

УДК: 614.216:[616.8+616-006]-039.75(477)

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ НЕВРОЛОГІЧНОГО ТА ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛІВ ЛІКУВАННЯ

Нестеренко В.Г.¹, Редька І.В.²

¹Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

²Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків, Україна

Дослідження було проведено з метою встановлення недостатньо вивчених регіональних відмінностей потреби у Паліативній і Хоспісній Допомозі (ПХД) в Україні та статистичної перевірки зв'язку між параметрами якості життя, рівнем болю та якістю знеболення паліативних пацієнтів онкологічного та неврологічного профілів лікування. Були використані медико-статистичний (зокрема рангова кореляція Спірмена), соціологічний (зокрема анкета SF-36 опитування щодо якості життя) та порівняльний методи. Потреба у ПХД у всіх регіонах України коливалась в межах 1 % кількості населення. Регіональний вплив не був виявлений. Для медико-соціального дослідження з когорти 171 у складі пацієнтів харківського хоспіса були сформовані кастомізовані групи неврологічного (50 пацієнтів) та онкологічного (50 пацієнтів) профілів лікування. Були виявлені достовірні ($p < 0,05$) прямі корелятивні зв'язки між показниками загального здоров'я та життєздатності пацієнтів неврологічного профілю лікування ($r = 0,316$), та між показниками фізичного функціонування та суб'єктивною оцінкою результатів лікування протягом 3–4 тижнів пацієнтів онкологічного профілю (зменшенням проявів ракової інтоксикації та недостатності органів та систем; $r = 0,332$). Отримані результати підтвердили коректність модифікації опитувальника SF-36 на попередніх етапах дослідження. Був визначений достовірний ($p < 0,05$) помірний зворотній зв'язок ($r = -0,613$) між задоволеністю лікуванням та рівнем болю у групі хворих неврологічного профілю лікування; та достовірний сильний зворотній зв'язок ($r = -0,713$) між задоволеністю лікуванням та рівнем болю у групі хворих онкологічного профілю лікування. Правильність призначенні знеболювальних була низькою навіть при стаціонарному лікуванні у хоспісі, і складала 78 % та 84 % відповідно.

Ключові слова: паліативна та хоспісна допомога, візуально-аналогова шкала болю, якість життя, задоволеність лікуванням.



Цитуйте українською: Нестеренко ВГ, Редька ІВ. Клініко-епідеміологічні характеристики паліативних хворих неврологічного та онкологічного профілів лікування. Медицина сьогодні і завтра. 2024;93(4):14с. In press. <https://doi.org/10.35339/msz.2024.93.4.ner>

Cite in English: Nesterenko VG, Redka IV. Clinical and epidemiological characteristics of palliative patients of neurological and oncological treatment profiles. Medicine Today and Tomorrow. 2024;93(4):14p. In press. <https://doi.org/10.35339/msz.2024.93.4.ner> [in Ukrainian].

Відповідальний автор: Нестеренко В.Г.
Адреса: Україна, 61022, м. Харків,
пр. Науки, 4, ХНМУ.
E-mail: vh.nesterenko@knmu.edu.ua

Corresponding author: Plakida O.L.
Address: Ukraine, 61022, Kharkiv,
Nauka ave., 4, KhNMU.
E-mail: vh.nesterenko@knmu.edu.ua

Вступ

Паліативна та Хоспісна Допомога (ПХД) охоплює чисельні категорії хворих в останні місяці та дні їх життя [1; 2]. Паліативні стани характеризуються важкими порушеннями функцій життєзабезпечення та супроводжуються інтенсивним хронічним болем [3; 4]. Надання необхідних медичних послуг паліативним пацієнтам потребує від національних систем охорони здоров'я зваженої політики щодо обігу наркотичних речовин та прекурсорів (балансу запобігання рекреаційного вживання наркотичних препаратів та доступності наркотичного знеболення для важкохворих), інтеграції системи ПХД до загальної системи охорони здоров'я та фінансування витрат паліативних медичних закладів за гнучкими алгоритмами, які не дозволять переривати лікування важкохворих у зв'язку з суб'єктивними обставинами (закінчення фінансового року, пакету програми медичних гарантій Національної служби здоров'я України тощо) [5; 6]. Найбільш чутливою до переривання фінансування є система забезпечення знеболення, якого потребують у середньому 60 % паліативних пацієнтів, та до 85 % паліативних хворих онкологічного профілю лікування у термінальних стадіях [7; 8].

Українська система ПХД демонструє високу адаптивність до умов війни, що проявлено збереженням якості лікування у 2022–2024 роках у Комунальному некомерційному підприємстві Харківської обласної ради «Обласний центр паліативної медицини «Хоспіс»» (далі – харківському хоспісі) у порів-

нянні з 2021 довоєнним роком. Але при цьому вона не забезпечує належної безпеки маломобільних паліативних хворих під час обстрілів українських територій, особливо у регіонах, наближених до ліній фронту. Ця проблема може бути вирішена за рахунок евакуації хоспісів до більш безпечних регіонів України [9]. Стандарти надання медичної допомоги паліативним хворим також потребують вдосконалення: необхідне збільшення арсеналу лікарських засобів для лікування паліативних станів, розширення переліку хвороб, які необхідно лікувати як паліативні, у відповідних умовах хоспісів, паліативних відділень та «хоспісах на дому». Необхідна також більша деталізація інструкцій щодо оцінки станів паліативних пацієнтів та лікування залежно від основного паліативного діагнозу, важкості стану та коморбідності [10]. Не дослідженим є регіональні відмінності потреби у ПХД у різних частинах України.

Наші дослідження вивчення потреби у ПХД в Україні визначили кількість паліативних хворих (*таблиця 1*) та дозволили окреслити коло паліативних хвороб дорослих і дітей значно більше, ніж традиційно лікують в Україні як паліативні [11; 12]. Найбільшими за чисельністю групами паліативних хворих, відповідно до цієї оцінки та подальшого прогнозування потреби у ПХД, залишаються злоякісні новоутворення дорослих і дітей, дегенеративні інвалідизуючі неврологічні захворювання та неврологічні наслідки розладів кровообігу, хронічних та гострих [4; 8; 13; 14]. Пацієнти цих профілів знаходяться на стаціонарному лікуванні у харківсько-

Таблиця 1. Потреба в паліативній та хоспісній допомозі серед дорослих і дітей України у 2018–2020 рр.

Рік	Категорія хворих та їх кількість		
	дорослі	діти	всього
2018	227.143	61.355	288.498
2019	212.199	49.002	261.201
2020	190.179	45.357	235.536

му хоспісі, і вибірка, що репрезентативно відображує стан лікування, його суб'єктивну оцінку пацієнтами та якість їх життя протягом одного року лікування не перевищує 50 осіб [9]. При цьому потреба у ПХД лише однієї категорії пацієнтів (дорослих паліативних хворих із злоякісними новоутвореннями) у Харківському регіоні у 2018 році за оцінками Українського центру суспільних даних (далі – УЦСД) складала 6.842 пацієнти [15], тобто головний хоспіс регіону забезпечував менше 1 % потреби. Проведений нами попередній аналіз практики знеболення [4; 8] виявив несвочасне призначення наркотичних знеболювальних паліативним пацієнтам з інтенсивним болем та обмежений перелік препаратів для знеболення. Ми зробили припущення, що низьке охоплення ПХД паліативних хворих навіть у довоєнні часи могло призвести до низького рівня задоволення від лікування, зокрема знеболення.

Недосконалість практики знеболення дозволяє передбачити залежність якості життя та задоволеності лікуванням паліативних пацієнтів онкологічного та неврологічного профілів лікування від відповідності фактичного знеболення національному протоколу лікування хронічного болю та суб'єктивного сприйняття болю за Візуально-Аналоговою Шкалою (ВАШ). На подібний зв'язок вказують закордонні дослідники [16; 17], але ми не знайшли публікацій про такі дослідження в Украї-

ні. Цей факт визначив актуальність нашого дослідження.

Метою дослідження було вивчення регіональних відмінностей потреби у паліативній і хоспісній допомозі в Україні та статистичної перевірки зв'язку між параметрами якості життя, рівнем болю та якістю знеболення паліативних пацієнтів онкологічного та неврологічного профілів лікування.

Завданнями дослідження були:

1. вивчення регіональних відмінностей потреби у ПХД за показником відносної кількості дорослого населення та дітей східного, центрального та західного регіонів України;

2. статистично перевірити зв'язок між параметрами якості життя, рівнем болю та якістю знеболення паліативних пацієнтів онкологічного та неврологічного профілів лікування.

Матеріали і методи

Дослідження було проведено з використанням медико-статистичного, соціологічного та порівняльного методів. Медико-статистичний метод враховував дані демографічної статистики та статистики захворювань. Ми використовували Excel 2023 (Microsoft, USA) та SPSS ver. 28 (IBM, USA). Програма та методи дослідження була схвалені комісією з етики та біоетики Харківського національного медичного університету 12.09.2023, протокол № 10.

Дослідження було проведено у два етапи, відповідно до сформульованих задач. Відповідно до гіпотези дослід-

ження, навіть у довоєнні часи могла існувати різниця у потребі в ПХД залежно від регіону. На першому, *епідеміологічному*, етапі були вивчені регіональні відмінності потреби у ПХД за показником відносної кількості дорослого населення та дітей східного (Харківська область), центрального (Київська та Вінницька області) та західного (Львівська область) регіонів України у 2018 році. Для цього були використані дані демографічної статистики [18, с. 19; 33], представлені у *таблиці 2*.

Для коректного порівняння областей за кількістю населення у всіх населених пунктах дані про населення міста Київ (діти (0–17 років) – 558.053; та дорослі – 2.351.459) та решти області (діти (0–17 років) – 344.508; та дорослі – 1.417.653) також складені разом.

На другому, *медико-соціальному*, етапі дослідження, були вивчені 100 випадків лікування паліативних хворих у харківському хоспісі (2021–2023 рр.). Першочергово для дослідження були сформовані 2 групи пацієнтів (*таблиця 3*).

Таблиця 2. Кількість населення дітей (0–17 років) дорослих (18 років та старше) за прямими даними державної статистики та розрахованими даними у Харківській, Вінницькій, Київській та Львівській областях та всієї України

Регіон	Кількість населення	
	Діти (0–17 років)	Дорослі (18 років і старше)
Харківська область	432.285	2.227.677*
Вінницька область	285.683	1.267.626*
Київська область без м. Київ	344.508	1.417.653*
Місто Київ	558.053	2.351.459*
Київська область та м. Київ	902.561*	3.769.112*
Львівська область	484.905	2.018.746*
Вся Україна	7.579.703	34.403.861*

Примітка: * – розраховані дані.

Таблиця 3. Всі пацієнти, дані яких були проаналізовані для дослідження та використані для подальшого вибору кастомізованих груп***

Категорія за МКХ-10	Кількість, n ₁ *	Вік, років			Статистична оцінка			Не відповідали критеріям включення, n ₂	Відібрані для дослідження пацієнти, n ₃ **
		Середнє	Медіана	M±m	t-критерій	гіпотеза μ	p		
I67.2	91	75,80	75,00	75,33±7,30	0,43	75,0	0,67	27	50
C00–C97, D00–D48	80	64,55	64,50	60,6±11,23	0,24	64,5	0,76	19	50

Примітки: МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду;

M – середнє значення; m – стандартне відхилення; p – абсолютно кількість пацієнтів.

Зі 171 пацієнтів з дослідження були виключені 27 пацієнтів неврологічного профілю лікування та 19 пацієнтів онкологічного профілю лікування, у зв'язку з невідповідністю критеріям включення до дослідження:

- наявність інформованої згоди на участь у науковому дослідженні конфіденційно;

- «дієздатність» (змога зрозуміло відповідати на питання першої та другої анкети SF-36 щодо якості життя, орієнтованість у просторі, часі та власній особистості);

- всі відповіді на питання анкет про задоволеність лікуванням;

- наявність оцінки рівню болю двічі за ВАШ [19], у тому числі удруге у день відповіді на питання анкети про задоволеність лікуванням.

З числа 64 пацієнтів неврологічного профілю лікування та 61 пацієнта онкологічного профілю лікування шляхом кастомізації були обрані по 50 пацієнтів. Першу групу склали дорослі пацієнти з церебральним атеросклерозом (I67.2 за МКХ-10); середній вік 76,16 років; 21 чоловік та 29 жінок. Другу групу склали дорослі пацієнти із злоякісними новоутвореннями різних локалізацій паліативних стадій (C00–C97 та D00–D48 за МКХ-10); середній вік 63,38 років; 27 чоловіків та 23 жінки. Пацієнти другої групи мали злоякісні новоутворення різних локалізацій, що призвели до смерті пацієнтів внаслідок ракової інтоксикації (43 або 86,0 % пацієнтів), органної недостатності (17 або 34,0 %), кахексії (9 або 18,0 %), метастазування або проростання пухлин у сусідні органи з порушенням їх вітальних функцій (21 або 42,0 % пацієнтів), тромбоемболічних ускладнень (6 або 12,0 %), інфекційних ускладнень (6 або 12,0 %), ускладнень лікування (3 або 6,0 %).

Всі середні значення серед обраних для дослідження пацієнтів (по 50 осіб

в кожній групі) були визначені шляхом підрахунку середньоарифметичного, без медіани та стандартних відхилень.

Для вивчення якості життя було застосовано опитувальник SF-36, модифікований нами для паліативних пацієнтів неврологічного та онкологічного профілів лікування [20; 21]. Категорії питань анкети були позначені наступним чином:

- фізичне функціонування – PF (Physical Functioning);

- рольове (фізичне) функціонування – RP (Role-Physical functioning);

- інтенсивність болю – BP (Bodily Pain);

- загальне здоров'я – GH (General Health);

- життєздатність – VT (ViTality);

- соціальне функціонування – SF (Social Functioning);

- емоційне функціонування – RE (Role-Emotional functioning);

- психологічне здоров'я – MH (Mental Health);

- загальний результат – OR (Overall Result).

Різниця двох анкетувань, обрахована в балах (як і всі інші показники якості життя) відображувала результат лікування та була позначена як DS (Difference in Studies).

З метою статистичної перевірки зв'язків між параметрами якості життя, рівнем болю та якістю знеболення паліативних пацієнтів онкологічного та неврологічного профілів лікування, їм було запропоновано заповнити анкету двічі, і одночасно (двічі) оцінити рівень болю за ВАШ. Під час другого анкетування пацієнти також оцінили якість лікування в цілому та якість знеболення як частини лікування за інтуїтивною 10-тибальною шкалою. Інтервал між 1-м та 2-м анкетуваннями складав 3–4 тижні. Для оцінки зв'язку зазначених вище параметрів був використаний метод ран-

гової кореляції Пірсона. Інтерпретація результатів була проведена за критеріями:

$r = +1$: повна пряма кореляція;

$|r| \geq 0,7$: сильний зв'язок;

$0,3 \leq |r| < 0,7$: помірний зв'язок;

$|r| < 0,3$: в слабкий зв'язок;

позитивне значення r – прямий зв'язок;

негативне значення r – зворотній зв'язок.

Результати та їх обговорення

Результати першого (епідеміологічного) етапу дослідження представлені у таблиці 3.

товими) даними, то перші відповідають другим. Так, якщо за даними ВООЗ та Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA, українською – Всесвітній альянс хоспісної та паліативної допомоги) 40 мільйонів людей щорічно потребують паліативної допомоги, а за даними Фонду народонаселення ООН, станом на 15 листопада 2022 року населення Землі досягло позначки 8 млрд людей [22; 23], то можна порахувати, що 0,5 % населення планети потребує паліативної допомоги щороку. За іншими даними [24], 78 % з 40 млн осіб (тобто 31,2 млн), що потребують паліа-

Таблиця 3. Потреба у паліативній та хоспісній допомозі дорослих і дітей Харківської, Вінницької, Київської та Львівської областей та всієї України у 2018 році

Регіон України	Область*	Потреба у ПХД			
		Дорослі		Діти	
		Абсолютна кількість	% від наявного населення**	Абсолютна кількість	% від наявного населення**
Схід	Харківська	17.384	0,78	5.297	1,23
Центр	Вінницька	8.612	0,68	2.716	0,95
	Київська та м. Київ	30.912	0,82	10.078	1,12
Захід	Львівська	15.056	0,75	4.268	0,88
Україна	всі	258.207	0,75	65.906	0,87

Примітки:

*розрахунок потреби у ПХД Харківської, Вінницької та Львівської областей був одразу проведений з урахуванням даних всіх населених пунктів. Потреба у ПХД серед дорослих Київської області була обрахована як сума потреби дорослих Київської області (13.536) та міста Києва (17.376). Потреба у ПХД серед дітей Київської області була обрахована як сума потреби дітей Київської області (2.325) та міста Києва (7.753);

**розрахунок за даними офіційної демографічної статистики.

Таким чином, кількість паліативних хворих серед дорослих та дітей за найбільш відомим детальним розрахунком в Україні за останні 10 років коливається біля цифри 1 %. Якщо співставити ці дані із наявними глобальними (сві-

тивною) даними, то перші відповідають другим. Так, якщо за даними ВООЗ та Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA, українською – Всесвітній альянс хоспісної та паліативної допомоги) 40 мільйонів людей щорічно потребують паліативної допомоги, а за даними Фонду народонаселення ООН, станом на 15 листопада 2022 року населення Землі досягло позначки 8 млрд людей [22; 23], то можна порахувати, що 0,5 % населення планети потребує паліативної допомоги щороку. За іншими даними [24], 78 % з 40 млн осіб (тобто 31,2 млн), що потребують паліа-

тивної допомоги щороку. За ще одним розрахунком, з 58 млн людей у світі, що помирають щороку, щонайменше 60 % (тобто 34,8 млн, або 0,43 % населення планети) є невиліковно хворими та потребують паліативної допомоги [25]. За даними Української ліги сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги [26], в Україні близька 5 % осіб віком >60 років потребують паліативної допомоги, а у віці >75 років цей відсоток зростає до 60. За цим розрахунком кількість паліативних хворих в Україні може бути у 6–7 разів більшою, що збігається з оцінками МОЗ (кількість паліативних хворих до 1,5 млн осіб) та ВООЗ (кількість паліативних хворих до 2 млн осіб). У нашому дослідженні ми мали вирішити, на яку попередню оцінку орієнтуватися. Уточнення було вирішено провести за рахунок аналізу переліку нозологій, запропонованого УЦСД: до цього переліку були додані розсіяний склероз дорослих та епілепсія дорослих і дітей [8].

У східному регіоні України (Харківській області) також у довоєнному 2020 році існувала потреба створення 100 мобільних бригад паліативної допомоги [25], що за розрахунком УЦСД (2019) щодо оптимального забезпечення (1 бригада на 375 дорослих паліативних хворих або на 100 дітей з паліативними діагнозами) відповідає загальній кількості паліативних хворих 32 тис., з яких 2 тис. – діти, 30 тис. – дорослі [15]). Що приблизно в 1,4 рази більше розрахованої кількості паліативних пацієнтів (1,5 % населення області). Розрахунок за мінімальною кількістю мобільних бригад на кількість паліативних хворих (норматив є меншим в 1,7 рази для дорослих та в 5 разів менше для дітей, відповідно розрахована кількість паліативних пацієнтів є більшою у стільки ж разів) дозволяє рахувати кількість паліативних хворих у 61 тис.,

з яких 51 тис. – дорослі паліативні хворі, 10 тис. – діти (2,9 % населення області).

Аналогічна оцінка виконана для Західного регіону України. Населення Львова на початок 2022 за даними міської ради та служби державної статистики [27] складала більше 717 тис. Переселення зі Львова від початку війни склало близька 14 тис. Але це місто прийняло значну кількість переселенців з інших більше небезпечних регіонів України (150 тис., половина з яких офіційно зареєстрована) [28]. У Львівській області ще на початок травня 2023 року зареєструвались майже 240 тис. переселенців [29]. Діти з паліативними діагнозами, що знаходилися в області на кордоні з ЄС, а також діти вимушених переселенців з паліативними діагнозами (разом із членами своїх сімей, переважно жінками), що переїхали спочатку до цього західного регіону України, від початку повномасштабної війни виїхали за кордон для забезпечення кращого лікування та догляду. У той самий час дорослі з паліативними діагнозами, що мешкали у Львівській області перед війною, переважно залишилися на території області [30]. Навіть з урахуванням факту більш активної міграції населення з Львівської області від початку війни потреба може складати 2,2 % населення, тобто є недооціненою за нашим розрахунком.

У Центральному регіоні України оцінка потреби у ПХД Київської області може бути більшою за розраховану нами у 2,4 рази, у Вінницькій області – в 3,1 рази. Але навіть задоволення потреби у ПХД 1 % населення України буде більшою 1–5 разів у порівнянні з рівнем надання ПХД на сучасному етапі. А задоволення потреби в адекватному знеболенні при рівні 80 % від потреби за зазначеним переліком нозологій збільшить охоплення паліативних

хворих у 3,8–4,6 разів від поточного рівня.

За результатами другого етапу дослідження визначені зв'язки між компонентами якості життя, як такими та під впливом лікування протягом 3–4 тижнів (таблиці 4 та 5).

між показниками рольового (фізичного) функціонування та динаміки загального стану внаслідок лікування протягом 3–4-х тижнів ($r=0,374$). Отриманий результат співпадає з аналогічним [31].

Таким чином, проведена модифікація опитувальника була коректною, не

Таблиця 4. Взаємозв'язок показників якості життя неврологічних паліативних хворих харківського хоспісу (група 1) у динаміці при лікуванні протягом 3–4 тижнів.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	OR	DS
PF	1									
RP	-0,200	1								
BP	0,162	0,080	1							
GH	0,181	0,040	0,125	1						
VT	0,035	-0,313*	0,052	0,316*	1					
SF	0,128	0,298*	-0,057	-0,032	-0,294*	1				
RE	0,014	-0,003	-0,184	-0,272	-0,344*	0,230	1			
MH	0,252	0,064	0,159	-0,213	-0,064	0,264	-0,205	1		
OR	-0,033	0,117	0,052	0,095	0,376*	0,221	0,010	0,204	1	
DS	0,071	0,374*	-0,062	-0,070	-0,461*	0,227	0,270	-0,104	-0,011	1

Примітка: * – достовірний результат ($p<0,05$).

У пацієнтів неврологічного профілю лікування виявленій достовірний ($p<0,05$) прямий помірний зв'язок між показниками загального здоров'я та життєздатності ($r=0,316$), що, на нашу думку, пов'язано з критичною оцінкою стану власного здоров'я та власного прогнозу щодо одужання, які обережно покращуються при позитивному ефекті лікування. Найбільш позитивно пацієнтами оцінюється навіть незначне покращення можливості рухатися внаслідок лікування (проходити більш відстані, виходити за межі палати та відділення). Це підтверджує встановлений достовірний прямий помірний зв'язок

змінити чутливість анкети та виявила додаткові закономірності в якості життя при оцінці у динаміці паліативних хворих. У пацієнтів онкологічного профілю покращення фізичного стану більшою мірою пов'язано зі зменшенням проявів ракової інтоксикації та недостатності органів та систем, що достовірно позитивно покращує суб'єктивну оцінку фізичного функціонування та результатів лікування протягом 3–4 тижнів. У пацієнтів неврологічного профілю лікування достовірно позитивно змінюється оцінка покращення можливості краще рухатися внаслідок лікування.

Таблиця 5. Взаємозв'язок показників якості життя онкологічних паліативних хворих харківського хоспісу (група 2) у динаміці при лікуванні протягом 3–4 тижнів.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	OR	DS
PF	1									
RP	-0,126	1								
BP	0,373*	0,119	1							
GH	0,315*	-0,042	0,251	1						
VT	0,072	-0,378*	0,123	0,371*	1					
SF	-0,114	0,298*	0,092	-0,107	-0,326*	1				
RE	0,000	-0,003	-0,151	-0,308*	-0,361*	0,230	1			
MH	0,177	0,067	0,164	-0,166	-0,007	0,264	-0,189	1		
OR	0,003	0,087	0,214	0,159	0,241	0,298*	0,142	0,078	1	
DS	0,040	0,332*	0,085	-0,112	-0,524*	0,202	0,255	-0,166	0,077	1

Примітка: * – достовірний результат ($p < 0,05$).

У пацієнтів онкологічного профілю лікування виявлений достовірний ($p < 0,05$) прямий помірний зв'язок між показниками фізичного функціонування з одного боку та інтенсивність болю ($r=0,373$) й загального здоров'я ($r=0,315$), що доводить вплив болю на загальний стан здоров'я. Помірний характер зв'язку може бути пояснений знеболенням, що надається паліативним пацієнтам у хоспісі.

У пацієнтів онкологічного профілю лікування виявлений достовірний ($p < 0,05$) прямий слабкий зв'язок між показниками:

- соціального функціонування та рольового (фізичного) функціонування ($r=0,296$), що може бути пояснено зв'язком спроможності спілкуватися з оточенням з можливістю вільно рухатися (самостійно або за допомогою трости, візка, милиць чи ходунків);

- рольового (емоційного) функціонування та загального результату (сумарного показника всіх складових якості

життя) на рівні $r=0,298$; що підкреслює роль емоційного стану у загальній суб'єктивній оцінці якості власного життя.

У пацієнтів онкологічного профілю лікування виявлений достовірний ($p < 0,05$) прямий помірний зв'язок ($r=0,332$) між показниками фізичного функціонування та результатів лікування протягом 3–4 тижнів. Для пацієнтів онкологічного профілю покращення фізичного стану більшою мірою пов'язано зі зменшенням проявів ракової інтоксикації та недостатності органів та систем, що збігається з результатами досліджень Radbruch L. et al. (1999) [32], Kaasa S. et al. (1999) [33] та частково із результатами Capelli G. et al. (2002) [34].

Нами була відзначена адекватність у призначенні знеболювальних відповідно до національного протоколу лікування болю у паліативних хворих [35] та «трьох сходинок» ВООЗ (з критеріями своєчасності призначення та вибору препарату) на рівні 78 % у першій групі та 84 % – у другій, що свідчить

про низьку доступність знеболення навіть серед пацієнтів, що знаходяться в останні дні свого життя у спеціалізованих хоспісних установах.

Нами були виявлені достовірний ($p < 0,05$) помірний зворотній зв'язок ($r = -0,613$) між задоволеністю лікуванням та рівнем болю за ВАШ у групі хворих неврологічного профілю лікування; та достовірний сильний зворотній зв'язок ($r = -0,713$) між задоволеністю лікуванням та рівнем болю за ВАШ у групі хворих онкологічного профілю лікування, що доводить наступне: зниження відчуття болю є головною суб'єктивною ознакою успішного лікування для пацієнтів неврологічного профілю лікування, тоді як для онкологічного профілю лікування рівень болю має порівняно менше значення на тлі уваги цих пацієнтів до проявів ракової інтоксикації та недостатності органів та систем внаслідок їх хвороби.

Для тривалого подолання інтенсивного хронічного болю у паліативній медицині використовують ненаркотичні знеболювальні (нестероїдні протизапальні препарати), наркотичні знеболювальні та ад'юванти. Їх застосування вимагає високої кваліфікації медичного персоналу. Брак кваліфікації може призводити до несвоєчасного призначення наркотичного знеболення та ад'ювантів, а також до зменшення переліку знеболювальних препаратів, що призначають [36]. Організація адекватного знеболення потребує законодавчих, організаційних рішень та додаткового навчання персоналу.

Висновки

1. За результатами першого етапу дослідження встановлено, що потреба у ПХД серед дорослих і дітей не залежала від регіону України та коливалась близько 1 % населення. Така оцінка удві-

чі перевищує загальносвітову потребу у ПХД, але може бути недооціненою в Україні у 3–4 рази у зв'язку з обмеженим переліком хвороб, які Україна визнає паліативними, а також у зв'язку з утрудненням збирання медико-статистичних даних під час війни.

2. За результатами другого етапу дослідження виявлені достовірні ($p < 0,05$) прямі корелятивні зв'язки: між показниками загального здоров'я та життєздатності пацієнтів неврологічного профілю лікування ($r = 0,316$), що, на нашу думку, пов'язано з критичною оцінкою стану власного здоров'я та власного прогнозу щодо одужання, які обережно покращуються при позитивному ефекті лікування; між показниками фізичного функціонування та суб'єктивною оцінкою результатів лікування протягом 3–4 тижнів пацієнтів онкологічного профілю (зменшення проявів ракової інтоксикації та недостатності органів та систем; $r = 0,332$). Отримані результати підтвердили коректність модифікації нами опитувальника SF-36 для паліативних хворих.

3. Визначений достовірний ($p < 0,05$) помірний зворотній зв'язок ($r = -0,613$) між задоволеністю лікуванням та рівнем болю за візуально-аналоговою шкалою у групі хворих неврологічного профілю лікування; та достовірний сильний зворотній зв'язок ($r = -0,713$) між задоволеністю лікуванням та рівнем болю за ВАШ у групі хворих онкологічного профілю лікування. Адекватність призначення знеболювальних (своєчасність призначення та вибір препарату) була низькою навіть при стаціонарному лікуванні у хоспісі: вона складала 78 % для хворих неврологічного профілю лікування та 84 % для хворих онкологічного профілю лікування.

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. Holovanova IA, Shevchenko AS. The issue of patient-oriented organization of palliative and hospice care in Ukraine. *Experimental and Clinical Medicine*. 2021;90(2):21-7. DOI: 10.35339/ekm.2021.90.2.hos.
2. Palliative care. WHO. [Internet]. Available at: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> [accessed 31 Dec 2024].
3. Holovanova IA, Shevchenko AS. Determination of the main needs of palliative patients and ways of their provision in the health care system of Ukraine. *Experimental and Clinical Medicine*. 2021;90(3):88-94. DOI: 10.35339/ekm.2021.90.3.hos.
4. Нестеренко ВГ, Шевченко ОС, Журавель ЯВ. Профілактика ускладнень нейродегенеративних хвороб паліативних хворих у хоспісі на дому: організаційні засади. Матеріали Міжнародної наукової конференції «Найбільші досягнення людства в охороні здоров'я та ветеринарії» (Латвія, Рига, 7–8 лют 2024). С. 96-9. DOI: 10.30525/978-9934-26-401-6-26.
5. Building Integrated Palliative Care Programs and Services. Ed. Gómez-Batiste X, Connor S. WHO Collaborating Centre Public Health Palliative Care Programmes, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2017. 379 p.
6. Holovanova IA, Shevchenko AS. Evaluation of packaged funding programs for palliative and hospice care by the National Health Service of Ukraine. *Experimental and Clinical Medicine*. 2021;90(4):45-52. DOI: 10.35339/ekm.2021.90.4.hos.
7. Anekar AA, Hendrix JM, Cascella M. WHO Analgesic Ladder. [Updated 23 Apr 2023]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/>
8. Нестеренко ВГ, Шевченко ОС, Зеленська К, Григоров ММ. Клініко-епідеміологічні характеристики інвалідизуючих неврологічних захворювань (літературний огляд). *Міжнародний неврологічний журнал*. 2024;20(4):176-84. DOI: 10.22141/2224-0713.20.4.2024.1079.
9. Nesterenko VH, Peresyphkina TV, Shevchenko OS, Sarkhadova II. Palliative and hospice care in the Kharkiv region in the first year of the war. *Ukraine. Nation's Health*. 2023;73(3):106-12. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.3/18.
10. Planning and implementing palliative care services: a guide for program managers. Geneva: WHO Press; 2016. 91 p. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf>
11. Nesterenko VG, Shevchenko VV. Calculation of the national need for palliative care by the refined method of trends in the conditions of a military crisis. *Eastern Ukrainian Medical Journal*. 2024;12(3):711-20. DOI: 10.21272/eumj.2024;12(3):711-720.
12. Nesterenko VG, Redka IV, Sukhonosov RO, Grygorov SM, Shevchenko AS, Aliieva TD. Forecasting the need for palliative and hospice care using the creeping trend method with segment smoothing. *Wiadomości Lekarskie*. 2024;77(5):980-4. PMID: 39008586. DOI: 10.36740/WLek202405116.
13. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2163-96. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61729-2. Erratum in: *Lancet*. 2013;381(9867):628. PMID: 23245607.
14. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000–2019. Geneva: WHO; 2020. 47 p. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/gh2019_daly-methods.pdf

15. Потреба в паліативній допомозі: оцінка на основі даних 2018 року. Український центр суспільних даних. [Інтернет]. Доступно на: <https://socialdata.org.ua/palliative/> [доступ отримано 31 грудня 2024].
16. Prazak KA, Lester PE, Fazzari M. Evaluation of physician assistant student knowledge and perception of competence in palliative symptom management. *J Allied Health*. 2014;43(4):e69-74. PMID: 25433191.
17. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63_Suppl_11:S240-52. DOI: 10.1002/acr.20543. PMID: 22588748.
18. Населення України за 2018 рік. Демографічний щорічник. Тімоніна МБ (ред.) Київ: Державна служба статистики України; 2019. 188 с. Доступно на: https://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2019/zb/12/zb_ukr_2018.pdf
19. Watson JC. Evaluation of Pain. *MSD Manual. Professional Version*, last upd. 2022. [Internet]. Available at: <https://www.msmanuals.com/professional/neurologic-disorders/pain/evaluation-of-pain> [accessed 31 Dec 2024].
20. Нестеренко ВГ. Особливості використання опитувальника SF-36 у паліативних хворих неврологічного профілю. *Медицина сьогодні і завтра*. 2023;92(2):62-72. DOI: 10.35339/msz.2023.92.2.nes.
21. Нестеренко ВГ. Особливості використання опитувальника SF-36 у паліативних хворих онкологічного профілю. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2023;92(3):73-85. DOI: 10.35339/ekm.2023.92.3.nes.
22. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance [Internet]. Available at: <https://thewhpc.org> [accessed 31 Dec 2024].
23. World Population Prospects. UN Department of Economic and Social Affairs. [Internet]. Available at: <https://population.un.org/wpp/> [accessed 31 Dec 2024].
24. World Bank Country and Lending Groups [Internet]. Available at: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups> [accessed 31 Dec 2024].
25. Паліативна допомога та права людини. Розділ 5 в: Охорона здоров'я та права людини: ресурсна допомога. 5-те вид. Переклад з англійської. Бостон, Львів, Нью-Йорк: Гарвардська медична школа, Центр здоров'я і прав людини імені Франсуа-Ксав'є Баню, Львівський обласний благодійний фонд «Медицина і право», Фонд відкритого суспільства; 2015. 76 с. [Інтернет]. Доступно на: <https://surl.li/shitto> [31 грудня 2024].
26. Допомога невиліковно хворим: життя до останнього подиху. Український медичний часопис, 17.10.2012. 2 с. [Інтернет]. Доступно на: <https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2012/10/HosPis.pdf> [доступ отримано 20 січня 2025].
27. Головне управління статистики у Львівській області. Демографічна та соціальна статистика [Інтернет]. Доступно на: http://lv.ukrstat.gov.ua/ukr/si/st_inf.php?1811 [доступ отримано 20 січня 2025].
28. Мер Львова назвав кількість переселенців у місті. РБК-Україна, 14 лютого 2023. [Інтернет]. Доступно на: <http://surl.li/jdhmvd> [доступ отримано 13 вересня 2024].
29. У Львівській області зареєструвались майже 240 тисяч переселенців. РБК-Україна, 08 травня 2023. [Інтернет]. Доступно на: <http://surl.li/zgamil> [доступ отримано 13 вересня 2024].

30. Більше турботи про тих, хто має важкі недуги: у Львові напрацювали нову програму паліативної допомоги. Львівська міська рада, 19.12.2024 [Інтернет]. Доступно на: <https://surl.li/wrioti> доступ отримано [20 січ 2025].

31. Miyashita M, Narita Y, Sakamoto A, Kawada N, Akiyama M, Kayama M, et al. Health-related quality of life among community-dwelling patients with intractable neurological diseases and their caregivers in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2011;65(1):30-8. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2010.02155.x. PMID: 21105961.

32. Radbruch L, Loick G, Kiencke P, Lindena G, Sabatowski R, Grond S, et al. Validation of the German version of the Brief Pain Inventory. *J Pain Symptom Manage*. 1999;18(3):180-7. DOI: 10.1016/s0885-3924(99)00064-0. PMID: 10517039.

33. Kaasa S, Loge JH, Knobel H, Jordhøy MS, Brenne E. Fatigue. Measures and relation to pain. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1999;43(9):939-47. DOI: 10.1034/j.1399-6576.1999.430911.x. PMID: 10522741.

34. Capelli G, De Vincenzo RI, Addamo A, Bartolozzi F, Braggio N, Scambia G. Which dimensions of health-related quality of life are altered in patients attending the different gynecologic oncology health care settings? *Cancer*. 2002;95(12):2500-7. DOI: 10.1002/cncr.10993. PMID: 12467063.

35. Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі. Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 311 від 25.04.2012. Київ: Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України; 2012. 38 с. Доступно на: <https://surl.li/wmtaek>

36. Pinkerton R, Mitchell G, Hardy J. Stringent Control of Opioids: Sound Public Health Measures, but a Step Too Far in Palliative Care? *Curr Oncol Rep*. 2020;22(4):34. DOI: 10.1007/s11912-020-0900-5. PMID: 32170510.

Nesterenko V.G., Redka I.V.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PALLIATIVE PATIENTS WITH NEUROLOGICAL AND ONCOLOGICAL TREATMENT PROFILES

The study was conducted to study the unexplored issues of regional differences in the need for Palliative and Hospice Care (PHC) in Ukraine and to statistically test the relationship between the parameters of quality of life, pain level and quality of pain relief in palliative patients with oncological and neurological treatment profiles. Medical-statistical (in particular, Spearman's rank correlation), sociological (in particular, the SF-36 questionnaire on quality of life) and comparative methods were used. The need for PHC in all regions of Ukraine fluctuated within 1% of the population. No regional impacts were detected. For the medical-social study, customized groups of neurological (50 patients, 1st group) and oncological (50 patients, 2nd group) treatment profiles were formed from a cohort of 171 patients from the Kharkiv hospice. Significant ($p < 0.05$) direct correlations were found between indicators of general health and vitality of 1st group patients ($r = 0.316$), and between indicators of physical functioning and subjective assessment of treatment results within 3–4 weeks of 2nd group patients (reduction in manifestations of cancer intoxication and organ and system failure; $r = 0.332$). The results confirmed the correctness of the modification of the SF-36 questionnaire at the previous stages of the study. A significant ($p < 0.05$) moderate inverse relationship ($r = -0.613$) was determined between satisfaction with treatment and the level of pain according to Visual Analog Scale (VAS) in the group of 1st group patients; and a significant strong inverse relationship ($r = -0.713$) between satisfaction with treatment and the level of pain according to VAS in the

group of 2nd group patients. The adequacy of painkiller prescription (timeliness of prescription and choice of drug) is low even during inpatient hospice treatment: 78% in patients with neurological treatment profile and 84% in patients with oncological treatment profile

Keywords: *palliative and hospice care, visual analog pain scale, quality of life, satisfaction with treatment.*

Надійшла до редакції 04.11.2024

Відомості про авторів

Нестеренко Валентина Геннадіївна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

E-mail: vh.nesterenko@knmu.edu.ua

ORCID: 0000-0002-3773-9525.

Редька Ірина Василівна – кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри гігієни та соціальної медицини Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, медичний факультет, Україна.

Поштова адреса: Україна, 61022, м. Харків, майдан Свободи, 6.

E-mail: iredka@karazin.ua

ORCID: 0000-0002-9620-9452.