.                                              |
| 7. Цукровий діабет                                    | Тяжкий функціональний стан; Карновський ≤50; PPS ≤30%; Бартел <25.                                                                                           | Декомпенсація, тяжкі судинні/нейропатичні ускладнення, гангрена, трофічні виразки, ампутаційний/фантомний біль, кахексія та інші ознаки.                                                 |
| 8. Тяжкі післятравматичні стани                       | Тяжкі наслідки черепно-мозкової, спінальної, внутрішньогрудної або абдомінально-тазової травми; Карновський ≤50; PPS ≤30%; Бартел <25.                       | Плегії, стійкий вегетативний стан, ШВЛ, трахеостома, дисфагія, стоми, пролежні, хронічний біль, когнітивні порушення.                                                                    |
| 9. Хронічні психічні захворювання, деменція           | FAST 6С-7F; клінічна оцінка деменції ≥3; глобальне погіршення 6-7; Карновський ≤50; PPS ≤30%; Бартел <25.                                                    | Дисфагія, аспірація, кахексія, іммобільність, пролежні, нетримання, потреба в ентеральному харчуванні, тяжке когнітивне погіршення.                                                      |
| 10. Туберкульоз                                       | Мультирезистентні або ускладнені форми, коінфекції, термінальна стадія; Карновський ≤50; PPS ≤30%; Бартел <25.                                               | Рефрактерна задишка, гіпоксемія, кровохаркання, дихальна недостатність, кахексія, біль, функціональна залежність та інші ознаки.                                                         |
| 11. ВІЛ/СНІД                                          | Тяжкі опортуністичні інфекції, резистентність до АРТ, термінальна деменція або тяжка органна недостатність; Карновський ≤50; PPS ≤30%; Бартел <25.           | Біль, задишка, кахексія, дисфагія, стоми, пролежні, гепаторенальний синдром, іммобільність, когнітивне погіршення.                                                                       |
| 12. Вроджені вади, генетичні та метаболічні порушення | Тяжкі вроджені/орфанні захворювання; Карновський ≤50; PPS ≤30%; Бартел <25.                                                                                  | Хронічний або фантомний біль, дихальна підтримка, кахексія, дисфагія, стоми, пролежні, контрактури, іммобільність, когнітивні порушення.                                                 |

Практичний принцип: критерії є інструментом ідентифікації потреби у паліативній допомозі, а не прогнозом точної тривалості життя. Низький функціональний статус, прогресування основного захворювання та накопичення симптомів повинні запускати не лише питання «скільки

залишилося?»), а насамперед питання «що зараз найбільше погіршує якість життя і що ми можемо змінити?»).

#### **4. Функціональні шкали: що потрібно розуміти на ПМД**

Шкала паліативної функціональності (PPS) оцінює п'ять доменів: пересування, активність і ознаки захворювання, самообслуговування, прийом їжі та рівень свідомості. Результат виражається у відсотках від 100% до 0%. Чим нижчий показник, тим більша залежність від допомоги. У чинних українських критеріях для багатьох дорослих категорій використовується поріг  $PPS \leq 30\%$  [3, 4].

Індекс Карновського оцінює здатність до звичайної активності та потребу в допомозі. Показник 50 і менше означає значну функціональну залежність. Індекс Бартел оцінює базові повсякденні дії: харчування, переміщення, особисту гігієну, користування туалетом, одягання, контроль сечовипускання і дефекації, ходьбу та сходи. Показник менше 25 балів у чинних критеріях відображає дуже високу залежність від сторонньої допомоги [3, 4].

Шкали не замінюють клінічної оцінки. Результат слід інтерпретувати разом із динамікою стану: швидке падіння функціональності протягом тижнів може бути важливішим за одиничне числове значення. Для окремих захворювань використовують специфічні інструменти: функціональний клас NYHA при серцевій недостатності, модифіковану шкалу задишки при хронічних легеневих захворюваннях, шкалу FAST при деменції, шкалу EDSS при розсіяному склерозі та інші [3, 4].

#### **5. Комплексна оцінка паліативного пацієнта на первинному рівні**

Комплексна оцінка має бути достатньо широкою, щоб не звести паліативну допомогу до одного симптому, але достатньо практичною для реального прийому. Перший візит доцільно будувати від найнагальніших проблем до довгострокового плану.

Фізичні симптоми. Оцінюють біль, задишку, кашель, нудоту, блювання, закреп, діарею, анорексію, сухість у роті, слабкість, безсоння, свербіж, набряки, асцит, порушення ковтання, судоми, делірій та інші симптоми відповідно до захворювання. Корисним є використання короткої стандартизованої шкали симптомів, наприклад Едмонтонської системи оцінки симптомів, але інструмент не повинен замінювати клінічну бесіду.

Функціонування. Необхідно з'ясувати, що пацієнт може робити самостійно, що робить із допомогою, а що вже не може виконувати. Окремо оцінюють ризик падінь, пролежнів, аспірації, потребу у допоміжних засобах, можливість безпечного пересування вдома і доступ до туалету.

Харчування і ковтання. Важливими є втрата ваги, зниження апетиту, дисфагія, ознаки дегідратації та практична спроможність отримувати їжу. У паліативній допомозі метою не завжди є «нормалізація калорійності». Рішення про ентеральне або парентеральне харчування приймають з урахуванням прогнозу, потенційної користі, тягаря втручання та цілей пацієнта.

Психоемоційні та когнітивні проблеми. Слід оцінювати тривогу, депресивні симптоми, безсоння, делірій, когнітивне погіршення, страх болю і смерті. Важливо відрізнити делірій, що може бути спричинений інфекцією, ліками, дегідратацією або метаболічними порушеннями, від поступового когнітивного погіршення.

Соціальні та духовні потреби. З'ясовують, хто фактично здійснює догляд, чи є у цієї людини ресурс, чи безпечні житлові умови, чи доступні ліки, транспорт і засоби догляду, що є джерелом сенсу, підтримки або духовного дистресу для пацієнта. Духовна підтримка не означає автоматичне залучення священнослужителя. Вона починається з поваги до переконань і запиту пацієнта.

Особа, яка здійснює догляд. Виснаження доглядальника безпосередньо впливає на безпеку пацієнта. Сімейний лікар має запитати, чи може людина спати, залишити пацієнта хоча б на короткий час, чи розуміє схему ліків, чи знає, кому телефонувати при погіршенні, чи потрібна соціальна або психологічна підтримка.

## Комплексна оцінка потреб у паліативній допомозі

### Фізичні симптоми

- Біль, задишка, кашель, нудота, блювання, закреп, діарея
- Анорексія, сухість у роті, слабкість, безсоння, свербіж
- набряки, асцит, дисфагія, судоми, делірій та інші симптоми
- Можна використати коротку стандартизовану шкалу симптомів, наприклад ESAS
- Шкала не замінює клінічну бесіду

### Функціонування

- Що пацієнт робить самостійно, з допомогою або вже не може виконувати
- Оцінюють ризик падінь, пролежнів, аспірації
- Визначають потребу у допоміжних засобах
- З'ясовують безпечність пересування вдома і доступ до туалету

### Харчування і ковтання

- Втрата ваги, зниження апетиту, дисфагія, ознаки дегідратації
- Практична спроможність отримувати їжу
- Мета не завжди полягає в нормалізації калорійності
- Рішення про ентеральне або парентеральне харчування приймають з урахуванням прогнозу, користі, тягаря втручання та цілей пацієнта

### Психоемоційні та когнітивні проблеми

- Тривога, депресивні симптоми, безсоння
- Делірій, когнітивне погіршення, страх болю і смерті
- Важливо відрізнити делірій від поступового когнітивного погіршення
- Делірій може бути пов'язаний з інфекцією, ліками, дегідратацією або метаболічними порушеннями

### Соціальні та духовні потреби

- Хто фактично здійснює догляд і чи має ресурс
- Чи безпечні житлові умови
- Чи доступні ліки, транспорт і засоби догляду
- Що є джерелом сенсу, підтримки або духовного дистресу
- Духовна підтримка починається з поваги до переконань і запиту пацієнта

### Особа, яка здійснює догляд

- Виснаження доглядальника впливає на безпеку пацієнта
- Чи може людина спати і залишити пацієнта хоча б ненадовго
- Чи розуміє схему ліків
- Чи знає, кому телефонувати при погіршенні
- Чи потребує соціальної або психологічної підтримки

Оцінка має бути комплексною, індивідуалізованою і пов'язаною з подальшим планом допомоги та повторним контактом.

## 6. План спостереження та моніторинг

Чинний Порядок передбачає складання плану спостереження пацієнта, який потребує паліативної допомоги, у двох примірниках. Один примірник зберігається у медичній документації, другий видається пацієнтові або законному представнику. План переглядають на регулярній основі та щоразу при зміні клінічного стану або побажань пацієнта [2].

Моніторинг має відповідати ризику. Пацієнтові зі стабільним контролем симптомів може бути достатньо планового контакту, тоді як при титруванні опіоїду, новому делірії, швидкому зниженні функціональності або тяжкій задишці повторна оцінка потрібна значно раніше. Важливий принцип: частота контакту визначається клінічною потребою, а не календарною звичкою.

На кожному повторному контакті доцільно коротко перевірити: 1) чи змінилися найважчі симптоми; 2) чи досягнута узгоджена мета знеболення; 3) чи є нові побічні ефекти ліків; 4) чи змінилася мобільність і самообслуговування; 5) чи зберігається можливість харчування і прийому ліків; 6) чи з'явився делірій або нове когнітивне погіршення; 7) чи справляється особа, яка здійснює догляд; 8) чи змінилися цілі або побажання пацієнта; 9) чи є чіткий план на випадок погіршення.

## 7. Коли потрібна спеціалізована паліативна допомога

Спеціалізовану паліативну команду слід залучати не лише «коли вже нічого не можна зробити». Доцільними приводами є складний або рефрактерний біль, необхідність складної ротації опіоїдів, виражена задишка, повторний делірій, складні психосоціальні або духовні проблеми, конфлікт щодо цілей лікування, виснаження сім'ї, потреба у складному догляді вдома, невизначеність щодо користі інвазивних втручань або часті госпіталізації через неконтрольовані симптоми.

Невідкладна допомога має пріоритет при гострій загрозі життю, якщо вона є потенційно зворотною і відповідає цілям лікування: масивна кровотеча, гостра дихальна недостатність, анафілаксія, судомний статус, підозра на компресію спинного мозку, гостра затримка сечі з тяжким болем, раптовий тяжкий біль із підозрою на патологічний перелом, виражена опіоїдна токсичність та інші невідкладні стани.

## 8. Хронічний біль: визначення і клінічна логіка

Біль у паліативній допомозі слід розглядати як суб'єктивний досвід, який має сенсорний та емоційний компоненти. Інтенсивність болю не можна достовірно визначити лише за виразом обличчя, діагнозом або результатами візуалізації. Якщо пацієнт здатний повідомити про біль, його самооцінка є основним джерелом інформації.

Ноцицептивний соматичний біль виникає при ураженні шкіри, м'язів, кісток, суглобів або сполучної тканини. Він частіше локалізований, може бути ниючим або пульсуючим і посилюватися при русі. Ноцицептивний вісцеральний біль походить із внутрішніх органів, часто є менш локалізованим, глибоким, стискаючим або переймоподібним і може супроводжуватися вегетативними симптомами. Нейропатичний біль пов'язаний з ураженням або захворюванням соматосенсорної нервової системи; типовими описами є печіння, прострілювання, «електричний струм», алодинія, гіпералгезія, оніміння. Змішаний біль має компоненти різних механізмів.

Концепція «загального болю» нагадує, що фізичний симптом може посилюватися тривогою, депресивними переживаннями, соціальною ізоляцією, фінансовими проблемами, втратою ролей, страхом залежності та духовним дистресом. Це не означає, що біль «психологічний». Це означає, що ефективне полегшення страждання потребує ширшої оцінки.

## 9. Структурована оцінка болю

Для першої оцінки можна використовувати мнемоніку PQRST. Вона не замінює клінічне мислення, але допомагає не пропустити ключові характеристики.

- P - Provocation / Palliation - що провокує або полегшує біль. Українською: рух, положення тіла, їжа, дихання, сечовипускання, дефекація, прийом аналгетика, тепло або холод.
- Q - Quality - характер болю. Українською: ниючий, тупий, колючий, пекучий, прострілюючий, стискаючий, переймоподібний тощо.
- R - Region / Radiation - локалізація та поширення. Українською: де болить найбільше, чи віддає біль в інші ділянки.
- S - Severity - інтенсивність. Українською: оцінка за числовою шкалою 0-10 у спокої та при активності, а також вплив на сон і функціонування.
- T - Timing - часова характеристика. Українською: коли почався біль, постійний чи нападopodobний, скільки триває, чи є проривні епізоди, як швидко діє знеболення.

Числова рейтингова шкала 0-10 є зручною для дорослого пацієнта, який може надійно повідомляти про симптоми. Важливо використовувати одну й ту саму шкалу в динаміці. Для пацієнта з тяжким когнітивним порушенням оцінюють поведінкові ознаки болю, але це складніша ситуація, де бажано залучати особу, яка добре знає пацієнта, та використовувати валідований поведінковий інструмент.

Оцінка має включати не лише «скільки з десяти», а й функціональну мету. Приклад: «біль зменшився з 8 до 4, але пацієнт усе ще не може спати або сісти в крісло». У такій ситуації контроль

болю не можна вважати достатнім. Практично корисно узгодити індивідуальну мету: спати 5-6 годин, самостійно перейти з ліжка у крісло, пройти до туалету, спокійно переносити перев'язку.

## 10. Принципи медикаментозного лікування хронічного болю

Схема лікування визначається інтенсивністю і механізмом болю, попереднім лікуванням, функцією нирок і печінки, супутніми хворобами, здатністю ковати, ризиком взаємодій і цілями пацієнта. ВООЗ рекомендує індивідуальне застосування неопіїдних, опіїдних і допоміжних засобів для адекватного контролю онкологічного болю [5]. Традиційна «аналгетична драбина» ВООЗ залишається корисною навчальною моделлю, але не повинна перетворюватися на жорстку вимогу послідовно пройти кожний «щабель», якщо інтенсивність болю одразу потребує сильного опіїду.

| Клінічна ситуація                                        | Типові засоби                                                                                                                             | Практичний акцент                                                                                    | Що контролювати                                                         |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Легкий ноцицептивний біль                                | Парацетамол; нестероїдний протизапальний засіб за відсутності протипоказань.                                                              | Врахувати нирковий, шлунково-кишковий, серцево-судинний ризик; не дублювати препарати однієї групи.  | Ефект, кровотеча, функція нирок, набряки, артеріальний тиск.            |
| Помірний або сильний біль при прогресуючому захворюванні | Сильний опіїд, часто морфін при збереженій можливості перорального прийому; неопіїд може залишатися як компонент мультимодальної терапії. | Титрувати до балансу між анальгезією і побічними ефектами; передбачити препарат для проривного болю. | Седация, дихання, нудота, закреп, сплутаність, міоклонус, ефективність. |
| Нейропатичний компонент                                  | Допоміжні аналгетики: окремі протисудомні або антидепресанти відповідно до показань.                                                      | Починати з низьких доз, враховувати сонливість, падіння, функцію нирок і взаємодії.                  | Біль, сонливість, запаморочення, падіння, когнітивні ефекти.            |
| Кістковий / локальний пухлинний біль                     | Системні аналгетики плюс оцінка можливості променевої терапії або іншого локального втручання.                                            | Не обмежуватися збільшенням опіїду, якщо є ефективне етіологічне або локальне втручання.             | Ризик патологічного перелому, неврологічні симптоми, функціонування.    |

При застосуванні сильного опіїду необхідно відразу обговорити очікувані побічні ефекти і правила безпечного використання. Закреп є дуже частим і передбачуваним наслідком, тому профілактику закрепу слід планувати одночасно з початком регулярної опіїдної терапії, якщо немає протипоказань. Нудота і сонливість можуть виникати на початку лікування або після підвищення дози. Стійка або наростаюча сонливість, сплутаність свідомості, міоклонус, галюцинації, рідке поверхнєве дихання потребують невідкладної повторної оцінки.

Морфін є базовим сильним опіїдом для багатьох дорослих пацієнтів з прогресуючим захворюванням, якщо пероральний шлях можливий і немає значущої ниркової або печінкової недостатності [6]. При тяжкому порушенні функції нирок або печінки вибір препарату, дози і шляху введення потребує особливої обережності та, за можливості, консультації спеціаліста. Трансдермальні системи не є зручним способом швидкого титрування при нестабільному болю; їх розглядають, коли потреба в опіїді стабільна і пероральний шлях неприйнятний [6].

Проривний біль - короточасне загострення болю на тлі відносно стабільного фонового контролю. Його наявність означає, що пацієнтові потрібна окрема швидкодіюча схема «рятувальної» анальгезії та аналіз причин епізоду. Якщо проривний біль виникає часто, слід переглянути базову добову терапію, а не безкінечно збільшувати кількість додаткових доз.

При опіїдній терапії не можна оцінювати успіх лише за числом міліграмів. Кінцева мета - прийнятний для пацієнта рівень болю з максимально збереженим функціонуванням і мінімально можливими побічними ефектами. Якщо збільшення дози не покращує біль, але підсилює токсичність, необхідно переглянути діагноз, механізм болю, приховану причину погіршення, супутні ліки та потребу в іншій стратегії.

## **11. Нефармакологічні та інтервенційні складові контролю болю**

Нефармакологічні заходи є додатком, а не заміною адекватної аналгезії. До них можуть належати оптимізація положення тіла, ортези, допоміжні засоби для ходьби, тепло або холод при відповідних показаннях, м'яка фізична активність у межах переносимості, релаксаційні техніки, корекція тривоги, планування активності та відпочинку, підтримка сну. При локальному болю через пухлину, кісткові метастази або компресію нерва слід оцінювати можливість променевої терапії, хірургічного чи іншого інтервенційного лікування [5].

## **12. Безпечне призначення опіоїдів на первинному рівні**

Перед початком або суттєвою зміною опіоїдної терапії слід уточнити попередній досвід застосування опіоїдів, функцію нирок і печінки, інші седативні препарати, ризик падінь, когнітивний стан, можливість надійного прийому ліків, хто допомагатиме з лікуванням удома. Необхідно пояснити різницю між фізичною залежністю, толерантністю та розладом, пов'язаним із вживанням опіоїдів. Страх «звикання» не повинен залишати пацієнта з неконтрольованим болем, але опіоїд потребує клінічного нагляду і безпечного зберігання.

Лікуючий лікар відповідно до Порядку проводить оцінку інтенсивності болю і за показаннями призначає наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори згідно з чинним законодавством і галузевими стандартами [2]. У методичних рекомендаціях не слід підміняти чинні правила рецептурного відпуску конкретною «універсальною» процедурою, оскільки технічні вимоги до виписування та відпуску можуть змінюватися. Студент повинен розуміти клінічну логіку і перевіряти актуальний нормативний порядок у реальній практиці.

## **13. Опіоїдна токсичність: що не можна пропустити**

Найнебезпечніша ситуація - поєднання вираженої сонливості або неможливості розбудити пацієнта з рідким поверхневим диханням і звуженням зіниць. Потрібно припинити подальше введення опіоїду, оцінити дихальні шляхи, частоту дихання, сатурацію, рівень свідомості, викликати екстрену допомогу та діяти за протоколом невідкладної допомоги, включно з антагоністом опіоїдів за показаннями. Важливо пам'ятати, що у паліативного пацієнта сонливість або сплутаність також можуть бути наслідком інфекції, гіперкальціємії, ниркової недостатності, дегідратації, метастазів у мозок або інших причин. Не кожен делірій є «передозуванням морфіну».

## **14. Комунікація про цілі лікування**

Паліативна допомога потребує переходу від запитання «які ще процедури ми можемо зробити?» до двох паралельних запитань: «що ми реально можемо змінити медично?» і «що для цього пацієнта зараз є найважливішим?». Цілі лікування можуть включати контроль болю, можливість бути вдома, збереження ясної свідомості, участь у важливій події, уникнення госпіталізації, зменшення задишки, можливість спати, збереження спілкування з близькими.

Важливо не протиставляти «боротьбу» і «паліатив». Фраза «ми більше нічого не можемо зробити» є клінічно неправильною, якщо можна лікувати біль, задишку, нудоту, тривогу, забезпечити підтримку і планувати допомогу. Коректніше: «Лікування, яке могло б зупинити хворобу, більше не дає очікуваної користі. Але ми можемо і будемо активно лікувати симптоми, підтримувати Вас і планувати допомогу так, щоб зберегти максимально можливу якість життя».

## **15. Що таке «погані новини»**

Погані новини - це інформація, яка суттєво змінює уявлення людини про її теперішнє або майбутнє. Це може бути не лише повідомлення про рак або смерть. Для конкретного пацієнта поганою новиною може бути потреба в постійній кисневій терапії, втрата здатності ходити, прогресування деменції, неможливість подальшого протипухлинного лікування, необхідність діалізу, ампутація, перехід до залежності від стороннього догляду.

Мета повідомлення поганих новин - не «видати всю інформацію», а створити умови, в яких пацієнт зможе отримати правдиву інформацію в обсязі, який він готовий сприйняти, поставити

запитання, висловити емоції та перейти до наступного конкретного кроку. Структура SPIKES є одним із найбільш відомих практичних підходів до такої розмови [8].

## **16. SPIKES: шість кроків повідомлення поганих новин**

SPIKES є мнемонічною схемою. Англійські слова збережено як частину мнемоніки, а клінічне застосування пояснено українською.

- S - Setting up the interview - підготувати умови розмови. Забезпечити приватність, сісти на одному рівні з пацієнтом, мінімізувати переривання, мати достатньо часу, за згодою пацієнта запросити близьку людину. Перед початком знати ключові факти, щоб не плутатися у власній інформації.
- P - Perception - з'ясувати, як пацієнт розуміє ситуацію. Приклади: «Що Вам уже сказали про результати обстеження?», «Як Ви самі розумієте, що зараз відбувається?». Це допомагає виявити хибні уявлення і не починати пояснення з нуля.
- I - Invitation - уточнити, скільки інформації пацієнт хоче отримати саме зараз. Приклад: «Ви хотіли б, щоб я пояснив результати детально, чи спочатку коротко про головне?». Право знати включає також право тимчасово не отримувати всі деталі.
- K - Knowledge - повідомити знання зрозумілими порціями. Спочатку корисно дати попереджувальну фразу: «На жаль, результати гірші, ніж ми сподівалися». Потім одна ключова теза, пауза, перевірка розуміння. Уникати медичного жаргону і надмірної кількості цифр.
- E - Emotions with empathic responses - помітити емоцію і відповісти емпатично. Не поспішати заповнювати тишу додатковою інформацією. Пауза є частиною розмови. Можна сказати: «Я бачу, наскільки важко це чути», «Це дуже багато інформації за один раз».
- S - Strategy and Summary - підсумувати і перейти до стратегії. Завершити розмову конкретним найближчим планом: що робимо сьогодні, з ким зв'язуємося, коли наступний контакт, що робити при погіршенні. Пацієнт не повинен залишитися лише з діагнозом без маршруту.

SPIKES не є сценарієм, який потрібно механічно проговорювати. Послідовність може змінюватися, окремі кроки можуть повторюватися. Його цінність у тому, що лікар пам'ятає про підготовку, вихідну позицію пацієнта, дозування інформації, емоційну реакцію та конкретний план.

## **17. Емпатична відповідь за NURSE**

Для відповіді на емоційний сигнал можна використати мнемоніку NURSE. Це набір можливих типів реакції, а не жорстка послідовність.

- N - Naming - назвати емоцію обережно: «Схоже, це Вас дуже налякало».
- U - Understanding - показати розуміння в контексті: «З огляду на те, скільки Ви вже пройшли лікування, зрозуміло, чому це так важко».
- R - Respecting - висловити повагу до зусиль і цінностей: «Ви зробили дуже багато, щоб пройти це лікування і залишатися поруч із родиною».
- S - Supporting - запропонувати конкретну підтримку: «Я залишуся з Вами в цьому процесі і поясню наступні кроки».
- E - Exploring - дослідити переживання: «Що у цій новині зараз лякає Вас найбільше?».

## **18. Типові помилки при повідомленні поганих новин**

- повідомляти ключову інформацію стоячи у дверях, у коридорі або під час паралельної роботи з комп'ютером;
- починати з довгого технічного пояснення до того, як сказано головне;
- використовувати евфемізми настільки нечітко, що пацієнт не розуміє діагноз або прогноз;
- видавати весь обсяг інформації одразу, не перевіряючи, що людина почула і зрозуміла;
- відразу після ключової новини переходити до переліку процедур, не залишивши місця для емоційної реакції;
- говорити «не хвилюйтеся», «все буде добре», «треба боротися», коли лікар не може цього гарантувати;

- плутати чесність із жорсткістю. Правдива інформація може бути конкретною і водночас співчутливою;
- говорити родині «ми не скажемо пацієнтові», не з'ясувавши бажання самого компетентного пацієнта щодо інформації;
- залишати пацієнта після поганої новини без конкретного наступного кроку і без узгодженого повторного контакту.

## **19. Як говорити про прогноз і невизначеність**

Прогноз рідко є точним. Краще використовувати діапазони та пояснювати невизначеність. Якщо пацієнт запитусь «скільки мені залишилося?», спочатку доречно уточнити, що стоїть за запитанням: потреба завершити справи, побачити родичів, страх болю, планування догляду. Після цього можна дати максимально чесну оцінку: «Точно сказати неможливо. За тим, як швидко змінюється стан, я більше думаю про місяці, а не про роки. Ми будемо стежити за змінами і говорити про них відкрито».

Не слід називати точну дату смерті, якщо немає надзвичайних обставин і очевидних ознак агонального періоду. Помилка в прогнозі має асиметричні наслідки: надмірно точний прогноз може змінити життєві рішення, підірвати довіру і посилити страждання.

## **20. Рішення наприкінці життя та межі втручань**

Паліативна допомога не означає автоматичної відмови від реанімації, госпіталізації, антибіотиків, переливання крові або інших втручань. Кожне рішення оцінюють за потенційною користю, тягарем, цілями пацієнта і клінічною ситуацією. Втручання, яке не може досягти визначеної клінічної мети, не стає корисним лише через технічну можливість його виконати.

Розмова про межі лікування повинна бути конкретною. Замість абстрактного «Ви хочете реанімацію?» доцільно пояснити, що саме означає серцево-легенева реанімація у конкретного пацієнта, яка ймовірність відновлення до прийнятної для нього рівня функціонування і які альтернативи симптоматичної підтримки доступні. Такі рішення потребують дотримання чинного законодавства і локальних процедур.

## **21. Особливості допомоги вдома**

Домашня паліативна допомога потребує не лише ліків, а й підготовленої системи. До виписки або планування домашнього ведення треба з'ясувати: хто реально буде поруч; чи є доступ до ліків у потрібний час; чи є засоби догляду; чи може пацієнт приймати препарати через рот; що робити при блюванні або дисфагії; хто замінить катетер або перев'язку; куди телефонувати вночі; які симптоми потребують екстреної допомоги; що є бажаним місцем допомоги при погіршенні.

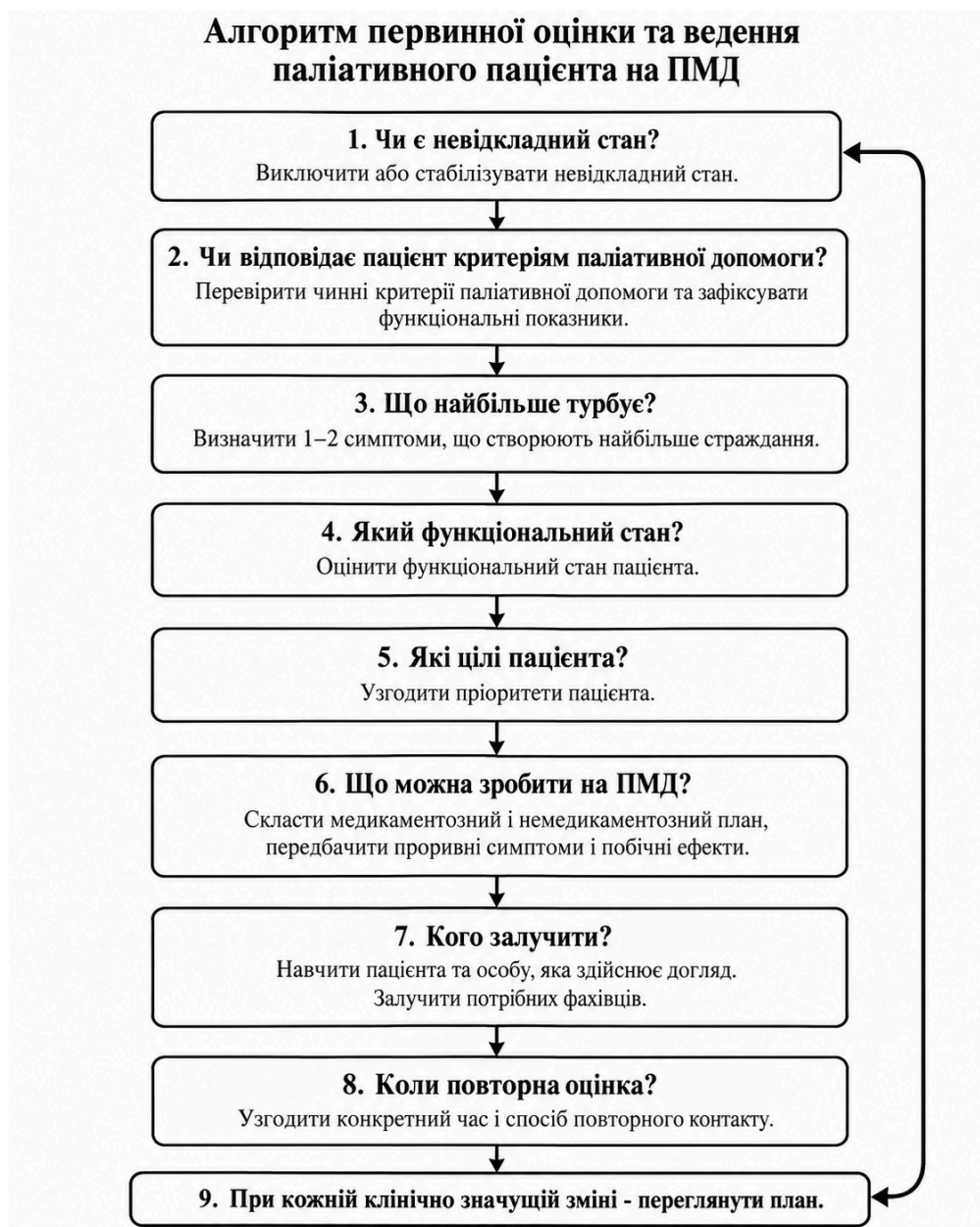
Телемедицина може доповнювати, але не замінювати очний огляд у ситуаціях, коли потрібне фізичне обстеження. Чинна редакція Порядку дозволяє використовувати телеконсультування, теледіагностику та інші методи телемедицини для раннього виявлення, оцінки та лікування болю, супутніх симптомів і ускладнень [2, 4].

## **22. Типові помилки у веденні паліативного пацієнта на ПМД**

- ототожнювати паліативну допомогу лише з останніми днями життя;
- чекати припинення всього активного лікування перед початком паліативного підходу;
- вважати сам діагноз достатнім для документування паліативного статусу без перевірки чинних критеріїв;
- оцінювати лише біль і не запитувати про задишку, закреп, делірій, тривогу, харчування, функціонування і навантаження на сім'ю;
- призначати опіоїд «за потреби» без базової схеми при постійному болю;
- підвищувати дозу опіоїду без переоцінки механізму болю та причин погіршення;
- починати регулярний сильний опіоїд і не планувати профілактику закрепу;
- використовувати трансдермальний опіоїд як спосіб швидкого титрування нестабільного болю;

- пояснювати сонливість будь-якого походження «морфіном» без пошуку інших причин;
- повідомляти погані новини без попередньої оцінки розуміння і бажаного обсягу інформації;
- обіцяти «все буде добре» або називати точну тривалість життя без достатніх підстав;
- завершувати розмову про прогноз без конкретного плану наступних дій;
- ігнорувати виснаження особи, яка здійснює догляд;
- вважати госпіталізацію єдиним варіантом при погіршенні, не обговорюючи цілі та можливості допомоги вдома.

## 23. Короткий інтегрований алгоритм для сімейного лікаря



## VI. Алгоритм самостійної підготовки до заняття

1. Опрацювати чинний Порядок надання паліативної допомоги, затверджений наказом МОЗ України від 04.06.2020 № 1308, особливо розділи I-III.
2. Окремо опрацювати зміни 2024 року, затверджені наказом МОЗ № 1853, та додаток 2 з критеріями визначення дорослого пацієнта, який потребує паліативної допомоги.

3. Вміти пояснити різницю між загальною та спеціалізованою паліативною допомогою і роль сімейного лікаря.
4. Повторити логіку шкал PPS, Карновського та Бартел; знати, що низький функціональний статус є частиною критеріїв для багатьох груп захворювань.
5. Відпрацювати структуровану оцінку болю за PQRST і числовою шкалою 0-10.
6. Повторити відмінності між соматичним, вісцеральним, нейропатичним і змішаним болем.
7. Опрацювати принципи застосування неопіїдних, опіїдних і допоміжних анагетиків, профілактики закрепу та моніторингу опіїдної токсичності.
8. Знати, що частий проривний біль є приводом переглянути базову анагезію.
9. Вивчити шість компонентів SPIKES і підготувати по одній природній українській фразі для кожного кроку.
10. Вивчити компоненти NURSE і відпрацювати емпатичну відповідь на страх, гнів і мовчання пацієнта.
11. Сформулювати п'ять фраз, яких не слід використовувати при повідомленні поганих новин, та замінити їх професійними альтернативами.
12. Підготувати короткий план домашнього ведення паліативного пацієнта: ліки, догляд, ознаки небезпеки, контакти, повторна оцінка.

## **VII. Основні теоретичні питання теми**

1. Що таке паліативна допомога за чинним Порядком МОЗ України?
2. Чим відрізняються захворювання, що загрожує життю, і захворювання, що обмежує життя?
3. Чим загальна паліативна допомога відрізняється від спеціалізованої?
4. Чому паліативна допомога може поєднуватися з куративним лікуванням?
5. Які функції сімейного лікаря у паліативній допомозі?
6. Як у чинному додатку 2 побудовано критерії визначення дорослого пацієнта, який потребує паліативної допомоги?
7. Які групи захворювань включено до критеріїв?
8. Яку роль відіграють PPS, індекс Карновського та індекс Бартел?
9. Чому функціональна шкала не замінює клінічної оцінки?
10. Які фізичні, психоемоційні, соціальні та духовні домени треба оцінити?
11. Що має містити план спостереження і коли його переглядають?
12. Які ситуації потребують залучення спеціалізованої паліативної команди?
13. Які основні механізми хронічного болю?
14. Що означають компоненти PQRST?
15. Чому інтенсивність болю не можна оцінювати лише за поведінкою пацієнта?
16. Які функціональні цілі доцільно узгоджувати при лікуванні болю?
17. Яке місце неопіїдних засобів у мультимодальному знеболенні?
18. Коли сильний опіїд є обґрунтованим?
19. Чому при регулярній опіїдній терапії потрібно планувати профілактику закрепу?
20. Що таке проривний біль і що означає його часта поява?
21. Які ознаки можуть свідчити про опіїдну токсичність?
22. Чому сонливість у паліативного пацієнта не можна автоматично пояснювати опіїдом?
23. Що таке погані новини у клінічному контексті?
24. Що означають шість компонентів SPIKES?
25. Чому перед повідомленням інформації потрібно з'ясувати, що вже розуміє пацієнт?
26. Як дозувати складну інформацію?
27. Що означають компоненти NURSE?
28. Як говорити про прогноз за наявності невизначеності?
29. Чому фраза «ми більше нічого не можемо зробити» є невдалою?
30. Якими елементами має завершуватися розмова про погані новини?

## **VIII. Перелік практичних навичок до заняття**

1. За клінічним описом визначити, чи потрібно перевірити критерії паліативної допомоги.
2. Вибрати доречну функціональну шкалу та інтерпретувати низький функціональний результат у контексті клінічного стану.
3. Провести коротку комплексну оцінку паліативних потреб дорослого пацієнта.
4. Сформулювати три конкретні цілі ведення, орієнтовані на якість життя пацієнта.
5. Провести оцінку болю за PQRST і числовою шкалою 0-10.
6. Визначити ймовірний механізм болю за коротким клінічним описом.
7. Скласти базовий план знеболення з урахуванням механізму болю, супутніх хвороб і функції нирок/печінки.
8. Пояснити пацієнтові, як приймати базовий аналгетик і препарат для проривного болю, коли він призначений.
9. Скласти короткий план профілактики та моніторингу побічних ефектів опіоїду.
10. Розпізнати навчальний сценарій можливої опіоїдної токсичності та визначити невідкладні дії.
11. Повідомити несприятливий результат обстеження за структурою SPIKES.
12. Відреагувати на емоцію пацієнта за NURSE без неправдивого заспокоєння.
13. Сформулювати прогноз з використанням діапазону і чесного пояснення невизначеності.
14. Завершити складну розмову конкретним планом: наступний крок, контакт, ознаки погіршення, дата/умова повторної оцінки.
15. Скласти короткий план домашнього спостереження з урахуванням потреб пацієнта та особи, яка здійснює догляд.

## **IX. Рекомендована література та доказові / нормативні джерела**

1. World Health Organization. Palliative care. Fact sheet. 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Наказ МОЗ України від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні», чинна редакція від 20.03.2025. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20>
3. Наказ МОЗ України від 04.11.2024 № 1853 «Про затвердження Змін до Порядку надання паліативної допомоги», чинна редакція. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1746-24>
4. Наказ МОЗ України від 27.01.2025 № 167 «Про затвердження Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0207-25>
5. World Health Organization. WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva: WHO; 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>
6. National Institute for Health and Care Excellence. Palliative care for adults: strong opioids for pain relief. CG140. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg140>
7. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO; 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514477>
8. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. The Oncologist. 2000;5(4):302-311. doi:10.1634/theoncologist.5-4-302.
9. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. CA Cancer J Clin. 2005;55(3):164-177.
10. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII, чинна редакція. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
11. Наказ МОЗ України від 19.07.2005 № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів на лікарські засоби і медичні вироби, Порядку відпуску лікарських засобів і медичних виробів з

- аптек та їхніх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків», чинна редакція. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0782-05>
12. International Association for the Study of Pain. IASP Terminology: Pain. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
  13. European Association for Palliative Care. White paper and clinical resources on core palliative care principles. <https://eapcnet.eu/>
  14. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. Geneva: WHO; 2016. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565417>
  15. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care concepts and updated guidance resources. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
  16. Верховна Рада України. Пов'язані документи до нормативного регулювання паліативної допомоги. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/1427573z6>