

# Шкали та інструменти

для оцінки стану тяжкохворого пацієнта та визначення потреби у паліативній допомозі  
посібник для застосування у клінічній практиці



український  
центр  
суспільних  
даних



# Шкали та інструменти

для оцінки стану тяжкохворого пацієнта  
та визначення потреби у паліативній допомозі

Посібник для застосування у клінічній практиці

Цей посібник містить шкали та інструменти, що застосовуються в міжнародній клінічній практиці для оцінки тих чи інших станів тяжкохворого пацієнта, у тому числі для визначення потреби в паліативній допомозі.

Окремо представлені різні шкали для оцінки болю, зокрема для дітей. Також представлені шкали та інструменти для вимірювання та оцінки загального функціонального стану пацієнта, серцево-судинних захворювань, захворювань печінки і нирок, психоневрологічних захворювань, захворювань органів дихання, оцінки пролежнів.

До посібника увійшли також нові українські офіційні документи: «Критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги» та «План спостереження пацієнта, що потребує паліативної допомоги», які були затверджені як додатки до Порядку надання паліативної допомоги (Наказ МОЗ №1308 від 4 червня 2020 р.).

Ці інструменти, що покликані допомогти медикам краще зрозуміти потреби у паліативній допомозі, а також краще надавати паліативну допомогу пацієнтам, представлені у найбільш зручному та зрозумілому дизайні. Так, можна просто роздрукувати потрібні сторінки із цього посібника, і використовувати у роботі. При цьому важливо пам'ятати, що відповідні форми мають бути інтегровані в електронну медичну інформаційну систему, з якою працює заклад охорони здоров'я.

Посібник буде корисний медикам, лікарям та медсестрам (які, у тому числі, працюють у сфері паліативної допомоги); а також родичам і доглядальникам тяжкохворого пацієнта.

Посібник рекомендований до друку на засіданні Вченої ради Івано-Франківського національного медичного університету (протокол засідання Вченої ради №13 від 30.09.2021).

**Ш66 Шкали та інструменти для оцінки стану тяжкохворого пацієнта та визначення потреби у паліативній допомозі.** Посібник для застосування у клінічній практиці. – К.: ТОВ «Видавничий дім «КАЛИТА», 2021. – 79 с.

ISBN 978-617-7152-54-4

УДК 616-039.75-056.246

Упорядники:

Людмила-Оксана Андріїшин  
Орина Децик  
Сергій Федоров  
Андрій Горбаль

Видання підготовано в Українському центрі суспільних даних  
за підтримки Міжнародного фонду "Відродження"

[socialdata.org.ua](http://socialdata.org.ua)

український  
центр  
суспільних  
даних



# Зміст

<b>Вступ</b>	
Паліативна допомога	5
Допомога наприкінці життя	6
Визначення потреби пацієнта у паліативній допомозі	7
Траєкторії захворювань	9
Паліативна допомога в Україні	10
Шкали та інструменти для оцінки стану	12
<b>Шкали оцінки болю</b>	<b>13</b>
5-бальна шкала вербальних оцінок	14
Візуально-аналогова шкала інтенсивності болю (10-бальна)	14
Оцінка болю у новонароджених — шкала DAN	15
Оцінка болю у дітей (немовлята — 6 місяців) — шкала CRIES	16
Оцінка болю у дітей до 3 років — шкала TVP	17
Діти, які не вміють говорити або діти з порушенням мовної спроможності (6 місяців — 7 років) — шкала FLACC	18
Оцінка болю у дітей від 3 до 7 років	19
Фізіогномічна шкала	
Шкала оцінки рук	
Інструмент оцінки болю Еланда	
Оцінка болю на останніх стадіях деменції	20
Класифікація болю за патофізіологічним механізмом	21
<b>Шкали загальні (функціональні)</b>	<b>22</b>
Індекс Карновського та шкала ECOG	23
Шкала надання паліативної допомоги (Palliative Performance Scale)	24
Шкала БАРТЕЛ	25
Визначення ступеня індивідуальної потреби отримувача соціальної послуги (Державний стандарт паліативного догляду)	
Визначення ступеня індивідуальних потреб	27
Шкала оцінки можливості виконання елементарних дій	32
Шкала оцінки можливості виконання складних дій	36
<b>Серцево-судинні захворювання</b>	
Класифікація NYHA. Функціональна класифікація хронічної серцевої недостатності за визначенням Нью-Йоркської Асоціації Кардіологів	38
Класифікація серцевої недостатності за Стражеском та Василенком	39
<b>Захворювання печінки</b>	
Система стадій пухлин печінки BCLC	40
Класифікація Чайлд-П'ю (Child-Pugh)	41
Оціночна (прогностична шкала) MELD (Model for End-stage Liver Disease)	41

<b>Захворювання нирок</b>	<b>42</b>
Стадії хронічної хвороби нирок	
<b>Психоневрологічні захворювання</b>	<b>43</b>
Шкала глобального погіршення когнітивних функцій для оцінки первинної прогресуючої деменції (GDS)	<b>44</b>
Функціональна оцінка стадій хвороби Альцгеймера (FAST)	<b>45</b>
Коротка шкала оцінки психічного статусу (MMSE)	<b>46</b>
Система класифікації великих моторних функцій (при ДЦП)	<b>48</b>
Фактори уразливості, які слід враховувати при визначенні потреби у паліативній допомозі для дітей з церебральним паралічем або іншими статичними неврологічними захворюваннями	<b>53</b>
<b>Захворювання органів дихання</b>	<b>54</b>
Тест з оцінки хронічних обструктивних захворювань легень: COPD Assessment Test (CAT)	<b>55</b>
Модифікована шкала для оцінки тяжкості задишки Медичної дослідницької ради (mMRC research scale)	<b>57</b>
Оновлений метод оцінювання ХОЗЛ (GOLD 2019)	<b>58</b>
Оцінка тяжкості та прогнозу негоспітальної пневмонії за шкалою PSI /PORT (Patient Outcomes Research Team)	<b>59</b>
Оцінка тяжкості і прогнозу негоспітальної пневмонії за шкалою CURB-65	<b>61</b>
<b>Ступені тяжкості пролежнів</b>	<b>62</b>
<b>Критерії і план спостереження</b>	<b>63</b>
Критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги	<b>64</b>
Критерії визначення пацієнта дитячого віку, що потребує паліативної допомоги	<b>65</b>
Інструкція з використання «Критеріїв»	<b>66</b>
Інструкція з використання «Плану спостереження»	<b>67</b>
План спостереження пацієнта, що потребує паліативної допомоги	<b>70</b>
План спостереження пацієнта дитячого віку, що потребує паліативної допомоги	<b>74</b>
<b>Джерела</b>	<b>79</b>

# ВСТУП

Цей практичний посібник є збіркою міжнародно визнаних шкал та інструментів, що використовуються для об'єктивної оцінки стану пацієнта. Ця збірка, в першу чергу, призначена для використання у сфері паліативної допомоги, для кращої оцінки стану пацієнта і розуміння його потреб. До посібника увійшли також форми первинної медичної документації, затверджені Наказом МОЗ №1308 від 4 червня 2020 р.: інструменти скринінгу («Критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги»), а також «План спостереження», який має допомогти лікарям краще надавати паліативну допомогу (за відсутності в Україні систематичної медичної освіти з паліативної допомоги).

Також, зібрані тут шкали допоможуть родичам та близьким тяжкохворих пацієнтів — краще розуміти стан хворого, можливу траєкторію хвороби чи симптомів.

## Паліативна допомога

**Паліативна допомога** — це вид медичної допомоги, який дозволяє покращити якість життя пацієнта з захворюваннями, що обмежують життя, або з захворюваннями, що загрожують життю, шляхом запобігання та полегшення фізичних, психологічних, духовних страждань і допомоги членам його сім'ї.

**Захворювання, що обмежує життя:** захворювання, яке неминуче призведе до передчасної смерті; захворювання (стан), для якого немає надії на вилікування, і від якого пацієнт очікувано може померти. Багато з таких захворювань спричиняють прогресуюче погіршення стану, і роблять особу дедалі більш залежною від родичів та доглядальників.

**Захворювання, що загрожує життю:** захворювання, при якому існує як висока ймовірність передчасної смерті, так і ймовірність тривалого продовження життя (захворювання чи стан, при якому куративне (радикальне) лікування може бути реалізоване, але при цьому може закінчитися невдачею) [1].

Іншими словами, паліативна допомога — це допомога людям із тяжкими, часто невиліковними хворобами, що має на меті полегшити симптоми, зменшити страждання, покращити якість життя як пацієнта, так і рідних та близьких.

Важливо пам'ятати, що паліативна допомога — це додатковий рівень, ще один шар медичної допомоги, і може надаватися ОДНОЧАСНО, паралельно із куративною терапією, у будь-якому віці, і на будь-якому етапі важкої хвороби. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) взагалі визначає паліативну допомогу як «підхід, який покращує якість життя пацієнтів та їх сімей, що стоять перед проблемами, пов'язаними з хворобою, що загрожує життю, завдяки запобіганню і полегшенню страждань шляхом ранньої ідентифікації та бездоганної оцінки і лікування болю та інших проблем, фізичних, психосоціальних і духовних». [2]

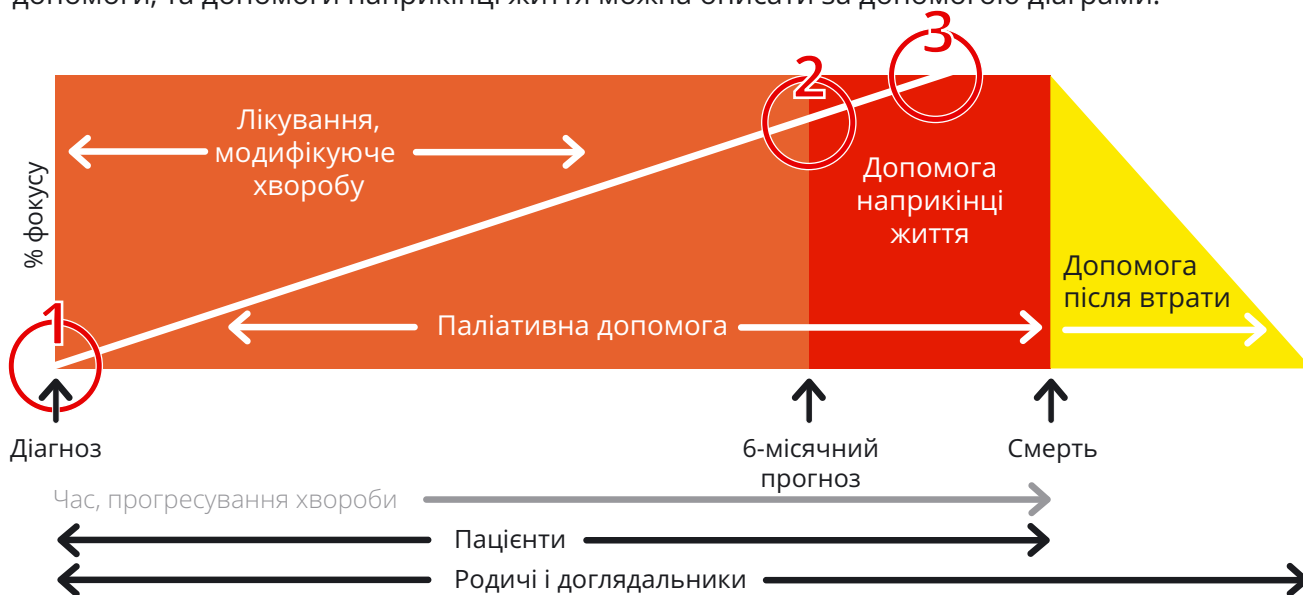
Часом під паліативною допомогою розуміють лише допомогу наприкінці життя (end of life care), яка може тривати як кілька годин (до смерті), так і тижні, чи місяці. Але допомога наприкінці життя — це лише частина паліативної допомоги.

## Допомога наприкінці життя

Так, Національна служба здоров'я Великої Британії (NHS) вважає, що людина входить у період кінця життя, коли вона з високою ймовірністю може померти протягом наступних 12 місяців (хоча, очевидно, це не завжди можна передбачити). Тому, як зазначають фахівці NHS, до людей, що потребують допомоги наприкінці життя, відносять тих, чия скоро смерть є очевидною, а також тих, хто:

- Має серйозну невиліковну хворобу, таку як рак, деменцію, або захворювання рухових нейронів;
- Загалом дуже немічний, і має супутні стани, що можуть призвести до смерті протягом 12 місяців;
- Має високий ризик померти від раптової кризи у наявному стані;
- Має гострий стан, що загрожує життю, спричинений катастрофічною подією — такою як аварія або інсульт.

В інших джерелах допомога наприкінці життя може визначається 6-місячним прогнозом життя [3]. При цьому співвідношення куративної (радикальної) терапії, паліативної допомоги, та допомоги наприкінці життя можна описати за допомогою діаграми:



На наведеній вище діаграмі видно три ключові моменти, коли мають бути прийняті рішення:

1. Момент постановки діагноза, що загрожує життю — початок надання паліативної допомоги.
2. Момент, коли лікування, що спрямоване на вилікування (радикальне, куративне), переходить у фазу такого, що підтримує життя (може продовжити життя, може зменшити набряк, сповільнити метастазування), або в паліативних цілях.
3. Момент, коли будь-яке етіотропне лікування (наприклад, протиракове) завершується, оскільки шкода від нього починає переважати над користю, і для блага пацієнта (для кращого самопочуття), таке лікування треба припинити. [4]

Вичерпного переліку захворювань або станів, що передбачають надання паліативної допомоги не існує, але, зокрема, можна виділити такі:

- новоутворення (рак);

- хронічна серцева недостатність;
- хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ);
- хронічні хвороби нирок та печінки;
- діабет;
- хвороби Альцгеймера та Паркінсона, деменція;
- інсульт;
- туберкульоз, ВІЛ/СНІД.

Паліативна допомога полегшує, зокрема, такі симптоми, від яких страждає пацієнт:

- біль (гострий та хронічний);
- депресія;
- задишка, проблеми з диханням;
- втома;
- закрепи, нудота, втрата апетиту;
- безсоння, тривожність;
- а також інші симптоми, від яких страждає пацієнт. [5]

## Визначення потреби пацієнта у паліативній допомозі

Рання ідентифікація, максимально точно поставлений діагноз щодо захворювання чи станів, що загрожують життю — надзвичайно важливі як для лікування хвороби, так і для грамотного планування супутньої паліативної допомоги.

На жаль, в сучасній українській практиці, за паліативною допомогою (в першу чергу, за сильнодіючим знеболенням) звертаються пацієнти (чи, переважно їхні родичі, доглядальники) на останніх, термінальних стадіях перебігу захворювання. При цьому, рання ідентифікація потреб у паліативній допомозі, ідентифікація пацієнтів, що можуть отримати користь від паліативного підходу (*identifying patients who could benefit from palliative approach*) дала б можливість раніше і краще спланувати надання паліативної допомоги, з урахуванням потреба та побажань пацієнта, із забезпеченням максимально активного і якісного життя.

Щороку в Україні помирає майже 600 тис осіб (2017: 571 737, 2018: 587 665, 2019: 581 114 померлих [6]), що становить майже 1,5% населення. Хоча деякі смерті є несподіваними, дуже багато смертей можуть бути передбачуваними. Це дуже непросто, і, звісно, такі прогнози не можуть бути точними. Але, якщо ми зможемо краще прогнозувати, і виявляти осіб, які, з великою ймовірністю наближаються до кінця життя, то вони з більшою ймовірністю зможуть отримувати якіснішу допомогу, що включала б уточнення їхніх особливих потреб, раннє планування догляду, обговорення заздалегідь важливих для пацієнта питань, іншу проактивну підтримку для забезпечення «якості життя до самої смерті».

Окрім того, потрібно пам'ятати, оскільки паліативна допомога є ширшою за суто допомогу наприкінці життя, для певних груп пацієнтів необхідність в отриманні паліативної допомоги може тривати роками.

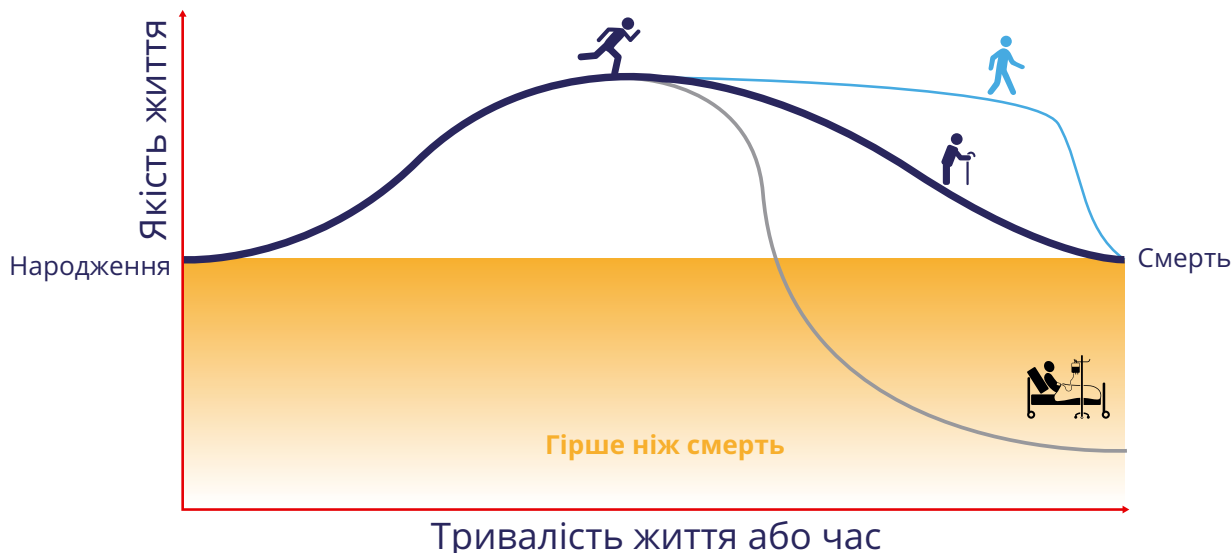
Так, за оцінками Українського центру суспільних даних, підготованих на основі наявних рутинних даних (дані про причини смертності, дані медичної статистики, Національного канцер-реєстру, реєстру хворих на туберкульоз) за 2018 рік, паліативної допомоги в Україні потребували 324 113 особи, зокрема 65 906 дітей [7].

Всесвітня організація охорони здоров'я у своєму визначенні паліативної допомоги також

стверджує, що «паліативна допомога є життєствердною та вважає смерть нормальним природним процесом; не має наміру ані прискорити, ані відкласти смерть» [2].

Сучасні досягнення медицини можуть суттєво продовжувати тривалість життя пацієнта, але якою може бути якість такого життя? Ми всі сподіваємося жити якомога більш повноцінним життям до самого кінця. На жаль, так стається не часто — адже різка зміна стану здоров'я, або ж поступове погіршення можуть суттєво вплинути на якість життя. Часом такі зміни можуть означати, що пацієнт перебуватиме в умовах, які можна вважати гіршими за смерть.

### Якість життя vs тривалість життя



Бути прикутим до ліжка, залежним від механізмів, що підтримують біологічне життя організму, переживати при цьому фізичні та психологічні страждання — для багатьох це може бути гірше за смерть.

Саме тому є важливими комунікація і планування заздалегідь різних аспектів паліативної допомоги і підтримки наприкінці життя, спільне планування і обговорення — лікаря і пацієнта. Так, посібник "PlanWell" розроблений канадським лікарем Дареном Хейландом (<https://planwell-guide.com> [8]), містить такі питання, на які пропонується дати відповідь пацієнтові:

1. На шкалі від 1 до 7 обведіть цифру, що найкраще описує, наскільки важливим для вас є:



2. На шкалі від 1 до 7 обведіть цифру, що найкраще описує, наскільки важливим для вас є:



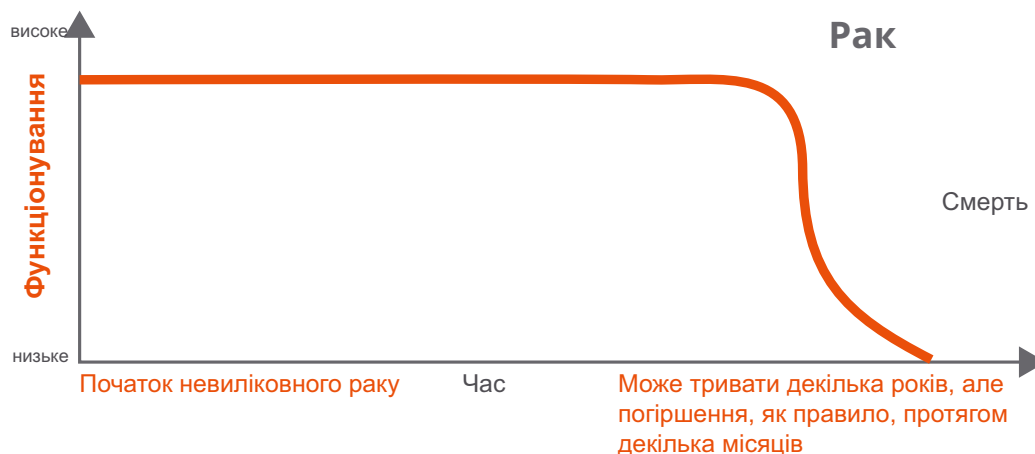
Важливо пам'ятати, що в центрі паліативного підходу, системи надання паліативної допомоги знаходиться пацієнт, його бажання, усвідомлений та добре поінформований вибір. Адже **немає нічого важливішого у житті людини, ніж закінчення життя, смерть**.

Так, зокрема, наявність у державі політики «Не реанімувати» (DNR — Do Not Resuscitate), тобто офіційної можливості пацієнта відмовитися від реанімаційних заходів у разі різкого погіршення стану, є одним із індикаторів у міжнародному «Індексі якості смерті». Цей індекс є напевно єдиним комплексним інструментом, що дозволяє порівняти стан надання паліативної допомоги в різних країнах світу, розроблений і впроваджений міжнародною експертною групою The Economist Intelligence Unit [9].

Ще одним індикатором у цьому індексі є «Спільне прийняття рішень»: обсяг діагностичної та прогностичної інформації, якою діляться з пацієнтами. Значення цього показника є вищим, якщо лікарі та пацієнти є партнерами по догляду, а пацієнти повністю поінформовані про діагноз та прогноз захворювання. На жаль, в Україні поширена зворотна, злочинна практика — коли від важкохворого пацієнта приховують діагноз та прогноз його захворювання. Відповідно до «Індексу якості смерті», Україна займає останнє місце в Європі за якістю надання паліативної допомоги.

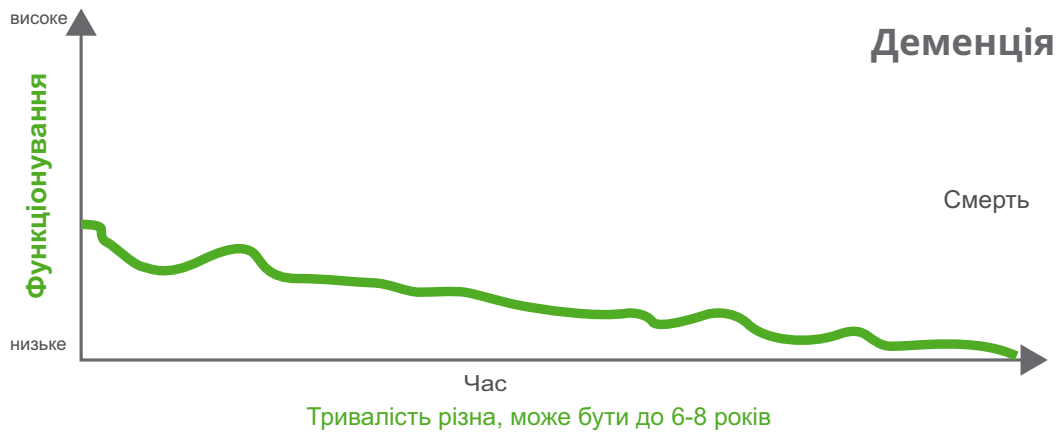
## Траекторії захворювань

Залежно від основного типу захворювання, від якого може померти пацієнт (рак, відмова органів, немічність), можна дізнатися, відповідно до якої траекторії може прогресувати захворювання. Це може допомогти зрозуміти — чи наближається пацієнт до кінцевої стадії життя, або коли до неї може наблизитися, і як передбачити і належно спланувати відповідну допомогу.

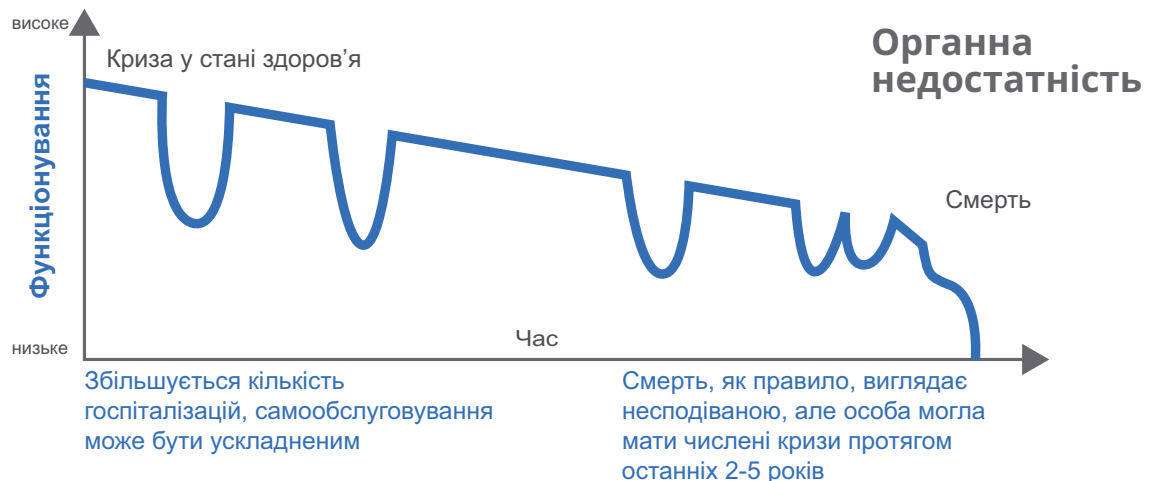


Наведена вище діаграма представляє типову траекторію невилікового онкозахворювання (рак). Здоров'я особи є відносно стабільним протягом суттєвого періоду часу, часом років. За цією стабільністю може йти різке погіршення. Можуть бути різні причини цього погіршення, включно із поширенням хвороби, втратою ефективності радикального лікування, такого як хіміотерапія. Пацієнт також може відмовитися від лікування через надмірні побічні ефекти. Життя із раком у пізній стадії, як правило, сприймається як більш прогнозована траекторія захворювання, порівняно із траекторіями інших захворювань.

Наступний графік представляє траекторію для осіб, що можуть бути старечого віку, немічними, або з деменцією. Ця група пацієнтів часто потребує підтримки та допомоги протягом тривалого періоду, оскільки прогресування їхнього захворювання може бути більш поступовим і розтягнутися на багато років.



Органна недостатність характеризується періодами, коли пацієнт може почуватися досить добре, за якими слідує кризи, суттєві погіршення стану, можливо на дні чи тижні, після чого може наставати покращання. Хоча пацієнт відновлюється після кризи, здоров'я повільно погіршується з часом. Кожна криза може бути серйозною і потребувати екстреної госпіталізації, під час якої пацієнт може померти (а може й видужати). Важко передбачити, яка криза завершиться смертю, але ймовірність смерті зростає із частотою та / або важкістю криз.



Кінцеве погіршення перед смертю може тривати лічені дні, тому може виглядати як раптова смерть. Втім, розглядаючи стан здоров'я пацієнта ретроспективно, стає зрозумілим, що смерть не могла бути цілковитою несподіваною. Така непевність робить планування паліативної допомоги складнішим, але не неможливим. Пізній початок надання паліативної допомоги є проблемою для багатьох пацієнтів із органною недостатністю. [10]

## Паліативна допомога в Україні

Згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» (2017) в Україні вперше впроваджується програма державних гарантій медичного обслуговування населення як перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України. Цим же документом визначено, що у межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам забезпечення медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних із наданням у тому числі й паліативної медичної допомоги.

Паліативна медична допомога в Україні стала розвиватися зовсім недавно. Тільки 2011 року Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» її було визнано окремим видом медичної допомоги. У редакції документу за 2018 рік у статті 35-4 визначено: «На останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей. Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення. Порядок надання паліативної допомоги та перелік медичних показань для її надання визначаються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я» [11].

Становлення інституцій паліативної допомоги в Україні супроводжують цілий ряд все ще невирішених проблем: необхідність удосконалення відповідного законодавства, розробки та оновлення стандартів паліативної допомоги, задоволення потреби у спеціально підготовлених кадрах, різноманітних організаційних форм її надання, забезпечення доступу пацієнтів до адекватного знеболення тощо.

Оцінити потребу у паліативній допомозі зараз можна лише на основі непрямих даних, наявних рутинних даних, таких як причини смерті, дані про захворюваність. Оціночна потреба, на основі даних 2018 р. становила понад 324 000 дорослих та дітей. [7]

На тлі вираженого дефіциту спеціалізованих закладів та спеціально підготовлених кадрів важливу роль у забезпеченні паліативної допомоги відіграють лікарі первинної медичної допомоги (ПМД), які як лікарі першого контакту вирішують та регулюють більшість медичних і немедичних проблем пацієнтів та членів їх родин.

Наказом МОЗ України затверджений «Порядок надання первинної медичної допомоги» (19.03.2018 р. №504), де у переліку відповідних медичних послуг передбачено:

*«12. Надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта.*

*13. Направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі ПМД» [12].*

У червні 2020 р. було затверджено новий Порядок надання паліативної допомоги (Наказ МОЗ №1308 від 4 червня 2020 р. [1]). Додатками до нього було затверджено Критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги та План спостереження пацієнта, що потребує паліативної допомоги (для дорослих та дітей), — як обов'язкові до застосування інструменти у процесі надання паліативної допомоги.

Їхнє завдання:

- допомогти виявити пацієнтів, що можуть потребувати паліативної допомоги (та сама «рання ідентифікація», про яку йдеться у визначенні ВООЗ;

- допомогти лікарям належно оцінювати стан і потреби пацієнта, і, відповідно краще надавати паліативну допомогу.

## Шкали та інструменти для оцінки стану

«Критерії» та «План спостереження», будучи інструментами для оцінки стану важкохворого, у свою чергу, посилаються на ряд міжнародно визнаних шкал та клінічних інструментів, що використовуються для «вимірювання» тих чи інших захворювань чи аспектів стану пацієнта.

У цьому посібнику неможливо охопити всі розроблені шкали та інструменти оцінки стану пацієнта у розрізі паліативної допомоги. Тому, тут наведено найбільш актуальні шкали, які об'єднані у такі розділи:

- Шкали оцінки болю.
- Шкали та індекси оцінки функціонального статусу. У цьому розділі представлені такі шкали та індекси як Індекс Карновського, шкалу Бартел, шкалу надання паліативної допомоги (Palliative Performance Scale), відповідні шкали із Державного стандарту паліативного догляду.
- Шкали спеціалізовані — які використовуються для оцінки станів при різних захворюваннях: серцево-судинних, печінки, нирок, психоневрологічних захворюваннях, органів дихання, ступені важкості пролежнів.
- Форми спеціалізованих документів (інструментів), затверджені Наказом МОЗ №1308 від 4 червня 2020 р.: тут, власне й представлені «Критерії» та «План спостереження», окремо для дітей та дорослих.

Варто зазначити, що наведені у цьому посібнику офіційно затверджені форми — підготовлені у найбільш зручному вигляді для лікарів. Звісно, оптимально, щоб ці форми були частиною відповідної електронної медичної інформаційної системи, яка використовується у тому чи іншому закладі (відповідно до п. 6 розділу III Порядку надання паліативної допомоги).

Але, у разі потреби, чи зручності використання саме паперової форми, можна просто роздрукувати на звичайному принтері сторінки з необхідною формою, і відразу використовувати у роботі.

Як зазначалося раніше, посібник буде також корисним для родичів, доглядальників важкохворого пацієнта. Представлені тут шкали та інструменти дозволять:

- оцінити стан хворого, а також можливу «траєкторію» прогресування хвороби;
- краще розуміти потреби пацієнта;
- краще розуміти, що можуть і мають робити медики у процесі надання паліативної допомоги, зокрема — у плані навчання доглядальників тим чи іншим навичкам догляду за хворим.

# Шкали оцінки болю

Шкали для оцінки інтенсивності болю	14
5-бальна шкала вербальних оцінок	
Візуально-аналогова шкала інтенсивності болю (10-бальна)	
Оцінка болю у новонароджених — шкала DAN	15
Оцінка болю у дітей (немовлята — 6 місяців) — шкала CRIES	16
Оцінка болю у дітей до 3 років — шкала TVP	17
Діти, які не вміють говорити, або діти з порушенням мовної спроможності (6 місяців — 7 років) — шкала FLACC	18
Оцінка болю у дітей від 3 до 7 років	19
Фізіогномічна шкала	
Шкала оцінки рук	
Інструмент оцінки болю Еланда	
Оцінка болю на останніх стадіях деменції	20
Класифікація болю за патофізіологічним механізмом	21

## Шкали для оцінки інтенсивності болю

*Джерело: Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України 25 квітня 2012 р. № 311.*

За інтенсивністю біль поділяють на слабкий, середній, сильний / дуже сильний (що позначається також, як «нестерпний» біль). Оцінка інтенсивності болю на підставі суб'єктивних відчуттів пацієнта проводиться як до початку лікування, так і в процесі лікування болю для визначення ефективності знеболення [13].

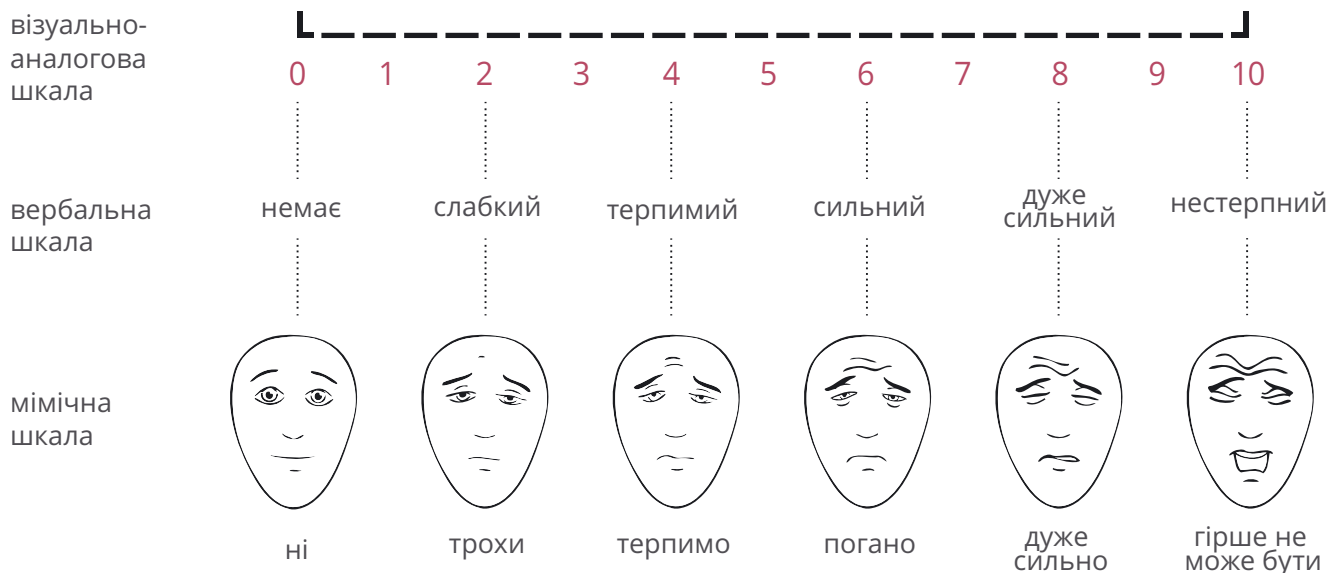
### 5-бальна шкала вербальних оцінок

З цією метою в паліативній медицині найчастіше рекомендується використовувати 5-бальну шкалу вербальних оцінок інтенсивності хронічного болю, згідно з якою:

- 0 — болю немає,
- 1 бал — слабкий,
- 2 бали — помірний,
- 3 бали — сильний,
- 4 бали — найсильніший біль.

### Візуально-аналогова шкала інтенсивності болю

Пропонується також застосування візуально-аналогової шкали інтенсивності болю від 0 до 100 % у вигляді лінії, завдовжки 10 см, на якій пацієнт сам позначає силу своїх больових відчуттів.



## Оцінка болю у новонароджених

## Шкала DAN [14]

Оцінка Параметри	0	1	2	3	4
<b>Вираз обличчя</b>	Спокійний	Хникає, очі то відкриває, то закриває без гримаси	Страждальницький вираз непостійний, є періоди спокою	Страждання на обличчі виражені сильно	Дуже сильні прояви страждання
<b>Руки кінцівок</b>	Спокійні, м'які рухи	Інтенсивність рухів невелика, є періоди спокою	Інтенсивність рухів помірна	Інтенсивність дуже висока, рухи безперервні	-
<b>Голос (дитина не інтубована)</b>	Немає жалібних нот	Короточасні жалібні ноти	Плач з перервами	Тривалий плач з виразом невтішності	-
<b>Голос (дитина інтубована)</b>	Немає жалібних нот	Виглядає стривоженим або неспокійним	Схлипування з перервами	-	-

Мінімальний сумарний бал — 0, максимальний — 10.

Чим більше отримане число — тим більший дискомфорт відчуває дитина.

## Оцінка болю у дітей (немовлята — 6 місяців)

Шкала CRIES [14]

Категорія	Оцінка	0	1	2
<b>Плач</b> (При болю характерний високо тональний плач)		відсутній або не високої тональності	високої тональності, але дитину можна заспокоїти	високої тональності, дитину неможливо заспокоїти
<b>Чи є необхідною подача O<sub>2</sub> для підтримки сатурації крові на рівні 95% і більше</b> (Відчуття болю знижує показники оксигенації у дітей)		кисень не потрібний	потрібно ~ 30% кисню в газовій суміші для оксигенації	потрібно ~ 30% кисню в газовій суміші для оксигенації
<b>Збільшення життєво важливих показників</b> (АТ і ЧСС)		АТ і ЧСС не змінилися або зменшилися	АТ і ЧСС збільшилися в межах 20%	АТ і ЧСС збільшилися більше ніж на 20%
<b>Вираз обличчя</b> (Часто біль супроводжується гримасою, яка характеризується опущенням брів, мруженням закриттям очей, заглибленням носо-губної складки, або відкритими губами та ротом)		гримаса відсутня	присутня лише гримаса	присутня гримаса, а також звуки відмінні від плачу (крекіт)
<b>Безсоння</b> (Оцінка здійснюється на основі стану немовляти впродовж години, що передує запису)		постійно спить	часто прокидається	не спить

0-3 — Немедикаментозні заходи

4-6 — Призначення неопіоїдних анальгетиків

6-10 — Призначення опіоїдних анальгетиків

**Оцінка болю у дітей до 3х років**                      Шкала TVP [14]  
 (була створена для ВІЛ-інфікованих дітей  
 з мультиорганною патологією — Albertyn, 2010)

№	Симптом	Наявність симптому — 1 бал
1	Пальці загинаються догори з твердими ступнями, щиколотки щільно стиснуті	
2	Коліна щільно стиснуті або туго перехрещені	
3	Одна нога прикриває ділянку підгузника	
4	Грудне і/або нерегулярне дихання, і/або дихання ротом, і/або дихання міжреберними м'язами, і/або роздування крил носа, і/або потріскування	
5	Прискорення або зниження ЧСС	
6	Руки щільно притиснуті до тіла або схрещені біля обличчя, грудей чи живота	
7	Кулаки (неможливо або складно відкрити пальцем)	
8	Шия несиметрично розміщена на плечах, плечі припідняті	
9	Голова розміщена асиметрично	
10	Напружений вираз обличчя (страх або біль), стиснутий рот, неспокій в очах	

**Інтерпретація**

Максимальна оцінка — 10 балів

Сума більше 3 означає наявність болю

## Оцінка болю у дітей

Шкала FLACC [14]

Діти, які не вміють говорити або діти, з порушеннями мовної спроможності (6 місяців — 7 років)

Оцінка Категорія	0	1	2
<b>Обличчя</b>	Не має конкретного виразу або посмішка	Не часто – гримаса або насупліні брови, замкнутість, незацікавленість	Часте та постійне тремтіння підборіддя, стиснуті щелепи
<b>Ноги</b>	Нормальне положення або розслаблені	Некомфортне положення, напружені, неспокійні	Брикання ногами або ноги підтягнуті
<b>Активність</b>	Лежить спокійно, нормальне положення, легко переміщається	Звивається, переміщається вперед і назад, напруженість	Вигинається, ригідність, сіпання кінцівок
<b>Плач</b>	Відсутній (дитина активна або спить)	Стогін і хникання; періодичні скарги	Постійний плач, дитина кричить або схлипує, часто скаржиться
<b>Можливість заспокоїти</b>	Задоволений, спокійний	Заспокоюється від дотику, обіймів або розмов, можна відволікти	Важко втішити та заспокоїти

### Інтерпретація:

Максимальна оцінка — 10 балів

Сума більше 3 означає наявність болю

## Оцінка болю у дітей від 3 до 7 років [14]

### Фізіогномічна шкала (Face scale)

5-бальна мімічна шкала, включає 6 намальованих облич із різними виразами, де 0 — біль відсутній, 5 — біль нестерпний. Зазвичай це стандартне схематичне зображення змін міміки залежно від інтенсивності болю, проте в різних частинах світу вони можуть бути замінені на фотографії або малюнки місцевих дітей.

### Шкала оцінки рук (Hand scale)

5-бальна шкала показує відсутність болю (рука, стиснута в кулак) до нестерпного болю (повністю розтиснута рука):

- 0 — відсутність болю,
- 1 — трохи болить,
- 2 — сильніше болить,
- 3 — середньо (помірно) болить,
- 4 — сильно болить,
- 5 — дуже-дуже (нестерпно) болить.

### Інструмент оцінки болю Еланда (Eland bode tool)

4-бальна шкала, допомагає визначити біль різної локалізації і різної інтенсивності за кольором: наприклад, зелений — нема болю, жовтий — слабкий біль, помаранчевий — помірний біль, червоний — сильний біль. Попросіть дитину визначити колір її болю, а потім запропонуйте розмалювати картинку тіла людини, використовуючи вибрані кольори у відповідних місцях.

## Оцінка болю на останніх стадіях деменції (ОБОСД) [15]

Аспекти	0	1	2	Бал
Дихання (без вокалізації)	Нормальне дихання	Епізодичне ускладнене дихання. Короткі періоди гіпервентиляції.	Голосне ускладнене дихання. Тривалі періоди гіпервентиляції. Дихання Чейн-Стокса.	
Негативна вокалізація	Немає	Періодичний стогін або тяжке зітхання. Висловлювання заперечення або незгоди на низьких тонах.	Постійне неспокійне скрикування. Голосні жалісні звуки або тяжке зітхання. Плач.	
Вираз обличчя	Усміхнений або байдужий	Сумний. Зляканий. Похмурий	Гримаси на обличчі	
Мова тіла	Розслаблений стан	Напруженість. Знервовані рухи. Вовтуження.	Жорстка постава. Стиснуті кулаки. Підігнуті коліна. Раптові різкі рухи. Відсторонення або відштовхування інших.	
Можливість заспокоїти	Відсутність потреби	Відволікання, запевнення чи заспокоєння на голос або дотик.	Неможливо заспокоїти, відволікти чи запевнити.	
ВСЬОГО БАЛІВ:				

### Інтерпретація:

Загальна кількість балів знаходиться в межах від 0 (відсутність болю) до 10 (біль нестерпний), що відповідає вищевказаним шкалам оцінки інтенсивності болю.

## Класифікація болю за патофізіологічним механізмом [15]

**1. Ноцицептивний біль** — виникає внаслідок подразнення (стимуляції) периферичних больових рецепторів — ноцицепторів і в свою чергу поділяється на:

- соматичний біль (внаслідок стимулювання больових рецепторів шкіри, м'яких тканин м'язів і кісток);
- вісцеральний біль (внаслідок стимулювання больових рецепторів внутрішніх органів)

Ноцицептивний біль описується пацієнтами як глибокий, пульсуючий, тупий, місцевий або поширений, поверхневий або глибокий, різної інтенсивності. Об'єктивно — без неврологічних змін. Контролюється опіоїдами.

---

**2. Невропатичний біль** — виникає у зв'язку з повним або неповним ушкодженням мієлінової оболонки периферичних або центральних провідних шляхів — периферичних нервів, корінців, стовбурів чи сплетінь (компресія, розсічення тканин, інфільтрат, ішемія, метаболічні порушення, токсична дія).

Невропатичний біль може бути описаний як пекучий, приступоподібний стріляючий, електричний, відчуття поколювання, бігання мурашок, дзвону у вухах, оніміння або інших патологічних відчуттів. Можуть зберігатися дизестезії, алодинія, каузалгія, парестезії.

Характерні неврологічні зміни (рухові, чутливі, вегетативні). Локалізація змін в ділянці іннервації, як правило — корінцева. Локалізація в кінцівці переважно дистальна з поширенням в проксимальну частину. Гіперальгезія +/- виражена при емоціях (за рахунок вивільнення норадреналіну). Пекучі фантомні болі.

**Невропатичний біль не контролюється або слабо контролюється опіоїдами.**

У цьому випадку обов'язковим є призначення ко-анальгетиків залежно від механізму виникнення болю у кожного конкретного пацієнта.

---

**3. Змішаний тип болю** (за механізмом виникнення це 1. + 2.), при поширених формах раку найчастіше зустрічається саме такий тип болю.

---

**4. Проривний біль** — це біль, що виникає раптово навіть на фоні адекватної схеми знеболення. Механізм виникнення незрозумілий (неясний), але причина завжди відома. Приклади: — діагноз «рак сечового міхура» — біль виникає при кожному сечовипусканні; — діагноз «рак гортані» — біль під час приймання їжі. Пацієнти зі страхом очікують такого болю. Про це слід пам'ятати при призначенні схеми знеболення, оскільки на такі проривні болі призначаються додаткові дози анальгетиків — 10% добової пероральної дози щогодини.

# Шкали загальні (функціональні)

Індекс Карновського та Шкала ECOG	23
Шкала надання паліативної допомоги (Palliative Performance Scale)	24
Шкала БАРТЕЛ	25
Визначення ступеня індивідуальної потреби отримувача соціальної послуги (Державний стандарт паліативного догляду)	
Визначення ступеня індивідуальних потреб	27
Шкала оцінки можливості виконання елементарних дій	32
Шкала оцінки можливості виконання складних дій	36

## Оцінка загального стану пацієнта за допомогою шкали Карновського та ECOG

Джерело: Клінічний протокол високоспеціалізованої допомоги при хронічному лімфоїдному лейкозі [16, 17]

Індекс Карновського	Активність, %	Шкала ECOG - ВООЗ	Оцінка
Стан нормальний, скарг немає	100	Нормальна активність	0
Здатен до нормальної діяльності, незначні симптоми або ознаки захворювання	90	Наявні симптоми захворювання, але ближче до нормального стану	1
Нормальна активність із зусиллям	80		
Обслуговує себе самостійно, не здатен до нормальної діяльності чи активної роботи	70	Більше 50% денного часу проводить не в ліжку, але іноді потребує відпочинку	2
Часом потребує допомоги, але здатен самостійно задовольняти більшість своїх потреб	60		
Потребує значної допомоги та медичного обслуговування	50	Потребує перебування в ліжку більше 50% денного часу	3
Інвалід, потребує спеціальної допомоги, зокрема медичної	40		
Тяжка інвалідність, показана госпіталізація, але смерть не прогнозується	30	Не здатен себе обслуговувати, прикутий до ліжка	4
Тяжкий пацієнт. Необхідне активне лікування та госпіталізація	20		
Смерть	0		

### Увага!

Пацієнт може потребувати паліативної допомоги наприкінці життя, якщо:

**Індекс Карновського становить менше 50**

або

**оцінка за шкалою ECOG більше 2**

## Шкала надання паліативної допомоги (Palliative Performance Scale, PPS) [18]

Рівень PPS	Здатність самостійно пересуватися	Діяльність та ознаки хвороби	Само-обслуговування	Прийом їжі	Рівень свідомості
100%	Повна	Нормальна повсякденна та професійна діяльність. Ознаки хвороби відсутні	Цілковите	Нормальний	Повна
90%	Повна	Нормальна повсякденна та професійна діяльність. З'являються ознаки хвороби	Цілковите	Нормальний	Повна
80%	Повна	Звична діяльність викликає труднощі. Проявляються деякі ознаки хвороби	Цілковите	Нормальний або знижений	Повна
70%	Обмежена	Професійна діяльність/робота неможлива. Значні ознаки хвороби	Цілковите	Нормальний або знижений	Повна
60%	Обмежена	Не спроможний займатися улюбленими/побутовими справами. Значні ознаки хвороби	Іноді потребує сторонньої допомоги	Нормальний або знижений	Повна або сплутана
50%	Переважаючо сидить/лежить	Не спроможний виконувати будь-яку роботу. Тяжкі ознаки хвороби	Значною мірою потребує сторонньої допомоги	Нормальний або знижений	Повна або сплутана
40%	Переважну кількість часу проводить у ліжку	Не спроможний на будь-яку діяльність. Тяжкі ознаки хвороби	Залежить від сторонньої допомоги	Нормальний або знижений	Повна або апатична +/- сплутана
30%	Цілковито прикутий до ліжка	Не спроможний на будь-яку діяльність. Тяжкі ознаки хвороби	Не може обходитися без сторонньої допомоги	Нормальний або знижений	Повна або апатична +/- сплутана
20%	Цілковито прикутий до ліжка	Не спроможний на будь-яку діяльність. Тяжкі ознаки хвороби	Не може обходитися без сторонньої допомоги	Зменшений до маленьких ковтків	Повна або апатична +/- сплутана
10%	Цілковито прикутий до ліжка	Не спроможний на будь-яку діяльність. Тяжкі ознаки хвороби	Не може обходитися без сторонньої допомоги	Тільки годування	Апатична або коматозна +/- сплутана
0%	Смерть	-	-	-	-

### Увага!

**Пацієнт може потребувати паліативної допомоги наприкінці життя, якщо значення за шкалою PPS менше 50.**

## Шкала БАРТЕЛ

Додаток № 9 до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)». Індекс активності у повсякденному житті (шкала БАРТЕЛ) [19, 20].

### ПРИЙОМ ЇЖИ

- 0 — повністю залежить від допомоги оточуючих (необхідне годування зі сторонньою допомогою)
- 5 — частково потребує допомоги, наприклад, при розрізанні їжі, намазуванні масла на хліб і т.д., при цьому приймає їжу самостійно
- 10 — не потребує допомоги (здатний їсти будь-яку нормальну їжу, не тільки м'яку, самостійно користується всіма необхідними столовими приборами; їжа готується і сервірується іншими особами, але не розрізається)

### ПРИЙОМ ВАННИ

- 0 — залежний від оточуючих
- 5 — незалежний від оточуючих: приймає ванну (входить і виходить з неї, миється) без сторонньої допомоги, або миється під душем, не потребуючи нагляду чи допомоги

### ПЕРСОНАЛЬНА ГІГІЕНА

(чищення зубів, маніпуляція з зубними протезами, зачісування, гоління, вмивання лиця)

- 0 — потребує допомоги при виконанні процедури особистої гігієни
- 5 — незалежний від оточуючих при вмиванні лиця, зачісуванні, чищенні зубів, голінні

### ОДЯГАННЯ

- 0 — залежний від оточуючих
- 5 — частково потребує допомоги (наприклад, при заціпанні гудзиків), але більше половини дій виконує самостійно, деякі види одягу може вдягати повністю самостійно, затрачаючи на це розумну кількість часу
- 10 — не потребує допомоги, в тому числі при заціпанні гудзиків, зав'язуванні шнурівок і т.д., може вибрати і надягати будь-який одяг

### КОНТРОЛЬ ДЕФЕКАЦІЇ

- 0 — нетримання калу (або потребує застосування клізми, яку ставить особа, що доглядає)
- 5 — випадкові інциденти нетримання калу (не частіше одного разу на тиждень) або потребується допомога при використанні клізми, свічок
- 10 — повний контроль дефекації, при необхідності може використовувати клізму або свічки, не потребує допомоги

### КОНТРОЛЬ СЕЧОВИПУСКАННЯ

- 0 — нетримання сечі, або використовується катетер, керувати яким хворий самостійно не може
- 5 — випадкові інциденти нетримання сечі (максимум один раз за 24 години)
- 10 — повний контроль сечовипускання (в тому числі й випадки катетеризації сечового міхура, коли хворий самостійно справляється з катетером)

### КОРИСТУВАННЯ ТУАЛЕТОМ

(переміщення в туалеті, роздягання, очищення шкірних покривів, вдягання, вихід із туалету)

- 0 — повністю залежний від допомоги оточуючих
- 5 — потребує деякої допомоги, проте частину дій, в тому числі персональні гігієнічні процедури, може виконувати самостійно
- 10 — не потребує допомоги (при переміщеннях, вдяганні та роздяганні, виконанні гігієнічних процедур)

### ПЕРЕМІЩЕННЯ

(з ліжка на крісло і назад)

- 0 — переміщення неможливе, не здатний сидіти (втримувати рівновагу), для підняття з ліжка потрібна допомога двох осіб
- 5 — при вставанні з ліжка потрібна значна фізична допомога (одної сильної/обізнаної особи або двох звичайних людей), може самостійно сидіти на ліжку
- 10 — при вставанні з ліжка потрібна незначна допомога (одної особи), або потрібний догляд, вербальна допомога
- 15 — незалежний від оточуючих (не потребує допомоги)

### ЗДАТНІСТЬ ДО ПЕРЕСУВАННЯ ПО РІВНІЙ ПЛОЩИНІ

(переміщення в межах дому/палати і поза домом; можуть використовуватись допоміжні засоби)

- 0 — не здатний до переміщення або долає менше 45 м
- 5 — здатний до незалежного пересування в інвалідному візку на відстань більше 45 м, в тому числі оминати кути і користуватись дверима та самостійно повертати за ріг
- 10 — може ходити з допомогою однієї особи або двох осіб (фізична підтримка або нагляд і вербальна підтримка), проходить більше 45 м
- 15 — не залежний від оточуючих (але може використовувати допоміжні засоби, наприклад, паличку), долає самостійно більше 45 м

### ПОДОЛАННЯ СХОДІВ

- 0 — не здатний підніматись по сходах, навіть з підтримкою
- 5 — потрібна фізична підтримка (наприклад, щоб піднести речі), нагляд або вербальна підтримка
- 10 — незалежний

ВИД ДІЯЛЬНОСТІ	Оцінка до початку лікування та реабілітації	Оцінка при виписці на домашню програму реабілітації
Прийом їжі		
Прийом ванни		
Персональна гігієна		
Одягання		
Контроль дефекації		
Контроль сечовипускання		
Користування туалетом		
Переміщення (з ліжка на крісло і назад)		
Подолання сходів		

Оцінка пацієнта за індексом Бартел  
Оцінку проводив (ПІБ) \_\_\_\_\_

#### Інструкції

1. При оцінці за шкалою слід реєструвати те, що хворий дійсно робить, а не те, що він міг би зробити.
2. Основна мета використання шкали є встановлення ступеню незалежності від будь-якої допомоги, фізичної або вербальної, хоча б навіть і мінімальної, і з будь-якої причини.
3. Під потребою в нагляді слід розуміти, що хворого не можна вважати незалежним.
4. Здатність хворого до тієї чи іншої активності слід оцінювати по найбільш достовірних даних. Зазвичай джерелом інформації є опитування хворого, його рідних, або друзів, медперсоналу, також важливі результати безпосереднього спостереження і здоровий глузд, однак, необхідності в цілеспрямованому дослідженні функції немає.
5. Зазвичай важлива оцінка здатності хворого в попередні 24-48 годин, але буває доцільною і оцінка за більш тривалий період часу.
6. Середні категорії оцінок означають, що «частка» хворого в здійсненні оцінювальної активності перевищує 50%.

**Увага! Пацієнт може потребувати паліативної допомоги наприкінці життя, якщо сумарний індекс за шкалою БАРТЕЛ становить менше 25.**

## Визначення ступеня індивідуальної потреби отримувача соціальної послуги

(Додаток 1 до Державного стандарту паліативного догляду) [21]

1. Ступінь індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги визначається на підставі оцінки можливостей виконання елементарних та складних дій (табл. 1).

Таблиця 1

**Визначення ступеня індивідуальних потреб**

Група рухової активності	Сума балів за шкалами оцінки виконання елементарних та складних дій	Ступінь	Характеристика ступенів індивідуальної потреби
I	127		Сторонньої допомоги не потребує
II	100-126	1	<p>Основні види елементарних дій (умивання, одягання, взування, контроль за актами сечовиділення та дефекації, приймання ванни, душу, користування туалетом, харчування, користування посудом та побутовою технікою) виконує самостійно й у повному обсязі.</p> <p>Основні види складних дій (приготування їжі, прийом ліків, користування телефоном, транспортом, ведення домашнього господарства, прибирання, прання, заняття рукоділлям, розпоряджання власними коштами, здійснення покупок у магазинах й отримання послуг в організаціях району, у якому мешкає) виконує самостійно й у повному обсязі.</p> <p>Пересувається поза помешканням і двором без віддалення на великі відстані.</p> <p>Користується транспортом. Має труднощі при підйомі крутими сходами.</p> <p>Може потребувати сторонньої допомоги при здійсненні покупок чи отриманні послуг в організаціях району, у якому мешкає.</p> <p>Незначна залежність від сторонньої допомоги.</p> <p>З огляду на наявні фактори ризику отримувач соціальної послуги може потребувати сторонньої допомоги й догляду в незначному обсязі (часткової сторонньої допомоги потребує виконання менше ніж 10 % простих і складних дій).</p>
III	88-99	2	<p>Основні види елементарних дій (вмивання, одягання, взування, контроль за актами сечовиділення та дефекації, користування туалетом, харчування, користування посудом та побутовою технікою) виконує самостійно й у повному обсязі.</p> <p>Основні види складних дій (приготування їжі, прийом ліків, користування телефоном, транспортом, розпоряджання власними коштами) виконує самостійно й у повному обсязі.</p> <p>Пересувається в межах двору, біля помешкання та на невеликі відстані.</p> <p>Користується транспортом. Має складнощі при підйомі сходами.</p>

			<p>Ванну чи душ приймає самостійно, може періодично потребувати сторонньої допомоги (присутність сторонньої особи з метою уникнення травм).</p> <p>Може потребувати незначної допомоги у веденні домашнього господарства, часткової допомоги при пранні, занятті рукоділлям, у здійсненні покупок у магазинах чи отриманні послуг в організаціях, розміщених не поблизу місця проживання.</p> <p>Помірно виражена залежність від сторонньої допомоги. Може потребувати помірного обсягу сторонньої допомоги й догляду з огляду на наявні обмеження у життєдіяльності, умовах проживання й фактори ризику (часткової сторонньої допомоги може потребувати виконання до 20 % простих і складних дій).</p>
76-87	3	<p>Основні види елементарних дій (вмивання, контроль за актами сечовиділення та дефекації, користування туалетом, харчування, користування посудом і побутовою технікою) виконує самостійно й у повному обсязі.</p> <p>Види складних дій (прийом ліків, користування телефоном, розпоряджання власними коштами) виконує самостійно й у повному обсязі.</p> <p>Пересування в основному обмежується помешканням. Може пересуватися на невеликі відстані самостійно чи із супроводом пішки або на транспорті.</p> <p>Може мати значні труднощі при підйомі сходами або не може самостійно підніматися сходами без сторонньої допомоги.</p> <p>При прийнятті ванни чи душу може потребувати часткової сторонньої допомоги.</p> <p>Може потребувати незначної допомоги при вдяганні, взуванні, приготуванні їжі, веденні домашнього господарства; часткової допомоги при пранні, здійсненні покупок у магазинах чи отриманні послуг в організаціях, розміщених не поблизу місця проживання.</p> <p>Помірно виражена залежність у сторонній допомозі. Може потребувати помірного обсягу сторонньої допомоги й догляду з огляду на наявні обмеження в життєдіяльності, умовах проживання й фактори ризику (часткової та повної сторонньої допомоги може потребувати виконання до 40 % простих і складних дій).</p>	
63-74	4	<p>Основні види елементарних дій (вмивання, контроль за актами сечовиділення та дефекації, користування туалетом, користування посудом і побутовою технікою) виконує самостійно й у повному обсязі.</p> <p>Види складних дій (прийом ліків, користування телефоном, розпоряджання власними коштами) виконує самостійно й у повному обсязі.</p> <p>Пересування обмежується помешканням.</p> <p>В окремих випадках (рідко) може пересуватися на невеликі відстані самостійно чи із супроводом пішки або на транспорті.</p> <p>Не може підніматись сходами без сторонньої допомоги.</p>	

			<p>Може потребувати часткової сторонньої допомоги при вдяганні та взуванні, приготуванні та прийомі їжі, веденні домашнього господарства, пранні, прийманні ванни чи душу.</p> <p>Потребує допомоги у здійсненні покупок у магазинах чи отриманні послуг в організаціях.</p> <p>Має виражену залежність від сторонньої допомоги й догляду, в тому числі з огляду на наявні обмеження в життєдіяльності, умовах проживання та фактори ризику (часткової і повної сторонньої допомоги та догляду потребує виконання до 50 % простих і складних дій)</p>
IV	54-62	5	<p>Основні види елементарних дій (вмивання, контроль за актами сечовиділення та дефекації, користування туалетом, посудом та побутовою технікою) виконує самостійно й у повному обсязі.</p> <p>Види складних дій (прийом ліків, користування телефоном, розпорядження власним коштами) виконує самостійно й у повному обсязі.</p> <p>Пересування обмежується помешканням.</p> <p>В окремих випадках (рідко) може пересуватися на невеликій відстані із супроводом пішки або на транспорті.</p> <p>Не може підніматись сходами без сторонньої допомоги.</p> <p>Може вести домашнє господарство невеликого обсягу при великих часових затратах. Не може прати великі речі.</p> <p>Може потребувати часткової сторонньої допомоги при купанні у ванні чи душі, одяганні, взуванні, приготуванні й прийомі їжі.</p> <p>Потребує допомоги у здійсненні покупок у магазинах чи отриманні послуг в організаціях.</p> <p>Має виражену залежність від сторонньої допомоги й догляду, у тому числі з огляду на наявні обмеження в життєдіяльності, умовах проживання й фактори ризику (часткової та повної сторонньої допомоги й догляду потребує виконання до 90 % простих і складних дій).</p>
	43-53	6	<p>Може вмиватися, розчісуватися, чистити зуби, взуватися, вдягатися, приймати їжу з частковою сторонньою допомогою.</p> <p>Може частково контролювати акти сечовиділення та дефекації.</p> <p>Пересування в основному обмежене кімнатою. Рідко може виходити у двір із супроводом.</p> <p>Приймає ванну чи душ зі сторонньою допомогою. Користується туалетом зі сторонньою допомогою (потребує допомоги при збереженні рівноваги, вдяганні, роздяганні).</p> <p>Основні види домашнього господарства вести не може.</p> <p>Може приготувати найпростіші страви, випрати невеликі речі.</p> <p>Потребує допомоги у здійсненні покупок у магазинах чи отриманні послуг в організаціях.</p> <p>Може користуватись телефоном.</p> <p>Приймає ліки самостійно чи з незначною допомогою.</p>

			<p>Може розпоряджатися власними коштами.</p> <p>Має виражену залежність від сторонньої допомоги й догляду, у тому числі з огляду на обмеження в життєдіяльності, умовах проживання й фактори ризику (часткової та повної сторонньої допомоги й догляду потребує виконання до 100 % простих і складних дій, із них 60 % і більше потребує часткової сторонньої допомоги).</p>
	32-42	7	<p>Може вмиватися, розчісуватися, чистити зуби, взуватися, вдягатися, приймати їжу, приймати ванну чи душ зі сторонньою допомогою.</p> <p>Користується туалетом зі сторонньою допомогою (потребує допомоги при збереженні рівноваги, вдяганні, роздяганні).</p> <p>Пересування обмежене кімнатою.</p> <p>При переході з ліжка до крісла іноді потребує мінімальної допомоги чи нагляду.</p> <p>Не може вести домашнє господарство, готувати найпростіші страви, прати.</p> <p>Викликає труднощі самостійний прийом ліків.</p> <p>Часто не може розпоряджатися власними коштами.</p> <p>Може користуватися телефоном із незначною допомогою.</p> <p>Повністю залежить від сторонньої допомоги й догляду, у тому числі з огляду на обмеження у життєдіяльності, умовах проживання й фактори ризику (часткової та повної сторонньої допомоги й догляду потребує виконання до 100 % простих і складних дій, із них близько 50 % потребує часткової сторонньої допомоги)</p>
V	25-31	8	<p>Приймає ванну чи душ, вмивається, розчісується, чистить зуби, вдягається, взувається зі сторонньою допомогою.</p> <p>Потребує часткової допомоги при прийомі їжі. Акти сечовиділення та дефекації може контролювати повністю або частково.</p> <p>Пересування обмежене ліжком й простором навколо нього.</p> <p>При переході з ліжка до крісла може потребувати часткової сторонньої допомоги. Користуватися туалетом може самостійно чи зі сторонньою допомогою (крісло-туалет біля ліжка чи судно).</p> <p>Користується телефоном або має труднощі при користуванні ним.</p> <p>Не може самостійно готувати їжу, вести домашнє господарство, прати, займатися рукоділлям.</p> <p>Не може самостійно приймати ліки, розпоряджатися власними коштами.</p> <p>Повністю залежить від сторонньої допомоги (часткова залежність становить менше ніж 50 % випадків виконання простих і складних дій та обумовлена станом здоров'я й можливістю пересування).</p>
	12-24	9	<p>Постійно знаходиться в ліжку.</p> <p>Потребує сторонньої допомоги при переході з ліжка до крісла.</p> <p>Може здійснювати активні рухи у межах ліжка.</p> <p>Може самостійно сидіти.</p> <p>Сідає самостійно чи з незначною допомогою.</p>

			Контролює акти сечовиділення та дефекації частково чи повністю. Користується судном чи кріслом-туалетом. Повністю залежить від сторонньої допомоги.
	0-11	10	Постійно знаходиться у ліжку. Пересувається тільки зі сторонньою допомогою. Вмивається, купається, вдягається, роздягається, приймає їжу тільки зі сторонньою допомогою. Не сідає самостійно, не може сидіти. Не контролює акти сечовиділення та дефекації. Потребує постійного цілодобового догляду. Повністю залежить від сторонньої допомоги.

2. Можливості виконання отримувачем соціальної послуги різних видів дій для підтримання життєдіяльності визначаються за допомогою анкетування, яке проводиться з використанням шкали оцінки можливості виконання елементарних дій (табл. 2) та шкали оцінки можливості виконання складних дій (табл. 3), за допомогою яких визначають:

- залежність від будь-якої сторонньої допомоги (фізичної, словесної, нагляду)\*;
- можливість самостійно задовольняти свої основні життєві потреби;
- ступінь залежності\*\* та передбачуваної тривалості індивідуальної потреби у сторонній допомозі, причини, що її викликають.

3. Ступінь залежності отримувача соціальної послуги від сторонньої допомоги визначається оптимальним для конкретної ситуації методом: опитування отримувача соціальної послуги, членів його сім'ї, законних представників, надавача соціальної послуги; безпосереднє спостереження фахівців за отримувачем соціальної послуги.

4. При застосуванні зазначених шкал вибрані відповіді на запитання повинні відображати реальні дії отримувача соціальної послуги. Оцінювання проводиться на підставі інформації за попередні 24-48 годин (за необхідності проводиться оцінювання за довший період).

5. Шкала оцінки можливості виконання елементарних дій визначає повсякденну діяльність людини за допомогою 10 критеріїв, що стосуються сфери самообслуговування та можливості пересуватися (табл. 2). Оцінка рівня виконання елементарних дій здійснюється за сумою балів, визначених для кожного отримувача соціальної послуги, за кожним із критеріїв цієї шкали. Максимальний результат становить 100 балів, мінімальний — 0 балів.

---

\* Необхідність у нагляді та словесній допомозі означає, що отримувач соціальної послуги належить до категорії тих, хто потребує сторонньої допомоги (залежний від сторонньої допомоги).

\*\* Категорія "незалежний" допускає використання допоміжних технічних засобів реабілітації.

## Шкала оцінки можливості виконання елементарних дій

№	Критерій	Характеристика	Бали
1	Прийом їжі	Приготування до прийому їжі та прийом їжі здійснює самостійно, користується посудом, столовими приборами, побутовою технікою без труднощів.	10
		Приготування до прийому їжі, прийом їжі здійснює самостійно, але повільніше.	9
		Приготування до прийому їжі, прийом їжі здійснює самостійно із застосуванням спеціального посуду й технічних засобів реабілітації (далі — ТЗР).	8
		З труднощами здійснює самостійно або за допомогою ТЗР приготування до прийому їжі та прийом їжі.	7
		Приймає їжу самостійно або за допомогою ТЗР, але не може приготуватися до прийому їжі (покласти їжу в тарілку, наповнити стакан тощо).	6
		Потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги в приготуванні до прийому їжі та прийомі їжі (при розрізанні продуктів, приготуванні бутербродів) (до 25 % дій або часу приймання їжі).	5
		Необхідні постійний нагляд або часткова допомога в прийомі їжі (до 50 % дій або часу приймання їжі).	3
		Потребує значної допомоги в прийомі їжі.	1
		Не може самостійно приймати їжу.	0
2	Купання	Приймає ванну чи душ самостійно без труднощів.	5
		Приймає ванну чи душ самостійно з труднощами.	4
		Потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги в прийманні ванни чи душу, наприклад при виході з ванни чи душу, при роздяганні (до 25 % дій або часу).	3
		Потребує сторонньої допомоги в прийманні ванни чи душу (до 50 % дій або часу).	2
		Потребує значної сторонньої допомоги в прийманні ванни чи душу.	1
		Купання тільки зі сторонньою допомогою в межах ліжка, в тому числі за допомогою ванни-простирадла.	0
3	Особистий туалет (вмивання,	Самостійно без труднощів.	5
		Самостійно з труднощами.	4

	розчісування, чищення зубів, гоління, маніпуляції із зубними протезами)	Потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги (до 25 % дій або часу).	3
		Потребує сторонньої допомоги (до 50 % дій або часу).	2
		Потребує значного обсягу сторонньої допомоги.	1
		Не може самостійно.	0
4	Одягання та взування	Вдягається і взувається самостійно без труднощів.	10
		Вдягається і взувається самостійно із застосуванням ТЗР без труднощів.	9
		Повільно вдягається і взувається самостійно або із застосуванням ТЗР.	8
		З труднощами вдягається і взувається самостійно або із застосуванням ТЗР.	7
		При вдяганні та взуванні потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги, наприклад при застібанні гудзиків, зав'язуванні шнурків (до 25 % дій або часу).	5
		Потребує сторонньої допомоги при вдяганні та взуванні (до 50 % дій або часу).	3
		Потребує значної сторонньої допомоги при вдяганні та взуванні.	1
		Не може самостійно вдягатися та взуватися .	0
5	Контроль дефекації	Повністю контролює, за необхідності може використовувати клізму чи свічки без сторонньої допомоги.	10
		Має функціонуючу колостому, за якою доглядає самостійно із застосуванням калоприймача.	8
		Випадкові інциденти не частіше ніж 1 раз на тиждень або потребує допомоги при використанні клізми та свічок (не частіше ніж 1 раз на тиждень).	5
		Періодично (2-3 рази на тиждень) не контролює дефекацію або потребує використання клізми, яку ставить надавач соціальної послуги з паліативного догляду, або має функціонуючу колостому, за якою може доглядати самостійно з частковою сторонньою допомогою із застосуванням калоприймача.	2
		Практично не контролює (порушення більше ніж 3 рази на тиждень), за колостоמוю доглядати самостійно не може.	1
		Постійно не контролює або потребує застосування клізми чи догляду за колостоמוю, який здійснюється надавачем соціальної послуги з паліативного догляду.	0
6		Повністю контролює без сторонньої допомоги.	10

	Контроль сечовиділення	Самостійно справляється з уростою із застосуванням сечоприймача та інших спеціальних засобів або самостійно справляється з катетером.	8
		Випадкові інциденти не частіше ніж 1 раз на добу.	5
		Періодично (2-3 рази на добу) не контролює сечовиділення; за функціонуючою уростою може доглядати з частковою сторонньою допомогою із застосуванням сечоприймача.	2
		Практично не контролює (порушення більше ніж 3 рази на добу); за уростою доглядати самостійно не може; використовуються памперси	1
		Постійно не контролює або потребує використання катетера, яким не може користуватися самостійно; постійно використовує памперси або відмовляється від їх використання (внаслідок психічних порушень чи з інших причин).	0
7	Відвідування туалету й справляння природних потреб	Відвідує туалет й справляє природні потреби самостійно без труднощів.	10
		Відвідує туалет й справляє природні потреби самостійно із застосуванням ТЗР.	9
		Із труднощами відвідує туалет й справляє природні потреби із використанням крісла-туалету, ТЗР без сторонньої допомоги.	7
		Потребує незначної сторонньої допомоги й нагляду під час відвідування туалету й справляння природних потреб, застосування крісла-туалету, наприклад для збереження рівноваги, при роздяганні, вдяганні й інших діях.	5
		Потребує значної сторонньої допомоги при відвідуванні туалету й справлянні природних потреб.	3
		Потребує постійної сторонньої допомоги при відвідуванні й здійсненні туалету.	2
		Справляння природних потреб здійснюється тільки із застосуванням спеціальних засобів безпосередньо у ліжку (судно, памперси).	0
8	Вставання й перехід з ліжка	Переходить самостійно без труднощів.	15
		Переходить за допомогою ТЗР.	12
		При переході потребує нагляду (чи мінімальної допомоги).	10
		Переходить самостійно або за допомогою ТЗР з труднощами.	7
		Може самостійно сидіти у ліжку, при переході необхідна часткова стороння допомога.	5
		Може сидіти, але перехід здійснюється за постійної сторонньої допомоги.	3

		Може сідати й сидіти тільки з підтримкою, перехід здійснюється за постійної сторонньої допомоги.	1
		Не може сидіти й вставати з ліжка навіть зі сторонньою допомогою.	0
9	Пересування	Може без сторонньої допомоги пересуватися на відстань понад 500 метрів. Може ходити в помешканні без сторонньої допомоги.	15
		Може без сторонньої допомоги самостійно пересуватися на відстань понад 500 метрів із застосуванням ТЗР. Може ходити в помешканні без сторонньої допомоги.	14
		Може без сторонньої допомоги самостійно пересуватися на відстань понад 500 метрів із застосуванням ТЗР повільно та з труднощами. Може ходити в помешканні без сторонньої допомоги.	11
		Може пересуватися зі сторонньою допомогою на відстань до 500 метрів. Може ходити в помешканні без сторонньої допомоги.	10
		Може самостійно пройти до 100 метрів або пересувається за допомогою крісла-коляски. Пересувається в помешканні повільно із зупинками на відпочинок.	5
		Може пройти до 100 метрів із застосуванням ТЗР. У помешканні пересувається з труднощами.	3
		Може пройти до 100 метрів тільки зі сторонньою допомогою. У помешканні пересувається зі сторонньою допомогою.	2
		Не може самостійно рухатись на відстань більше ніж 50 метрів чи не може пересуватися.	0
10	Підйом сходами	Може підніматись самостійно.	10
		Піднімається самостійно за допомогою ТЗР.	9
		Потребує багато часу для самостійного чи за допомогою ТЗР підйому сходами.	7
		Потребує незначної сторонньої допомоги (чи нагляду).	5
		Підніматися сходами може тільки зі сторонньою допомогою.	2
		Не може підніматися сходами навіть зі сторонньою допомогою.	0
	<b>Сума балів</b>		

6. За допомогою шкали оцінки можливості виконання складних дій такі дії людини оцінюються за 9 критеріями (табл. 3). Оцінка рівня виконання складних дій визначається за сумою балів, установлених для кожного отримувача соціальної послуги, за кожним із критеріїв цієї шкали. Максимальний результат становить 27 балів, мінімальний — 10 балів.

## Шкала оцінки можливості виконання складних дій

№	Критерій	Характеристика	Бали
1	Користування телефоном	Може користуватися самостійно.	3
		Може користуватися тільки спеціально обладнаним телефоном (наприклад через слабкий слух чи зір).	2,5
		Може користуватися з незначною допомогою чи набирати тільки добре знайомі номери.	2
		Може розмовляти по телефону, якщо хтось набере необхідний номер.	1,5
		Не може користуватися.	1
2	Пересування на відстані, куди не можна дійти пішки	Може пересуватися самостійно, в тому числі громадським транспортом чи на таксі. Планує поїздки самостійно.	3
		Може пересуватися самостійно, зокрема громадським транспортом чи на таксі після детальних словесних інструкцій.	2,5
		Може пересуватися самостійно із незначною сторонньою допомогою, в тому числі громадським транспортом чи на таксі.	2
		Може пересуватися тільки з постійним супроводом громадським транспортом чи на таксі.	1,5
		Не пересувається.	1
3	Дрібні покупки в магазині	Може робити покупки самостійно.	3
		Може робити покупки з незначною допомогою.	2
		Робить покупки за умови сторонньої допомоги й супроводу.	1,5
		Не може робити покупки.	1
4	Приготування їжі	Може готувати самостійно.	3
		Може готувати з напівфабрикатів.	2,5
		Може готувати з незначною допомогою.	2
		Може тільки розігрівати їжу.	1,5
		Не може готувати.	1
5	Ведення домашнього господарства	Може вести самостійно.	3
		Може виконувати самостійно нетрудомісткі види робіт.	2,5

		Може вести з незначною допомогою.	2
		Потребує сторонньої допомоги при виконанні більше ніж половини робіт.	1,5
		Не може вести домашнє господарство.	1
6	Дозвілля, у тому числі рукоділля	Може організувати й займатися самостійно.	3
		Може організувати й займатися самостійно.	2,5
		Може організувати й займатися із незначною допомогою.	2
		Не може організувати й займатися самостійно.	1
7	Прання	Може прати самостійно.	3
		Може прати самостійно тільки за допомогою пральної машини.	2,5
		Може прати самостійно із незначною допомогою, наприклад при розвішуванні білизни.	2
		Потребує значної сторонньої допомоги.	1,5
		Не може займатись пранням.	1
8	Прийом ліків	Може приймати ліки самостійно (правильно дозуючи й у відповідний час).	3
		Може приймати ліки самостійно із незначною допомогою (хтось визначає точну дозу й нагадує про необхідність прийняти ліки).	2
		Може приймати ліки самостійно, якщо хтось постійно контролює їх прийом.	1,5
		Не може самостійно приймати ліки.	1
9	Розпорядження власними коштами	Самостійно.	3
		Самостійно з незначною допомогою.	2
		Розпоряджається поточними витратами самостійно, але місячний бюджет розподілити не може.	1,5
		Розпоряджатися не може.	1
	<b>Сума балів</b>		

# Серцево-судинні захворювання

## Класифікація NYHA

Функціональна класифікація хронічної серцевої недостатності Нью-Йоркської Асоціації Кардіологів (англ. New York Heart Association Functional Classification). В основу класифікації покладено поділ пацієнтів за функціональними класами (ФК) відповідно до переносимості фізичних навантажень [22].

ФК	Симптоми
I	Пацієнти із захворюванням серця, у яких виконання звичайних фізичних навантажень не спричиняє задишку, втому або серцебиття.
II	Пацієнти із захворюванням серця і помірним обмеженням фізичної активності. Задишку, втому, серцебиття відзначають при виконанні звичайних фізичних навантажень.
III	Пацієнти із захворюванням серця і вираженим обмеженням фізичної активності. У стані спокою скарги відсутні, але навіть при незначних фізичних навантаженнях виникають задишка, втома, серцебиття.
IV	Пацієнти із захворюванням серця, у яких будь-який рівень фізичної активності зумовлює зазначені вище суб'єктивні симптоми. Останні виникають також у стані спокою.

### Увага!

**Пацієнт може потребувати паліативної допомоги, якщо має серцево-судинну недостатність III та IV ступеню за класифікацією NYHA.**

## Класифікація серцевої недостатності за Стражеском та Василенком [23]

### Стадія серцевої недостатності I

Симптоми: Початкова недостатність кровообігу; проявляється тільки при фізичному навантаженні (задишка, тахікардія, стомлюваність); у спокої гемодинаміка і функції органів не порушені.

### Стадія серцевої недостатності IIA

Симптоми: Початок стадії, порушення гемодинаміки виражені помірно; відзначають порушення функції серця або тільки якогось його відділу. Наявний застій крові у малому або великому колі кровообігу.

### Стадія серцевої недостатності IIB

Симптоми: Кінець тривалої стадії: глибокі порушення гемодинаміки, страждає вся серцевосудинна система. Наявні застійні явища як у малому, так і у великому колі кровообігу.

### Стадія серцевої недостатності III

Симптоми: Кінцева, дистрофічна недостатність кровообігу; тяжкі порушення гемодинаміки, стійкі зміни обміну речовин і функцій органів, незворотні зміни структури тканин та органів. Виражені застійні явища як у малому, так і у великому колі кровообігу.

Згідно з рекомендаціями асоціації кардіологів України в діагнозі пацієнтів із серцевою недостатністю (СН) необхідно зазначити стадію захворювання відповідно до класифікації серцевої недостатності за Стражеском та Василенком та функціональний клас згідно з класифікацією NYHA. Варто зазначити, що стадія СН відображає етап клінічної еволюції хронічної серцевої недостатності, в той час як функціональний стан є показником динамічним і може змінюватися на фоні лікування. Орієнтовна відповідність між двома класифікаціями:

Стадія серцевої недостатності	Функціональний клас серцевої недостатності
I	II ФК (на фоні адекватного лікування — I ФК)
IIA	III ФК (на фоні адекватного лікування — II ФК, іноді I ФК)
IIB	IV ФК (на фоні адекватного лікування — II ФК, іноді III ФК)
III	IV ФК (іноді на фоні адекватного лікування — II ФК)

# Захворювання печінки

## Система стадій BCLC і класифікація печінкової недостатності Чайлд-П'ю

Система TNM описує стадії будь-яких онкологічних захворювань. При захворюваннях печінки пухлинного та непухлинного генезу (цироз, гепатоз) для визначення її функціонального стану та прийняття рішень щодо вибору подальшого лікування або надання паліативної допомоги застосовують системи стадій — такі як Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) або класифікацію Чайлд-П'ю (Child-Pugh system).

## Система стадій BCLC [24]

Система стадій BCLC розглядає кількість і розмір пухлин, а також як добре почувається людина (the performance status — PS). Вона також бере до уваги, як добре працює печінка, використовуючи шкалу Чайлда-П'ю. Всього є 5 стадій:

- Стадія 0 означає, що пухлина менша за 2 см, людина почуває себе добре (PS 0) і печінка працює нормально (Child-Pugh A).
- Стадія A означає, що є одна пухлина менша за 5 см, або до 3 пухлин, всі менші за 3 см. Людина почуває себе добре і активна (PS 0), і печінка працює нормально (Child-Pugh A або B).
- Стадія B означає, що є багато пухлин у печінці, але людина почуває себе добре (PS 0) і печінка працює нормально (Child-Pugh A або B).
- Стадія C означає, що рак поширився у кровоносні судини, лімфатичні вузли чи в інші органи тіла. Або людина не почуває себе добре (PS 1 або 2). Печінка все ще працює (Child-Pugh A або B).
- Стадія D означає, що печінка серйозно пошкоджена (Child-Pugh C) або людині погано і вона потребує допомоги і догляду (PS 3 або 4).

## Класифікація Чайлд-П'ю (Child-Pugh) [25]

Система Чайлд-П'ю бере до уваги 5 показників, що дають інформацію про те, наскільки добре працює печінка:

- Рівень білірубину в крові.
- Рівень альбуміну в крові.
- Як швидко згортається кров (час протромбіну).
- Чи збирається рідина у черевній порожнині (асцит).
- Функція мозку (енцефалопатія).

**Для різних значень цих показників даються бали (від 1 до 3), відповідно до їх суми, пацієнти потрапляють до 1 з 3 класів:**

- Клас А — печінка працює нормально.
- Клас В — середньої тяжкості хвороба, і пацієнту може бути запропоноване лікування – таке як хірургічне втручання або хіміоемболізація.
- Клас С — серйозне пошкодження печінки, і, на жаль, перспективи погані. У такому випадку, часто пацієнт занадто хворий, щоб отримати лікування від раку.

## Оціночна (прогностична шкала) MELD (Model for End-stage Liver Disease) [26]

*Додаток 1 до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Цироз печінки та його ускладнення»*

Індекс MELD розраховується за такою формулою:

$MELD = 10 \times (0,957 \ln(\text{рівень креатиніну}) + 0,378 \ln(\text{рівень загального білірубину}) + 1,12(MNB) + 0,643)$ ; де

MNB — міжнародне нормалізоване відношення

Ln — натуральний логарифм

Застосовуються наступні правила розрахунку: мінімальне значення для будь-якої з трьох змінних-1 мг / дл, максимальний можливий рівень креатиніну-4мг / дл, максимальне значення індексу MELD — 40.

### Увага!

**Пацієнт може потребувати паліативної допомоги, якщо має прогресуючий цироз, стадія С за Чайлд-П'ю, або стадії С або D (класифікація BCLC), або якщо MELD > 30.**

# Захворювання нирок

## Стадії хронічної хвороби нирок

Стадія	Опис	Швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ)*
<b>1</b>	Ураження нирок (наприклад, наявність білка в сечі) при нормальній ШКФ	90 або вище
<b>2</b>	Ураження нирок із незначним зниженням ШКФ	від 60 до 89
<b>3</b>	Помірне зниження ШКФ	від 30 до 59
<b>4</b>	Виражене зниження ШКФ	від 15 до 29
<b>5</b>	Ниркова недостатність	менш, ніж 15

Національний фонд нирки США у 2002 році опублікував клінічні рекомендації щодо лікування хронічної хвороби нирок. Ці рекомендації допомагають лікареві визначити стадію хвороби нирок у пацієнта на підставі наявності або відсутності ураження нирок і швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), яка є показником функціонального стану нирок [27].

---

\*За показником ШКФ лікар оцінює функціональний стан нирок. У міру прогресування хронічної хвороби нирок показник ШКФ знижується.

# Психоневрологічні захворювання

Шкала глобального погіршення когнітивних функцій для оцінки первинної прогресуючої деменції (GDS) — хвороба Альцгеймера	44
Функціональна оцінка стадій хвороби Альцгеймера (FAST)	45
Коротка шкала оцінки психічного статусу (MMSE)	46
Система класифікації великих моторних функцій (при ДЦП)	48
Фактори уразливості, які слід враховувати при визначенні потреби у паліативній допомозі для дітей з церебральним паралічем або іншими статичними неврологічними захворюваннями	53

## Шкала глобального погіршення когнітивних функцій для оцінки первинної прогресуючої деменції (GDS)

Шкала GDS — Global Deterioration Scale, — дає особі, що здійснює догляд за хворими, які страждають від первинної прогресуючої деменції, зокрема хвороби Альцгеймера, загальне уявлення про стадії їх когнітивних функцій. Шкала поділяється на сім стадій. Починаючи зі стадії 5 особа вже не спроможна існувати без сторонньої допомоги [28].

Стадія	Клінічні характеристики
1. Зниження когнітивних функцій відсутнє	Скарж на втрату пам'яті немає. Об'єктивних ознак втрати пам'яті під час бесід з пацієнтом не виявлено.
2. Незначне зниження когнітивних функцій (Вікове порушення пам'яті)	Пацієнт скаржиться на порушення пам'яті переважним чином у наступних випадках: (а) забуває куди поклав знайомі речі; (б) забуває добре відомі імена. Об'єктивних ознак втрати пам'яті під час бесід з пацієнтом не виявлено. Об'єктивних ознак у професійній діяльності або соціальній взаємодії також немає. Природне занепокоєння з огляду на симптоми.
3. Невелике зниження когнітивних функцій (Помірні інтелектуальні розлади)	Перші безсумнівні ознаки порушень. Проявляються у більш ніж одному з наступних випадків: (а) пацієнт загубився по дорозі до незнайомої місцевості; (б) колеги по роботі відмічають відносно низьку працездатність пацієнта; (в) складності зі згадуванням імен та слів стають очевидними для близьких пацієнта; (г) після прочитання уривку тексту або книги пацієнт майже не пам'ятає зміст; (д) у пацієнта спостерігається зниження здатності запам'ятовувати імена людей, з якими він щойно познайомився; (ж) пацієнт загубив або поклав не на місце цінну річ; (з) медичне обстеження виявляє порушення концентрації. Об'єктивних ознак втрати пам'яті виявляються лише під час інтенсивних бесід з пацієнтом. Зниження працездатності на відповідальній роботі та при соціальній взаємодії. У пацієнта з'являються об'єктивні ознаки заперечення. Симптоми супроводжуються невеликою або помірною тривожністю.
4. Помірне зниження когнітивних функцій (Незначна деменція)	Беззаперечні ознаки порушень виявлені докладною бесідою з пацієнтом. Проявляються у наступних випадках: (а) знижена обізнаність у поточних та нещодавніх подіях; (б) може погано пам'ятати обставини власного життя; (в) проблеми з концентрацією при низьких математичних розрахунках; (г) знижена спроможність подорожувати, розпоряджатися коштами і т.п. Найчастіше у наступних випадках порушення не проявляються: (а) орієнтація у часі та місцевості; (б) впізнавання знайомих людей та облич; (в) спроможність дістатися знайомого місця. Неспроможність виконувати складні завдання. Основний захисний механізм – заперечення. Часто має місце вирівнювання афекту та уникання складних ситуацій.
5. Зниження когнітивних функцій середньої важкості (Помірна деменція)	Пацієнт не здатен існувати без сторонньої допомоги. Під час бесіди пацієнт не може пригадати більшість важливих аспектів власного сьогоденного життя, зокрема адресу або номер телефону, яким користувався багато років, імена близьких родичів (таких як онуки), назву школи або ВУЗу, який закінчив. Нерідко має місце дезорієнтація у часі (дата, день тижня, пора року і т.п.) або місці. Освічена людина може мати складності зі зворотнім ліком від 40 через 4 або від 20 через 2. На цій стадії пацієнти пам'ятають більшість важливих фактів власного життя та з життя інших. Вони завжди пам'ятають власні імена та імена дружини/чоловіка та дітей. Вони не потребують допомоги у туалетних процедурах або прийомі їжі, однак можуть мати складності при виборі належного одягу.
6. Важке зниження когнітивних функцій (Деменція середньої важкості)	Можуть іноді забувати імена дружини/чоловіка від яких цілком залежить їх життя. У більшості випадків не пам'ятають нещодавніх подій та досвіду з власного життя. Зберігають певні спогади з власного життя, однак дуже уривчасті. Загалом не мають уявлення про власне оточення, рік, пору року і т.п. Можуть відчувати складність у лічбі від 10 в обох напрямках. Потребують допомоги у елементарних діях по самообслуговуванню, зокрема може виникнути нетримання сечі і калу, потребуватимуть супроводу, однак іноді можуть самостійно пересуватися у знайомих місцях. Денний розпорядок найчастіше порушується. Майже завжди пам'ятають власне ім'я. Найчастіше здатні відрізнити членів сім'ї від незнайомих, що їх оточують. Мають місце особистісні та емоційні зміни. Спектр останніх може бути досить широким і включає: (а) маячну поведінку, зокрема пацієнти можуть звинувачувати жінку/чоловіка у шахрайстві, можуть розмовляти з уявними особами, що знаходяться поруч, або з власним відображенням у дзеркалі; (б) нав'язливі синдроми, зокрема людина може постійно повторювати прості дії по прибиранню; (в) симптоми занепокоєння, ажитації, можуть мати місце навіть нехарактерні для неї раніше випадки агресивної поведінки; (г) когнітивна абулія, а саме втрата волі через нездатність людини достатню кількість часу зосереджуватися на думці про мету власних дій.
7. Особливо важке зниження когнітивних функцій (Тяжка деменція)	На цій стадії втрачаються всі мовні здібності. Як правило мова відсутня повністю і являє собою нечленороздільні звуки та рідкі випадки схожих на забуті слова чи фрази. Нетримання сечі, потребує допомоги у туалетних процедурах та прийомі їжі. Базові психомоторні навички, такі як здатність ходити, на цій стадії поступово втрачаються. Мозок втрачає контроль над тілом. Найчастіше мають місце загальне зціпеніння та примітивні неврологічні рефлекси.

### Увага!

**Пацієнт потребуватиме паліативної допомоги, якщо має зниження когнітивних функцій стадії 6 чи 7.**

## Функціональна оцінка хвороби Альцгеймера (FAST) [29]

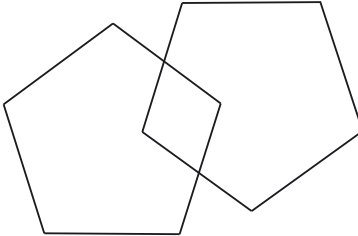
Стадія	Назва стадії	Характеристики	Психічний вік (роки)	Коротка шкала оцінки психічного статусу (MMSE) (бали)
1	Природний вік	Будь-які розлади відсутні	Доросла людина	29-30
2	Можливі легкі когнітивні розлади	Суб'єктивний функціональний дефіцит		28-29
3	Легкі когнітивні розлади	Об'єктивний функціональний дефіцит заважає виконанню людиною складних завдань.	12+	24-28
4	Незначна деменція	Заважає виконанню інструментальних дій по самообслуговуванню, таких як сплата рахунків, приготування їжі, прибирання, подорожі	8-12	19-20
5	Помірна деменція	Виникає потреба у сторонній допомозі при виборі одягу	5-7	15
6a	Деменція середньої важкості	Виникає потреба у сторонній допомозі при одяганні	5	9
6b	Деменція середньої важкості	Виникає потреба у сторонній допомозі при купанні	4	8
6c	Деменція середньої важкості	Виникає потреба у сторонній допомозі при користуванні туалетом	4	5
6d	Деменція середньої важкості	Нетримання сечі	3-4	3
6e	Деменція середньої важкості	Нетримання калу	2-3	1
7a	Важка деменція	Говорить 5-6 слів на день	1.25	0
7b	Важка деменція	Чітко вимовляє лише 1 слово	1	0
7c	Важка деменція	Не може ходити	1	0
7d	Важка деменція	Не може утримуватися в сидячому положенні	0.5-0.8	0
7e	Важка деменція	Втрачає здатність посміхатися	0.2-0.4	0
7f	Важка деменція	Не може утримувати голову	0-0.2	0

### Увага!

**Пацієнт потребуватиме паліативної допомоги, починаючи із стадії 6c.**

**Коротка шкала оцінки психічного статусу (MMSE)**  
(Mini Mental State Examination) [30]

Інструкція: Ставте один бал за кожну правильну відповідь (або дію) у кожній секції опитувальника.

Питання	Бали пацієнта	Максимум балів
<b>«Який зараз рік? Пора року? Число? День тижня? Місяць?»</b> (Поставте 1 бал за кожну правильну відповідь)		5
<b>«Де ми зараз знаходимося: У якій країні? У якій області/регіоні? У якому місті? Як називається ця лікарня / заклад? На якому ми поверсі?»</b> (або «Який номер палати?»)		5
<b>«Зараз я назву три речі. Після того, як я їх назву, будь ласка, повторіть їх. Через кілька хвилин я попрошу вас назвати їх знову.»</b> (називають, наприклад, «яблуко, копійка, стіл»)		3
<b>«Хочу попросити вас послідовно віднімати із 100 число 7.»</b> (Правильні відповіді: 93, 86, 79, 72, 65, 1 бал за кожну правильну відповідь. Зупиніть пацієнта після п'яти правильних відповідей. Або ж попросіть вимовити слово «земля» у зворотному порядку. Число балів відповідає кількості букв, названих у правильному порядку).		5
<b>«Будь ласка, назвіть ті три слова, які я просив (просила) вас запам'ятати раніше.»</b>		3
Покажіть два простих предмета, такі як олівець і годинник, попросіть назвати їх.		2
<b>«Повторіть фразу: "Жодних «якщо», «та», або «але»"»</b> (Допускається тільки одна спроба. Поставте 1 бал за правильну спробу).		1
<b>«Зараз я дам Вам аркуш паперу. Візьміть папір у праву руку, зігніть його навпіл, та покладіть на підлогу»</b> (Зачитайте інструкцію повністю, потім дайте пацієнту аркуш паперу. Інструкцію не повторюйте. Зараховується 1 бал за кожен правильно виконаний компонент завдання).		3
<b>«Прочитайте слова, написані на цьому аркуші, і зробіть те, що там написано»</b> (На аркуші написано «Зплющити очі». Зараховується правильна відповідь, якщо пацієнт закриває очі)		1
<b>«Напишіть на папері будь-яке закінчене речення»</b> (Речення має містити іменник та дієслово).		1
<b>«Будь ласка, скопіюйте цей малюнок»</b> (Повинні бути скопійовані всі 10 кутів та 2 мають перетинатися)		1
		1
Загальний бал		30 балів

## Інструкції до застосування Короткої шкали оцінки психічного статусу (MMSE)

1. Орієнтування в часі. Попросіть хворого повністю назвати сьогоднішнє число, місяць, рік, пору року і день тижня. Максимальний бал (5) дається, якщо хворий самостійно і правильно називає число, місяць і рік.  
Якщо доводиться ставити додаткові питання, ставиться 4 бали. Додаткові питання можуть бути наступні: якщо хворий називає тільки число запитують «Якого місяця?», «Якого року?», «Який день тижня?». Кожна помилка чи відсутність відповіді знижує оцінку на один бал.
2. Орієнтування на місці. Задається питання: «Де ми знаходимося?». Якщо хворий відповідає не повністю, задаються додаткові питання. Хворий повинен назвати країну, область, місто, установу, в якій відбувається обстеження, номер кімнати (або поверх). Кожна помилка чи відсутність відповіді знижує оцінку на один бал.
3. Сприйняття. Дається інструкція: «Повторіть і постарайтеся запам'ятати три слова, наприклад «яблуко, копійка, стіл». Слова повинні вимовлятися максимально розбірливо зі швидкістю одне слово в секунду. Правильне повторення слова хворим оцінюється в один бал для кожного зі слів.
4. Концентрація уваги. Просять послідовно віднімати від 100 по 7. Досить п'яти вирахувань (до результату «65»). Кожна помилка знижує оцінку на один бал. Інший варіант: просять вимовити слово «земля» навпаки. Кожна помилка знижує оцінку на один бал. Наприклад, якщо вимовляється «ямлез» замість «ялмез» ставиться 4 бали, якщо «ямлзе» — 3 бали і т.д.
5. Пам'ять. Просять хворого згадати слова, які заучували в п.3. Кожне правильно назване слово оцінюється в один бал.
6. Мова. Показують предмет, наприклад олівець і запитують: «Що це таке?», Аналогічно — інший предмет, наприклад годинник. Кожна правильна відповідь оцінюється в один бал.
7. Просять хворого повторити скоромовку (Жодних «якщо», «та», або «але»). Правильне повторення оцінюється в один бал.
8. Виконання 3-етапної команди. Усно дається команда, яка передбачає послідовне здійснення трьох дій. Кожна дія оцінюється в один бал.
9. Читання. Дається письмова команда, хворого просять прочитати її і виконати. Команда повинна бути написана досить великими друкованими літерами на чистому аркуші паперу. За правильне виконання команди дається один бал.
10. Письмо. Хворий повинен самостійно написати осмислене і граматично закінчене речення, з іменником і дієсловом. За правильне виконання завдання дається один бал.
11. Копіювання. Хворому дається зразок (два пересічних п'ятикутника з рівними кутами), який він повинен перемалювати на нелінійованому папері. Якщо при перемальовуванні виникають просторові спотворення або нез'єднання ліній, виконання команди вважається неправильним. За правильне виконання дається один бал.

## Інтерпретація результатів

Результат тесту виходить шляхом сумачії результатів по кожному з пунктів. Максимально в цьому тесті можна набрати 30 балів, що відповідає найвищим когнітивним здібностям. Чим менше результат тесту, тим більш виражений когнітивний дефіцит.

- 30 - 28** балів — норма, порушення когнітивних функцій відсутне
- 27 - 24** балів — переддементні когнітивні розлади
- 23 - 20** балів — деменція легкого ступеня вираженості
- 19 - 11** балів — деменція помірного ступеня вираженості
- 10 - 0** балів — тяжка деменція

## Система класифікації великих моторних функцій (при ДЦП)

Система класифікацій великих моторних функцій при церебральному паралічі [31] базується на оцінці мимовільних рухів та акцентується на вмінні сидіти, переміщуватися та пересуватися. Загалом визначають п'ять рівнів класифікації, нашим основним критерієм є відмінність між цими рівнями, які повинні бути вагомими у повсякденному житті. Відмінності полягають у функціональних обмеженнях та у необхідності використання ручних засобів пересування (таких як ходунки, милиці, палиці) або колісних засобів пересування, і, меншою мірою, на якості рухів. Відмінності між рівнями 1 і 2 виражені не так яскраво, порівняно з відмінностями між іншими рівнями, зокрема для дітей віком до 2 років. Розширена класифікація великих моторних функцій (2007) включає також вікову групу «молодь» (віком від 12 до 18 років) і застосовує концепції Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я (МКФ). Рекомендується брати до уваги можливий вплив зовнішніх та особистісних факторів на те, що, згідно зі спостереженнями або на підставі інших відомостей, діти можуть робити. У центрі уваги цієї класифікації — визначити той рівень, який найкраще описує теперішні можливості і обмеження дитини чи підлітка у великих моторних функціях. Тут акцентується увага на звичайній діяльності дитини в умовах дому, школи, спільноти, — тобто того, що вони роблять, а не на тому, що вони могли б робити якнайкраще. Тому важливо правильно класифікувати поточну повсякденну діяльність дитини, зважаючи на великі моторні функції, а не зважати на якість рухів або на прогноз їх поліпшення.

Назва кожного рівня — це спосіб мобільності, який найбільш точно характеризує активність дитини у віці старше 6 років. Описи функціональних можливостей та обмежень для кожної вікової групи є узагальненими і не мають на меті описати усі аспекти функціонування конкретних дітей / підлітків. Наприклад, немовля з геміплегією, яке не може повзати на руках і колінах, але в іншому відповідає опису першого рівня (тобто може підтягнутися, щоб встати і ходити), має бути класифіковане за Рівнем 1. Шкала порядкова, але не треба вважати, що дистанція між рівнями є однаковою або, що діти або підлітки із церебральним паралічем мають бути рівномірно розподілені за цими п'ятьма рівнями. Представлена коротка інформація про відмінності між кожною парою рівнів має допомогти у визначенні того рівня, який найбільш точно характеризує великі моторні функції дитини чи підлітка.

Прояви великих моторних функцій залежать від віку, особливо у період дитинства та раннього дитячого віку. Для кожного рівня представлений окремий опис у декількох вікових групах. Діти віком менше 2-х років повинні бути оцінені з коригуванням їх віку, якщо вони народилися недоношеними. Описи для вікових груп від 6 до 12 років та від 12 до 18 років відображають потенційний вплив факторів довкілля (наприклад, відстані (які треба долати) у школі чи громадських місцях) та особистісних факторів на способи мобільності.

У класифікації підкреслюються можливості, а не обмеження. Таким чином, в якості основного принципу у даній класифікації лежить можливість виконання функцій, описаних на тому чи іншому рівні. Відповідно, діти та підлітки, які не можуть виконувати великі моторні функції певного рівня, повинні бути класифіковані за нижчим рівнем.

### Операційні дефініції:

Підтримуючі ходунки для тіла — мобільний пристрій, який підтримує таз і тулуб. Дитина або підліток поміщуються в ходунки за допомогою іншої особи.

Ручні засоби для пересування — тростини, милиці, ходунки, що розташовуються попереду або позаду дитини, які не підтримують тулуб під час ходьби.

Фізична допомога — інша людина вручну допомагає дитині або підлітку пересуватися.

Моторизовані засоби пересування — дитина або підліток активно управляє джойстиком або електричним перемикачем інвалідного візка, що дає змогу незалежно пересуватися. Рухомою основою може бути як інвалідний візок, так і скутер або інший мобільний пристрій.

Самостійне пересування в ручному інвалідному візку — дитина або підліток використовує руки або стопи для пересування.

Перевезення за допомогою іншої особи — інша людина вручну пересуває мобільний пристрій (наприклад, ручне інвалідне крісло, коляску), переміщуючи дитину чи підлітка з одного місця до іншого.

Ходіння — якщо не зазначено іншого, свідчить про відсутність фізичної допомоги з боку іншої особи або використання допоміжних ручних пристосувань для пересування. Ортези (шини, планки) можуть застосовуватися.

Колісні засоби пересування — відносяться до будь-якого типу пристроїв з колесами, які дають можливість пересуватися (ручний інвалідний візок, коляска, автоматизоване крісло).

## Загальний опис рівнів

Рівень 1 — ходіння без обмежень

Рівень 2 — ходіння з обмеженнями

Рівень 3 — ходіння з використанням ручних пристосувань для пересування

Рівень 4 — самостійне пересування обмежене, можуть використовуватися моторизовані засоби для пересування

Рівень 5 — перевезення в ручному інвалідному візку

## Відмінності між рівнями

Відмінності між рівнями 1 і 2. У порівнянні з дітьми та підлітками рівня 1, діти та підлітки рівня 2 мають обмеження в ходінні на довгі відстані та у балансуванні, або у них виникає необхідність використовувати ручні засоби для пересування у період, коли вони вперше навчаються ходити; можуть використовуватися колісні засоби для пересування під час подорожі на довгі відстані на відкритому повітрі або в громадських місцях; необхідне використання поручнів під час підйому та спуску сходами; діти обмежені в можливості бігати і стрибати.

Відмінності між рівнями 2 і 3 — діти та підлітки на рівні 2 здатні ходити без використання ручних засобів для пересування після 4-х річного віку (хоч вони й можуть користуватися ними час від часу). Діти та підлітки з рівнем 3 потребують ручних засобів, що дають змогу їм пересуватися у приміщеннях, використовують колісні засоби для пересування надворі та в громадських місцях.

Відмінності між рівнями 3 і 4 — діти і підлітки з рівнем 3 можуть самостійно сидіти, або ж потребують дуже незначної зовнішньої підтримки під час сидіння, вони більш незалежні, коли переміщуються стоячи; можуть ходити, використовуючи ручні засоби для пересування. Діти і підлітки з рівнем 4 у положенні сидячи зазвичай потребують підтримки, але в самостійному пересуванні обмежені. Дітей та підлітків з рівнем 4 найчастіше транспортують в ручному інвалідному кріслі або з використанням моторизованого візка.

Відмінності між рівнями 4 і 5 — діти і підлітки з рівнем 5 мають серйозні обмеження контролю положення голови і тулуба та вимагають як великої фізичної допомоги з боку іншої особи, так і технологічної підтримки. Самостійне пересування досягне, тільки якщо дитина або підліток навчиться управляти моторизованим інвалідним кріслом.

## Детальний опис рівнів для різних вікових груп

### До 2 років

#### Рівень 1:

Немовлята можуть самостійно сідати і вставати з положення сидячи; сидячи на підлозі, їхні руки вільні для маніпуляцій із предметами. Немовлята повзають за допомогою рук та колін, можуть підтягнутися, щоб встати; зробити кілька кроків, тримаючись за меблі. Немовлята віком від 18 місяців до 2 років ходять самостійно, не потребуючи використання допоміжних засобів для пересування.

#### Рівень 2:

Немовлята можуть триматися, сидячи на підлозі, але можуть потребувати допомоги рук для балансування. Немовлята повзають на животі або повзають за допомогою рук та колін. Немовлята можуть підтягнутися, щоб встати і йти, тримаючись за меблі.

#### Рівень 3:

Немовлята тримаються, сидячи на підлозі, коли їх нижня частина спини підтримується. Вони можуть перевертатися і повзати на животі.

#### Рівень 4:

Немовлята тримають голову, але потребують підтримки тулуба в положенні сидячи на підлозі. Вони можуть перевертатися на спину і на живіт.

#### Рівень 5:

Фізичні порушення обмежують довільний контроль рухів. Немовлята не тримають голову і тулуб проти градієнта тяжіння в положенні на животі та сидячи. Вони потребують допомоги дорослого, щоб перевернутися.

### Від 2 до 4 років

#### Рівень 1:

Діти можуть сидіти на підлозі, обидві руки вільні для маніпуляцій з предметами. Можуть сідати, вставати з підлоги і стояти без допомоги дорослих. Діти надають перевагу ходінню як основному способу для пересування, при цьому не потребують будь-яких допоміжних засобів.

#### Рівень 2:

Діти здатні сидіти на підлозі, але у них можуть виникнути труднощі під час балансування, коли обидві їхні руки вільні для маніпуляцій з предметами. Сідають і встають з підлоги без допомоги дорослих. Діти, підтягуючись, можуть встати на тверду поверхню. Діти повзають на руках і колінах зворотно-поступальним чином, пересуваються, тримаючись за меблі. Під час ходіння використовують допоміжні засоби для пересування. Повзання, пересування уздовж опори і ходіння є переважними способами пересування.

#### Рівень 3:

Діти тримаються, сидячи на підлозі часто за типом «W -Сидіння» (сидять між зігнутими і оберненими всередину стегнами і колінами) і можуть потребувати допомоги дорослого для сидіння. Діти повзають на животі, або рачки (часто вже не зворотно-поступальним способом), що є переважним способом пересування. Діти можуть підтягнутися, щоб встати на стійку поверхню і пересуватися на короткі відстані. Діти можуть проходити короткі відстані в приміщенні, використовуючи ручні пристосування для пересування (ходунки) і допомогу дорослих для поворотів і управління рухом.

#### Рівень 4:

Діти, посаджені на підлогу, можуть сидіти, але не в змозі утримувати рівновагу без допомоги своїх рук. Вони часто потребують спеціальних пристроїв для сидіння і стояння. Самостійно пересуваються на короткі відстані (в межах кімнати) за допомогою перекочування, повзання на животі або рачки, не використовуючи зворотно-поступальний спосіб.

#### Рівень 5:

Фізичні порушення обмежують самостійний контроль рухів і можливість утримувати голову і тулуб проти градієнта тяжіння. Всі області моторних функцій обмежені. Функціональні обмеження сидіння і стояння не можуть повністю компенсуватися використанням допоміжних пристроїв і підтримуючих технологій. На п'ятому рівні діти не можуть самостійно рухатися і в основному транспортуються за допомогою іншої особи. Деякі діти досягають самостійної мобільності з використанням моторизованого візка.

### Від 4 до 6 років

#### Рівень 1:

Діти легко сідають і встають з крісла (стільця) без допомоги рук. Можуть самі вставати з положення сидячи на підлозі та з крісла без використання підтримки оточуючих предметів. Діти ходять всередині і поза приміщеннями, піднімаються по сходах. Можуть стрибати і бігати.

#### Рівень 2:

Діти можуть сидіти у кріслі з обома вільними для маніпулювання предметами руками. Діти можуть вставати з положення сидячи з підлоги і крісла, але часто потребують стійкої поверхні, щоб спертися або відштовхнутися руками. Діти ходять самостійно та не потребують ручних засобів для пересування у приміщенні і на короткі відстані по горизонтальній поверхні поза домом. Діти піднімаються сходами, тримаючись за поручні, але не в змозі бігати і стрибати.

#### Рівень 3:

Діти можуть сидіти на звичайному стільці, але можуть потребувати підтримки таза і тулуба для максимального вивільнення рук для маніпуляцій. Діти можуть сідати і вставати зі стільця, використовуючи стійку поверхню для підтягування або опори руками. Діти здатні ходити за допомогою ручних засобів для пересування по рівній поверхні і підніматися сходами за допомогою дорослого. Дітей часто перевозять, коли необхідно подолати великі відстані поза приміщеннями або по нерівній поверхні.

#### Рівень 4:

Діти можуть сидіти на стільці, але потребують спеціальних засобів для тримання тулуба і максимального вивільнення рук. Діти можуть сісти і встати з крісла за допомогою дорослого, або спираючись на стійку поверхню. Діти, у кращому випадку, здатні ходити на короткі відстані за допомогою ходунків і під наглядом дорослого, але часто відчувають труднощі на поворотах і балансуванні на нерівних поверхнях. Їх перевозять до громадських місць. Діти можуть навчитися пересуватися у моторизованому кріслі.

#### Рівень 5:

Фізичні порушення обмежують самостійний контроль рухів і тримання голови та тулуба проти градієнта тяжіння. Усі моторні функції обмежені. Функціональні обмеження в сидячому і стоячому положенні повністю не компенсуються використанням спеціальних допоміжних пристроїв. На п'ятому рівні діти не можуть пересуватися самостійно, і потребують сторонньої допомоги. Деякі діти можуть досягти самостійної мобільності, використовуючи високотехнологічні електричні інвалідні крісла.

## Від 6 до 12 років

### Рівень 1:

Діти можуть пересуватися вдома, школою, надворі та громадськими місцями. Діти здатні підніматися і спускатися через бордюри без сторонньої фізичної допомоги, можуть підніматися сходами, не користуючись поручнями. Діти здатні виконувати такі великі моторні функції як біг і стрибки, але швидкість, балансування і координація рухів обмежені. Діти можуть брати участь у фізичній активності і спортивних іграх залежно від власного вибору та факторів навколишнього середовища.

### Рівень 2:

Здатні ходити у більшості умов довкілля. Можуть зазнавати труднощів під час ходіння на велику відстань, а також під час балансування на нерівних поверхнях, схилах, в місцях великого скупчення людей, закритих просторах або переносячи предмети. Діти можуть підніматися і спускатися сходами, тримаючись за поручні або спускатися за допомогою дорослих, якщо ці поручні відсутні. На відкритому просторі, у громадських місцях діти можуть ходити за допомогою дорослого, використовуючи ручні засоби для пересування або користуючись колісними засобами для пересування на великі дистанції. Діти в кращому випадку мають мінімальні можливості виконувати такі великі моторні функції як біг і стрибки. Через фізичні обмеження у великих моторних функціях можуть потребувати адаптації для участі у фізичній активності та спортивних іграх.

### Рівень 3:

Діти можуть ходити, використовуючи підручні засоби для пересування в основному у приміщеннях. У сидячому положенні, вони можуть потребувати спеціальних ременів для підтримки таза і балансування. Для переходу з сидячого положення на стільці або для підйому з підлоги, потрібна стороння фізична допомога або опорна поверхня. Під час подорожі на великі відстані діти можуть користуватися колісними засобами для пересування. Діти можуть підніматися і спускатися сходами, тримаючись за поручні під наглядом або за допомогою дорослого. Обмеження в ходінні може вимагати спеціальної адаптації під час фізичної активності та під час участі у спортивних іграх, що включає ручні або автоматизовані засоби для пересування.

### Рівень 4:

У більшості випадків діти пересуваються за допомогою іншої людини або за допомогою моторизованого засобу для пересування. Вони потребують адаптації під час сидіння з фіксацією таза і тулуба, а також фізичної допомоги іншої людини під час пересування. Вдома діти можуть пересуваються підлогою шляхом перекочування або повзання, ходять на короткі відстані, використовуючи фізичну допомогу, або використовують моторизовані засоби для пересування. Вдома та у школі діти можуть пересуватися з ходунками. У школі, у відкритому просторі та у громадських місцях, дітей перевозять в ручному інвалідному візку або використовують моторизовані візки. Обмеження в пересуванні вимагають адаптації для участі у фізичній активності і спортивних іграх, що включає фізичну допомогу або моторизовані візки.

### Рівень 5:

У більшості випадків, дитину перевозять у ручному інвалідному візку. Діти обмежені у здатності тримати голову і тулуб проти градієнта тяжіння, контролювати рухи рук та ніг. Допоміжні технології використовуються для тримання голови, сидіння, стояння та (або) мобільності, але обмеження не можуть повністю компенсуватися цими пристосуваннями. Пересування дитини вимагає фізичної допомоги з боку дорослого. Вдома діти можуть пересуватися на короткі відстані підлогою, або ж дорослі їх переносять. Діти можуть досягати мобільності, використовуючи високотехнологічні електричні інвалідні візки з контролем посадки. Обмеження в рухливості вимагають адаптації для участі під час фізичної активності та під час участі в спортивних іграх, що також включає фізичну допомогу іншої людини або використання моторизованого засобу для пересування.

## Від 12 до 18 років

### Рівень 1:

Підлітки здатні ходити вдома, в школі, на вулиці та в громадських місцях. Вони можуть переступати через бордюри без сторонньої допомоги, користуватися сходами, не тримаючись за поручні. Підлітки здатні виконувати такі великі моторні функції як біг і стрибки, але швидкість, балансування і координація рухів можуть бути обмежені. Також можуть брати участь у фізичній активності та у спортивних іграх залежно від власного вибору та факторів довкілля.

### Рівень 2:

Підлітки ходять у більшості варіантів довкілля. Умови навколишнього середовища (такі як нерівні поверхні, схили, великі відстані, тимчасові вимоги, погода, сприйняття однолітків) і персональний вибір впливають на вибір способу пересування. У школі або на роботі підліток може ходити, використовуючи ручні допоміжні пристосування для пересування для безпеки. У відкритих просторах і в громадських місцях вони можуть використовувати колісні засоби для пересування, коли подорожують на великі відстані. Молоді люди піднімаються і спускаються сходами, тримаючись за поручні або за допомогою іншої людини, якщо поручні відсутні. Обмеження у здійсненні великих

моторних функцій можуть потребувати адаптації під час фізичної активності і під час участі у спортивних іграх.

#### Рівень 3:

Підлітки здатні ходити лише за допомогою ручних засобів для пересування. Підлітки на третьому рівні порівняно з іншими, демонструють велику варіабельність в способах пересування в залежності від фізичних можливостей, факторів довкілля та особистісних факторів. У сидячому положенні, підлітку може знадобитися спеціальний ремінь для тримання таза і балансування. Коли підліток встає із сидячого положення або з підлоги, то потребує сторонньої фізичної допомоги або опорної поверхні. У школі підлітки можуть самостійно пересуватися в ручному інвалідному кріслі або використовуватись моторизовані коляску. На вулиці та в громадських місцях підлітка перевозять на інвалідному візку або використовувати моторизовану коляску. Підлітки можуть підніматися і спускатися сходами, тримаючись за поручні під наглядом або за допомогою іншої людини. Обмеження в ходінні може вимагати адаптації під час фізичної активності та під час участі спортивних іграх, включаючи самостійне пересування в ручному інвалідному візку або моторизованому візку.

#### Рівень 4:

Зазвичай підлітки використовують колісні засоби для пересування. Вони потребують спеціальних пристроїв для сидіння з фіксацією таза і тулуба. Для пересування потрібно залучення 1-2 людей. Підліток може утримувати вагу на своїх ногах під час пересування у вертикальному положенні. У приміщеннях підлітки можуть проходити короткі відстані з фізичною допомогою іншої людини, використовують колісні засоби для пересування або ходунки, що підтримують тіло під час ходіння. Підліток фізично здатний управляти моторизованим інвалідним візком. Якщо моторизований візок недоступний, підлітка перевозять на ручному інвалідному візку. Обмеження в пересуванні можуть потребувати адаптації під час фізичної активності та під час участі в спортивних іграх, що включає фізичну допомогу іншої людини і / або моторизовані засоби для пересування.

#### Рівень 5:

У більшості випадків підлітка перевозять в ручному інвалідному візку. Підліток обмежений в можливостях тримати голову і тулуб проти градієнта тяжіння, а також в контролюванні ніг та рук. Допоміжні технології використовуються для поліпшення тримання голови, сидіння, стояння та пересування, але обмеження повністю не компенсуються допоміжними засобами. Необхідна фізична допомога одного або двох чоловік або механічний підйомник для транспортування. Підлітки можуть досягати самостійного пересування, використовуючи високотехнологічні моторизовані крісла з адапторами для сидіння і контролю положення тіла. Обмеження в пересуванні потребує адаптації для фізичної активності та участі у спортивних іграх, що включає фізичну допомогу і використання моторизованих засобів пересування.

## Фактори уразливості, які слід враховувати при прийомі дітей з церебральним паралічем або іншими статичними неврологічними захворюваннями до дитячих закладів паліативної допомоги

Паліативна допомога для дорослих — це досить давно розвинута дисципліна, зі значним корпусом свідчень, що раннє втручання (раннє надання паліативної допомоги) може покращити і навіть подовжити життя в умовах хвороби, що обмежує життя. Розвиваючися поряд із моделями для дорослих, педіатрична паліативна допомога, як правило, надається протягом тривалішого терміну і для більш широкого спектру станів.

Статичні неврологічні захворювання становлять значну частину дитячих пацієнтів, зокрема у Великій Британії, де паліативна допомога розвинута найкраще у світі. При цьому, історично, саме таким пацієнтам найчастіше можуть відмовити у наданні спеціалізованої паліативної допомоги, або у госпіталізації в дитячий хоспіс.

Усвідомлюючи складність із направленнями і оцінкою станів дітей зі статичними неврологічними захворюваннями, мультидисциплінарна команда із "Helen & Douglas House Hospices" (Оксфорд) розробила цей інструмент [32]. Розробники вивчили направлення, які використовували у ряді дитячих хоспісів. Розроблений інструмент базований на «світлофорній схемі», а не на числових значеннях, для визнання рівня невизначеності. Для цілей цієї публікації оригінальні кольори (зелений, жовтий, червоний) замінено на різну товщину шрифту.

Нижче наведений перелік, сформований на основі різноманітних факторів уразливості, наявність яких у дітей з церебральним паралічем (або іншими статичними неврологічними захворюваннями) відповідає критеріям госпіталізації до дитячих закладів паліативної допомоги з метою отримання найбільш ефективного професійного паліативного догляду.

Діти, яких слід прийняти до вказаних закладів, відповідатимуть критеріям, що виділені **напівжирним та жирним шрифтом**, у більше ніж одній з категорій, відповідь на останнє запитання буде «Так».

### Респіраторні фактори

- Часті випадки або зростаюча кількість інфекцій нижніх дихальних шляхів.
- Госпіталізація у відділення інтенсивної терапії через інфекції нижніх дихальних шляхів.
- **Потреба у довготривалій кисневій терапії та неінвазивній вентиляції легень у домашніх умовах.**
- **Трахеостомія та/або цілодобова вентиляція легень.**

### Фактори годування

- Гастростомія.
- Еюностомія.
- Важкі форми неконтрольованого рефлексу незважаючи на повномасштабне лікування.
- **Втрата ваги через ускладнене годування.**
- **Пов'язаний з годуванням біль / пригнічений стан, що спричиняє прогресуюче зменшення об'єму годування.**

### Фактори пов'язані з судомами

- Епілептичні прояви, що потребують медикаментозного лікування.
- Погано контрольовані судоми незважаючи на активне медикаментозне лікування.
- **Часте використання препаратів невідкладної терапії (щоденне).**
- **Випадки епілептичних станів, що вимагають інтенсивної терапії (внутрішньовенних вливань / госпіталізації у дитячу реанімацію).**

### Фактори пов'язані з опорно-руховим апаратом

- Спастична квадриплегія / всього тіла.
- Погане утримання голови / фіксований вигин хребта.
- **Прикутий до інвалідного крісла, без змоги самостійно пересуватися.**
- **Погано утримує сидяче положення (Рівень 5 по Системі класифікації великих моторних функцій).**

### Інші уразливі неврологічні аспекти, які слід взяти до уваги

- Інші ознаки бульбарних уражень (погіршення ковтального, кашльового, блювотного рефлексу).
- Баклофенова помпа (як маркер важкої гіпертонії / дуже важких спазмів).
- Вентрікулоперітонеальне шунтування (особливо при необхідності частої перевірки).
- Важкі розлади зору, у тому числі сліпота.

З огляду на наведені вище фактори, чи буде для вас несподіванкою, якщо дитина доживе до 18 років?

# Захворювання органів дихання

Тест з оцінки хронічних обструктивних захворювань легень: COPD Assessment Test (CAT)	55
Модифікована шкала для оцінки тяжкості задишки Медичної дослідницької ради (mMRC research scale)	57
Оновлений метод оцінювання ХОЗЛ (GOLD 2019)	58
Оцінка тяжкості та прогнозу негоспітальної пневмонії за шкалою PSI /PORT (Patient Outcomes Research Team)	59
Оцінка тяжкості і прогнозу негоспітальної пневмонії за шкалою CURB-65	61

## Тест з оцінки хронічних обструктивних захворювань легень: COPD Assessment Test (CAT)

Тест оцінки ХОЗЛ — COPD Assessment Test (CAT) — це документ, який заповнює пацієнт, і що дозволяє визначити вплив ХОЗЛ (хронічного обструктивного захворювання легень) на благополуччя й щоденне життя пацієнта [33]. Цей інструмент доповнює наявні підходи для оцінки ХОЗЛ, такі як FEV1 (вимірювання об'єму форсованого видиху). CAT не є діагностичним інструментом, на відміну від вимірювання функції легень (як FEV1 — ОФВ1), що підтверджують діагноз ХОЗЛ і оцінюють ступінь обструкції дихальних шляхів.

Зміст опитувальника CAT складається із 8 простих питань, які більшість пацієнтів мають розуміти та здатні дати на них відповідь. Не потрібно допомагати пацієнтам заповнювати анкету. Насправді, набагато краще, якщо пацієнт заповнює анкету самостійно. CAT пройшов валідацію як опитувальник із 8 пунктів, і їх не потрібно розбивати, або використовувати незалежно один від одного — бо це зменшить цілісність та вимірювальні властивості анкети.

*Для кожного з поданих нижче пунктів поставте позначку у клітинці, яка найточніше передає Ваш теперішній стан. Для кожного питання обирайте тільки одну відповідь.*

Я взагалі не кашляю	0	1	2	3	4	5	Я кашляю постійно
У мене в грудях зовсім немає мокротиння (слизу)	0	1	2	3	4	5	Мої груди повністю заповнені мокротинням (слизом)
Мені зовсім не тисне в грудях	0	1	2	3	4	5	Мені дуже сильно тисне в грудях
Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я не відчуваю задишки	0	1	2	3	4	5	Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я не відчуваю задишки
Я займаюся будь-якими домашніми справами без обмежень	0	1	2	3	4	5	Я займаюся домашніми справами з великими обмеженнями
Виходячи з дому, я почуваюся впевнено, незважаючи на захворювання легень	0	1	2	3	4	5	Виходячи з дому, я почуваюся невпевнено через захворювання легень
Я міцно сплю	0	1	2	3	4	5	Я погано сплю через захворювання легень
У мене багато енергії	0	1	2	3	4	5	У мене зовсім немає енергії

## Інтерпретація результатів

Діапазон результатів тесту складає від 0 до 40 балів. Розглядаючи можливі наслідки результатів тесту, потрібно брати до уваги тяжкість захворювання пацієнта. На наступній сторінці наведено таблицю із інтерпретацією результатів тесту.

Зміна на 2 або більше балів для пацієнта за 2-3 місяці означає значну різницю або зміну у стані здоров'я. CAT було розроблено, щоб допомогти лікарям моніторити стан здоров'я пацієнтів з ХОЗЛ, тому внесення результатів оцінки CAT до медичної карти пацієнта всіляко заохочується.

**Тест з оцінки хронічних обструктивних захворювань легень:  
COPD Assessment Test (CAT) — інтерпретація результатів**

Бали	Рівень впливу (на життя пацієнта)	Ширша клінічна картина впливу ХОЗЛ	Можливі рекомендації
>30	Дуже високий	Стан пацієнтів не дає їм робити все що, що вони хочуть, і у них взагалі не буває «добрих днів». Якщо пацієнтам вдається прийняти ванну або душ, це забирає багато часу. Вони не можуть вийти з дому за покупками або на прогулянку, або ж робити роботу по дому. Часто, не можуть відійти далеко від ліжка чи крісла. Почуваються, ніби стали інвалідами.	Додатково до рекомендацій для пацієнтів з низьким та середнім впливом ХОЗЛ: - Направлення до спеціалізованого рівня допомоги (якщо ви є лікарем первинного рівня) - Додаткове фармакологічне лікування - Направлення до
>20	Високий	ХОЗЛ не дає робити більшість справ, які пацієнти хочуть робити. Відчувають задуху пересуваючись по дому, а також миючись чи одягаючись. Можуть відчувати задуху під час розмови. Кашель утомлює їх, симптоми у грудях заважають спати у більшості ночей. Відчувають, що фізичні вправи не є безпечними, і все, що вони роблять, потребує значних зусиль. Відчувають страх і паніку, мають відчуття, що не контролюють свою хворобу.	пульмонологічної реабілітації - Забезпечення найкращих підходів для мінімізації та контролю загострень.
10-20	Середній	ХОЗЛ — одна із найважливіших проблем у житті пацієнтів. У них буває кілька добрих днів на тиждень, але кашляють мокротинням протягом більшості днів, і мають одне-два загострення на рік. Відчувають задуху у більшість днів і, зазвичай, прокидаються із відчуттям стиснення у грудях або з хрипом. Задихаються, нахиляючись, можуть повільно піднятися лише на проліт сходів. Роблять свої домашні справи або повільно, або із зупинками на відпочинок.	Додатково до рекомендацій для пацієнтів із низьким впливом, варто також розглянути: - Перегляд підтримувальної терапії — наскільки вона є оптимальною? - Направлення на пульмонологічну реабілітацію. - Забезпечення найкращих підходів для мінімізації та контролю загострень. - Перегляд обтяжуючих чинників: чи пацієнт досі курить?
<10	Низький	Більшість днів є добрими, але ХОЗЛ спричиняє пацієнтам деякі проблеми і не дає робити одну-дві речі, які б вони хотіли робити. Як правило, вони кашляють кілька днів на тиждень, і відчувають задишку, коли займаються спортом, або коли носять важкі речі. Вони мають сповільнитися або зупинитися, коли підіймаються вгору, або коли йдуть швидко по рівній поверхні. Легко втомлюються	- Кинути курити. - Щорічна вакцинація проти грипу - Зменшити піддання факторам ризику загострень. - Терапія відповідно до вимог подальшої клінічної оцінки.
5		Вища межа нормального для здорових некурців.	

**Модифікована шкала для оцінки тяжкості задишки Медичної дослідницької ради (mMRC research scale)**

Оцінка задишки в балах	Опис
0	Задишка виникає лише при дуже інтенсивному навантаженні.
1	Задишка при швидкому підйомі на поверх або при ходьбі вгору.
2	Задишка примушує мене ходити повільніше, ніж люди мого віку, або з'являється необхідність зупинки при ходьбі в своєму темпі по рівній місцевості.
3	Задишка примушує зупинятися після близько 100 метрів ходьби, або через декілька хвилин ходьби по рівній місцевості.
4	Задишка робить неможливим вихід за межі свого дому, або з'являється при одяганні чи роздяганні.

Шкалу задишки mMRC [34] найкраще використовувати для встановлення базових функціональних порушень через задишку, пов'язану з респіраторними захворюваннями. Шкала корелює з якістю життя, пов'язаною зі станом здоров'я, захворюваністю і, можливо, смертністю для пацієнтів з респіраторними захворюваннями (зокрема з ХОЗЛ).

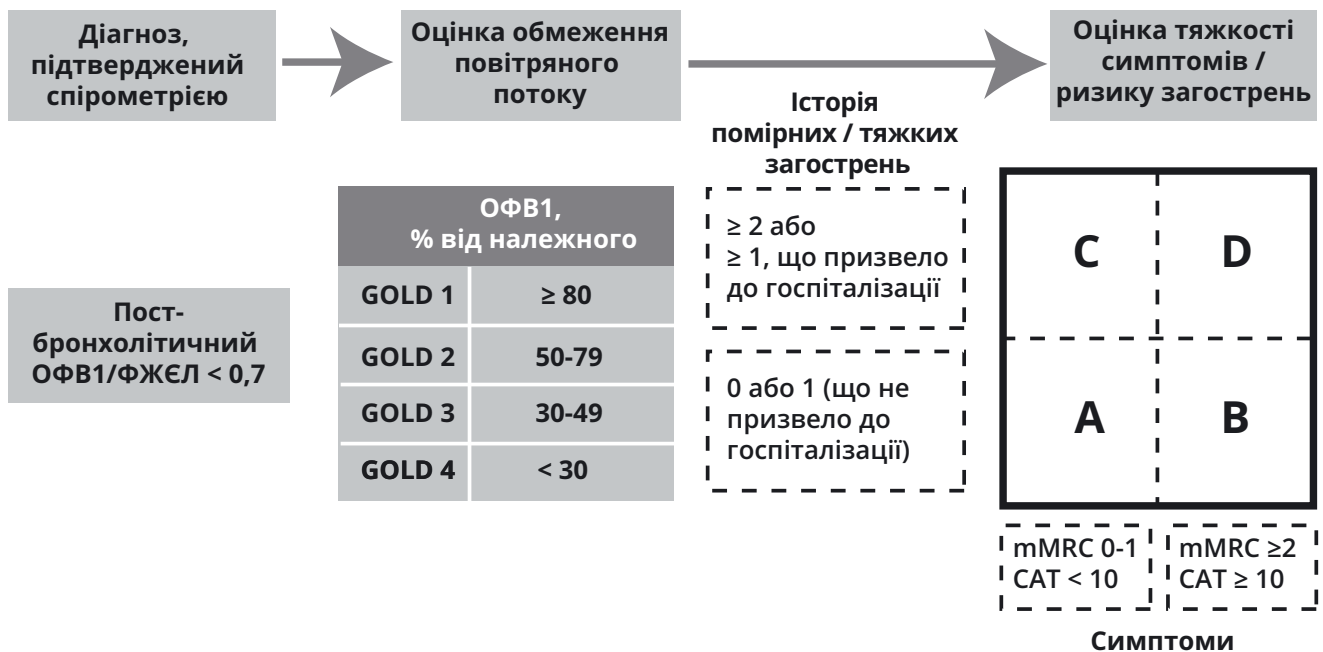
## Оновлений метод оцінювання ХОЗЛ (GOLD 2019)

У листопаді 2018 р. комітет Глобальної ініціативи з хронічного обструктивного захворювання легень (GOLD) опублікував стратегію на 2019 рік щодо діагностування, контролю та запобігання ХОЗЛ [35].

Діагноз ХОЗЛ ґрунтується на наявності симптомів та обструкції повітряного потоку, продемонстрованого об'ємом форсованого видиху за одну секунду (FEV1, ОФВ1) / форсованою життєвою місткістю легень (FVC, ФЖЕЛ) менш ніж 0.7 за спірометрією.

Цілями оцінки є: визначити рівень обмеження повітряного потоку, вплив захворювання на стан здоров'я пацієнта та ризик виникнення майбутніх подій (таких як загострення, госпіталізація чи смерть). Для цього рекомендується, щоб оцінка пацієнтів із ХОЗЛ включала окремо наступні аспекти захворювання:

- наявність та вираженість спірометричної патології.
- поточний характер та величина симптомів пацієнта.
- історія помірних та важких загострень та ризик загострень у майбутньому.
- наявність супутніх захворювань.



ОФВ1: об'єм форсованого видиху за 1 секунду (FEV1);

ФЖЕЛ: форсована життєва ємність легень (FVC);

GOLD — Глобальна ініціатива з хронічного обструктивного захворювання легень;

mMRC — Модифікована шкала для оцінки тяжкості задишки Медичної дослідницької ради;

CAT — Тест з оцінки хронічного обструктивного захворювання легень.

Число (GOLD 1 — GOLD 4) дає інформацію щодо тяжкості обмеження повітряного потоку (спірометричний ранг від 1 до 4), а літера (групи A — D) надає інформацію щодо тягара симптомів (symptom burden) і ризику загострень, що можуть бути використані для визначення чи коригування терапії.

Паліативний підхід є ефективним для контролю симптомів при ХОЗЛ на пізніх стадіях.

## Оцінка тяжкості та прогнозу негоспітальної пневмонії за шкалою PSI /PORT (Patient Outcomes Research Team)

Індекс тяжкості пневмонії (PSI — Pneumonia severity index) або шкала PORT — це клінічний інструмент, що дозволяє лікарям розрахувати ймовірність тяжкості захворювання та смертності серед пацієнтів з негоспітальною пневмонією [36].

Оцінка	Кількість балів
<b>Вік</b>	
Чоловік	= вік (кількість років)
Жінка	= вік (кількість років) – 10
Перебування у будинках нагляду	+ 10
<b>Супутні захворювання</b>	
Пухлини	+30
Захворювання печінки	+20
Серцева недостатність (декомпенсація)	+10
Захворювання судин мозку	+10
Захворювання нирок	+10
<b>Симптоми</b>	
Порушення свідомості	+20
Тахіпное $\geq 30$ / хв	+20
Систолічний артеріальний тиск < 90 мм рт.ст.	+20
Температура тіла <35°C або >40°C	+15
Пульс $\geq 125$ / хв	+10
Плевральний випіт на рентгенограмі	+10
<b>Лабораторні показники</b>	
pH крові < 7,35	+30
Азот сечовини > 10,7 ммоль / л	+20
Na крові <130 ммоль / л	+20
Глюкоза крові > 13,9 ммоль / л	+10
Гематокрит < 30%	+10
PaO <sub>2</sub> <60 мм рт.ст., SaO <sub>2</sub>	+10

### Класи ризику летального наслідку у хворих на негоспітальну пневмонію за шкалою PSI (pneumonia severity index)

Якщо пацієнту менше 50 років, за відсутності супутніх захворювань, йому присвоюють клас ризику I. Для пацієнтів старших 50 років, клас ризику визначають відповідно до таблиці нижче, на основі балів, отриманих за шкалою PORT, що наведена вище.

Клас ризику	Сума балів PORT	Летальність, %	Лікування
I	0	0,1%	
II	< 70	0,6%	Амбулаторне
III	71-90	2,8%	Амбулаторне (стаціонар до 4 діб)
IV	91-130	8,2%	Стаціонарне
V	>130	29,2%	Стаціонарне у ВРІТ

Оцінюючи можливі плани лікування для негоспітальної пневмонії (або набутої в будинках догляду), потрібно завжди брати до уваги два фактори: цілі догляду та ризик поганого

наслідку. Деякі особи з пневмонією можуть бути наприкінці життя через хронічне захворювання, таке як деменція, онкологія, хронічна серцева недостатність, або хронічне обструктивне захворювання легень. Якщо метою догляду є в першу чергу забезпечення комфорту, доброго самопочуття, якості життя пацієнта, то будь-яке рішення щодо госпіталізації чи застосування антибіотиків має брати до уваги, наскільки це покращить самопочуття пацієнта.

Втім, рішення щодо паліативної допомоги потребує обговорення із пацієнтом або з його представником, якщо пацієнт не компетентний, не спроможний прийняти рішення.

## Оцінка тяжкості / прогнозу негоспітальної пневмонії за шкалою CURB 65

Шкала CURB-65 проста і швидка у використанні та підрахунку: для її застосування потрібні дані пацієнта, які, найімовірніше, вже є у наявності. Шкала забезпечує чудову стратифікацію ризиків негоспітальної пневмонії, може допомогти кращому використанню ресурсів та ініціації лікування [37].

Порівняно із шкалою PSI, шкала CURB-65 є рівною мірою чутлива у плані прогнозування смертності від негоспітальної пневмонії.

C — confusion (порушення свідомості)

U — urea (азот сечовини > 7 ммоль/л)

R — respiratory rate (частота дихання  $\geq 30$  / хв)

B — blood pressure (артеріальний тиск, ДАТ  $\leq 60$  мм рт.ст. або САТ < 90 мм рт.ст.)

65 — вік пацієнта  $\geq 65$  років

Хворому присвоюють по 1 балу за наявності кожного із перелічених станів, отримані бали додають. Сума балів може свідчити про ризик смерті протягом 30 днів:

Сума балів	Летальність, %	Лікування
0	0,7%	Амбулаторне
1	2,1%	Амбулаторне
2	9,2%	Амбулаторне (стаціонар до 4 діб)
3	14,5%	Стаціонарне
4	29,2%	Стаціонарне у ВРІТ
5		

# Ступені тяжкості пролежнів

Пролежні — це зміни тканин дистрофічного і виразково-некротичного характеру (змертвіння), які утворюються на ділянках тіла, що піддаються систематичному тривалому стисненню, або внаслідок різних нейротрофічних порушень у лежачих пацієнтів [39].

Однією з причин утворення пролежнів може бути зміщення верхніх шарів шкіри. Це відбувається, коли пацієнта намагаються тягнути по ліжку, або витягають з-під нього судно чи мокру білизну.

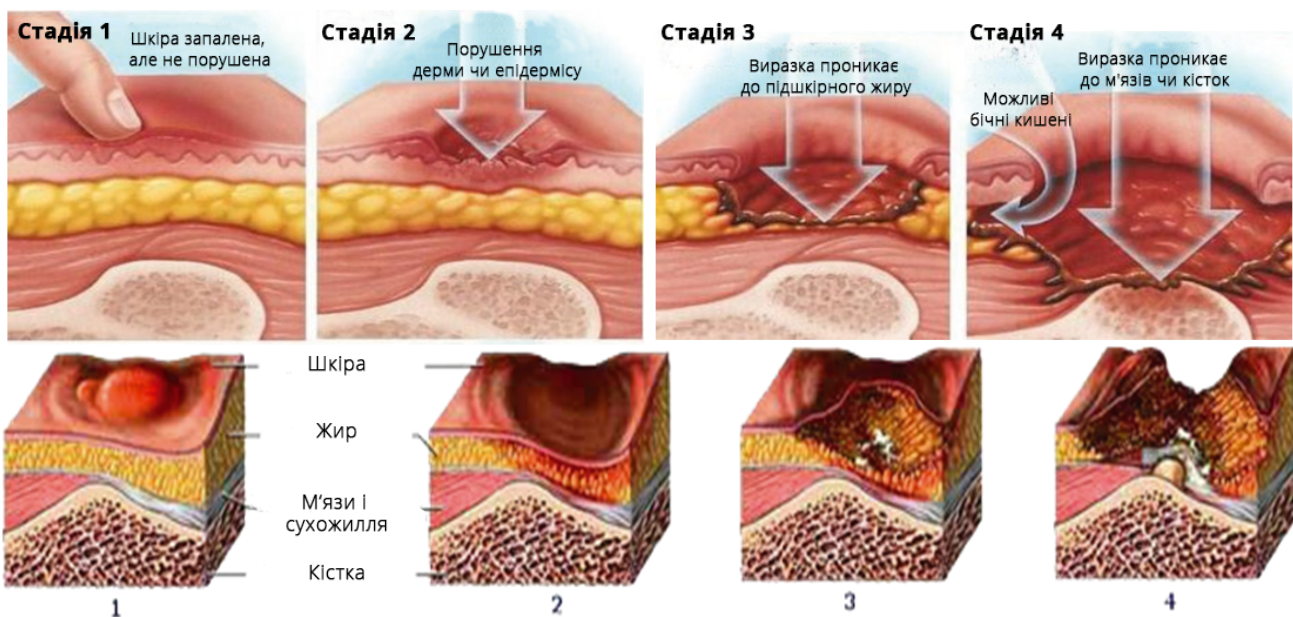
Розрізняють 4 ступені (стадії) розвитку пролежнів:

**Перша ступінь** (початкова). Ділянки шкіри, які тривалий час були у стисненому стані, червоніють і набрякають. Візуально це виглядає як подразнення шкіри, почервоніння (іноді з синюшністю) без порушення цілісності шкірного покриву. Гіперемія (почервоніння) не проходить навіть після припинення здавлювання. В цих місцях пацієнт може відчувати на цій ділянці шкіри біль та незначне оніміння.

**Друга ступінь.** Виникає неглибоке порушення поверхні шкіри, яке часто поширюється на підшкірну клітковину. З'являються пухирці. Спостерігається часткове відшарування верхнього шару шкірних покривів. Друга стадія характеризується утворенням на подразнених ділянках неглибокої рани з рожевими і припухлими краями. Це виглядає як неглибока виразка. Іноді пролежень на другій стадії схожий на пухир, що луснув.

**Третя ступінь.** Відбувається руйнування шкірного покриву і підшкірної клітковини, утворення виразки (виразок). Розростаючись і заглиблюючись, виразки проникають до м'язового шару. Всередині проглядається жовта змертва тканина, сукровичні виділення. При інфікуванні такий пролежень набуває гнійного характеру.

**Четверта ступінь**, найважча. Відбувається глибоке ураження всіх м'яких тканин з утворенням сухого або вологого некрозування. Процес некрозу захоплює шкіру і всі підшкірні структури: м'язи, фасції й сухожилля, кістки і елементи суглобів. Поверхня рани — це суцільні некротичні маси, при вологому некрозуванні під некротичними масами формується нагноєна порожнина, бічні кишень, оголюються сухожилля, іноді кістки й суглоби.



**Увага! Пацієнт потребуватиме паліативної допомоги, якщо має пролежні 3-4 стадії.**

# Критерії та план спостереження

Критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги	
Критерії для дорослих	64
Критерії для дітей	65
Інструкція з використання «Критеріїв»	66
Інструкція з використання «Плану спостереження»	67
План спостереження пацієнта, що потребує паліативної допомоги	
Контактна інформація/повідомлення діагнозу, Потреби пацієнта	70
Потреби та навчання особи, яка здійснює догляд	71
Оцінка стану пацієнта	72
Призначення	73
План спостереження пацієнта дитячого віку, що потребує паліативної допомоги	
Контактна інформація, Потреби дитини	74
Потреби та навчання особи, яка здійснює догляд	75
Оцінка стану дитини	76
Призначення	77



## КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ПАЦІЄНТА ДИТЯЧОГО ВІКУ, ЩО ПОТРЕБУЄ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

Пацієнт .....  
(Прізвище, ім'я, по батькові, рік народження)

### 1. Захворювання та їх особливості

- Новоутворення, в тому числі доброякісні  Злоякісне новоутворення  
 Доброякісне новоутворення з низьким результатом лікування та функціональними розладами
- Інфекційні захворювання та їх наслідки  ВІЛ/СНІД  
 Постінфекційна енцефалопатія головного мозку з важким перебігом  
 Важкі ускладнення бактеріального запалення оболонок головного або спинного мозку (менінгіт)  
 Захворювання, викликані лентівірусом («повільним вірусом»)  
 Стан, що є наслідком внутрішньоутробних інфекцій
- Ушкодження ЦНС, викликані гіпоксією, кровотечами, тромбозами, травмами або отруєннями  Пологова травма  Асфіксія при народженні  
 Внутрішньоутробна гіпоксія  
 Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія  
 Церебральний параліч  
 Посттравматичні енцефалопатії  
 Токсичні енцефалопатії (в т.ч. синдром відміни у новонародженого, неонатальна абстиненція)
- Метаболічні захворювання Генетично обумовлені порушення обміну:  Пероксизмальні захворювання  
 Амінокислот  Пуринів  Лізосомні захворювання  
 Вуглеводів  Ліпідів  Мукополісахаридози  
 Металів
- Дегенеративні захворювання нервової системи (генетично обумовлені та невідомої етіології), а також демієлінізуючі захворювання  Розсіяний склероз  
 Прогресуюча дегенерація сірої речовини головного мозку  
 Губчаста дегенерація  
 Мітохондріальні захворювання  
 Інші дегенеративні захворювання нервової системи
- Генетично обумовлені нервово-м'язові захворювання  М'язова дистрофія  Міотонічні дистрофії  
 Спінальна м'язова атрофія
- Прогресуючі генетично обумовлені захворювання, пов'язані зі значним скороченням тривалості життя  Муковісцидоз  
 Туберозний склероз та інші факоматози  
 Скелетні порушення, деякі кісткові дисплазії  
 Захворювання сполучної тканини
- Хромосомні аномалії  Синдром Едвардса (трисомія 18)  Інші  
 Синдром Патау (трисомія 13)  
 Синдром Дауна (форми зі складними дефектами, особливо серця)
- Вроджені вади та викликані ними ускладнення  Вади серця  Вади нервової трубки плоду  
 Гідроцефалія та викликані нею ускладнення  
 Інші комплексні вади
- Синдроми невиліковних вроджених вад розвитку з кінцевими стадіями недостатності  Ниркової  Печінкової  
 Серцевої  Легеневої
- Незворотна поліорганна недостатність в період очікування трансплантації або у випадку серйозних і незворотних ускладнень після трансплантації
- Хронічна дихальна та серцево-судинна недостатність при інших захворюваннях, в тому числі бронхолегеневій дисплазії, кардіоміопатії, легеневої гіпертензії
- Інші рідкісні та вкрай рідкісні захворювання, а також недиагностовані прогресуючі стани з неясною етіологією та прогнозом

### 2. Стани, клінічні показники та функціональні розлади

- Аліментарні маркери, симптоми недоїдання  Схуднення  
 Пролежні  
 Переломи
- Респіраторні маркери Прояви дихальної та серцево-судинної недостатності:  
 Кашель  
 Задихка  
 Гіпоксія  
 Стійкий кашель
- Біль  Стійкий біль
- Пролежні  Пролежневі виразки 3-4 ступеню (з жовтими змертвілими / некротичними тканинами, сукровичними / гнійними виділеннями)
- Функціональні розлади  Розлади ковтання (дисфагія)  
 Підвищене слиновиділення  
 Затримка сечі  
 Закрепи  
 Нетримання сечі або калу (відповідно до віку дитини)  
 Пронос  
 Свербіж  
 Нудота, блювота
- Інші важкі стани  Порушення м'язового тону, в тому числі спастичність  
 Судоми, епілепсія  
 Екстрапірамідні рухові розлади  
 Порушення сну  
 Страх, тривожні стани, депресія  
 Симптоми важких запальних станів  
 Ослаблення кашльового рефлексу

В цій колонці (ліва частина сторінки) обрано хоча б один критерій.

В цій колонці (права частина сторінки) обрано хоча б один критерій.

Якщо в обох колонках відзначено хоча б один критерій, то пацієнт потребує паліативної допомоги.

Підпис лікаря (що заповнив форму) \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

## Інструкція з використання «Критеріїв визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги» для дорослих та дітей

Увага! Ця односторінкова інструкція з використання «Критеріїв» не була включена в остаточну версію Наказу МОЗ №1308 від 4 червня 2020 р. «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» [1].

### Паліативна допомога

1. Паліативна допомога — це вид медичної допомоги для людей із тяжкими (невиліковними) хворобами. Завдання паліативної допомоги — полегшити симптоми і зменшити страждання.
2. Мета паліативної допомоги — покращити якість життя як пацієнта, так і рідних та близьких пацієнта.
3. Паліативна допомога — це додатковий рівень медичної допомоги, і може надаватися одночасно із радикальною (куративною) терапією.
4. Не має на меті прискорення чи уповільнення настання смерті, розглядає смерть як природний процес.
5. Пропонує систему підтримки, що допомагає пацієнту жити активно, наскільки це можливо, до самої смерті.
6. Покращує якість життя і позитивно впливає на перебіг хвороби.

### Призначення «Критеріїв»

1. Допомогти лікарю виявити пацієнтів, чиє здоров'я суттєво погіршується (може ще погіршуватися), які можуть наблизитися до кінця життя, або які мають захворювання чи стани, що обмежують чи загрожують життю.
2. Допомогти лікарю (чи медичній сестрі) визначити необхідність надання пацієнту паліативної допомоги.
3. Виявлення потреби у паліативній допомозі не суперечить та не обмежує заходів по лікуванню тих чи інших захворювань, якщо їх призначення сприяє покращенню стану здоров'я та якості життя пацієнта.
4. Паліативна допомога може надаватися працівниками різних закладів охорони здоров'я, як на вторинному так і на первинному рівні, залежно від потреб конкретного пацієнта.

### «Критерії» НЕ ПРИЗНАЧЕНІ:

1. Для прогнозування перебігу хвороби та тривалості життя пацієнта.
2. Для визначення протипоказань щодо контролю симптомів або лікування специфічних захворювань.
3. Для визначення критеріїв залучення мультидисциплінарної команди певного профілю. Залучення конкретних фахівців залежить від тяжкості та особливостей кожного конкретного випадку.
4. Для припинення радикальної (куративної) терапії, що може покращити якість життя пацієнта.

### Як користуватися «Критеріями»

1. «Критерії» складаються із двох частин — колонок: «Захворювання та їх особливості» і «Клінічні показники та оцінка функціонального стану».
2. Спілкуючися з пацієнтом, медичний фахівець має звернути увагу на перераховані захворювання, стани, показники та симптоми.
3. У разі наявності у пацієнта одного або більше захворювань чи його особливостей (у лівій колонці), потрібно їх позначити позначками.
4. У разі наявності у пацієнта одного або більше зазначеного у правій колонці клінічного показника чи симптому, потрібно їх також позначити позначками.
5. Пацієнт потребує паліативної допомоги, якщо в обох колонках відзначено хоча б по одному критерію (стоїть хоча б одна "галочка" у кожній колонці)
6. У кожній колонці може бути позначено багато критеріїв. Це буде свідчити про комплексний / складний стан, що може потребувати спеціальних підходів.
7. Якщо якісь із вказаних у «Критеріях» показників невідомі (наприклад, потребують додаткових тестів чи лабораторних аналізів), їх не потрібно на цьому етапі обов'язково робити. Не потрібно проводити окремі дослідження, щоб «відповісти» на абсолютно всі пункти «Критеріїв».
8. У «Критеріях» потрібно зазначати ту інформацію, яка відома на момент контакту медичного фахівця із пацієнтом (або з його представником).

### Що робити, якщо пацієнт, в результаті застосування "Критеріїв", потребує паліативної допомоги?

1. До переліку діагнозів в історії хвороби, окрім інших діагнозів, обов'язково додати код МКХ-10 Z51.5 («Паліативна допомога»)
2. Запропонувати пацієнту скласти «План спостереження пацієнта, що потребує паліативної допомоги»
3. На первинному рівні медичної допомоги — розпочати надання паліативної допомоги у відповідності до Наказу МОЗ №504 від 19.03.2018:
  - a. Здійснювати регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб;
  - b. Оцінювати ступінь болю та лікування больового синдрому;
  - c. Призначати наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому;
  - d. Призначати лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо);
  - e. Здійснювати консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом;
  - f. Здійснювати координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта.
4. Якщо стан пацієнта тяжкий, і пацієнт потребує спеціалізованої паліативної допомоги, його потрібно скерувати до найближчої спеціалізованої служби паліативної допомоги (передати до служби інформацію про пацієнта).

## Інструкція з використання «Плану спостереження пацієнта, що потребує паліативної допомоги»

Отже, після застосування скринінгового інструменту («Критеріїв»), і визначення, що пацієнт потребує паліативної допомоги, відповідно до п. 6 розділу II (і п. 2 розділу V — для дітей) Порядку надання паліативної допомоги, має складатися і переглядатися «План спостереження пацієнта, що потребує паліативної допомоги».

«План спостереження пацієнта дитячого віку, що потребує паліативної допомоги» відрізняється незначними формальними деталями, тому далі йтиметься про План спостереження як єдиний документ.

Як зазначено у тому ж п. 6 розділу II Порядку:

*План спостереження складається у двох примірниках. При виписці один примірник Плану спостереження залишається у медичній обліковій документації, другий - видається Пацієнту або його членам родини / законному представнику. Перегляд Плану спостереження відбувається на регулярній основі, визначеній закладом охорони здоров'я, що надає паліативну допомогу, та у разі зміни клінічного стану Пацієнта або його побажань.*

**Найважливіше:** План спостереження — це інструмент, який покликаний ДОПОМОГТИ лікарю визначати потреби пацієнтів, що потребують паліативної допомоги, оцінювати їхній стан, тяжкість симптомів, та, відповідно, здійснювати призначення для забезпечення, наскільки це можливо, максимально високої якості життя.

План спостереження включає до процесу паліативної допомоги осіб, що здійснюють догляд за тяжкохворим пацієнтом (родичів, близьких, тощо).

План спостереження призначений для використання як лікарями, що спеціалізуються у наданні



паліативної допомоги, так і лікарями інших профілів; як на первинному, так і на вторинному рівнях медичної допомоги.

План спостереження складається із таких основних блоків, по суті, окремих форм:

1. Контактна інформація (в т.ч. інформація про законних представників, доглядальників).
2. Потреби пацієнта (висловлені самим пацієнтом).
3. Потреби та навчання особи, яка здійснює догляд.
4. Оцінка стану пацієнта (лікарем, відповідно до визначених параметрів).
5. Призначення.

Блоки “Контактна інформація”, “Потреби пацієнта”, а також “Потреби та навчання особи, що здійснює догляд” заповнюються, як правило, один раз; зміни у ці блоки вносяться по мірі потреби.

У той же час, блоки/форми “Оцінка стану пацієнта” та “Призначення” можуть бути заповнені багато разів, в залежності від потреби, динаміки стану пацієнта.

Вищенаведена діаграма демонструє алгоритм використання плану спостереження.

Як “Критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги”, так і “План спостереження” можна використовувати у вигляді паперових документів, або ж у вигляді електронних модулів в медичній інформаційній системі (МІС). Власне, ці документи мають бути імплементовані у МІС, адже, відповідно до п. 6 розділу III Порядку:

*«Відомості про Пацієнтів, яким надається паліативна допомога, повинні бути відображені у електронній системі охорони здоров'я.»*

## 1. Контактна інформація

Блок із контактною інформацією у “Плані спостереження”, як окремому документі потрібен, зокрема, тому, що в ньому зазначаються законний представник пацієнта (якщо він є), або батьки, якщо пацієнт — дитина, особа, що здійснює догляд, лікар, що спостерігав пацієнта раніше. Також чітко фіксується бажання чи відмова пацієнта отримувати повну інформацію про свій діагноз та можливий прогноз захворювання.

### *Комунікація з пацієнтом*

Комунікація з пацієнтом щодо укладання плану спостереження може бути непростою, особливо у випадках, коли не до кінця зрозуміло, наскільки пацієнт розуміє тяжкість свого стану. Розмову можна почати із таких запитань:

*“Я би дуже хотів, щоб у нас були ліки для... , але чи можемо ми поговорити про те, що ми можемо зробити, якщо вилікувати вашу хворобу неможливо?”*

*“Що ви знаєте про проблеми зі своїм здоров'ям, і про те, що може статися у майбутньому?”*

*“Чи можемо ми поговорити про те, що ми можемо зробити, не знаючи, що саме і коли може статися?”*

*“Якщо у майбутньому вам ставатиме гірше, про що нам важливо було б подумати чи подбати?”*

## 2. Потреби та побажання пацієнта

У цьому блоці важливо зафіксувати потреби та побажання пацієнта — з його слів. Що саме хоче пацієнт? Чи бажає він бути в лікарні, чи вдома? Які його потреби у соціальному супроводі? Чи знає він, куди звертатися щодо допомоги соціального працівника? Чи говорить він про потребу у психологічній, духовній, а чи може юридичні підтримці?

## 3. Потреби та навчання особи, яка здійснює догляд

Часто, особливо коли пацієнт перебуває вдома, за пацієнтом доглядає хтось із родичів чи близьких — «особа, що здійснює догляд». Базове навчання особи, яка здійснює догляд, може суттєво підвищити якість надання паліативної допомоги — а відтак і якість життя пацієнта. Саме для цього призначений цей розділ — щоб виявити, які саме потреби має доглядальник, яким навичкам йому (їй) потрібно навчитися, а також зафіксувати факт проведення навчання (тренінгу).

## 4. Оцінка стану пацієнта

Цей блок призначений для фахової оцінки стану пацієнта лікарем, на підставі огляду, вимірювань та скарг пацієнта. На основі оцінки стану пацієнта, розуміння комплексних потреб пацієнта, здійснюється призначення конкретних ліків чи медичних процедур, що відображається у наступному блоці — Призначення.

## 5. Призначення

Блок з призначеннями містить інформацію про необхідні маніпуляції лікаря чи медсестри (і з якою періодичністю) — “Спостереження лікарем” та “Супровід медичною сестрою”, необхідні для медичного супроводу витратні матеріали, обладнання, медичні вироби, а також призначення необхідних медикаментів.

## ПЛАН СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА, ЩО ПОТРЕБУЄ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

### I. Контактна інформація

#### Пацієнт

1. Прізвище\*:.....  
Ім'я\*:.....  
По-батькові\*.....  
2. Дата народження\*:.....  
3. Адреса фактичного проживання (перебування) пацієнта: .....  
.....  
4. Телефон\*:.....  
5. Адреса електронної пошти:.....

#### Законний представник\*\*

7. Прізвище:.....  
Ім'я:.....  
По-батькові.....  
8. Адреса:.....  
.....  
9. Телефон:.....  
10. Адреса електронної пошти:.....

#### Особа, що здійснює догляд (крім законного представника) або представник за довіреністю\*\*

15. ПІБ:.....  
.....  
16. Адреса:.....  
.....  
17. Телефон:.....  
18. Адреса електронної пошти:.....

.....  
Підпис лікаря

\* поля, обов'язкові до заповнення

\*\* поля, які заповнюються за наявності інформації

#### 6. Повідомлення діагнозу та можливого прогнозу захворювання

- Згода пацієнта на отримання інформації про свій діагноз та можливий прогноз захворювання  
 Відмова пацієнта особисто отримувати інформацію про свій діагноз та прогноз можливого розвитку захворювання  
 Інформація про діагноз та прогноз можливого розвитку захворювання надається законному представнику

#### Законний представник II\*\*

11. Прізвище:.....  
Ім'я:.....  
По-батькові.....  
12. Адреса:.....  
.....  
13. Телефон:.....  
14. Адреса електронної пошти:.....

#### Лікар, що спостерігав пацієнта раніше\*\*

19. ПІБ:.....  
.....  
20. Місце роботи:.....  
.....  
21. Телефон:.....  
22. Адреса електронної пошти:.....

.....  
Підпис пацієнта

.....  
Дата

### II. Потреби пацієнта (зі слів пацієнта)

#### 1. Немедичні потреби пацієнта

- Психологічна допомога (консультація психолога)  
 Послуга «респіс» (пацієнт бажає перепочити від членів сім'ї, що здійснюють догляд) на строк ..... ДНІВ  
 Соціальний супровід (у т.ч. допомога соціального працівника)  
 Пацієнту надано інформацію щодо можливості звернення до відповідних служб соціального захисту населення:  
.....  
 Духовна підтримка (священник)  
 Пацієнту надано інформацію щодо можливості отримання духовної підтримки:  
.....  
 Юридична допомога  
 Пацієнту надано інформацію щодо можливості отримання безоплатної правової допомоги:  
.....  
 Інші потреби:.....  
.....

.....  
Підпис пацієнта

#### 2. Згода на посмертне донорство

- Так, вже надано.  
 Ні, не надано, але пацієнт бажає надати згоду.  
 Ні, не надано, й пацієнт не бажає надати згоду.

#### 3. Побажання пацієнта щодо місця отримання паліативної допомоги

- За місцем перебування пацієнта ( вдома)  
 В спеціалізованому закладі (лікарня, хоспіс тощо)

#### 4. Побажання і розпорядження пацієнта щодо періоду наприкінці життя

Побажання пацієнта щодо збереження мобільності, заплановані подорожі тощо:.....  
.....

Побажання пацієнта щодо місця смерті.....  
.....

Побажання пацієнта щодо поховання.....  
.....

.....  
Підпис лікаря

.....  
Дата (число, місяць, рік)

### III. Потреби та навчання особи, що здійснює догляд

1. **Пацієнт** (прізвище, ім'я, по-батькові, рік народження) .....

2. **Особа, яка здійснює догляд** (прізвище, ім'я, по-батькові) .....

#### 3. Потреби особи, яка здійснює догляд

- Психологічна допомога (консультації психолога)
- Послуга «респіс» (члени сім'ї бажають перепочити від догляду за пацієнтом)
- Інші потреби (будь-ласка, зазначте): .....
- .....
- .....
- Надано інформацію щодо можливості отримання духовної підтримки
- Надано інформацію щодо можливості отримання юридичної допомоги

#### 4. Потреби особи, яка здійснює догляд, у навчанні

- Техніка підшкірних та внутрішньом'язових ін'єкцій
- Догляд за стомами, катеторами, приймачами
- Навчання загальному догляду (миття, зміна положення, заміна підгузника, заміна білизни, вдягання/перевдягання, обробка пролежнів, санація ротової порожнини, інше)
- Годування через гастростому
- Годування через шлунковий зонд
- Користування медичними виробами
- Санація через трахеостому
- Оцінка рівня болю
- Інше .....
- .....

### 5. Інформація про проведення навчання особи, яка здійснює догляд

#### Тема навчання

Зазначте, які саме потреби у навчанні щодо догляду за важкохворим пацієнтом має особа, що здійснює догляд. Справа вкажіть, хто саме і коли проводив навчання щодо певного виду догляду. Особа, що здійснює догляд, і інструктор, що проводив навчання, мають поставити свої підписи.

- Техніка підшкірних та внутрішньом'язових ін'єкцій
- Догляд за стомами, катеторами, приймачами
- Навчання загальному догляду (миття, зміна положення, заміна підгузника, заміна білизни, вдягання/перевдягання, обробка пролежнів, санація ротової порожнини, інше)
- Годування через гастростому
- Годування через шлунковий зонд
- Користування медичним обладнанням
- Санація через трахеостому
- Оцінка рівня болю
- Інше .....
- .....

#### Проведено навчання

Дата проведення	Хто провів навчання ПІБ інструктора,	Підпис інструктора	Підпис особи, яка здійснює догляд
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

#### IV. Оцінка стану пацієнта

1. Прізвище, ім'я .....

2. Дата ..... Час .....

##### 5. Загальний стан

- Задовільний  Важкий  Термінальний  
 Середньої важкості  Надважкий

##### 6. Біль

- Ноцицептивний  Нейропатичний  Психогенний  
 Змішаний

Рівень болю



##### Характер болю

- Пульсуючий  Тупий  Непереносимий  
 Різучий  Ниючий  Жорсткий  
 Пекучий  Стріляючий  Інший .....  
 Колючий  Втомлюючий .....  
 Фантомний біль

##### 7. Пролежні

###### Перший ступінь

Ділянки шкіри червоніють і набрякають. Подразнення шкіри, почервоніння (іноді з синюшністю) без порушення цілісності шкірного покриву. Пацієнт може відчувати на цій ділянці шкіри біль та незначне оніміння.

###### Другий ступінь

Неглибоке порушення поверхні шкіри, пухирці, часткове відшарування верхнього шару шкірних покривів. Неглибокі рани з рожевими і припухлими краями

###### Третій ступінь

Руйнування шкірного покриву і підшкірної клітковини, утворення виразки (виразок). Проникнення виразок до м'язового шару. Проглядається жовта змертвіла тканина, сукровичні виділення.

###### Четвертий ступінь

Глибоке ураження всіх м'яких тканин з утворенням сухого або вологого некрозування. Некроз захоплює шкіру, м'язи, фасції й сухожилля. Формування нагноєних порожнин, бічних кишень. Оголення сухожиль, іноді кісток і суглобів.

8. Алергії (вказіть, які саме) .....

##### 10. Нервова система

- Вогнищева симптоматика  
 Псевдобульбарні розлади  
 Парези (які саме) .....  
 Гіперкінези  
 Порушення координації

###### Судоми

Характер: .....  
..... разів на  
 день  
 тиждень  
 місяць

##### Катетери і шунти

- Центральний венозний катетер  
 Перидуральний катетер  
 Вентрикуло-перитонеальний шунт

##### 11. Дихання

- Вільне  Утруднене  
 Задуха  експіраторна  
 інспіраторна  
 змішана  
 Трахеостома, №.....  
 Кисневозалежний  
 Штучна вентиляція легенів

##### 15. Психоемоційні проблеми

- Втома  
 Сонливість  
 Безсоння  
 Тривожність  
 Збудження  
 Депресія  
 Делірій  
 Панічні атаки  
 Інше .....

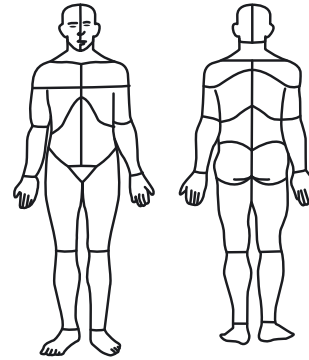
3. Скарги .....

4. t °C ..... Вага ..... Зріст .....

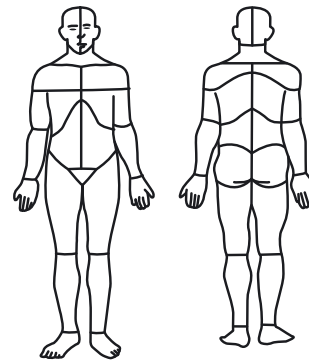
Артеріальний тиск: ..... SaO<sub>2</sub> .....

ЧСС ..... ЧД ..... Глюкоза .....

Локалізація болю



Локалізація пролежнів



9. Вживання наркотичних засобів чи психотропних речовин

(яких саме, коли) .....

##### 12. Система травлення

- Колостома №.....  
 Ілеостома №.....  
 Гикавка  Нудота  
 Блювота  Діарея  
 Закрепи  
Інше .....

##### 13. Харчування / ковтання

- Їсть самостійно  
 Ковтання збережене  
 Не ковтає  
 Шлунковий зонд №.....  
 Гастростома №.....

##### 14. Сечовивідна система

- Затримка сечі  Сечовивідий катетер №.....  
 Нетримання сечі  Перемінна катетеризація  
 Цистостома №.....  Інше.....

##### 16. Інші симптоми та стани

- Анорексія/кахексія  Гіпоглікемія  
 Асцит  Дегідратація  
 Геморагічний синдром  Гіперкальцемія  
 Кровотеча зовнішня  Синдром верхньої порожнистої вени  
 Лімфостаз/лімфорей  Інше.....  
 Менопаузальна симптоматика  
 Мукозит  
 набряки  
 стоматит  
 Гіперглікемія

Підпис лікаря, прізвище та ініціали

## V. Призначення

Пацієнт .....

(Прізвище, ім'я, по батькові, рік народження)

### 1. Спостереження лікарем

..... разів на  день  тиждень  місяць

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Оцінка рівня болю       | <input type="checkbox"/> Заміна гастростомічної трубки       | <input type="checkbox"/> Рекомендації щодо харчування                  | <input type="checkbox"/> Призначення профілактики пролежнів  |
| <input type="checkbox"/> Оцінка загального стану | <input type="checkbox"/> Призначення лабораторних досліджень | <input type="checkbox"/> Призначення знеболення та лікування симптомів | <input type="checkbox"/> Навчання осіб, що здійснюють догляд |
| <input type="checkbox"/> Оцінка пролежнів        |  | <input type="checkbox"/> Аналіз показників ЕКГ                         |  |

### 2. Супровід медичною сестрою

..... разів на  день  тиждень  місяць

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Медичний догляд                  | <input type="checkbox"/> Внутрішньом'язові ін'єкції | <input type="checkbox"/> Заміна або постановка шлункового зонду                            | <input type="checkbox"/> Постанова або заміна сечового катетера |
| <input type="checkbox"/> Спостереження за дренажем        | <input type="checkbox"/> Внутрішньовенні ін'єкції   | <input type="checkbox"/> Збір, зберігання, доставка матеріалів для лабораторних досліджень | <input type="checkbox"/> Навчання осіб, що здійснюють догляд    |
| <input type="checkbox"/> Спостереження за стоєю           | <input type="checkbox"/> Підшкірні ін'єкції         | <input type="checkbox"/> Катетеризація периферичної судини                                 | <input type="checkbox"/> Інше.....                              |
| <input type="checkbox"/> Видалення сірчаних пробок        | <input type="checkbox"/> Постуральний дренаж        | <input type="checkbox"/> Туалет порожнини рота   | .....   |
| <input type="checkbox"/> Промивання сечового міхура       | <input type="checkbox"/> Санітарна обробка хворого  |  | .....   |
| <input type="checkbox"/> Застосування газовивідної трубки | <input type="checkbox"/> Підготовка розчинів        |  | .....   |
| <input type="checkbox"/> Внутрішньосудинні ін'єкції       | <input type="checkbox"/> Зняття показників ЕКГ      |  | .....   |
|   | <input type="checkbox"/> Очисна клізма              |  | .....   |

### 3. Необхідні для надання паліативної допомоги медичні вироби

- |  |            |             |   |  |
|--|------------|-------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Шприц для годування                             | ..... шт   | ..... об'єм | <input type="checkbox"/> Кисневий концентратор                | <input type="checkbox"/> Система для ентерального харчування |
| <input type="checkbox"/> Сечоприймач                                     | ..... шт   | ..... об'єм | Потужність ..... л/хв   | <input type="checkbox"/> Біотуалет                           |
| <input type="checkbox"/> Калоприймач                                     | ..... шт   | ..... об'єм | <input type="checkbox"/> Пульсоксиметр                        | <input type="checkbox"/> Судно                               |
| <input type="checkbox"/> Зонд, тип.....                                  | ..... шт   | розмір..... | <input type="checkbox"/> Апарат для штучної вентиляції легень | <input type="checkbox"/> Гігієнічний стілець                 |
| <input type="checkbox"/> Канюля для периферичної вени                    | ..... шт   | розмір..... | <input type="checkbox"/> Аспіратор                            | <input type="checkbox"/> Ходунки                             |
| <input type="checkbox"/> Катетер, тип.....                               | ..... шт   | розмір..... | <input type="checkbox"/> Функціональне ліжко                  | <input type="checkbox"/> Візок                               |
| <input type="checkbox"/> Підгузники                                      | ..... шт   | розмір..... | <input type="checkbox"/> Підйомник                            | <input type="checkbox"/> Милиці                              |
| <input type="checkbox"/> Пелюшки   | ..... шт   | розмір..... | <input type="checkbox"/> Протипролежневий матрац              | <input type="checkbox"/> Антисептичні та асептичні засоби    |
| <input type="checkbox"/> Гастростомічна трубка                           | ..... шт   | розмір..... | <input type="checkbox"/> Помпа для ентерального харчування    | <input type="checkbox"/> Перев'язочний матеріал              |
| <input type="checkbox"/> Харчовий продукт для спеціальних медичних цілей | к-сть..... | назва.....  | <input type="checkbox"/> Трахеостомічна трубка                |  |

### 4. Знеболення та лікування симптомів

Пацієнту видано листок призначення

- |                |                |             |                 |
|----------------|----------------|-------------|-----------------|
| Препарат ..... | дозування..... | р/день..... | к-сть днів..... |
| Препарат ..... | дозування..... | р/день..... | к-сть днів..... |
| Препарат ..... | дозування..... | р/день..... | к-сть днів..... |
| Препарат ..... | дозування..... | р/день..... | к-сть днів..... |
| Препарат ..... | дозування..... | р/день..... | к-сть днів..... |

Інші призначення .....

.....

.....

.....

### 5. Консультації

- психолога  
 психіатра

Пацієнта спрямовано на консультацію до психолога чи до психіатра

(вказати назву служби, контактну особу, телефон):

.....

.....

.....

### 6. Потреба у спеціалізованій паліативній допомозі

Пацієнту надано інформацію щодо спеціалізованої служби паліативної допомоги

(вказати назву служби, контактну особу, телефон):

.....

.....

.....

Дата (число, місяць, рік)

П.І.Б. лікаря

Підпис лікаря

.....

## ПЛАН СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА ДИТЯЧОГО ВІКУ, ЩО ПОТРЕБУЄ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

### I. Контактна інформація

#### Дитина

1. Прізвище\*:.....  
Ім'я\*: .....  
По-батькові\*.....  
2. Дата народження\*: .....  
3. Адреса фактичного проживання (перебування) дитини:.....  
.....

#### Законний представник I\*

5. Прізвище: .....  
Ім'я:.....  
По-батькові.....  
6. Адреса:.....  
.....  
7. Телефон: .....  
8. Адреса електронної пошти: .....

#### Особа, що здійснює догляд (крім законного представника)\*\*

13. ПІБ: .....  
.....  
14. Адреса: .....  
.....  
15. Телефон: .....  
16. Адреса електронної пошти:.....

.....  
Підпис лікаря

\* поля, обов'язкові до заповнення

\*\* поля, які заповнюються за наявності інформації

#### 4. Повідомлення діагнозу та можливого прогнозу захворювання\*

- Інформація про діагноз та прогноз можливого розвитку захворювання надається законному представнику I  
 Інформація про діагноз та прогноз можливого розвитку захворювання надається законному представнику II

#### Законний представник II\*\*

- 9.Прізвище: .....  
Ім'я:.....  
По-батькові .....  
10. Адреса: .....  
.....  
11. Телефон: .....  
12. Адреса електронної пошти: .....

#### Лікар, що спостерігав дитину раніше\*\*

17. ПІБ: .....  
.....  
18. Місце роботи:.....  
.....  
19. Телефон: .....  
20. Адреса електронної пошти:.....

.....  
Підпис законного представника Дата

### II. Потреби дитини (зі слів законного представника)

#### 1. Немедичні потреби дитини

- Психологічна допомога (консультація психолога)  
 Соціальний супровід (у т.ч. допомога соціального працівника)  
 Законному представнику надано інформацію щодо можливості звернення до відповідних служб соціального захисту населення:  
.....  
 Духовна підтримка  
 Законному представнику надано інформацію щодо можливості отримання духовної підтримки:  
.....  
 Інші потреби: .....  
.....

#### 2. Згода на посмертне донорство

- Так, вже надано.  
 Ні, не надано, але законний представник бажає надати згоду.  
 Ні, не надано, й законний представник не бажає надати згоду.

#### 3. Побажання законного представника щодо місця отримання дитиною паліативної допомоги

- За місцем перебування дитини (вдома)  
 В спеціалізованому закладі (лікарня, хоспіс тощо)

#### 4. Побажання і розпорядження щодо періоду наприкінці життя дитини

- Побажання законного представника щодо збереження мобільності, заплановані подорожі тощо: .....  
.....  
Побажання законного представника щодо місця смерті дитини....  
.....  
Побажання законного представника щодо поховання дитини ....  
.....

.....  
Підпис законного представника

.....  
Підпис лікаря

.....  
Дата (число, місяць, рік)

### III. Потреби та навчання особи, що здійснює догляд

1. Дитина (прізвище, ім'я, по-батькові, рік народження) .....

2. Особа, яка здійснює догляд (прізвище, ім'я, по-батькові) .....

#### 3. Потреби особи, яка здійснює догляд

- Психологічна допомога (консультації психолога)
- Послуга «респіс» (члени сім'ї бажають перепочити від догляду за дитиною)
- Інші потреби (будь-ласка, зазначте): .....
- .....
- .....
- .....
- Надано інформацію щодо можливості отримання духовної підтримки
- Надано інформацію щодо можливості отримання юридичної допомоги

#### 4. Потреби особи, яка здійснює догляд, у навчанні

- Техніка підшкірних та внутрішньом'язових ін'єкцій
- Догляд за стомами, катеторами, приймачами
- Навчання загальному догляду (миття, зміна положення, заміна підгузника, заміна білизни, вдягання/перевдягання, обробка пролежнів, санація ротової порожнини, інше)
- Годування через гастростому
- Годування через шлунковий зонд
- Користування медичними виробами
- Санація через трахеостому
- Оцінка рівня болю
- Інше.....

### 5. Інформація про проведення навчання особи, яка здійснює догляд

#### Тема навчання

Зазначте, які саме потреби у навчанні щодо догляду за важкохворим пацієнтом має особа, що здійснює догляд. Справа вкажіть, хто саме і коли проводив навчання щодо певного виду догляду. Особа, що здійснює догляд, і інструктор, що проводив навчання, мають поставити свої підписи.

#### Проведено навчання

Дата проведення	Хто провів навчання ПІБ інструктора,	Підпис інструктора	Підпис особи, яка здійснює догляд
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

- Техніка підшкірних та внутрішньом'язових ін'єкцій
- Догляд за стомами, катеторами, приймачами
- Навчання загальному догляду (миття, зміна положення, заміна підгузника, заміна білизни, вдягання/перевдягання, обробка пролежнів, санація ротової порожнини, інше)
- Годування через гастростому
- Годування через шлунковий зонд
- Користування медичним обладнанням
- Санація через трахеостому
- Оцінка рівня болю
- Інше.....

#### IV. Оцінка стану дитини

1. Прізвище, ім'я .....  
2. Дата ..... Час .....

##### 5. Загальний стан

- Задовільний  Важкий  Термінальний  
 Середньої важкості  Надважкий

##### 6. Біль

- Ноцицептивний  Нейропатичний  Психогенний  
 Змішаний

##### Рівень болю



##### Характер болю

- Пульсуючий  Тупий  Непереносимий  
 Різучий  Ниючий  Жорстокий  
 Лекучий  Стріляючий  Інший.....  
 Колючий  Втомлюючий  
 Фантомний біль

##### 7. Пролежні

- Перший ступінь**  
Ділянки шкіри червоніють і набрякають. Подразнення шкіри, почервоніння (іноді з синюшністю) без порушення цілісності шкірного покриву. Пацієнт може відчувати на цій ділянці шкіри біль та незначне оніміння.
- Другий ступінь**  
Неглибоке порушення поверхні шкіри, пухирці, часткове відшарування верхнього шару шкірних покривів. Неглибокі рани з рожевими і припухлими краями
- Третій ступінь**  
Руйнування шкірного покриву і підшкірної клітковини, утворення виразки (виразок). Проникнення виразок до м'язового шару. Проглядається жовта мертвіла тканина, сукровичні виділення.
- Четвертий ступінь**  
Глибоке ураження всіх м'яких тканин з утворенням сухого або вологого некрозування. Некроз захоплює шкіру, м'язи, фасції й сухожилля. Формування нагноєних порожнин, бічних кишень. Оголення сухожиль, іноді кісток і суглобів.

8. Алергії (вказіть, які саме) .....

##### 10. Нервова система

- Вогнищева симптоматика  
 Псевдобульбарні розлади  
 Парези (які саме).....  
 Гіперкінези  
 Порушення координації

##### Судоми

Характер: .....  
..... разів на  
 день  
 тиждень  
 місяць

##### Катетери і шунти

- Центральний венозний катетер  
 Перидуральний катетер  
 Вентрикуло-перитонеальний шунт

##### 11. Дихання

- Вільне  Утруднене  
 Задуха  
 експіраторна  
 інспіраторна  
 змішана  
 Трахеостома, №.....  
 Кисневозалежний  
 Штучна вентиляція легенів

##### 15. Психоемоційні проблеми

- Втома  
 Сонливість  
 Безсоння  
 Тривожність  
 Збудження  
 Депресія  
 Делірій  
 Панічні атаки  
 Інше.....

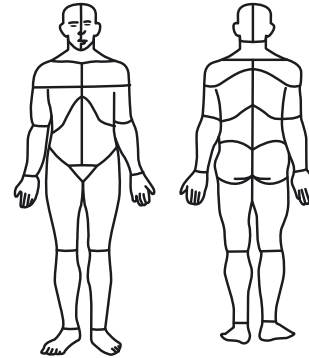
3. Скарги дитини .....

4. t °C ..... Вага ..... Зріст .....

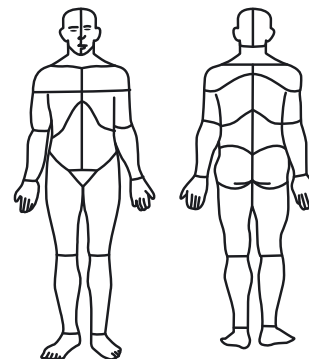
Артеріальний тиск: ..... SaO<sub>2</sub>.....

ЧСС ..... ЧД ..... Глюкоза .....

##### Локалізація болю



##### Локалізація пролежнів



9. Вживання наркотичних засобів чи психотропних речовин (яких саме, коли) .....

##### 12. Система травлення

- Колостома №.....  
 Ілеостома №.....  
 Гикавка  Нудота  
 Блювота  Діарея  
 Закрепи  
Інше.....

##### 13. Харчування / ковтання

- Їсть самостійно  
 Ковтання збережене  
 Не ковтає  
 Шлунковий зонд №.....  
 Гастростома №.....

##### 14. Сечовивідна система

- Затримка сечі  Сечовивідий катетер №.....  
 Нетримання сечі  Перемінна катетеризація  
 Цистостома №.....  Інше.....

##### 16. Інші симптоми та стани

- Анорексія/кахексія  Гіпоглікемія  
 Асцит  Дегідратація  
 Геморагічний синдром  Гіперкальцемія  
 Кровотеча зовнішня  Синдром верхньої порожнистої вени  
 Лімфостаз/лімфорейя  Інше.....  
 Менопаузальна симптоматика  
 Мукозит  
 Набряки  
 Стоматит  
 Гіперглікемія

Підпис лікаря, прізвище та ініціали

## V. Призначення

Дитина .....

(Прізвище, ім'я, по батькові, рік народження)

### 1. Спостереження лікарем

..... разів на  день  тиждень  місяць

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Оцінка рівня болю       | <input type="checkbox"/> Заміна гастростомічної трубки       | <input type="checkbox"/> Рекомендації щодо харчування                  | <input type="checkbox"/> Призначення профілактики пролежнів  |
| <input type="checkbox"/> Оцінка загального стану | <input type="checkbox"/> Призначення лабораторних досліджень | <input type="checkbox"/> Призначення знеболення та лікування симптомів | <input type="checkbox"/> Навчання осіб, що здійснюють догляд |
| <input type="checkbox"/> Оцінка пролежнів        |  | <input type="checkbox"/> Аналіз показників ЕКГ                         |  |

### 2. Супровід медичною сестрою

..... разів на  день  тиждень  місяць

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Медичний догляд                  | <input type="checkbox"/> Внутрішньом'язові ін'єкції | <input type="checkbox"/> Заміна або постановка шлункового зонду                            | <input type="checkbox"/> Постановка або заміна сечового катетера |
| <input type="checkbox"/> Спостереження за дренажем        | <input type="checkbox"/> Внутрішньовенні ін'єкції   | <input type="checkbox"/> Збір, зберігання, доставка матеріалів для лабораторних досліджень | <input type="checkbox"/> Навчання осіб, що здійснюють догляд     |
| <input type="checkbox"/> Спостереження за стоною          | <input type="checkbox"/> Підшкірні ін'єкції         | <input type="checkbox"/> Катетеризація периферичної судини                                 | <input type="checkbox"/> Інше.....                               |
| <input type="checkbox"/> Видалення сірчаних пробок        | <input type="checkbox"/> Постуральний дренаж        | <input type="checkbox"/> Туалет порожнини рота   | .....  |
| <input type="checkbox"/> Промивання сечового міхура       | <input type="checkbox"/> Санітарна обробка хворого  |  | .....  |
| <input type="checkbox"/> Застосування газовивідної трубки | <input type="checkbox"/> Підготовка розчинів        |  | .....  |
| <input type="checkbox"/> Внутрішньосудинні ін'єкції       | <input type="checkbox"/> Зняття показників ЕКГ      |  | .....  |
|   | <input type="checkbox"/> Очисна клізма              |  | .....  |

### 3. Необхідні для надання паліативної допомоги медичні вироби

- |  |             |              |   |  |
|--|-------------|--------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Шприц для годування                             | ..... шт    | ..... об'єм  | <input type="checkbox"/> Кисневий концентратор                | <input type="checkbox"/> Система для ентерального харчування |
| <input type="checkbox"/> Сечоприймач                                     | ..... шт    | ..... об'єм  | <input type="checkbox"/> Потужність ..... л/хв                | <input type="checkbox"/> Біотуалет                           |
| <input type="checkbox"/> Калоприймач                                     | ..... шт    | ..... об'єм  | <input type="checkbox"/> Пульсоксиметр                        | <input type="checkbox"/> Судно                               |
| <input type="checkbox"/> Зонд, тип .....                                 | ..... шт    | розмір ..... | <input type="checkbox"/> Апарат для штучної вентиляції легень | <input type="checkbox"/> Гігієнічний стілець                 |
| <input type="checkbox"/> Канюля для периферичної вени                    | ..... шт    | розмір ..... | <input type="checkbox"/> Аспіратор                            | <input type="checkbox"/> Ходунки                             |
| <input type="checkbox"/> Катетер, тип .....                              | ..... шт    | розмір ..... | <input type="checkbox"/> Функціональне ліжко                  | <input type="checkbox"/> Візок                               |
| <input type="checkbox"/> Підгузники                                      | ..... шт    | розмір ..... | <input type="checkbox"/> Підйомник                            | <input type="checkbox"/> Милиці                              |
| <input type="checkbox"/> Пелюшки   | ..... шт    | розмір ..... | <input type="checkbox"/> Протипролежневий матрац              | <input type="checkbox"/> Антисептичні та асептичні засоби    |
| <input type="checkbox"/> Гастростомічна трубка                           | ..... шт    | розмір ..... | <input type="checkbox"/> Помпа для ентерального харчування    | <input type="checkbox"/> Перев'язочний матеріал              |
| <input type="checkbox"/> Харчовий продукт для спеціальних медичних цілей | к-сть ..... | назва .....  | <input type="checkbox"/> Трахеостомічна трубка                |  |

### 4. Знеболення та лікування симптомів

Законному представнику або особі, яка здійснює догляд, видано листок призначення

Препарат ..... дозування..... р/день ..... к-сть днів .....

Препарат ..... дозування..... р/день ..... к-сть днів .....

Препарат ..... дозування..... р/день ..... к-сть днів .....

Препарат ..... дозування..... р/день ..... к-сть днів .....

Препарат ..... дозування..... р/день ..... к-сть днів .....

Інші призначення .....

.....

.....

### 5. Консультації

- психолога  
 психіатра

Дитину спрямовано на консультацію до психолога чи до психіатра

(вказати назву служби, контактну особу, телефон):

.....

.....

### 6. Потреба у спеціалізованій паліативній допомозі

Законному представнику надано інформацію щодо спеціалізованої служби паліативної допомоги

(вказати назву служби, контактну особу, телефон):

.....

.....

Дата (число, місяць, рік)

П.І.Б. лікаря

Підпис лікаря

.....

# Джерела

- [1] Порядок надання паліативної допомоги, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04.06.2020 № 1308, <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20>
- [2] WHO Definition of Palliative Care — визначення паліативної допомоги, надане Всесвітньою організацією охорони здоров'я, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- [3] What end of life care involves — визначення допомоги наприкінці життя, Національна служба здоров'я (NHS), Велика Британія
- [4] Адаптовано з видання Comprehensive Guidelines for TB and DRTB Palliative Care and Support, USAID, University Research Co., LLC, May 2015, [http://www.urc-chs.com/sites/default/files/Related%20URC%20publication\\_Palliative%20Care%20and%20TB.pdf](http://www.urc-chs.com/sites/default/files/Related%20URC%20publication_Palliative%20Care%20and%20TB.pdf)
- [5] GetPalliativeCare.org - інформаційно-просвітницький вебсайт, підтримується провідною американською організацією Центр розвитку паліативної допомоги - Center to Advance Palliative Care, <https://getpalliativecare.org/whatis/>
- [6] Статистика населення України, Тематична група "Смертність", Державна служба статистики України, [http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile\\_c\\_-files/smertn.html](http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c_-files/smertn.html)
- [7] Потреба у паліативній допомозі. Оцінка на основі даних 2018 р., Український центр суспільних даних, <https://socialdata.org.ua/palliative/>
- [8] Plan Well Guide, посібник для планування при важкому захворюванні, <https://planwell-guide.com/resources/>
- [9] The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world (Індекс якості смерті 2015), The Economist Intelligence Unit, <https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>
- [10] The Five Trajectories: Supporting Patients During Serious Illness, Jennifer Moore Ballentine, Shiley Institute for Palliative Care, The California State University, 2018,
- [11] Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», №3611-VI від 07.07.2011, <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>
- [12] Порядок надання первинної медичної допомоги, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 №504, <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18>
- [13] Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.04.2012 № 311, [https://www-dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/-dod\\_311\\_2ykpmd.pdf](https://www-dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/-dod_311_2ykpmd.pdf)
- [14] Принципи лікування стійкого болю у дітей з соматичними захворюваннями, Українська асоціація дитячої паліативної допомоги, [http://uacph.org/gallery/docs-Cards\\_children.pdf](http://uacph.org/gallery/docs-Cards_children.pdf)
- [15] Інструменти для оцінки болю та підходів до знеболення, Благодійний фонд «Мати Тереза», Міжнародний фонд «Відродження»
- [16] ECOG-ACRIN Cancer Research Group, <https://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status>
- [17] Клінічний протокол високоспеціалізованої допомоги при хронічному лімфоїдному лейкозі, Український медичний часопис, 08.07.2016, <https://www.umj.com.ua/article/98413/klinichnij-protokol-vi-sokospetsializovanoyi-dopomogi-pri-hronichnomu-limfoyidnomu-lejkozi>
- [18] Palliative Performance Scale (PPSv2) version 2. Medical Care of the Dying, 4th ed. Copyright Victoria Hospice Society, 2006:121.
- [19] Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)», затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2012 №602, [https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/images/dodatki/2012\\_602/2012\\_602dod4ykpmd.pdf](https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/images/dodatki/2012_602/2012_602dod4ykpmd.pdf)
- [20] Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: A standard measure of physical disability? International Disability Studies.1988;10:64-67.

- [21] Державний стандарт паліативного догляду, затверджений Наказом Міністерства соціальної політики України від 29.01.2016 №58, <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0247-16>
- [22] The Criteria Committee of the New York Heart Association. (1994). Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels (9th ed.). Boston: Little, Brown & Co. pp. 253–256
- [23] Настанова з кардіології/ За ред. В.М. Коваленка. — К.: МОПІОН, 2009. — с.1257
- [24] Llovet J.M., Br C., Bruix J. Prognosis of hepatocellular carcinoma: the BCLC staging classification. *Semin. Liver Dis.* 1999;19:329–338.
- [25] Child C. G., Turcotte J. G. Surgery and portal hypertension. *The liver and portal hypertension.* Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1964; 50.
- [26] Hsu C.Y., Lin H.C., Huang Y.H. et al. Comparison of the model for end-stage liver disease (MELD), MELD-Na and MELDNa for outcome prediction in patients with acute decompensate hepatitis, *Digestive and Liver Disease.* 2010; 42(2):137-142.
- [27] Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification, National Kidney Foundation, Inc., 2002; 12, [https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd\\_evaluation\\_classification\\_stratification.pdf](https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf)
- [28] Cummings J.L. The neuropsychiatric inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology.* 1997; 48: S10-S16
- [29] Sclan SG, Reisberg S. Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality. *Int Psychogeriatr.* 1992;4:55-69
- [30] Застосування молекулярних та психометричних показників для удосконалення діагностики віддалених пострадіаційних когнітивних розладів. Методичні рекомендації. Міністерство охорони здоров'я України, Національна академія медичних наук України, Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи, 2014, [https://nrcrm.gov.ua/downloads/mr\\_149.pdf](https://nrcrm.gov.ua/downloads/mr_149.pdf)
- [31] Gross Motor Function Classification System, CanChild, McMaster University, <https://canchild.ca/en/resources/42-gross-motor-function-classification-system-expanded-revised-gmfcs-e-r>
- [32] Harrop E, Edwards C. How and when to refer a child for specialist paediatric palliative care. *Archives of Disease in Childhood — Education and Practice* 2013;98:202-208.
- [33] COPD Assessment Test, Healthcare Professional User Guide, Expert guidance on frequently asked questions, Issue 4: November 2018, [https://www.catestonline.org/content/dam/global/catestonline/documents/CAT\\_HCP%20User%20Guide.pdf](https://www.catestonline.org/content/dam/global/catestonline/documents/CAT_HCP%20User%20Guide.pdf)
- [34] mMRC (Modified Medical Research Council) Dyspnea Scale, MDCalc, <https://www.mdcalc.com/mmrc-modified-medical-research-council-dyspnea-scale#why-use>
- [35] Halpin, David, Respiratory GOLD 2019 report: a step towards personalised medicine; Guidelines in Practice, 21 February 2019, <https://www.guidelinesinpractice.co.uk/respiratory/gold-2019-report-a-step-towards-personalised-medicine/454543.article>
- [36] PSI/PORT Score: Pneumonia Severity Index for CAP, MDCalc, <https://www.mdcalc.com/psi-port-score-pneumonia-severity-index-cap>
- [37] CURB-65 Score for Pneumonia Severity, MDCalc, <https://www.mdcalc.com/curb-65-score-pneumonia-severity>
- [38] Pressure Ulcer Sore Stages, Healthline Media, September 18, 2018, <https://www.healthline.com/health/stages-of-pressure-ulcers>

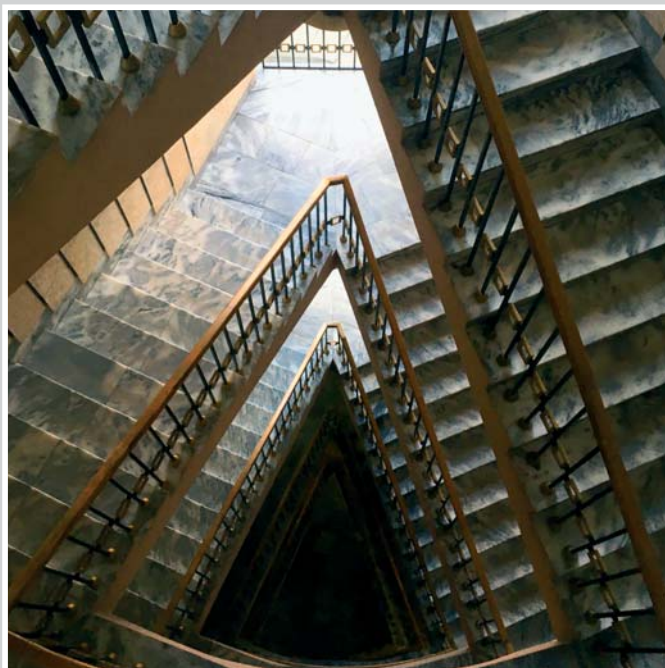
## Шкали та інструменти

для оцінки стану тяжкохворого пацієнта  
та визначення потреби у паліативній допомозі

Посібник для застосування у клінічній практиці

ТОВ «Видавничий дім «Каліта»

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру  
суб'єктів видавничої діяльності № 2193 від 25.05.2005 р.  
03057, м. Київ-57, вул. Марії Капніст, 2А. Тел. (063) 736-85-12



Цей практичний посібник є збіркою міжнародно визнаних шкал та інструментів, що використовуються для об'єктивної оцінки стану пацієнта.

Він призначений для використання у сфері паліативної допомоги, для кращої оцінки стану пацієнта і розуміння його потреб.

До посібника увійшли також нові українські офіційні документи: скринінговий інструмент «Критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги» та «План спостереження», що мають допомогти лікарям краще надавати паліативну допомогу.

Посібник буде корисний медикам, лікарям та медсестрам, а також родичам і доглядальникам пацієнтів.