

Analyzing the data of modern literature, we can state that as of today there are a fairly large number of different photosensitizers, however, in daily practice, dermatologists most often prefer the derivative aminolevulinic acid.

It should be noted that recently, microcurrent therapy has been widely used in dermatology and aesthetic cosmetology for the treatment of acne and post-acne phenomena. It is a method of physical influence on the human body using modulated impulse currents of low strength and minimum voltage with different frequency data to obtain a therapeutic or cosmetic effect. When carrying out the above procedure, not only the epidermis is involved, but also the intradermal layer, blood vessels and muscles. It is believed that the influence of low voltage currents has a very positive effect on cellular metabolism and increases the synthesis of adenosine triphosphoric acid. After the procedure, activation of fibroblasts is observed, microcirculation improves, the work of the sebaceous glands and the reduction of pores are normalized. So, summing up the review of literary sources, we can conclude that it is expedient and effective to use physiotherapeutic methods aimed at destroying *Propionibacterium acnes* bacteria in the complex treatment of acne.

Key words: acne, physiotherapeutic methods, laser technologies, dermatology, cosmetology.

ORCID and contributionship:

Hasiuk O. P.: 0000-0002-3156-6272 BD

Nebesna Z. M.: 0000-0002-6869-0859 AF

Dzetsiukh T. I.: 0000-0001-7163-1844 CE

Conflict of interest:

The Authors declare no conflict of interest.

Corresponding author

Hasiuk Olesya Petrivna

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

Ukraine, 46001, Ternopil, 1 Maydan Voli str.

Tel: 0666090770

E-mail: gasyuk_olepet@tdmu.edu.ua

A – Work concept and design, **B** – Data collection and analysis, **C** – Responsibility for statistical analysis, **D** – Writing the article, **E** – Critical review, **F** – Final approval of the article.

Received 22.03.2022

Accepted 10.09.2022

DOI 10.29254/2077-4214-2022-3-166-22-35

UDC 616.72-002.77-085

Zhdan V. M., Babanina M. Yu., Kitura Ye. M., Kyrian O. A., Tkachenko M. V., Volchenko G. V.

PALLIATIVE CARE FOR RHEUMATOLOGICAL PATIENTS WITH CO-MORBIDITY

Poltava State Medical University (Poltava, Ukraine)

maryna.babanina@gmail.com

According to the literature analysis, rheumatic diseases and syndromes are widespread pathologies. In the structure of primary disability, they occupy a second place among diseases of internal organs. Therefore, knowledge by family doctors of the most critical issues of palliative and hospice care for patients with rheumatological diseases is of fundamental importance. Palliative and hospice care, i.e., professional medical and psychological care for patients suffering from severe, incurable diseases and with limited life expectancy and prognosis, has become, in recent years, one of the most socially important and priority directions of reforming the national health care system in Ukraine. Today, there are already about 3 million people aged 75 and older in Ukraine. The purpose of the study is to search and analyze data from the literature on palliative and hospice care for comorbid patients with rheumatological diseases. Based on the primary goal of palliative and hospice care, which consists in maintaining the patient's quality of life in the final period of the illness, maximally alleviating the physical and moral suffering of the palliative patient and his relatives, preserving the patient's human dignity, the pharmacological component of palliative and hospice medicine is mainly the central component in a system of measures aimed at combating the symptoms of the underlying disease and/or, if necessary, the consequences of medical intervention that cause the most significant suffering to the patient. The presence of pain as a predominant clinical symptom in palliative patients is better documented in cancer than in other serious diseases. Older people with comorbid pathology suffer from pain more than representatives of other age groups. The approach to prescribing painkillers is based on the determination of pain intensity by the patient and medical professionals according to the methods of pain syndrome assessment. According to WHO recommendations, there are three primary levels of analgesia for chronic pain syndrome in palliative patients.

Key words: palliative care, hospice care, pain, rheumatological diseases.

Connection of the publication with planned research works. The work is a fragment of the research work "Peculiarities of the course, prognosis and treatment of comorbid conditions in internal organs, taking into account genetic, age and gender aspects" (state registration number 0118U004461).

Introduction. Rheumatic diseases and syndromes are quite widespread pathologies. To date, more than 3 million such patients are registered in Ukraine. In terms of prevalence, rheumatic diseases are second only to diseases of the circulatory and digestive organs. In the structure of primary disability, they occupy a second place among diseases of internal organs. Demographic trends and shifts in population aging contribute to the increase in the prevalence of degenerative diseases of the joints (osteoarthritis) and spine (spondyloarthritis, osteochondrosis) in society. The problem of postmenopausal and senile osteoporosis remains relevant as a cause of fracture of the femoral neck, vertebrae, and the lower third of the forearm [1].

Knowledge by family doctors of the most critical issues of palliative and hospice care for patients with rheumatological diseases is of fundamental importance. It is due to the spread of rheumatic diseases in the population, especially among the elderly, in addition to their inherent "age" diseases, the accumulation of inflammatory and degenerative diseases of the musculoskeletal system, and systemic connective tissue diseases, genetic predisposition to rheumatic diseases. Palliative and hospice care (PHC), i.e., professional medical and psychological care for patients suffering from severe, incurable diseases and with limited life expectancy and prognosis, has become, in recent years, one of the most socially important and priority directions of reforming the national health care system in Ukraine. Today, there are already about 3 million people aged 75 and older in Ukraine. A significant part of these people needs professional palliative care in specialized departments of oncology and multidisciplinary hospitals, individual hospices, and boarding homes for the elderly or at home, in the family, with the participation of professional visiting teams of doctors, nurses, and psychologists, as is done in many Western countries. Palliative patients and their families need adequate pain relief and symptomatic treatment, professional care, moral, psychological, and spiritual support, and sometimes human compassion and attention [2, 3]. In Ukraine, a legal framework has been created for providing patients with PHC, which is based on international standards, but it needs to be revised [3, 4, 5, 6].

The purpose of the study was to find and analyze literature data on palliative and hospice care for comorbid patients with rheumatological diseases.

Main part. Today, almost 60 million people die in the world every year. Unfortunately, more than half of them end their biological lives in suffering and torment due to unrelenting pain and severe disorders of the functions of organs and systems caused by chronic progressive, incurable diseases, such as oncological, cardiovascular, and cerebrovascular, neuropsychiatric diseases, complications of diabetes, HIV – infection/AIDS, viral hepatitis B and C, tuberculosis, including degenerative joint and spine diseases, connective tissue diseases.

The most common symptoms and disorders of vital activity in palliative patients, including those with rheumatological diseases, that family doctors encounter are:

- severe chronic pain syndrome, for the control of which it is often necessary to use narcotic and psychotropic analgesics (the only criterion for the effectiveness of pain relief is the absence or significant relief of pain in the patient);

- decompensated disorders of the functioning of vital organs and systems, manifested in the last months, weeks, or days of life of palliative patients, which require a family doctor of high professionalism and the art of using maximum doses of drugs to achieve a therapeutic effect with the minimization of side effects of drugs. Such difficult-to-control symptoms include: shortness of breath and heart failure, pulmonary edema, ascites, nausea, vomiting, uncontrollable hiccups, limb swelling and lymphedema, etc.;

- mental and psychoemotional disorders, including depressive states or affects, terminal delirium, and in elderly patients – cognitive and senile disorders, etc.;

- damage to the skin (for example, bedsores and trophic ulcers, dermatitis, and skin maceration), mucous membranes (drying and cracks), bone tissue (osteoporosis, metastases), joints (deforming arthritis and arthrosis, ankylosis), which causes bone fractures and sharply limits motor activity and ability of patients to self-care [6, 7].

According to the actual state of the organization of palliative medicine in Ukraine, it is appropriate to consider that hospice medicine deals with a complex of issues related to helping palliative patients in the terminal period of life in particular medical and social institutions – hospices or PHC departments of medical institutions. The introduction of palliative care should be at an early stage. Support should be administered after diagnosis. It ensures a focus on illness and suffering at all stages, provides the necessary support to help families adapt, and prevents awareness of changes in care or withdrawal. At the same time, highly specialized care is integrated with the primary team – to supervise the primary doctor or primary care specialist. Disease modification and palliative care strategies can work together and synergistically – better symptom management and psychosocial status can improve treatment tolerance and outcomes [8, 9, 10].

Based on the primary goal of PHC, which consists in maintaining the quality of life of the patient in the final period of the disease, maximally alleviating the physical and moral suffering of the palliative patient and his relatives, preserving the human dignity of the patient, the pharmacological component of palliative and hospice medicine is primarily the central component in the system of measures, aimed at combating the symptoms of the underlying disease and/or, if necessary, the consequences of medical intervention that cause the most significant suffering to the patient [11, 12].

The presence of pain as a predominant clinical symptom in palliative patients is better documented in cancer than in other serious diseases. Pain is also characteristic of rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, osteoarthritis, many neurological disorders, and coronary heart disease. However, in these situations, pain relief may be a less strategically important procedure than timely diagnosis and treatment of the underlying condition that caused this pain, as it is in the late stages of incurable cancer [9].

Older people with comorbid pathology suffer from pain more than representatives of other age groups. It is due to not receiving adequate pain treatment, for exam-

ple, in dementia. Such a patient cannot characterize his pain. In addition, insomnia increases the feeling of pain, and pain disrupts sleep; that is, a vicious circle is formed. Pain can be aggravated by a sedentary lifestyle, which causes muscle stiffness, deterioration of joint mobility, and increased osteoporosis. Older people experience a combination of musculoskeletal pain, constipation, infections, neuropathy of peripheral nerves, emotional disturbances, major and minor injuries, etc. [13, 14].

There is another problem – the attitude of medical professionals to pain control. According to the study's results, a more significant number of pain complaints in women is often explained by their emotionality and psychological features. Caregivers of a person in pain should remember that pain is always perceived subjectively and therefore need to differentiate their perception of pain from that of the patient. It is especially challenging when caring for a patient with dementia. Close relatives who know the patient well may have a particular idea about his pain perception. It is impossible for medical professionals who see the patient from time to time. Therefore, it is necessary to understand how the patient usually behaves when he feels pain, how he non-verbally expresses his suffering, and how he tries to reduce it at least a little (by prayer, constant movements, listening to music, etc.). Observing the behavior of a person who cannot talk about his symptoms or deliberately hides them, caring for the feelings of his loved ones, can be very useful, as it allows to organize the adequate possible help [8, 11].

Analgesic therapy should be started at the first signs of pain. Analgesics are prescribed at equal intervals to ensure continuous analgesia without waiting for pain recovery. Adjuvant and symptomatic drugs must be prescribed strictly according to indications. Constant monitoring of patients is established, especially at the beginning of treatment. Careful monitoring is also required in the future to correct treatment and prevent possible complications.

The approach to prescribing painkillers is based on the determination of pain intensity by the patient and medical professionals according to the methods of pain syndrome assessment. In palliative medicine, there are medicinal (pharmacological) and non-pharmacological conservative (used mainly for mild or moderate pain) and aggressive (neurosurgical, used for severe and unbearable pain) methods of controlling chronic pain syndrome (CPS).

According to WHO recommendations, there are three primary levels of analgesia for CPS in palliative patients [15, 16].

The first level, in the presence of mild pain, is prescribed non-narcotic analgesics and non-steroidal anti-inflammatory drugs with analgesic effects (paracetamol, sodium metamizole, diclofenac, indomethacin, ketorolac, ibuprofen, meloxicam, nimesulide, salicylates), if necessary – with the use of additional (auxiliary, adjuvant) drugs aimed at controlling other symptoms of the disease, in particular medications with a sedative effect (hypnotics, anxiolytics, antidepressants), antiemetic drugs, glucocorticoids, bisphosphonates.

The second level – in the presence of moderate pain and the ineffectiveness of non-narcotic analgesics alone, in addition to the drugs of the 1st level, narcotic (opioid) analgesics of the codeine group are prescribed – codeine,

hydrocodone, as well as the additional (adjuvant) drugs mentioned above.

The third level, in the presence of severe and unbearable pain and the ineffectiveness of therapy with drugs of the 1st and 2nd levels, prescribes opioid analgesics from the group of morphine and its analogs (morphine, tramadol, hydromorphone, fentanyl, buprenorphine, butorphanol, trimeperidine, nalbuphine) and long-acting opioids, in particular application dosage forms, while not excluding non-narcotic analgesics and necessary auxiliary (symptomatic) drugs. The selection of doses of opioid analgesics is carried out according to the ascending principle (from lower to higher) until obtaining the necessary pharmacotherapeutic effect.

One of the essential principles of the use of analgesics, according to the recommendations of the WHO, is also taking painkillers by the hour, that is, regularly, according to the scheme prescribed by the doctor, and not at the request of the patient (when the pain is already painful, and the pain becomes strong or unbearable). Only in this way is it possible to ensure constant, sufficient analgesia, level of the drug in the blood, and biophase and to achieve adequate control of the pain syndrome.

In rheumatological patients, pain is caused by pathological changes in peripheral structures (skin, muscles, tendons, ligaments, synovial membrane, joint capsule, cartilage, and bones). Therefore, when assessing the features of pain syndrome (PS), one should take into account anamnestic data, comorbid conditions, results of clinical and laboratory examination methods, and individual characteristics of the patient. Only such a comprehensive approach makes it possible to develop an effective plan of treatment and rehabilitation measures.

Pharmacological control of pain in bone tissue includes using the following drugs: paracetamol, opioid analgesics, nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), glucocorticosteroids, bisphosphonates, calcitonin [17, 18].

Co-analgesics are widely used in palliative patients for analgesia. Co-analgesics (adjuvants) are tools that contribute to the relief of CPS and are used against the background of basic therapy with analgesics. This group of neuro- and psychotropic effects can increase the effectiveness of drugs with purely analgesic effects and expand the therapeutic range of the latter. Traditional groups of co-analgesics are antidepressants, anticonvulsants, neuroleptics, muscle relaxants, corticosteroids, tranquilizers, and local anesthetics. Co-analgesics are prescribed in small doses and titrated until the onset of effect within several weeks. Adjuvant drugs potentiate the effect of analgesics and have an independent analgesic effect in nociceptive and, especially, neuropathic pain [13, 14].

NSAIDs are the most popular tool of analgesic therapy in medical practice due to the combination of efficiency, safety, availability, and ease of use. They quickly and effectively overcome acute PS, and in treating some chronic diseases (in particular, rheumatic), they play the role of symptom-modifying and pathogenetic therapy, slowing down the progression of the pathological process. Clinical experience shows significant variations in response in individual patients when using different drugs from the NSAIDs group. Particular features of the pharmacodynamics of various drugs, bioavailability, speed of onset of peak concentration, speed of metabolism, and ability to accumulate in foci of inflammation in a higher concen-

tration than in blood plasma are important in the onset of clinical effect. There are no precise data on how effective low-dose, on-demand NSAIDs are for palliative patients with rheumatological disease. There is also no convincing evidence to support a more potent analgesic and anti-inflammatory effect when using NSAIDs in "supratherapeutic" doses. Therefore, using these drugs in doses exceeding the recommended ones is not advisable. Using NSAIDs in optimal therapeutic doses is necessary to achieve continuous and sufficient analgesia in CPS in palliative rheumatological patients [19].

Among rheumatological palliative patients – users of NSAIDs, there are many elderly and senile patients due to the significant prevalence of chronic inflammatory and degenerative diseases among them. However, the use of NSAIDs in patients of this age has specific features. It is known that elderly patients are characterized by polymorbidity; the course of pathological processes in them is more complicated, and complications occur more often, which can lead to a fatal outcome; diseases develop against the background of already existing organic and functional involutions. All these functional, morphological, and clinical features make it challenging to use NSAIDs in the elderly. Comorbid pathology requires caution when prescribing NSAIDs, especially among older patients, due to the high risk of developing cardiovascular and renal complications, liver and gastrointestinal diseases [1, 20].

When prescribing NSAIDs, the patient's medical history should be carefully collected regarding concomitant diseases and the drugs he is taking. Medicinal products of this group can weaken the effect of diuretics and antihypertensive agents. In people with impaired kidney function (dehydrated patients or older people with reduced kidney function), the simultaneous use of ACE inhibitors or angiotensin receptor blockers with NSAIDs can lead to further deterioration of kidney function and the risk of developing acute kidney injury.

It is necessary to consider the possibility of temporarily withdrawing the drugs of these groups already prescribed to the patient and replacing them with calcium channel blockers. In patients with arterial hypertension, it is necessary to monitor blood pressure carefully and, if necessary, adjust the dose of antihypertensive drugs. Since NSAIDs are often prescribed to palliative elderly patients, who often suffer from concomitant diseases (hypertension, coronary heart disease, and diabetes), which increase the risk of cardiovascular ischemic disasters, special attention has been paid in recent years to the risk of thrombotic complications. Local forms of NSAIDs are widely used in everyday medical practice and are extremely popular among patients with diseases of the musculoskeletal system. The range of indications for using local NSAIDs is quite broad: inflammatory and degenerative diseases of the joints and spine, traumatic lesions of the joints and periarticular tissues, etc. [21].

Osteoarthritis (OA) is the most common among palliative patients with rheumatological diseases. NSAIDs are used in rheumatology to treat not only OA but also rheumatoid arthritis, other inflammatory arthropathies, and systemic connective tissue diseases accompanied by pain syndrome of the musculoskeletal system. NSAIDs in treating most rheumatic diseases have mainly a symptomatic effect, reducing pain syndrome. However, the long-term consequences of their use and possible structural-modi-

fying outcome have not yet been thoroughly studied [22, 23].

In palliative rheumatological patients, all the main options for glucocorticoid (GC) therapy are also used: local (intra-articular, rectal administration, etc.); local (ointment, drops, aerosol); systemic: low doses, high doses, alternating therapy, pulse therapy, mini- or mid-pulse therapy combined (primarily with cyclophosphamide). When prescribing GCs for rheumatological disease, it is necessary to consider several general principles of pharmacotherapy, the observance of which allows for increasing the effectiveness and safety of treatment.

Treatment of GC, especially long-term, must be carried out according to strict indications. At the same time, not only the doctor but also the patient should be informed in detail about all the advantages and disadvantages of GC therapy. In the course of treatment, the doctor should try to use short-acting GC, in the optimal dose, and if possible, not prescribe these drugs for a more extended period than is necessary to control the activity of the disease. However, in the presence of clear indications, GC should be prescribed as early as possible without using "softer" treatment methods first. If there is a need for long-term use of GC, you should try to switch to a single dose of the entire dose in the morning as soon as possible and then to an alternating regimen. Systemic use of GCs is one of the most effective methods of pharmacotherapy of some rheumatological diseases, which made it possible to significantly improve patients' prognosis and life expectancy [24].

When caring for palliative rheumatic patients, special attention should be paid to elderly patients and their care. Usually, older people, in addition to diseases of the joints and spine, may have several concomitant diseases, resulting in the use of a large number of drugs. In addition, in such patients, the metabolism changes, which affects the metabolism of drugs and causes the occurrence of adverse reactions to painkillers. For example, intense pain relievers (opioids) can increase confusion or the risk of falls, often reducing the quality of life (QOL). When caring for palliative elderly patients with varying degrees of dementia, when they cannot complain of pain, it is essential to be alert for signs of pain. If possible, identify its causes, regularly assess its severity using the same tools, and consider recommendations specific to the elderly when choosing drug therapy. Such patients cannot stand up for themselves, so they are particularly vulnerable and dependent on the people who take care of them.

Treatment should be systematic, and patient behavior changes deserve special attention. If it changes after a targeted intervention, this indicates the correctness of the assessment by the caregiver. For example, changing the body's position, hygiene procedures, etc., can be useful. If such simple interventions do not improve the ward's behavior, a more thorough analysis of the causes of discomfort and (or) anxiety is required. First, physical needs should be assessed because when emotional disturbances are reduced by taking psychotropic drugs, behavioral manifestations of discomfort may be eliminated. Then physical needs will not be noticed.

If the patient is in a lot of pain, the efforts of all those helping him are focused on controlling that pain. You can determine the physical sources of suffering by studying the medical history and identifying diseases that cause pain. In addition, pain may be caused by a change in drug

therapy or treatment plan. It may be necessary to evaluate the functioning of all body systems and analyze the likely sources of discomfort, previous urinary tract infections, lung inflammation, etc. It is essential to observe changes in behavior in dynamics (after 24 and 48 hours) and document them in detail, paying attention to facial expressions, changes in mood and voice, gestures, and how long it takes to restore the patient's usual behavior. It is necessary to assess not only the physical condition of the patient but also his needs related to the environment, including relationships with loved ones. It is crucial to evaluate the needs of the patient and those who care for him. Environmental factors that cause stress include visual, sound, olfactory, tactile, and temperature stimuli and an older person's perception of these stimuli changes significantly over time. A patient with dementia has a reduced threshold of resistance to this type of stress due to the brain's inability to process incoming information. Anxiety and fear can result from an imbalance of sensory stimuli and activities that have a calming effect on sensory perception. Therefore, active and soothing classes of no longer than 1.5 hours are provided in the mode of daily activity. Communication, which can be not only verbal but also tactile, is of particular importance for reducing the rate of development of dementia and its impact on the patient's condition. Reports show people in an unconscious state, in a coma, can hear when someone speaks to them. Based on this, it can be assumed that it is necessary to talk with patients, even with profound dementia, who seem to perceive anything no longer. One-on-one communication for at least 10 minutes 2 times a day is necessary for such a patient.

With aggressive treatment, pain control is not a priority. Suppose we proceed from the fact that old age in combination with dementia significantly worsens the prognosis in palliative rheumatological patients. In that case, we must admit that severe aggressive treatment is not justified in all cases. Such treatment, due to co-factors, may not significantly increase life expectancy but may cause more suffering. In addition, aggressive treatment increases other pain-related symptoms, such as confusion, pathological anxiety, a state of causeless fear, and a feeling of painful anxiety.

Untreated pain significantly worsens the quality of life of a palliative patient. For example, patients with a femoral neck fracture who suffer from pain are nine times

more likely to suffer from delusional states; at the same time, there is no connection between the use of opioids and the development of delirium. In addition to analgesics, some patients need to be prescribed auxiliary drugs and carefully monitor the process of pain relief in a particular patient. In terminal excitement, which precedes death (a few days or hours before it), the patient shows uncharacteristic anxiety that he cannot control. The introduction of a sedative is often the only possible tool for help. Opioids are used for moderate or severe chronic pain in a patient with an incurable form of the disease. That is, medicine can save the patient from painful suffering and allow him to walk his last path with dignity [14, 17, 25].

Data on the effectiveness of non-pharmacological approaches to pain control in palliative rheumatological patients are insufficient. You can try some of the following methods. For example, physical methods are exercises, passive and active gymnastics; the action of heat or cold; massage; the action of vibration; choosing the most comfortable pose, whirlpool baths, acupuncture, music therapy, friction, aromatherapy, and art therapy. Perhaps it will be helpful to use psychological methods: conversations, relaxation, prayers and other forms of meditation, deep breathing, humor, classes in a support group, and discussing the problem with a priest. The action of these means cannot always be predicted and cannot be standardized. However, they definitely have a calming potential and make it possible to improve the patient's well-being. A palliative patient needs to formulate a clear action plan with their doctor. A timely visit to your family doctor will help to cope with this [8, 26].

Conclusions. Summing up, it is possible to note that Ukraine is only at the beginning of the path to the organization of proper palliative care. With public organizations, doctors, and other specialists in the field, it is necessary to develop treatment plans, teach doctors the correct diagnosis and behavior with patients and their relatives, and teach the philosophy of palliative care. Palliative care is not a matter of pain relief, artificial respiration, or diapers but a matter of dignity.

Prospects for further research. Providing palliative care to comorbid patients in rheumatology requires further detailed study to develop an effective, comprehensive approach following modern world concepts and standards.

References

1. Kovalenko VM, Shuba NM, redaktery. Natsionalnyi pidruchnyk z revmatolohii. Kyiv: MORION; 2013. 671 s. [in Ukrainian].
2. Voronenko YuV, Hubsnyi Yul, Tsarenko AV. Stvorennia systemy paliativnoi ta khospisnoi dopomohy v umovakh reformuvannia okhorony zdorovia v Ukraini: medychni ta sotsialni aspekty. Nauka i praktyka. Mizhvidomchyi medychnyi zhurnal. 2014;1(2):63-75. [in Ukrainian].
3. Kabinet Ministriv Ukrainy. Pro skhvalennia Stratehii rozvytku paliativnoi dopomohy v Ukraini na period do 2027 r.: rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy [Internet]. Kyiv: Kabinet Ministriv Ukrainy. Dostupno: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/NT2577.html. [in Ukrainian].
4. MOZ Ukrainy. Pro orhanizatsiiu paliativnoi dopomohy v Ukraini: nakaz MOZ Ukrainy vid 21.01.2013 r. №41 [Internet]. Kyiv: MOZ Ukrainy. Dostupno: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0229-13>. [in Ukrainian].
5. Verkhovna Rada Ukrainy. Osnovy zakonodavstva Ukrainy pro okhoronu zdorovia: Zakon Ukrainy [Internet]. Kyiv: Verkhovna Rada Ukrainy. Dostupno: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>. [in Ukrainian].
6. MOZ Ukrainy. Pro zatverdzhennia Metodichnykh rekomendatsii shchodo rozrakhunku potreby naseleennia v medychnii dopomozii: nakaz MOZ Ukrainy vid 15.07.2011 r. № 420 [Internet]. Kyiv: MOZ Ukrainy. Dostupno: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0420282-11>. [in Ukrainian].
7. Bila knyha standartiv z paliativnoi dopomohy: rekomendatsii Yevropeiskoi Asotsiatsii paliativnoi dopomohy, 2001. [in Ukrainian].
8. Hoida NH. Rol simeinoho likaria v nadanni paliativnoi dopomohy. V: Voronenko YuV, Hubsnyi Yul, redaktor. Materialy Pershoi nauk.-prakt. konf. Aktualni pytannia nadannia paliativnoi ta khospisnoi dopomohy v Ukraini; 2012; Kyiv. Kyiv: Universytet «Ukraina»; 2012. s.177-179. [in Ukrainian].
9. Zhdan VM, Potiazhenko MM, Nevoit HV. Aspekty paliativnoi medytsyny v praktytsi likaria-internista. Poltava: [bez vyd.]; 2018. 161 s. [in Ukrainian].
10. Voronenko YuV, Hubsnyi Yul, redaktery. Paliativna ta khospisna dopomoha. Vinnytsia: Nova knyha; 2017. 385 s. [in Ukrainian].

11. Tarasiuk VS, Kuchanska HB. Paliativno-khospisna dopomoha. 2-e vyd. Kyiv: VSV «Medytsyna»; 2021. 328 s. [in Ukrainian].
12. Huzii OV. Patsientoriientovana statystyka ta paliativna dopomoha v Ukraini. Ukr. Med. chasopys. 2017;4(120)-VII/VIII:27-33. [in Ukrainian].
13. Hubsnyi Yul, Khobzei MK. Farmakoterapiia v paliativnii ta khospisnii medytsyni. Klinichni, farmatsevtichni ta medykopravovi aspekty. Kyiv: Zdorovia; 2011. 352 s. [in Ukrainian].
14. Matiukha LF, redaktor. Rozrobka lokalnogo protokolu paliativnoi medychnoi dopomohy pry likuvanni khronichnogo bolovoho syndromu. Kyiv: Nasha rodyna plius; 2016. 38 s. [in Ukrainian].
15. Tsarenko AV. Mizhnarodni pidkhody shchodo rozvytku paliativnoi ta khospisnoi dopomohy. V: Voronenko YuV, Hubsnyi Yul, redaktor. Materialy Pershoi nauk.-prakt. konf. Aktualni pytannia nadannia paliativnoi ta khospisnoi dopomohy v Ukraini; 2012; Kyiv. Kyiv: Universytet «Ukraina»; 2012. s. 168-176. [in Ukrainian].
16. Interviu Anatoliia Tsarenka, dotsenta kafedry paliativnoi i khospisnoi medytsyny Instytutu simeinoi medytsyny NMAPO im. PL. Shupyka [Internet]. Dostupno: <https://www.vz.kiev.ua/likariv-paliativnoyimedyytsyny-v-ukrayini-ofitsijno-ne-isnyue/>. [in Ukrainian].
17. Chopei IV, redaktor. Paliativna medychna dopomoha pry khronichnomu bolovomu syndromi: metod. rek. po vprovadzhennii unifik. klinich. protokolu pervynnoi med. dopomohy ta onovlenoi i adapt. nastanovy. Uzhhorod: [bez vyd.]; 2016. 46 s. [in Ukrainian].
18. Kovalenko VM, redaktor. Vnutrishnia medytsyna. Pidruchnyk dlia studentiv. 3-e vydannia knyhy «Dokazova medytsyna», pereroblene i dopovnene. Kyiv: MORION; 2019. 960 s [in Ukrainian].
19. Zhdan VM, Babanina Mlu, Kitura YeM, Tkachenko MV, Rybalchenko YeV, Savuliak TM. Nesteroidni protyzapalni preparaty v likuvanni revmatolohichnykh patsientiv z komorbidity. Visnyk problem biolohii i medytsyny. 2022;1(164)-2:25-32. [in Ukrainian].
20. Khyts AR. Menedzhment bolovoho syndromu v osib pokhyloho viku: fokus na nesteroidni protyzapalni preparaty. Ukrainyskyi medychnyi chasopys. 2020;6(140)-XI/XII:27-30 [in Ukrainian].
21. Nesteroidni protyzapalni preparaty – efektyvnist chy bezpeka? Medychna hazeta «Zdorovia Ukrainy 21 storichchia». Tematychnyi nomer «Kardiologia, Revmatologia, Kardiokhirurhiia». 2020;2(69):34 [in Ukrainian].
22. Kovalenko VM, Holovach Ily, Bortkevych OP, Rekalov DH, Smiian SI. Osteoartryt/Osteoartroz. Klinichna nastanova. Kyiv; 2020. 92 s. [in Ukrainian].
23. Suchasni mozhyvosti optymalnogo likuvannia suhlobovoho boliu. Medychna hazeta «Zdorovia Ukrainy 21 storichchia». 2021;5(498):52-54. [in Ukrainian].
24. Zhdan VM, Ivanytskyi IV, Shtompel Vlu, Zazykina DS, Lebid VH. Problemy revmatychnykh zakhvoriuvan u praktytsi simeinoho likaria. Zahalni pytannia. Poltava: TOV «ASMI»; 2013. 208 s. [in Ukrainian].
25. Kabinet Ministriv Ukrainy. Pro zatverdzhennia Poriadku prydbannia, perevezennia, zberihannia, vidpusku, vykorystannia ta znyshchennia narkotychnykh zasobiv, psykhotropnykh rehovyn i prekursoriv u zakladakh okhorony zdorovia: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 13.05.2013 r. № 333. [Internet]. Kyiv: Kabinet Ministriv Ukrainy. Dostupno: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/333-2013-%D0%BF>. [in Ukrainian].
26. Paliativna dopomoha. Informatsiinyi biuleten. 2016;2:87s. [in Ukrainian].

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА КОМОРБІДНИМ ПАЦІЄНТАМ В РЕВМАТОЛОГІЇ

Ждан В. М., Бабаніна М. Ю., Кітура Є. М., Кир'ян О. А., Ткаченко М. В., Волченко Г. В.

Резюме. В результаті аналізу встановлено, що демографічні тенденції і зрушення в бік старіння населення, сприяють зростанню розповсюдженості в суспільстві дегенеративних захворювань суглобів (остеоартроз) і хребта (спондилоартроз, остеохондроз). Залишається актуальною проблема постменопаузального і сенильного остеопорозу, як причини перелому шийки стегна, хребців і нижньої третини передпліччя. Значна частина цих осіб потребує професійної паліативної допомоги в спеціалізованих відділеннях онкологічних та багатопрофільних лікарень, окремих хоспісах та в інтернатах для людей похилого віку або вдома, у сім'ї, за участі професійних виїзних бригад лікарів, медичних сестер та психологів, як це робиться в багатьох країнах Заходу. Паліативні пацієнти та члени їх родин потребують адекватного знеболювання й симптоматичного лікування, професійного догляду, морально-психологічної та духовної підтримки, а часом просто людського співчуття та уваги. Відповідно до реального стану організації паліативної медицини в Україні доцільно вважати, що хоспісна медицина займається комплексом питань, пов'язаних із допомогою паліативним пацієнтам у термінальний період життя у спеціальних медико-соціальних установах – хоспісах або відділеннях паліативної та хоспісної допомоги лікувальних закладів. Запровадження паліативної допомоги повинно бути на ранньому етапі. Допомогу слід вводити після встановлення діагнозу. Люди літнього віку з коморбідною патологією страждають від болю більше, ніж представники інших вікових груп. Посилювати біль може малорухливий спосіб життя, що спричинює скутість м'язів, погіршення рухомості суглобів, посилення остеопорозу. У людей літнього віку спостерігають поєднання м'язово-скелетного болю, закріпів, інфекцій, нейропатії периферичних нервів, емоційних порушень, великих і малих травм та ін. Протибольову терапію слід розпочинати в разі появи перших ознак болю. Анальгетики призначають через однакові проміжки часу, не чекаючи відновлення болю, з метою забезпечити постійне знеболювання. Ад'ювантні і симптоматичні препарати необхідно призначати суворо за показаннями. За пацієнтами встановлюють постійний контроль, особливо на початку лікування. Надалі також потрібне ретельне спостереження для корекції лікування і профілактики можливих ускладнень.

У паліативній медицині існують медикаментозні (фармакологічні) та немедикаментозні консервативні (застосовуються переважно при слабкому або помірному болю) й агресивні (нейрохірургічні, застосовуються при сильному та нестерпному болю) методи контролю хронічного больового синдрому. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, існують три основних рівні знеболювання при хронічному больовому синдромі у паліативних хворих. У ревматологічних хворих виникнення болю зумовлене патологічними змінами в периферичних структурах (шкіра, м'язи, сухожилля, зв'язки, синовіальна оболонка, капсула суглоба, хрящ, кістки). Під час оцінки особливостей больового синдрому слід враховувати анамнестичні дані, коморбідні стани, результати клініко-лабораторних методів обстеження та індивідуальні особливості пацієнта. Тільки такий комплексний підхід дозволяє розробити ефективний план лікувально-реабілітаційних заходів. Найпопулярнішим інструментом анальгетичної терапії в медичній практиці завдяки поєднанню ефективності, безпеки, доступності та зручності застосування є НПЗП. При хронічному болю середнього ступеня тяжкості або тяжкому в пацієнта з невиліковною формою захворювання застосовують опіоїди.

Тобто медицина в силах позбавити пацієнта болісних страждань і дати йому можливість пройти свій останній шлях з гідністю. Для паліативного пацієнта важливо сформулювати зі своїм лікарем чіткий план дій. Впоратися із цим допоможе своєчасне звернення до свого сімейного лікаря.

Ключові слова: паліативна допомога, хоспісна допомога, біль, ревматологічні захворювання.

PALLIATIVE CARE FOR RHEUMATOLOGICAL PATIENTS WITH CO-MORBIDITY

Zhdan V. M., Babanina M. Yu., Kitura Ye. M., Kyrian O. A., Tkachenko M. V., Volchenko G. V.

Abstract. As a result of the analysis, it was established that demographic trends and a shift towards the aging of the population contribute to the increase in the prevalence of degenerative diseases of the joints (osteoarthritis) and spine (spondyloarthritis, osteochondrosis) in society. The problem of postmenopausal and senile osteoporosis remains relevant as a cause of fracture of the femoral neck, vertebrae, and the lower third of the forearm. A significant part of these people need professional palliative care in specialized departments of oncology and multidisciplinary hospitals, separate hospices and boarding homes for the elderly or at home, in the family, with the participation of professional visiting teams of doctors, nurses and psychologists, as is done in many Western countries. Palliative patients and their family members need adequate pain relief and symptomatic treatment, professional care, moral, psychological and spiritual support, and sometimes just human compassion and attention. According to the actual state of the organization of palliative medicine in Ukraine, it is appropriate to consider that hospice medicine deals with a complex of issues related to the assistance of palliative patients in the terminal period of life in special medical and social institutions – hospices or palliative and hospice care departments of medical institutions. The introduction of palliative care should be at an early stage. Support should be administered after diagnosis. Elderly people with comorbid pathology suffer from pain more than representatives of other age groups. Pain can be aggravated by a sedentary lifestyle, which causes muscle stiffness, deterioration of joint mobility, and increased osteoporosis. Elderly people experience a combination of musculoskeletal pain, constipation, infections, neuropathy of peripheral nerves, emotional disturbances, major and minor injuries, etc. Analgesic therapy should be started at the first signs of pain. Analgesics are prescribed at equal intervals of time, without waiting for the recovery of pain, in order to ensure constant analgesia. Adjuvant and symptomatic drugs must be prescribed strictly according to indications. Constant monitoring of patients is established, especially at the beginning of treatment. Careful monitoring is also required in the future to correct treatment and prevent possible complications.

In palliative medicine, there are medicinal (pharmacological) and non-pharmacological conservative (used mainly for mild or moderate pain) and aggressive (neurosurgical, used for severe and unbearable pain) methods of controlling chronic pain syndrome. According to WHO recommendations, there are three main levels of analgesia for chronic pain syndrome in palliative patients. In rheumatological patients, pain is caused by pathological changes in peripheral structures (skin, muscles, tendons, ligaments, synovial membrane, joint capsule, cartilage, bones). When assessing the features of the pain syndrome, one should take into account anamnestic data, comorbid conditions, results of clinical and laboratory examination methods and individual characteristics of the patient. Only such a comprehensive approach makes it possible to develop an effective plan of treatment and rehabilitation measures. NSAIDs are the most popular tool of analgesic therapy in medical practice due to the combination of efficiency, safety, availability and ease of use. Opioids are used for moderate or severe chronic pain in a patient with an incurable form of the disease.

That is, medicine is able to save the patient from painful suffering and give him the opportunity to walk his last path with dignity. It is important for a palliative patient to formulate a clear plan of action with their doctor. A timely visit to your family doctor will help you cope with this.

Key words: palliative care, hospice care, pain, rheumatological diseases.

ORCID and contributionship:

Zhdan V. M.: 0000-0002-4633-5477 ^{AF}

Babanina M. Yu.: 0000-0002-6546-9454 ^{ADF}

Kitura Ye. M.: 0000-0002-2636-4596 ^E

Kyrian O. A.: 0000-0003-4855-4208 ^B

Tkachenko M. V.: 0000-0002-0253-8686 ^C

Volchenko H. V.: 0000-0003-0151-3660 ^B

Conflict of interest:

The authors of the paper confirm the absence of conflict of interest.

Corresponding author

Babanina Maryna Yuriyivna

Poltava State Medical University

Ukraine, 36024, Poltava, 23 Shevchenko str.

Tel: 0509832132

E-mail: maryna.babanina@gmail.com

A – Work concept and design, B – Data collection and analysis, C – Responsibility for statistical analysis, D – Writing the article, E – Critical review, F – Final approval of the article.

Received 19.03.2022

Accepted 11.09.2022

За даними аналізу літератури ревматичні хвороби і синдроми є достатньо розповсюдженою патологією. В структурі первинної інвалідності вони займають друге, місце серед хвороб внутрішніх органів. Знання найважливіших питань паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам з ревматологічними захворюваннями сімейними лікарями має принципове значення. Паліативна та хоспісна допомога, тобто професійна медична та психологічна допомога пацієнтам, які страждають від тяжких невиліковних хвороб і мають обмежені тривалість та прогноз життя, стає останніми роками одним із соціально найбільш важливих та пріоритетних напрямків реформування національної системи охорони здоров'я в Україні. На сьогодні в Україні нараховується вже близько 3 млн. людей віком 75 років і старше. Метою дослідження є пошук і аналіз даних літератури з паліативної і хоспісної допомоги коморбідним пацієнтам з ревматологічними захворюваннями. Виходячи з основної мети паліативної та хоспісної допомоги, що полягає у підтримці якості життя пацієнта у фінальному періоді хвороби, максимальному полегшенні фізичних і моральних страждань паліативного пацієнта та його близьких, збереженні людської гідності пацієнта, саме фармакологічна складова паліативної та хоспісної медицини є здебільшого центральним компонентом у системі заходів, спрямованих на боротьбу із симптомами основної хвороби та/або, за необхідності, наслідками лікарського втручання, що завдають найбільших страждань пацієнту. Наявність болю як переважаючого клінічного симптому у паліативних пацієнтів найкраще задокументована при онкозахворюваннях, ніж при інших тяжких хворобах. Люди літнього віку з коморбідною патологією страждають від болю більше, ніж представники інших вікових груп. Підхід до призначення знеболювальних препаратів ґрунтується на визначенні інтенсивності болю пацієнтом і медичними працівниками згідно з методами оцінки больового синдрому. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, існують три основних рівні знеболювання при хронічному больовому синдромі у паліативних хворих.

Ключові слова: паліативна допомога, хоспісна допомога, біль, ревматологічні захворювання.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР: «Особливості перебігу, прогнозу та лікування коморбідних захворювань при патології внутрішніх органів з урахуванням генетичних, вікових і гендерних аспектів» (номер держреєстрації 0118U004461).

Вступ. Ревматичні хвороби і синдроми є достатньо розповсюдженою патологією. На сьогоднішній день в Україні зареєстровано більше 3 мільйонів таких пацієнтів. За поширеністю ревматичні захворювання поступають тільки хворобам органів кровообігу і травлення. В структурі первинної інвалідності вони займають друге, місце серед хвороб внутрішніх органів. Демографічні тенденції і зрушення в бік старіння населення, сприяють зростанню розповсюдженості в суспільстві дегенеративних захворювань суглобів (остеоартроз) і хребта (спондилоартроз, остеохондроз). Залишається актуальною проблема постменопаузального і сенильного остеопорозу, як причини перелому шийки стегна, хребців і нижньої третини передпліччя [1].

Знання найважливіших питань паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам з ревматологічними захворюваннями сімейними лікарями має принципове значення. Це обумовлено розповсюдженням ревматичних хвороб в популяції, особливо серед осіб похилого віку, в додаток до притаманних їм «вікових» хвороб, нагромадженням запальних і дегенеративних хвороб опорно-рухового апарату і системних захворювань сполучної тканини, генетичною схильністю до ревматичних захворювань. Паліативна та хоспісна допомога (ПХД), тобто професійна медична та психологічна допомога пацієнтам, які страждають від тяжких невиліковних хвороб і мають обмежені

тривалість та прогноз життя, стає останніми роками одним із соціально найбільш важливих та пріоритетних напрямків реформування національної системи охорони здоров'я в Україні. На сьогодні в Україні нараховується вже близько 3 млн. людей віком 75 років і старше. Значна частина цих осіб потребує професійної паліативної допомоги в спеціалізованих відділеннях онкологічних та багатопрофільних лікарень, окремих хоспісах та в інтернатах для людей похилого віку або вдома, у сім'ї, за участі професійних виїзних бригад лікарів, медичних сестер та психологів, як це робиться в багатьох країнах Заходу. Паліативні пацієнти та члени їх родин потребують адекватного знеболювання й симптоматичного лікування, професійного догляду, морально-психологічної та духовної підтримки, а часом просто людського співчуття та уваги [2, 3]. В Україні створена нормативно-правова база щодо надання пацієнтам ПХД, яка ґрунтується на міжнародних стандартах, але вона потребує доопрацювання [3, 4, 5, 6].

Метою дослідження став пошук і аналіз даних літератури з паліативної і хоспісної допомоги коморбідним пацієнтам з ревматологічними захворюваннями.

Основна частина. Сьогодні у світі щороку помирають майже 60 млн. людей. На жаль, більше половини з них закінчують своє біологічне життя у стражданнях і муках через невгамовний біль і тяжкі розлади функцій органів і систем, що спричинені хронічними прогресуючими невиліковними захворюваннями, такими як онкологічні, серцево- та церебросудинні, нейропсихічні захворювання, ускладнення цукрового діабету, ВІЛ-інфекція/СНІД, вірусні гепатити В і С, туберкульоз,

у тому числі дегенеративні захворювання суглобів і хребта, захворювання сполучної тканини.

Найбільш поширеними симптомами та розладами життєдіяльності в паліативних пацієнтів, у тому числі з ревматологічними захворюваннями, з якими стикаються сімейні лікарі, є:

тяжкий хронічний больовий синдром, для контролю якого часто необхідно застосовувати наркотичні та психотропні анальгетики (єдиним критерієм ефективності знеболювання є відсутність або значне полегшення болю в пацієнта);

декомпенсовані порушення функціонування життєво важливих органів та систем, що проявляються в останні місяці, тижні або дні життя паліативних пацієнтів, які вимагають від сімейного лікаря високого професіоналізму та мистецтва застосування максимальних доз лікарських засобів для досягнення терапевтичного ефекту з мінімізацією побічної дії ліків. До таких важко контрольованих симптомів віднесені: задишка та серцева недостатність, набряк легень, асцит, нудота, блювання, нестримна гикавка, набряк кінцівок та лімфедема тощо;

психічні та психоемоційні розлади, у тому числі депресивні стани або афекти, термінальний делірій, а в пацієнтів старечого віку – когнітивні та сенільні порушення тощо;

ураження шкіри (наприклад, пролежні та трофічні виразки, дерматити та мацерація шкіри), слизових оболонок (висихання та тріщини), кісткової тканини (остеопороз, метастази), суглобів (деформуючі артрити й артрози, анкілози), що зумовлює переломи кісток і різко обмежує рухову активність та здатність пацієнтів до самообслуговування [6, 7].

Відповідно до реального стану організації паліативної медицини в Україні доцільно вважати, що хоспісна медицина займається комплексом питань, пов'язаних із допомогою паліативним пацієнтам у термінальний період життя у спеціальних медико-соціальних установах – хоспісах або відділеннях ПХД лікувальних закладів. Запровадження паліативної допомоги повинно бути на ранньому етапі. Допомогу слід вводити після встановлення діагнозу. Це забезпечує фокусування на хворобі та стражданні на всіх етапах, надає необхідну підтримку аби допомогти родинам пристосуватись, запобігає усвідомленню змін у допомозі або її припиненні. При цьому вузькоспеціалізована допомога інтегрується з первинною командою – контролювати первинного лікаря або фахівця первинної допомоги. Стратегії модифікування хвороби та паліативної допомоги можуть працювати разом та бути синергійними – краще управління симптомами та психосоціальним станом можуть покращити толерантність до лікування та результати [8, 9, 10].

Виходячи з основної мети ПХД, що полягає у підтримці якості життя пацієнта у фінальному періоді хвороби, максимальному полегшенні фізичних і моральних страждань паліативного пацієнта та його близьких, збереженні людської гідності пацієнта, саме фармакологічна складова паліативної та хоспісної медицини є здебільшого центральним компонентом у системі заходів, спрямованих на боротьбу із симптомами основної хвороби та/або, за необхідності, наслідками лікарського втручання, що завдають найбільших страждань пацієнту [11, 12].

Наявність болю як переважаючого клінічного симптому у паліативних пацієнтів найкраще задокументована при онкозахворюваннях, ніж при інших тяжких хворобах. Біль є також характерним симптомом ревматоїдного артрити, анкілозуючого спонділоартриту, остеоартриту, багатьох неврологічних хвороб, ішемічної хвороби серця, хоча в цих ситуаціях полегшення болю може бути менш стратегічно важливою процедурою, ніж своєчасна діагностика та лікування основного захворювання, що спричинило цей біль, як це є на пізніх стадіях невиліковного раку [9].

Люди літнього віку з коморбідною патологією страждають від болю більше, ніж представники інших вікових груп. Це відбувається через неотримання адекватного лікування болю, наприклад, при деменції. Такий хворий не може схарактеризувати свій біль. Крім того, безсоння посилює відчуття болю, а біль порушує сон, тобто формується порочне коло. Посилювати біль може малорухливий спосіб життя, що спричинює скутість м'язів, погіршення рухомості суглобів, посилення остеопорозу. У людей літнього віку спостерігають поєднання м'язово-скелетного болю, закривів, інфекцій, нейропатії периферичних нервів, емоційних порушень, великих і малих травм та ін. [13, 14].

Існує ще одна проблема – ставлення медичних працівників до контролю болю. Згідно з результатами дослідження, більша кількість скарг на біль у жінок нерідко пояснюється їхньою емоційністю та особливостями психології. Людям, які доглядають за людиною, що страждає від болю, слід пам'ятати, що біль завжди сприймається суб'єктивно, і тому потрібно відрізнити своє власне сприйняття болю від того, що відчуває підопічний. Це особливо складно під час надання допомоги пацієнту з деменцією. Близькі родичі, що добре знають хворого, можуть мати певне уявлення про сприйняття ним больових відчуттів. Для медичних працівників, які бачать пацієнта час від часу, це неможливо. Потрібно прагнути зрозуміти, як пацієнт зазвичай поводить себе, коли відчуває біль, як невербально виражає своє страждання, яким чином намагається хоч трохи його зменшити (молитвою, постійними рухами, прослуховуванням музики тощо). Спостереження за поведінкою людини, яка не може розповісти про свої симптоми або умисно їх приховує, піклуючись про почуття своїх близьких, може бути дуже корисним, оскільки воно дає змогу організувати якомога адекватнішу допомогу [8, 11].

Протибольову терапію слід розпочинати в разі появи перших ознак болю. Анальгетики призначають через однакові проміжки часу, не чекаючи відновлення болю, з метою забезпечити постійне знеболювання. Ад'ювантні і симптоматичні препарати необхідно призначати суворо за показаннями. За пацієнтами встановлюють постійний контроль, особливо на початку лікування. Надалі також потрібне ретельне спостереження для корекції лікування і профілактики можливих ускладнень.

Підхід до призначення знеболювальних препаратів ґрунтується на визначенні інтенсивності болю пацієнтом і медичними працівниками згідно з методами оцінки больового синдрому. У паліативній медицині існують медикаментозні (фармакологічні) та немедикаментозні консервативні (застосовуються переважно при слабкому або помірному болю) й

агресивні (нейрохірургічні, застосовуються при сильному та нестерпному болю) методи контролю хронічного больового синдрому (ХрБС).

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, існують три основних рівні знеболювання при ХрБС у паліативних хворих [15, 16].

Перший рівень за наявності слабого болю призначають ненаркотичні анальгетики та нестероїдні протизапальні засоби з анальгетичною дією (парацетамол, метамізол натрію, диклофенак, індометацин, кеторолак, ібупрофен, мелоксикам, німесулід, саліцилати), за необхідності – з використанням додаткових (допоміжних, ад'ювантних) лікарських засобів, спрямованих на контроль інших симптомів хвороби, зокрема препаратів заспокійливої дії (снодійні, анксиолітики, антидепресанти), протиблювотних препаратів, глюкокортикоїдів, бісфосфонатів.

Другий рівень – за наявності помірного болю та неефективності одних лише ненаркотичних анальгетиків додатково до препаратів 1-го рівня призначають наркотичні (опіюїдні) анальгетики групи кодеїну – кодеїн, гідрокодон, а також зазначені вище додаткові (ад'ювантні) лікарські засоби.

Третій рівень за наявності сильного і нестерпного болю та неефективності терапії препаратами 1-го та 2-го рівнів призначають препарати опіюїдних анальгетиків з групи морфіну та його аналогів (морфін, трамадол, гідроморфон, фентаніл, бупренорфін, буторфанол, тримеперидин, налбуфін) та опіюїди пролонгованої дії, зокрема аплікаційні лікарські форми, не виключаючи при цьому ненаркотичних анальгетиків та необхідних допоміжних (симптоматичних) лікарських засобів. Підбір доз опіюїдних анальгетиків здійснюється за висхідним принципом (від нижчої до вищої) аж до отримання необхідного фармакотерапевтичного ефекту.

Одним із найважливіших принципів застосування анальгетиків, за рекомендаціями ВООЗ, є також прийом анальгетиків по годинах, тобто регулярно, за схемою, призначеною лікарем, а не на вимогу хворого (коли вже заболить, і біль стане сильним або й нестерпним). Тільки таким чином можна забезпечити постійний, достатній для анальгезії, рівень лікарського засобу (ЛЗ) у крові та біофазі і досягти ефективного контролю больового синдрому.

У ревматологічних хворих виникнення болю зумовлене патологічними змінами в периферичних структурах (шкіра, м'язи, сухожилля, зв'язки, синовіальна оболонка, капсула суглоба, хрящ, кістки). Під час оцінки особливостей больового синдрому (БС) слід враховувати анамнестичні дані, коморбідні стани, результати клініко-лабораторних методів обстеження та індивідуальні особливості пацієнта. Тільки такий комплексний підхід дозволяє розробити ефективний план лікувально-реабілітаційних заходів.

Фармакологічний контроль болю в кістковій тканині включає застосування таких препаратів: парацетамол, опіюїдні анальгетики, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), глюкокортикостероїди, бісфосфонати, кальцитонін [17, 18].

Широко використовуються у паліативних пацієнтів з метою знеболення ко-анальгетики. Ко-анальгетики (ад'юванти) – це засоби, що сприяють полегшенню ХрБС, і використовуються на фоні базисної терапії

анальгетиками. Ця група нейро- та психотропної дії можуть збільшувати ефективність дії лікарських засобів з суто анальгетичними ефектами, розширювати терапевтичний діапазон дії останніх. Традиційні групи ко-анальгетиків: антидепресанти, протисудомні, нейролептики, міорелаксанти, кортикостероїди, транквілізатори, місцеві анестетики. Ко-анальгетики призначають з малих доз і титрують до настання ефекту протягом декількох тижнів. Ад'ювантні ЛЗ потенціюють дію анальгетиків та мають самостійну анальгетичну дію при ноцицептивному та, особливо, нейропатичному болю [13, 14].

Найпопулярнішим інструментом анальгетичної терапії в медичній практиці завдяки поєднанню ефективності, безпеки, доступності та зручності застосування є НПЗП. Вони швидко й ефективно долають гострі БС, а в лікуванні деяких хронічних захворювань (зокрема, ревматичних) відіграють роль не тільки симптомомодифікуючої, а й патогенетичної терапії, сповільнюють прогресування патологічного процесу. Клінічний досвід свідчить про істотні варіації відповіді в окремо взятих пацієнтів при застосуванні різних препаратів групи НПЗП. У настанні клінічного ефекту мають значення індивідуальні особливості фармакодинаміки різних препаратів, біодоступність, швидкість настання пікової концентрації, швидкість метаболізму, здатність накопичуватися в осередках запалення у більш високій концентрації, ніж у плазмі крові. Немає чітких даних про те, наскільки ефективно при ревматологічному захворюванні у паліативних хворих застосування НПЗП у низьких дозах у режимі «на вимогу». Немає також переконливих доказів, що підтверджують більш потужну протибольову та протизапальну дію при застосуванні НПЗП у «супратерапевтичних» дозах. Тому не доцільно використовувати ці препарати у дозах, що перевищують рекомендовані. Потрібно застосовувати НПЗП в оптимальних терапевтичних дозах для досягнення постійної і достатньої анальгезії при ХрБС у паліативних ревматологічних хворих [19].

Серед ревматологічних паліативних пацієнтів – споживачів НПЗП є багато хворих похилого та старечого віку, що зумовлено значною поширеністю серед них хронічних запальних і дегенеративних захворювань. Однак застосування НПЗП у пацієнтів цього віку має певні особливості. Відомо, що для хворих похилого віку характерна поліморбідність, перебіг патологічних процесів у них відбувається важче, частіше виникають ускладнення, що можуть призвести до смертельного кінця; захворювання розвиваються на тлі вже наявних органічних і функціональних інволюційних змін. Усі ці функціональні, морфологічні та клінічні особливості зумовлюють складність застосування НПЗП в осіб похилого віку. Наявність коморбідної патології потребує обережності при призначенні НПЗП, особливо серед пацієнтів старшого віку у зв'язку з наявністю високого ризику розвитку серцево-судинних, ниркових ускладнень, захворювань печінки і ШКТ [1, 20].

При призначенні НПЗП слід ретельно збирати анамнез пацієнта із приводу супутніх захворювань і препаратів, які він приймає. Лікарські засоби цієї групи можуть послаблювати дію діуретиків та антигіпертензивних засобів. В осіб із порушенням функції нирок (зневоднені хворі або особи похилого віку, у

яких функція нирок знижена) одночасне застосування іАПФ або блокаторів рецепторів ангіотензину із НПЗП може призвести до подальшого погіршення функції нирок і ризику розвитку гострого ураження нирок.

Необхідно розглянути можливість тимчасової відміни вже призначених хворому лікарських засобів цих груп та заміну їх блокаторами кальцієвих каналів. У пацієнтів із артеріальною гіпертензією необхідний ретельний контроль артеріального тиску й, за потреби, корекція дози антигіпертензивних препаратів. Оскільки НПЗП часто призначаються паліативним пацієнтам літнього віку, які часто страждають супутніми захворюваннями (артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця і цукровий діабет), що збільшують ризик кардіоваскулярних ішемічних катастроф, особлива увага в останні роки приділяється ризику тромботичних ускладнень. Місцеві форми НПЗП широко використовуються у повсякденній медичній практиці й надзвичайно популярні серед пацієнтів із захворюваннями опорно-рухового апарату. Спектр показань для застосування місцевих НПЗП досить широкий: запальні та дегенеративні захворювання суглобів і хребта, травматичні ураження суглобів та періартикулярних тканин тощо [21].

За поширеністю перше місце серед паліативних пацієнтів з ревматологічними захворюваннями посідає остеоартрит (ОА). НПЗП використовують у ревматології для лікування не тільки ОА, а й ревматоїдного артриту, інших запальних артропатій, системних захворювань сполучної тканини, що супроводжуються больовим синдромом опорно-рухового апарату. НПЗП у лікуванні більшості ревматичних хвороб чинять переважно симптоматичний ефект, зменшуючи больовий синдром, хоча віддалені наслідки їх застосування та можливий структурно-модифікуючий ефект ще не до кінця вивчені [22, 23].

У паліативних ревматологічних хворих також застосовуються всі основні варіанти терапії глюкокортикоїдами (ГК): локальна (внутрішньосуглобове, ректальне введення і ін.); місцева (мазі, краплі, аерозоль); системна: низькі дози, високі дози, альтернуюча терапія, пульс-терапія, міні- або міді-пульс терапія комбінована (у першу чергу із циклофосфамідом). При призначенні ГК при ревматологічному захворюванні необхідно брати до уваги кілька загальних принципів фармакотерапії, дотримання яких дозволяє підвищити ефективність і безпеку лікування.

Лікування ГК, особливо довготривале, необхідно проводити за строгими показаннями. При цьому не тільки лікар, але і хворий повинні бути детально інформовані про всі переваги і недоліки терапії ГК. У процесі лікування лікар повинен прагнути використовувати ГК короткої дії, в оптимальній дозі і по можливості не призначати ці препарати на термін більш тривалий, ніж це необхідно для контролю активності хвороби. Однак при наявності явних показань, ГК слід призначати якомога раніше, не намагаючись використовувати спочатку більш «м'які» методи лікування. Якщо буде потреба тривалого застосування ГК, слід прагнути якнайшвидше перейти на однократний прийом всієї дози в ранкові години, а потім на альтернуючий режим. Системне застосування ГК відносяться до числа найбільш ефективних методів фармакотерапії деяких ревматологічних захворю-

вань, що дозволило суттєво поліпшити прогноз і тривалість життя пацієнтів [24].

При догляді за паліативними ревматологічними пацієнтами особливу увагу треба звертати на пацієнтів літнього віку та догляд за ними. Зазвичай у людей літнього віку, окрім хвороб суглобів, хребта, може бути декілька супутніх захворювань, унаслідок чого потрібне застосування великої кількості лікарських препаратів. Крім цього, у таких пацієнтів змінюється обмін речовин, що впливає на метаболізм лікарських засобів і зумовлює виникнення побічних реакцій на знеболювальні препарати. Наприклад, сильні знеболювальні засоби (опіоїди) можуть посилити сплутаність свідомості або збільшити ризик падінь, які часто знижують якість життя (ЯЖ). Під час догляду за паліативними хворими літнього віку з різним ступенем деменції, коли вони не можуть поскаржитися на біль, важливо бути настороженим щодо ознак болю. По можливості виявляти його причини, регулярно оцінювати його вираженість з використанням одного і того самого інструментарію; враховувати специфічні для людей літнього віку рекомендації під час вибору медикаментозної терапії. Такі хворі не можуть постояти за себе, тому особливо уразливі і залежать від осіб, які за ними доглядають.

Лікування має бути систематичним, на особливу увагу заслуговують зміни поведінки хворого. Якщо вона змінюється після цілеспрямованого втручання, це вказує на правильність оцінки з боку опікуна. Можуть бути корисними зміна положення тіла, гігієнічні процедури тощо. Якщо такі прості втручання не покращують поведінку підопічного, потрібен ґрунтовніший аналіз причин дискомфорту і (або) занепокоєння. Спочатку слід оцінити фізичні потреби, оскільки при зменшенні емоційних порушень завдяки прийманню психотропних препаратів поведінкові прояви дискомфорту може бути усунуто, і тоді фізичні потреби буде не помічено.

Якщо пацієнт дуже страждає від болю, зусилля всіх, хто йому допомагає, зосереджені на тому, щоб контролювати цей біль. Визначити фізичні джерела страждань можна завдяки вивченню історії хвороби, виявленню захворювань, які є причиною болю. Крім того, біль може бути зумовлений зміною медикаментозної терапії або плану лікування. Можливо, потрібно оцінити функціонування всіх систем організму та проаналізувати вірогідні джерела дискомфорту, перенесені інфекції сечових шляхів, запалення легенів тощо. Важливо спостерігати за змінами поведінки в динаміці (через 24 і 48 год.) і детально документувати їх, звертати увагу на вираз обличчя, зміни настрою та голосу, жести, на те, скільки потрібно часу для відновлення звичної для хворого поведінки. Слід оцінити не тільки фізичний стан хворого, а і його потреби, пов'язані з оточенням, включаючи стосунки з близькими людьми. Важливою є оцінка потреб не тільки пацієнта, а і тих, хто його доглядає. До чинників навколишнього середовища, що спричиняють стрес, належать зорові, звукові, нюхові, тактильні і температурні подразники, причому сприйняття людиною літнього віку цих подразників з часом значно змінюється. У пацієнта з деменцією знижений поріг стійкості до стресу такого типу через нездатність його мозку обробляти інформацію, що надходить. Тривога і страх можуть бути наслідком незбалансованості

сенсорних подразників і діяльності, яка заспокоїливо діє на сенсорне сприйняття. Тому в режимі щоденної активності передбачають активні і заспокоїливі заняття тривалістю не довше 1,5 год. Особливе значення для зниження темпів розвитку деменції і її впливу на стан пацієнта має спілкування, причому воно може бути не тільки вербальним, а й тактильним. Є дані, що люди в непритомному стані, у комі чують, коли з ними розмовляють. Виходячи з цього, можна припустити, що потрібно розмовляти з хворими навіть із глибокою деменцією, які, здається, вже нічого не сприймають. Спілкування один на один хоча б по 10 хв. 2 рази на день потрібне такому пацієнту.

При агресивному лікуванні контроль болю не є пріоритетним завданням. Якщо ж виходити з того, що літній вік у поєднанні з деменцією значно погіршують прогноз у паліативних ревматологічних хворих, доводиться визнати, що вибір тяжкого агресивного лікування не в усіх випадках виправданий. Таке лікування через супутні чинники не може значно збільшити тривалість життя, але, можливо, завдасть більших страждань. Крім того, агресивне лікування призводить до наростання інших симптомів, пов'язаних із болем, – сплутаності свідомості, патологічної тривожності, стану безпричинного страху, відчуття болісного занепокоєння.

Недолікований біль значно погіршує ЯЖ паліативного пацієнта. Пацієнти з переломом шийки стегнової кістки, що страждають від болю, у 9 разів частіше страждають від маревних станів; при цьому немає зв'язку між прийманням опіоїдів і розвитком марення. Деяким хворим окрім анальгетиків потрібно призначати допоміжні лікарські засоби, уважно спостерігати за процесом полегшення болю в конкретного пацієнта. При термінальному збудженні, яке передуює смерті (за кілька днів або годин до неї), пацієнт проявляє нехарактерне для нього занепокоєння, яке він не може контролювати, і введення седативного засобу часто буває єдиним можливим засобом допомоги. При хронічному болю середнього ступеня тяжкості або тяжкому в пацієнта з невиліковною формою

захворювання застосовують опіоїди. Тобто медицина в силах позбавити пацієнта болісних страждань і дати йому можливість пройти свій останній шлях з гідністю [14, 17, 25].

Даних про ефективність немедикаментозних підходів до контролю болю у паліативних ревматологічних пацієнтів недостатньо. Можна спробувати деякі з наступних методів. Наприклад, фізичні методи: вправи, пасивна і активна гімнастика; дія тепла або холоду; масаж; дія вібрації; вибір найзручнішої пози; вихрові ванни; акупунктура; музикотерапія; розтирання; ароматерапія, арттерапія. Можливо корисним буде використання психологічних методів: бесіди, релаксація, молитви й інші форми медитації, глибоке дихання, гумор, заняття в групі підтримки, обговорення проблеми зі священником. Дію цих засобів не завжди можна передбачити і неможливо стандартизувати. Проте вони, безумовно, володіють заспокоїливим потенціалом, дають змогу покращити самопочуття хворого. Для паліативного пацієнта важливо сформулювати зі своїм лікарем чіткий план дій. Впоратися із цим допоможе своєчасне звернення до свого сімейного лікаря [8, 26].

Висновки. Підводячи підсумки можливо зазначити, що Україна знаходиться тільки на початку шляху до організації належної паліативної допомоги. Разом із громадськими організаціями, лікарями та іншими фахівцями галузі потрібно розробляти плани лікування, вчити медиків правильної діагностики, поведінки з пацієнтами та їхніми близькими, навчати філософії паліативу. Паліатив – це не питання знеболювання, штучного дихання чи підгузків, а питання гідності.

Перспективи подальших досліджень. Питання надання паліативної допомоги коморбідним пацієнтам в ревматології потребує подальшого детального вивчення для розробки дієвого комплексного підходу відповідно до сучасних світових концепцій та стандартів.

Література

1. Kovalenko VM, Shuba NM, redaktory. Natsionalnyi pidruchnyk z revmatolohii. Kyiv: MORION; 2013. 671 s. [in Ukrainian].
2. Voronenko YuV, Hubsykyi Yul, Tsarenko AV. Stvorennia systemy paliativnoi ta khospisnoi dopomohy v umovakh reformuvannia okhorony zdorovia v Ukraini: medychni ta sotsialni aspekty. Nauka i praktyka. Mizhvidomchy medychni zhurnal. 2014;1(2):63-75. [in Ukrainian].
3. Kabinet Ministriv Ukrainy. Pro skhvalennia Stratehii rozvytku paliativnoi dopomohy v Ukraini na period do 2027 r.: rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy [Internet]. Kyiv: Kabinet Ministriv Ukrainy. Dostupno: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/NT2577.html. [in Ukrainian].
4. MOZ Ukrainy. Pro orhanizatsiiu paliativnoi dopomohy v Ukraini: nakaz MOZ Ukrainy vid 21.01.2013 r. №41 [Internet]. Kyiv: MOZ Ukrainy. Dostupno: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0229-13>. [in Ukrainian].
5. Verkhovna Rada Ukrainy. Osnovy zakonodavstva Ukrainy pro okhoronu zdorovia: Zakon Ukrainy [Internet]. Kyiv: Verkhovna Rada Ukrainy. Dostupno: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>. [in Ukrainian].
6. MOZ Ukrainy. Pro zatverdzhennia Metodichnykh rekomendatsii shchodo rozrakhunku potreby naseleennia v medychnii dopomozhi: nakaz MOZ Ukrainy vid 15.07.2011 r. № 420 [Internet]. Kyiv: MOZ Ukrainy. Dostupno: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0420282-11>. [in Ukrainian].
7. Bila knyha standartiv z paliativnoi dopomohy: rekomendatsii Yevropeiskoi Asotsiatsii paliativnoi dopomohy, 2001. [in Ukrainian].
8. Hoïda NH. Rol simeinoho likaria v nadanni paliativnoi dopomohy. V: Voronenko YuV, Hubsykyi Yul, redaktor. Materialy Pershoi nauk.-prakt. konf. Aktualni pytannia nadannia paliativnoi ta khospisnoi dopomohy v Ukraini; 2012; Kyiv. Kyiv: Universytet «Ukraina»; 2012. s.177-179. [in Ukrainian].
9. Zhdan VM, Potiazhenko MM, Nevoit HV. Aspekty paliativnoi medytsyny v praktytsi likaria-internista. Poltava: [bez vyd.]; 2018. 161 s. [in Ukrainian].
10. Voronenko YuV, Hubsykyi Yul, redaktory. Paliativna ta khospisna dopomoha. Vinnytsia: Nova knyha; 2017. 385 s. [in Ukrainian].
11. Tarasiuk VS, Kuchanska HB. Paliativno-khospisna dopomoha. 2-e vyd. Kyiv: VSV «Medytsyna»; 2021. 328 s. [in Ukrainian].
12. Huzii OV. Patsientorientovana statystyka ta paliativna dopomoha v Ukraini. Ukr. Med. chasopys. 2017;4(120)-VII/VIII:27-33. [in Ukrainian].
13. Hubsykyi Yul, Khabzei MK. Farmakoterapiia v paliativnyi ta khospisnyi medytsyni. Klinichni, farmatsevtichni ta medykopravovi aspekty. Kyiv: Zdorovia; 2011. 352 s. [in Ukrainian].
14. Matiukha LF, redaktor. Rozrobka lokalnogo protokolu paliativnoi medychnoi dopomohy pry likuvanni khronichnogo bolovoho syndromu. Kyiv: Nasha rodyna plus; 2016. 38 s. [in Ukrainian].

15. Tsarenko AV. Mizhnarodni pidkholdy shchodo rozvytku paliatyvnoi ta khospisnoi dopomohy. V: Voronenko YuV, Hubsnyi Yul, redaktor. Materialy Pershoi nauk.-prakt. konf. Aktualni pytannia nadannia paliatyvnoi ta khospisnoi dopomohy v Ukraini; 2012; Kyiv. Kyiv: Universytet «Ukraina»; 2012. s. 168-176. [in Ukrainian].
16. Interviu Anatolii Tsarenka, dotsenta kafedry paliatyvnoi i khospisnoi medytsyny Instytutu simeinoi medytsyny NMAPO im. PL. Shupyka [Internet]. Dostupno: <https://www.vz.kiev.ua/likariv-paliatyvnoyimedycyny-v-ukrayini-ofitsijno-ne-isnuje/>. [in Ukrainian].
17. Chopei IV, redaktor. Paliatyvna medychna dopomoha pry khronichnomu bolovomu syndromi: metod. rek. po vprovadzhenniu unifik. klinich. protokolu pervynnoi med. dopomohy ta onovlenoi i adapt. nastanovy. Uzhhorod: [bez vyd.]; 2016. 46 s. [in Ukrainian].
18. Kovalenko VM, redaktor. Vnutrishnia medytsyna. Pidruchnyk dlia studentiv. 3-e vydannia knyhy «Dokazova medytsyna», pereroblene i dopovnene. Kyiv: MORION; 2019. 960 s [in Ukrainian].
19. Zhdan VM, Babanina Mlu, Kitura YeM, Tkachenko MV, Rybalchenko YeV, Savuliak TM. Nesteroidni protyzapalni preparaty v likuvanni revmatolohichnykh patsientiv z komorbidityu. Visnyk problem biolohii i medytsyny. 2022;1(164)-2:25-32. [in Ukrainian].
20. Khyts AR. Menedzhment bolovoho syndromu v osib pokhyloho viku: fokus na nesteroidni protyzapalni preparaty. Ukrainnyi medychnyi chasopys. 2020;6(140)-XI/XII:27-30 [in Ukrainian].
21. Nesteroidni protyzapalni preparaty – efektyvnist chy bezpeka? Medychna hazeta «Zdorovia Ukrainy 21 storichia». Tematychnyi nomer «Kardiolohiia, Revmatolohiia, Kardiokhirurhiia». 2020;2(69):34 [in Ukrainian].
22. Kovalenko VM, Holovach Ilu, Bortkevych OP, Rekalov DH, Smiian SI. Osteoartyt/Osteoartroz. Klinichna nastanova. Kyiv; 2020. 92 s. [in Ukrainian].
23. Suchasni mozhlyvosti optymalnogo likuvannia suhlobovoho boliu. Medychna hazeta «Zdorovia Ukrainy 21 storichia». 2021;5(498):52-54. [in Ukrainian].
24. Zhdan VM, Ivanytskyi IV, Shtompel Vlu, Zazykina DS, Lebid VH. Problemy revmatychnykh zakhvoriuvan u praktytsi simeinoho likaria. Zahalni pytannia. Poltava: TOV «ASMI»; 2013. 208 s. [in Ukrainian].
25. Kabinet Ministriv Ukrainy. Pro zatverdzhennia Poriadku prydbannia, perevezennia, zberihannia, vidpusku, vykorystannia ta znyshchennia narkotychnykh zasobiv, psykhotropnykh rechovyn i prekursoriv u zakladakh okhorony zdorovia: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 13.05.2013 r. № 333. [Internet]. Kyiv: Kabinet Ministriv Ukrainy. Dostupno: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/333-2013-%D0%BF>. [in Ukrainian].
26. Paliatyvna dopomoha. Informatsiinyi biuleten. 2016;2:87s. [in Ukrainian].

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА КОМОРБІДНИМ ПАЦІЄНТАМ В РЕВМАТОЛОГІЇ

Ждан В. М., Бабаніна М. Ю., Кітура Є. М., Кир'ян О. А., Ткаченко М. В., Волченко Г. В.

Резюме. В результаті аналізу встановлено, що демографічні тенденції і зрушення в бік старіння населення, сприяють зростанню розповсюженості в суспільстві дегенеративних захворювань суглобів (остеоартроз) і хребта (спондилоартроз, остеохондроз). Залишається актуальною проблема постменопаузального і сенильного остеопорозу, як причини перелому шийки стегна, хребців і нижньої третини передпліччя. Значна частина цих осіб потребує професійної паліативної допомоги в спеціалізованих відділеннях онкологічних та багатопрофільних лікарень, окремих хоспісах та в інтернатах для людей похилого віку або вдома, у сім'ї, за участі професійних виїзних бригад лікарів, медичних сестер та психологів, як це робиться в багатьох країнах Заходу. Паліативні пацієнти та члени їх родин потребують адекватного знеболювання й симптоматичного лікування, професійного догляду, морально-психологічної та духовної підтримки, а часом просто людського співчуття та уваги. Відповідно до реального стану організації паліативної медицини в Україні доцільно вважати, що хоспісна медицина займається комплексом питань, пов'язаних із допомогою паліативним пацієнтам у термінальний період життя у спеціальних медико-соціальних установах – хоспісах або відділеннях паліативної та хоспісної допомоги лікувальних закладів. Запровадження паліативної допомоги повинно бути на ранньому етапі. Допомогу слід вводити після встановлення діагнозу. Люди літнього віку з коморбідною патологією страждають від болю більше, ніж представники інших вікових груп. Посилювати біль може малорухливий спосіб життя, що спричинює скутість м'язів, погіршення рухомості суглобів, посилення остеопорозу. У людей літнього віку спостерігають поєднання м'язово-скелетного болю, закріпів, інфекцій, нейропатії периферичних нервів, емоційних порушень, великих і малих травм та ін. Протибольову терапію слід розпочинати в разі появи перших ознак болю. Анальгетики призначають через однакові проміжки часу, не чекаючи відновлення болю, з метою забезпечити постійне знеболювання. Ад'ювантні і симптоматичні препарати необхідно призначати суворо за показаннями. За пацієнтами встановлюють постійний контроль, особливо на початку лікування. Надалі також потрібне ретельне спостереження для корекції лікування і профілактики можливих ускладнень.

У паліативній медицині існують медикаментозні (фармакологічні) та немедикаментозні консервативні (застосовуються переважно при слабкому або помірному болю) й агресивні (нейрохірургічні, застосовуються при сильному та нестерпному болю) методи контролю хронічного больового синдрому. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, існують три основних рівні знеболювання при хронічному больовому синдромі у паліативних хворих. У ревматологічних хворих виникнення болю зумовлене патологічними змінами в периферичних структурах (шкіра, м'язи, сухожилля, зв'язки, синовіальна оболонка, капсула суглоба, хрящ, кістки). Під час оцінки особливостей больового синдрому слід враховувати анамнестичні дані, коморбідні стани, результати клініко-лабораторних методів обстеження та індивідуальні особливості пацієнта. Тільки такий комплексний підхід дозволяє розробити ефективний план лікувально-реабілітаційних заходів. Найпопулярнішим інструментом анальгетичної терапії в медичній практиці завдяки поєднанню ефективності, безпеки, доступності та зручності застосування є НПЗП. При хронічному болю середнього ступеня тяжкості або тяжкому в пацієнта з невиліковою формою захворювання застосовують опіоїди.

Тобто медицина в силах позбавити пацієнта болісних страждань і дати йому можливість пройти свій останній шлях з гідністю. Для паліативного пацієнта важливо сформулювати зі своїм лікарем чіткий план дій. Впоратися із цим допоможе своєчасне звернення до свого сімейного лікаря.

Ключові слова: паліативна допомога, хоспісна допомога, біль, ревматологічні захворювання.

PALLIATIVE CARE FOR RHEUMATOLOGICAL PATIENTS WITH CO-MORBIDITY

Zhdan V. M., Babanina M. Yu., Kitura Ye. M., Kyrian O. A., Tkachenko M. V., Volchenko G. V.

Abstract. As a result of the analysis, it was established that demographic trends and a shift towards the aging of the population contribute to the increase in the prevalence of degenerative diseases of the joints (osteoarthritis) and spine (spondyloarthritis, osteochondrosis) in society. The problem of postmenopausal and senile osteoporosis remains relevant as a cause of fracture of the femoral neck, vertebrae, and the lower third of the forearm. A significant part of these people need professional palliative care in specialized departments of oncology and multidisciplinary hospitals, separate hospices and boarding homes for the elderly or at home, in the family, with the participation of professional visiting teams of doctors, nurses and psychologists, as is done in many Western countries. Palliative patients and their family members need adequate pain relief and symptomatic treatment, professional care, moral, psychological and spiritual support, and sometimes just human compassion and attention. According to the actual state of the organization of palliative medicine in Ukraine, it is appropriate to consider that hospice medicine deals with a complex of issues related to the assistance of palliative patients in the terminal period of life in special medical and social institutions – hospices or palliative and hospice care departments of medical institutions. The introduction of palliative care should be at an early stage. Support should be administered after diagnosis. Elderly people with comorbid pathology suffer from pain more than representatives of other age groups. Pain can be aggravated by a sedentary lifestyle, which causes muscle stiffness, deterioration of joint mobility, and increased osteoporosis. Elderly people experience a combination of musculoskeletal pain, constipation, infections, neuropathy of peripheral nerves, emotional disturbances, major and minor injuries, etc. Analgesic therapy should be started at the first signs of pain. Analgesics are prescribed at equal intervals of time, without waiting for the recovery of pain, in order to ensure constant analgesia. Adjuvant and symptomatic drugs must be prescribed strictly according to indications. Constant monitoring of patients is established, especially at the beginning of treatment. Careful monitoring is also required in the future to correct treatment and prevent possible complications.

In palliative medicine, there are medicinal (pharmacological) and non-pharmacological conservative (used mainly for mild or moderate pain) and aggressive (neurosurgical, used for severe and unbearable pain) methods of controlling chronic pain syndrome. According to WHO recommendations, there are three main levels of analgesia for chronic pain syndrome in palliative patients. In rheumatological patients, pain is caused by pathological changes in peripheral structures (skin, muscles, tendons, ligaments, synovial membrane, joint capsule, cartilage, bones). When assessing the features of the pain syndrome, one should take into account anamnestic data, comorbid conditions, results of clinical and laboratory examination methods and individual characteristics of the patient. Only such a comprehensive approach makes it possible to develop an effective plan of treatment and rehabilitation measures. NSAIDs are the most popular tool of analgesic therapy in medical practice due to the combination of efficiency, safety, availability and ease of use. Opioids are used for moderate or severe chronic pain in a patient with an incurable form of the disease.

That is, medicine is able to save the patient from painful suffering and give him the opportunity to walk his last path with dignity. It is important for a palliative patient to formulate a clear plan of action with their doctor. A timely visit to your family doctor will help you cope with this.

Key words: palliative care, hospice care, pain, rheumatological diseases.

ORCID кожного автора та їх внесок до статті:

Zhdan V. M.: 0000-0002-4633-5477 ^{AF}

Babanina M. Yu.: 0000-0002-6546-9454 ^{ADF}

Kitura Ye. M.: 0000-0002-2636-4596 ^E

Kyrian O. A.: 0000-0003-4855-4208 ^B

Tkachenko M. V.: 0000-0002-0253-8686 ^C

Volchenko H. V.: 0000-0003-0151-3660 ^B

Конфлікт інтересів:

Автори статті підтверджують відсутність конфлікту інтересів.

Адреса для кореспонденції

Бабаніна Марина Юріївна

Полтавський державний медичний університет,

Адреса: Україна, 36000, м. Полтава, вул. Шевченка 23

Тел.: 0509832132

E-mail: maryna.babanina@gmail.com

A – концепція роботи та дизайн, **B** – збір та аналіз даних, **C** – відповідальність за статичний аналіз, **D** – написання статті, **E** – критичний огляд, **F** – остаточне затвердження статті.

Стаття надійшла 19.03.2022 року
Стаття прийнята до друку 11.09.2022 року