

ПАЛІАТИВНА ТА ХОСПІСНА МЕДИЦИНА: МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ

Навчальний посібник

*За редакцією професора Л. М. Пасієшвілі,
професора А. А. Заздравнова*

Львів
Видавець Марченко Т. В.
2023

*Рекомендовано до друку вченою радою
Харківського національного медичного університету
(протокол № 4 від 20 квітня 2023 року).*

Авторський колектив:

Пасієшвілі Л. М., Заздравнов А. А., Бабінець Л. С., Волошина О. Б., Ждан В. М.,
Железнякова Н. М., Капустник В. А., Ковальова О. М., Михайловська Н. С., Опарін О. А.,
Чухрієнко Н. Д., Шевченко О. С., Пасієшвілі Т. М., Юмпертц І., Андруша А. Б.,
Бабаніна М. Ю., Бобро Л. М., Голозубова О. В., Журавльова А. К., Іванченко С. В.,
Колеснік П. О., Лісова О. О., Малик Н. В., Храмцов Д. М., Шапкін В. Є. Фащенко В. А.

Рецензенти:

Колеснікова О. В. – д-р мед. наук, професор, заступник директора з наукової роботи
ДУ «Інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»

Златкіна В. В. – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри внутрішніх хвороб і сімейної
медицини Навчально-наукового медичного інституту Національного технічного універ-
ситету «Харківський політехнічний інститут».

Паліативна та хоспісна медицина: медико-соціальні аспекти : навч.
П14 посіб. / [Л. М. Пасієшвілі, А. А. Заздравнов, Л. С. Бабінець та ін.] ; за ред.
проф. Л. М. Пасієшвілі, проф. А. А. Заздравнова. – Львів : Видавець Марчен-
ко Т. В., 2023. – 340 с.

ISBN 978-617-7937-78-3

У посібнику наведені сучасні уявлення про стан паліативної та хоспісної допомоги в країнах світу та в Україні. Висвітлені підходи до ведення пацієнтів із хронічним болем, а також особливості пацієнтів з різними нозологічними формами. Особлива увага приділена питанням психологічного та соціального статусу невиліковно хворих. Розглянуті питання роботи в родині таких пацієнтів, а також підходи, які сприятимуть запобіганню синдрому вигорання медичного персоналу. В посібнику наведена сучасна інформація щодо етичних та юридичних аспектів евтаназії в країнах світу; розглянуто умови та правила підготовки волонтерів. Посібник є мультидисциплінарним виданням, може використовуватись у навчальному процесі студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації, лікарів-інтернів і сімейних лікарів.

УДК 616-08-039.75(075.8)

ISBN 978-617-7937-78-3

© Л. М. Пасієшвілі, А. А. Заздравнов,
Л. С. Бабінець та ін., 2023
© Видавець Марченко Т. В., 2023

Авторський колектив

Дніпропетровський державний медичний університет

■ *Чухрієнко Неоніла Дмитрівна* – д-р мед. наук, професор, професор кафедри сімейної медицини.

Запорізький державний медичний університет

■ *Михайловська Наталія Сергіївна* – д-р мед. наук, професор, завідувачка кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб;

■ *Лісова Оксана Олександрівна* – канд. мед. наук, доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб.

Одеський національний медичний університет

■ *Волошина Олена Борисівна* – д-р мед. наук, професор, завідувачка кафедри загальної практики.

Медична школа м. Равенсбург. Баден-Вюртемберг, Федеративна Республіка Німеччина

■ *Iryna Jumpertz* – Ärztliche Dozentin, Berufsfachschule für Pflege, ZfP Südwürttemberg, Weingartshofer Straße 2 88214 Ravensburg Deutschland – Ірина Юмпертц, доцент медичної школи м. Равенсбург. irina.jumpertz@zfp-zentrum.de.

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

■ *Бабінець Лілія Степанівна* – д-р мед. наук, професор, завідувачка кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики – сімейної медицини.

Полтавський державний медичний університет

■ *Ждан В'ячеслав Миколайович* – д-р мед. наук, професор, професор кафедри сімейної медицини і терапії Навчально-наукового інституту, ректор академії;

■ *Бабаніна Марина Юріївна* – канд. мед. наук, доцент, завідувачка кафедри сімейної медицини і терапії Навчально-наукового інституту.

Чорноморський національний університет імені Петра Могили, м. Миколаїв

■ *Храмцов Денис Миколайович* – канд. мед. наук, доцент кафедри терапевтичних дисциплін;

■ *Фащенко В'ячеслав Андрійович* – лікар-невролог МЦ «Експерт Хелс» (м. Одеса).

Ужгородський національний університет

■ *Колеснік Павло Олегович* – канд. мед. наук, доцент, завідувач кафедри сімейної медицини і амбулаторної допомоги медичного факультету № 2.

Харківський національний медичний університет

- *Железнякова Наталія Мерабівна* – д-р мед. наук, професор, завідувачка кафедри внутрішньої медицини № 1;
- *Заздравнов Андрій Анатолійович* – д-р мед. наук, професор, професор кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб;
- *Капустник Валерій Андрійович* – д-р мед. наук, професор, професор кафедри професійних та внутрішніх хвороб, ректор університету;
- *Ковальова Ольга Миколаївна* – д-р мед. наук, професор, професор кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб;
- *Опарін Олексій Анатолійович* – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри терапії № 2;
- *Пасієшвілі Людмила Михайлівна* – д-р мед. наук, професор, завідувачка кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб;
- *Шевченко Ольга Станіславівна* – д-р мед. наук, професор, завідувачка кафедри фтизіатрії та пульмонології;
- *Пасієшвілі Тамара Мерабівна* – д-р мед. наук, доцент кафедри внутрішньої медицини № 3 та ендокринології;
- *Андруша Аліна Борисівна* – канд. мед. наук, доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб;
- *Бобро Лілія Миколаївна* – канд. мед. наук, доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб;
- *Голозубова Олена Валеріївна* – канд. мед. наук, асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб;
- *Журавльова Анна Костянтинівна* – канд. мед. наук, доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб;
- *Іванченко Світлана Володимирівна* – канд. мед. наук, асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб;
- *Малик Наталія Віталіївна* – канд. мед. наук, доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб;
- *Шапкін Вадим Євгенович* – канд. мед. наук, доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб.

Зміст

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	8
ВСТУП	
<i>(Л. М. Бобро)</i>	<i>9</i>
НАРИСИ З ІСТОРІЇ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ МЕДИЦИНИ	
<i>(О. А. Опарін)</i>	<i>11</i>
ПРИНЦИПИ ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ І КОНЦЕПЦІЯ ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	
<i>(В. А. Капустник)</i>	<i>17</i>
ОСНОВНІ МЕТОДИ ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ	
<i>(Л. М. Пасієшвілі)</i>	<i>24</i>
ПОРЯДОК НАДАННЯ ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ	
<i>(В. Є. Шапкін)</i>	<i>37</i>
ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ ХОСПІСІВ	
<i>(Л. М. Бобро)</i>	<i>46</i>
ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ НА ТЕРМІНАЛЬНИХ СТАДІЯХ, ВЗАЄМОДІЯ ЗІ СПЕЦІАЛІСТАМИ	
<i>(С. В. Іванченко)</i>	<i>65</i>
ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ	
<i>(А. К. Журавльова)</i>	<i>69</i>
ЕТИЧНІ ТА ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ ЕВТАНАЗІЇ	
<i>(Грина Юмпертс)</i>	<i>76</i>
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМИН ІЗ НЕВИЛІКОВНИМ ХВОРИМ. КОМУНІКАЦІЯ З ПАЦІЄНТАМИ, РОДИЧАМИ ТА НАЙБЛИЖЧИМ ОТОЧЕННЯМ	
<i>(С. В. Іванченко)</i>	<i>83</i>
БІОЕТИЧНІ, СОЦІАЛЬНІ ТА ДУХОВНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ	
<i>(О. М. Ковальова)</i>	<i>96</i>
СИНДРОМИ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ У НЕВИЛІКОВНИХ ХВОРИХ	110
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЮ, ТЕОРІЇ ПОХОДЖЕННЯ	
<i>(Т. М. Пасієшвілі)</i>	<i>110</i>
НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ БОЛЮ У НЕВИЛІКОВНИХ ПАЦІЄНТІВ	
<i>(Д. М. Храмцов, В. А. Фащенко)</i>	<i>115</i>
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ БОЛЮ У НЕВИЛІКОВНИХ ХВОРИХ	
<i>(Т. М. Пасієшвілі)</i>	<i>123</i>

ПАЛІАТИВНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ОСНОВНИХ НЕОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТА ОКРЕМИХ СИНДРОМАХ	125
ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ХВОРИМ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ (А. А. Заздравнов)	125
ПАЛІАТИВНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ЛЕГЕНЕВИХ СИНДРОМАХ (О. С. Шевченко)	137
ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СИСТЕМИ ТРАВЛЕННЯ (Н. М. Железнякова)	149
ПАЛІАТИВНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА РЕВМАТОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ (В. М. Ждан, М. Ю. Бабаніна)	172
ПАЛІАТИВНА ТА ХОСПІСНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НИРОК (Н. С. Михайловська, О. О. Лісова)	182
ПАЛІАТИВНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ СИНДРОМАХ (О. В. Голозубова)	190
ПАЛІАТИВНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ НЕЙРОПСИХІАТРИЧНИХ СИНДРОМАХ	205
ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ (Н. В. Малик)	205
ДЕЛІРІЙ (Т. М. Пасієшвілі)	212
ГАЛЮЦИНАЦІЇ (Т. М. Пасієшвілі)	214
БЕЗСОННЯ (Т. М. Пасієшвілі)	215
ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ХВОРИМ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ/СНІД (Н.Д. Чухрієнко)	218
НУТРИТИВНА ПІДТРИМКА НЕВИЛІКОВНИХ ХВОРИХ (Л. С. Бабінець)	233
ПРИНЦИПИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ БОЛЮ	250
ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ОЦІНКА ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ (П. О. Колесник, В. М. Ждан, М.Ю. Бабаніна)	250
ОСОБЛИВОСТІ БОЛЮ В ПАЦІЄНТІВ ЛІТНЬОГО ВІКУ (В. М. Ждан, М. Ю. Бабаніна)	254

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ КОНТРОЛЮ БОЛЮ В ПАЛІАТИВНІЙ МЕДИЦИНІ (В. М. Ждан, М. Ю. Бабаніна)	257
МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ (В. М. Ждан, М. Ю. Бабаніна, П. О. Колесник)	257
НЕСТЕРОЇДНІ ПРОТИЗАПАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ У ПАЛІАТИВНІЙ МЕДИЦИНІ (В. М. Ждан, М. Ю. Бабаніна)	259
КО-АНАЛГЕТИКИ (АД'ЮВАНТИ) В ЛІКУВАННІ ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ (П. О. Колесник)	261
ОПІОЇДНІ АНАЛГЕТИКИ (П. О. Колесник)	262
ФІЗИЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ (В. М. Ждан, М. Ю. Бабаніна)	264
ПАЛІАТИВНА СЕДАЦІЯ (Л. М. Пасієшвілі)	268
ОСТАННІ ДНІ ТА ГОДИНИ ЖИТТЯ НЕВИЛКОВНОГО ХВОРОГО, ВТРАТА ТА ГОРЕ (З ПОЗИЦІЇ РОДИНИ, БЛИЗЬКИХ) (О. Б. Волошина)	275
СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ (BURNOUT-SYNDROM) ЛІКАРЯ (Ірина Юмперти)	288
ВОЛОНТЕРСТВО В РОБОТІ З НЕВИЛКОВНИМИ ХВОРИМИ (А. Б. Андруша)	307
ДОДАТКИ (О. Б. Волошина, А. К. Журавльова, С. В. Іванченко)	322

Перелік умовних скорочень

АБП	– антибактеріальні препарати
АВС	– абакавір
АРТ	– антиретровірусна терапія
АС	– анкілозивний спондилоартрит
АСК	– ацетилсаліцилова кислота
АТ	– артеріальний тиск
БРА	– блокатори рецепторів ангіотензину
БС	– больовий синдром
ВАШ	– візуальна аналогова шкала
ГК	– глюкокортикоїди
ГКС	– глюкокортикостероїди
ГМ	– головний мозок
ГУН	– гостре ураження нирок
ВІЛ	– вірус імунодефіциту людини
іАПФ	– інгібітор АПФ
ІПП	– інгібітори протонної помпи
ЛЗ	– лікарський засіб
МДК	– мультидисциплінарна команда
МП	– метилпреднізолон
НА	– наркотичні аналгетики
НДА	– низькі дози аспірину
НІЗТ	– нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази
НПЗП	– нестероїдні протизапальні препарати
ОІ	– опортуністичні інфекції
ОА	– остеоартроз
ОП	– остеопороз
ПГЛ	– персистентна генералізована лімфаденопатія
ПЛР	– полімеразна ланцюгова реакція
РА	– ревматоїдний артрит
РЗ	– ревматологічні захворювання
СІН	– споживачі ін'єкційних наркотиків
СК	– саркома Капоші
ССР	– серцево-судинний розлад
ХрБС	– хронічний больовий синдром
ХХН	– хронічна хвороба нирок
ЦОГ	– циклооксигеназа
ШВО	– шкала вербальної оцінки
ШКТ	– шлунково-кишковий тракт
ЯЖ	– якість життя
ESCEO	– Європейське товариство з клінічних і економічних аспектів остеопорозу і остеоартриту
NVP	– невірапін

ВСТУП

*«Ти є важливим до останньої миті твого життя,
і ми будемо робити все, щоб ти помер з миром,
і щоб до останнього подиху жив достойно»*
Др. Сісілія Сандерс

*«Достатньо погано бути старим і немічним.
Але бути старим, хворим на останніх стадіях раку,
голодним і жебраком, не мати близьких, які б подбали
про тебе, мабуть, це є верхом людських страждань»*
де Суза

Про що ми думаємо, коли чуємо вираз «паліативний пацієнт»? Про темну палату, втомленого лікаря, виснаженого, змученого болем пацієнта, згорьованих рідних. Про ситуацію, в якій сталася поразка лікаря і всієї медичної науки... А чи можна зробити так, щоб попри смертельну недугу життя людини залишалося наповненим сенсом, любов'ю і гідністю? «Наповнюйте їх дні життям, а не просто продовжуйте дні їхнього життя» – відоме висловлювання (Марк Джекобсон, Хоспіс Найробі, 1988 р.). «Це стосується кожного на планеті. Ми всі хотіли б, щоб наше життя і життя тих, кого ми любимо, завершувалося гармонійно і спокійно» – архієпископ Десмонд Туту, 2005 рік.

Паліативна медицина проходила важке становлення. Незважаючи на історію довжиною в декілька століть, тільки у середині ХХ століття вона набула розвитку і стала оформлюватися в окрему дисципліну. Змінилася сама філософія паліативної медицини – паліативна допомога стала розглядатися як необхідна складова забезпечення прав людини на гідне життя до самої смерті.

В Україні щорічно близько 500 тисяч хворих потребують професійної паліативної та хоспісної допомоги. Близько 85 % таких хворих помирають вдома наодинці, страждаючи від болю, депресії, інших симптомів хвороби, відсутності необхідного знеболювання, належного догляду, соціально-психологічної допомоги. Окрім того, члени родин паліативних пацієнтів також потребують професійної допомоги. Отже, разом щороку в Україні близько 1,5 мільйона осіб потребують паліативної допомоги. Саме у розвитку ефективної системи паліативної допомоги Міністерство охорони здоров'я України вбачає вихід із ситуації, що склалася.

Неможливо створити ефективну систему паліативно-хоспісної допомоги без кваліфікованих спеціалістів у цій сфері. Необхідність оволодіння методами і принципами паліативної медицини стала нагальною для спеціалістів різного профілю, що викликало і необхідність вивчення засад паліативної і хоспісної медицини на до- і післядипломному етапі.

У липні 2008 року Міністерство охорони здоров'я України створило Інститут паліативної та хоспісної медицини, який визначений як базова науково-методична та клінічна установа МОЗ України з питань паліативної і хоспісної допомоги. З травня 2010 р. розпочато підготовку медичних і соціальних працівників з питань паліативно-хоспісної допомоги у Національному університеті охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика.

Але до цього часу одними з основних проблем паліативно-хоспісної допомоги в Україні залишаються недостатньо розвинута системи до- та післядипломної підготовки фахівців з паліативної допомоги; недостатність системних наукових досліджень стосовно потреб, сучасних підходів та методів паліативної та хоспісної допомоги; недостатність достовірної та доступної інформації для населення щодо можливостей медико-соціальної допомоги в кінці життя. Це означає, що в систему потрібно максимально залучати лікарів загальної практики – сімейної медицини. Вони мають надавати амбулаторну паліативну допомогу на первинній ланці та вдома. Адже навіть якщо в Україні буде створено належну мережу хоспісів, приблизно 85 % паліативних пацієнтів отримуватимуть необхідну допомогу вдома, тож сімейні лікарі мають бути компетентними в цих питаннях, а в разі потреби мати змогу залучати до співпраці психологів, соціальних працівників тощо.

Тому провідні науковці нашої країни, які працюють на засадах сімейної медицини, уклали навчальний посібник «Паліативна та хоспісна медицина: медико-соціальні аспекти», в якому враховано як власний досвід, так і досвід викладачів навчальних закладів вищої освіти України, сучасні вимоги до викладання цієї дисципліни.

Основною метою цього посібника є надання студентам і лікарям знань, які сприятимуть набуттю професійних компетенцій для здійснення кваліфікованої допомоги паліативним пацієнтам і членам їх родин.

Посібник відповідає програмі навчальної дисципліни «Паліативна і хоспісна допомога». Він включає декілька розділів, в яких розглянуті питання паліативної допомоги при різних захворюваннях, патогенез больового синдрому і сучасні погляди на знеболювання у пацієнтів із різними паліативними захворюваннями, біоетичні і психологічні аспекти паліативної допомоги, структура і особливості надання хоспісної допомоги.

Автори сподіваються, що посібник значною мірою зменшить нестачу знань з даної проблеми.



НАРИСИ З ІСТОРІЇ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ МЕДИЦИНИ

Паліативна медицина як медична спеціальність з'явилася на початку ХХ століття, коли стали організовуватися спеціальні медичні заклади – хоспіси.

Прообразами хоспісів у різні вікові періоди були притулки при храмах. Одними із таких центрів у *Стародавній Греції*, які були місцем отримання зцілень, служили асклепіони – храмові комплекси, присвячені богу лікування Асклепію. Однак у цих святилищах, куди стікалися й безнадійно хворі з усієї Греції, «не дозволялося помирати». Релігійний ритуал не допускав в святі місця все нечисте, зокрема, пов'язане зі смертю. Тому невиліковних хворих, які приходили іноді з найвіддаленіших місць Греції, виганяли за межі священної огорожі. Однак, багато хто не встигав або не міг цього зробити і помирав в асклепіоні або біля нього.

Філософія Стародавньої Греції проголошувала культ красивого здорового тіла, тому старі й невиліковно хворі люди у принципі не викликали співчуття.

Дуже своєрідно вирішувалися питання, пов'язані з невиліковними захворюваннями у осіб похилого віку та догляду за ними, в давньому *Тибеті*. «Тибетці... дуже шанували молодість і зневажали старість, слабосилля... Лікарі, що прибули з Індії, з подивом виявляли, що тибетці часто виносять хворих старих з будинків на вулицю, де і залишають їх. На запитання, що б це могло означати, їм відповіли: «Якщо хворі діти, батько і мати не витягують їх з дому; а якщо хворі батько і мати, то діти виносять їх на вулицю»... зневага до людей похилого віку зберігається в Тибеті і до теперішнього дня. Хвороба для тибетця нерідко означала зuboжіння, оскільки лікування супроводжувалося численними обрядами, за які треба було платити. Старим і бідним, які не могли заплатити, давати догляд та лікувати було взагалі не прийнято.

У *Стародавньому Китаї* ніякої допомоги невиліковно хворим не надавали, а померлих людей похилого віку просто звальювали в загальні ями, а згодом їх перекопували, щоб кинути туди сотні нових трупів.

Особливістю медичної служби в *Римській імперії* була відсутність з боку держави будь-яких заходів щодо надання допомоги звичайному населенню. Римляни в загальній масі не знали поваги до людського життя та безкорисливого співчуття до страждань ближнього. Невиліковно хворим, за винятком тих, що належали до вищих класів суспільства, було відмовлено в будь-якому догляді та допомозі.

Поряд з цим для тих, хто не міг відповідати ідеалу людини, при храмах і монастирях на сході Римської імперії у IV–V ст. створюються перші хоспіси – шпиталі (hospitūs або hospis – гість, чужинець, мандрівник). Це були притулки для калік та невиліковно хворих.

В епоху **Середньовіччя** відзначався найнижчий стан розвитку паліативної допомоги населенню, що було обумовлено нескінченними війнами та військовими конфліктами, які роздирали середньовічну Європу, станом її феодальної роздробленості, політичної нестабільності, що унеможливлювало розвиток системи паліативної допомоги.

Хвороба в Середньовіччі розглядалася як покарання Бога за гріхи людей або випробування, що їм посилається, і тому звертатися за допомогою до лікарів, або намагатися зменшити страждання означало, за вченням середньовічної церкви, противитися Божій волі. Страждання і біль слід було покірно переносити. Більше того, ідеалом Середньовіччя, на відміну від античності був саме страждальник, хворий, який покірно переносить свій біль і покірно вмирає в невимовних муках, звертаючись за допомогою лише до мощів, амулетів і постів.

У той же час у середні віки по дорозі з Європи до Єрусалиму на «шляху духовного удосконалення» ченці організовували будинки піклування, де паломникам надавали воду, їжу та душевний спокій. Це були притулки для стомлених, захворілих, вмираючих мандрівників, де також надавали підтримку всім нужденним до кінця життя. Тобто, догляд та піклування за тяжкохворими та вмираючими беруть на себе монастирські притулки – хоспіси. Служителі церкви слідували Євангелії від Матфея (25:35-36) «нагодувати охочого, напоїти спраглого, прийняти мандрівника, одягнути голого, відвідати хворого».

Також за невиліковно хворими у середньовічних містах доглядали бегінки, які здійснювали саме паліативну допомогу. Це був рух жінок середньовіччя, що виник близько 1170 в Брабанті і отримав поширення переважно в Нідерландах, Лотарингії та Німеччині. Рух бегінок майже не контролювався церквою, переслідувався інквізицією, оскільки вони нерідко проповідували ідеї, які розходилися з її вченням.

Більш ніж семисотлітній морок невігластва і забобонів, що панував в середньовічному суспільстві, почав потроху розсіюватися лише з XII століття, коли розпочалося формування міських громад. У цьому середовищі виникли підстави для організації медичної, в тому числі паліативної допомоги для своїх невиліковно хворих співгромадян. Тому саме «з кінця XII століття з'являються лікарні, засновані світськими особами – міськими сеньйорами, а пізніше – заможними городянами».

Саме такі хоспіси для убогих та невиліковно хворих існували й у деяких монастирях **Київської Русі**, зокрема у Києво-Печерській лаврі. Введений до кінця XII століття в давньоруських монастирях Студійський

статут, у повній відповідності до статуту князя Володимира, наказує ігумену організувати притулок для тих, хто потребує милосердя, тобто для людей похилого віку, невиліковно хворих і які не мають жодних засобів до існування. Опанування в давньоруських монастирях до кінця XII століття нового Студійського статуту за прикладом візантійських монастирів уперше привело до введення лазні і догляду за хворими ченцями. Цим статутом визначалась кількісна норма догляду за старими. Монастир повинен був утримувати всього 8 осіб похилого віку з негайною заміною тих, хто вибуває, кандидатами, що очікували своєї черги. При цьому хворим забезпечувалися посилене харчування і навіть деякі лікарські засоби – різні олії та пластирі, що застосовувалися тоді при лікуванні ран та шкірних хвороб.

Проте, проблеми догляду виникали не тільки щодо жебраків і калік, які перебували при монастирях, а й стосовно хворих ченців. За часів Київської Русі було дуже поширене, що тяжкохворі приймали постриг, для них споруджували спеціальні келії, де їх доглядали інші ченці.

Процес створення хоспісів для невиліковних хворих тривав і в країнах Східної Європи – на сучасних територіях Польщі, Румунії, Болгарії. Але тільки в XIV–XV століттях монастирські «шпиталі» поступово відривалися від монастирів і перетворювалися на міські шпиталі (*spitale civile*). Для надання допомоги хворим та вмираючим відкривалися хоспіси при госпіталях у Любліні (1342 р.) і Варшаві (1388 р.), які з 1843 р. почали називатися «будинками притулку для німечних і людей похилого віку».

Але в сучасному розумінні проблеми паліативної допомоги – хоспісний рух розпочався з XIX століття. У 1842 р. Луїза Гарньє (Louise Garnier), яка втратила чоловіка та дітей, організувала перший світський притулок для вмираючих – хоспіс «Голгофа». Цей заклад був призначений для жінок-робітниць мануфактур, які опинялися на вулиці після травми чи хвороби, що призводило до втрати можливості працювати, і відповідно було шляхом до страхітливої загибелі.

У 1879 році в Дубліні Мері Айкенхед відкрила спеціально для надання допомоги вмираючим притулок Діви Марії, а у 1905 році – притулок Святого Іосифа у Лондоні. В цей час у місті вже працювало три хоспіси: «Будинок відпочинку» (1885 р.), «Готель Божий» (1889 р.) та «Хоспіс Святої Трійці» (1891 р.).

З другої половини XIX століття у більшості розвинених країн світу відбулося створення та розвиток систем або служб, які поєднували соціальний і медичний напрями: паліативну та хоспісну допомогу в єдину паліативно-хоспісну допомогу (ПХД) населенню.

Проте визнаним лідером у цьому процесі була Сесілія Сондерс (Cicely Saunders) – соціальний працівник з освітою медичної сестри, яка з часом здобула лікарський фах. У 1947 році вона почала працювати у хоспісі

св. Луки. Як найважливіший фактор своєї роботи вона розглядала принцип першочергового знеболювання хворого, який помирає від болю. Це дало їй змогу започаткувати прийом наркотичних препаратів не 1–2 рази на день, а за потребою, з метою запобігання посиленню больового синдрому.

У 1967 році у Нью-Йорку було створено фонд танатології, в якому лікарі різних спеціальностей надавали допомогу вмираючим.

У 1969 році Є. Кюблер-Росс видала книгу «Про смерть та вмирання», де навела 500 інтерв'ю з пацієнтами, що вмирали, виділила етапи реакції людини на звістку про невиліковність її хвороби і зазначила, що сучасна медицина не в змозі вирішити всі проблеми людини, у тому числі проблеми життя і гідної смерті.

У 70-х роках група експертів ВООЗ почала рух щодо розвитку паліативної допомоги у 40 країнах світу, тобто паліативна допомога стає новим напрямком охорони здоров'я.

З 1977 року у хоспісі Святого Христофора починає діяти інформаційний центр, який проводить пропаганду ідеології і практики хоспісного руху.

У 1981 році відбулася 1-а Міжнародна конференція, присвячена хоспісному нагляду. На конференції було представлено доповідь лікаря де Суза з Бомбею, який сказав: «Достатньо погано бути старим і немічним. Але бути старим, хворим на останніх стадіях раку, голодним і жебраком, не мати близьких, які б подбали про тебе, мабуть, це є верхом людських страждань». Його зусиллями у 1986 році у Бомбеї було відкрито перший хоспіс.

У 1981 році XXXIV Всесвітня медична асамблея прийняла Лісабонську декларацію про права людини, серед яких право людини «на гуманний догляд у разі невиліковної хвороби та надання можливостей для гідного та найменш болючого відходу з життя», а також право на «полегшення своїх страждань з використанням існуючих знань у галузі медицини та... право скористатися духовною та моральною підтримкою, включаючи допомогу служителя будь-якої конфесії, або відхилити її».

У 1982 році ВООЗ заявляє про необхідність створення нового напрямку охорони здоров'я та пропонує визначення паліативної допомоги «як активної всебічної допомоги пацієнтам, чий хвороби не піддаються лікуванню, першорядним завданням якого є усунення болю та патологічних симптомів, а також вирішення соціальних, психологічних та духовних проблем хворого».

У 1986 році ВООЗ розробила рекомендації щодо купірування болю («сходи знеболювання»). А в 1990 році опубліковано доповідь експертів «Знеболювання при раку та паліативний рух». При цьому в різних країнах виникають національні об'єднання та асоціації хоспісної й паліативної допомоги.

У 2002 році були створені національні стандарти з надання паліативної допомоги у 8 країнах. У 2003 році Комітет міністрів Ради Європи запропонував Рекомендації щодо організації паліативної допомоги країнам – учасникам Ради Європи та, зокрема, Україні, серед яких вказується на необхідність вжиття політичних, законодавчих та інших заходів, необхідних для створення узгодженої послідовної політики розвитку системи паліативної допомоги.

Документами ВООЗ, які визначають діяльність та розвиток паліативної допомоги, є Барселонська (1996), Корейська (2005) та Венеціанська (2006) декларації, а також Міжнародна програма розвитку паліативної допомоги Європейського протиракового суспільства (2004), Будапештські зобов'язання Європейської асоціації паліативної допомоги (2007).

У 2009 році в Резолюції Парламентської асамблеї Ради Європи «Паліативна допомога. Модель інноваційної політики та соціальної галузі у сфері охорони здоров'я» наголошувалося, що паліативна допомога має бути доступною не лише пацієнтам у термінальній стадії хвороби, а й при тяжких хронічних хворобах, та всім, хто потребує індивідуального догляду більшою мірою, ніж інші.

Європейська асоціація паліативної допомоги у 2009–2010 р. опублікувала рекомендації щодо стандартів та норм хоспісної та паліативної допомоги в Європі – «Біла книга».

В Україні паліативна хоспісна допомога (ПХД) як частина медичної та складова соціальної допомоги надавалася в першу чергу в медичних установах: в стаціонарах загального профілю та з 1960 року в онкологічних лікарнях та диспансерах. Знеболювання та доступність наркотичних засобів удома здійснювали дільничні лікарі та медичні сестри, лікарі швидкої й невідкладної допомоги.

Як спеціалізовані медичні установи перші хоспіси були відкриті у 1990-х роках; першим таким закладом став хоспіс у Львові. На теперішній час в Україні створені та функціонують близько 40 закладів, що надають паліативну допомогу та діють на різних засадах – державних, комунальних, благодійних, комерційних.

Дослідження історичних аспектів розвитку паліативної допомоги свідчить, що її принципи, організаційні засади та форми надання мають певні етапи щодо свого формування та реалізації. Причому головним фактором впливу на ці процеси в історії була загальнолюдська етика гуманізму з її принципами милосердя та турботи до ближнього. Тому створення ефективної системи надання паліативної допомоги є неможливим без базових моральних принципів і духовності та повинно бути частиною розбудови держави в цілому, важливою складовою функціонування громадянського суспільства та забезпечення базових прав громадян в Україні.

Література

1. Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні : наказ МОЗ України № 1308 від 04.06.2020 р.
2. Опарін А. А. Історія Стародавньої та Середньовічної медицини / А. А. Опарін. – Харків : Факт, 2017.
3. Паллиативная и хосписная помощь : учебное пособие / Т. С. Оспанова, Ж. Д. Семидоцкая, И. А. Чернякова и др. – Харьков : ХНМУ, 2018. – 88 с.
4. Панев А. Данні за медичну іконографію в Б'лгарія през XII-XVII століття / А. Панев, М. Попов. – Софія, 1958. – С. 53–56.
5. Про організацію паліативної допомоги в Україні [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0229-13>.
6. Bologa V. L. SI I Z SAC C. Medicina in Ardeal timpul orin guirii feudale. Contributii la istoria medicine в P. P. R. sub redactia prof. V. Bologa. – Bucuresti, 1955. – P. 123–124.
7. Gasiorowski L. Zbior wiadomosci do historyi sztuki lekarskiej w. Polsce, t. I. – Poznan, 1854. – S. 137.
8. Stein R. A. La civilisation tibetaine / R. A. Stein. – Paris, 1962. – 175 p.

Навчальне видання

**Пасієшвілі Людмила Михайлівна
Заздравнов Андрій Анатолійович
Бабінець Лілія Степанівна та ін.**

Паліативна та хоспісна медицина: медико-соціальні аспекти

Навчальний посібник

*За редакцією професора Л. М. Пасієшвілі,
професора А. А. Заздравнова*

Підп. до друку 10.06.2023 р.
Формат 70×100/16. Папір друк. № 2. Гарнітура Neuristica.
Ум. друк. арк. 27,63. Тираж 100 прим.

Видавець Марченко Т. В.
м. Львів-53, 79053, Україна, тел. +38 (050) 370-19-57
e-mail: magnol06@ukr.net

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої
продукції: серія ДК № 6784 від 30.05.2019 року, видане Державним комітетом
телебачення і радіомовлення України

Надруковано у друкарні видавця Марченко Т. В.