

Організація надання паліативної допомоги у відділенні паліативної медицини в умовах воєнного стану

Р. О. Моїсеєнко¹, О. В. Калачов², П. І. Гордійчук^{1,2}, А. В. Кондратенко², А. Ю. Конишева^{1,2}, М. П. Гордійчук^{1,2}, А. А. Самусєва¹

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

²КНП «Київський міський клінічний онкологічний центр»

Місто Київ характеризується високим рівнем (258,6 випадків на 100 тис. населення) онкологічної захворюваності та смертності населення.

Мета дослідження: визначення проблеми і перспективи надання стаціонарної онкологічної допомоги на досвіді відділення Київського міського клінічного онкологічного центру (КМКОЦ).

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз роботи відділення паліативної медицини КНП «КМКОЦ» за 2001–2023 рр., до складу якого входять стаціонар на 25 ліжок та бригади мобільної паліативної допомоги. Мультидисциплінарний підхід був основою надання паліативної допомоги інкурабельному онкологічному пацієнту.

Результати. За цей період стаціонарну допомогу отримали 9164 онкологічних пацієнтів у термінальній стадії з високою летальністю (81,04%). Середній термін перебування у стаціонарі становив 17,7 ліжко-днів. Приблизно 6% пацієнтів госпіталізуються у відділення повторно, деякі по 3–4 рази. Приблизно у 94% стаціонарно пролікованих пацієнтів був наявний больовий синдром, опіоїдне знеболювання отримували 86% хворих.

За цей період бригадами мобільної паліативної допомоги було взято на облік та обслуговування 3124 онкологічних пацієнтів, серед яких 62% пацієнта були передані після стаціонарного лікування, було здійснено більше 5,7 тис. первинних виїздів.

Розроблено та вдосконалено Клінічний маршрут паліативного пацієнта, який дозволив оптимізувати паліативну допомогу важкохворому онкологічному пацієнту. Визначено особливості надання паліативної допомоги інкурабельним онкологічним пацієнтам в умовах воєнного стану.

Висновки. Повноцінна паліативна допомога повинна бути як єдине ціле мобільної та стаціонарної допомоги, що дасть можливість тримати під контролем соматичний стан паліативного пацієнта, корегувати симптоми хвороби, надавати тривалий час підтримку пацієнту в домашніх умовах, що є економічно доцільним, дозволяє надавати допомогу більшій кількості пацієнтів і за потреби здійснювати своєчасну госпіталізацію у стаціонар.

Перспективним у покращенні паліативної допомоги онкологічним пацієнтам є створення розгалуженої системи мобільної паліативної допомоги (це зменшить навантаження на загально-соматичні стаціонари та стаціонарні паліативні відділення), а також якісно покращить надання паліативної допомоги пацієнтам у мережі первинної медичної допомоги.

Ключові слова: паліативна допомога, відділення паліативної медицини, мобільна паліативна допомога, організація паліативної допомоги, мультидисциплінарний підхід.

Organization of palliative care provision in the palliative care department during war time

R. O. Moiseenko, O. V. Kalachov, P. I. Gordiichuk, A. V. Kondratenko, A. Yu. Konysheva, M. P. Gordiichuk, A. A. Samusieva

The city of Kyiv is characterized by a high level (258.6 cases per 100,000 population) of cancer incidence and mortality.

The objective: to determine the problem and prospects of providing inpatient oncology care based on the experience of the department of the Kyiv City Clinical Oncology Center (KCCOC).

Materials and methods. A retrospective analysis of the work of the palliative care department of communal non-commercial enterprise "KCCOC" for 2001–2023 was carried out. The center includes a 25-bed hospital and mobile palliative care teams. A multidisciplinary approach was the basis of providing palliative care to an incurable cancer patient.

Results. During this period 9,164 cancer patients in the terminal stage with high mortality rate (81.04%) received inpatient care. The average duration of stay in the hospital was 17.7 bed-days. Approximately 6% of patients readmit to the department, some of them – 3–4 times. Approximately 94% of hospitalized patients had a pain syndrome, 86% of patients received opioid analgesia. During this period, mobile palliative care teams registered and served 3,124 cancer patients, among whom 62% of patients were transferred after inpatient treatment, more than 5,700 primary visits were made.

The clinical route of the palliative patient was developed and improved, which made it possible to optimize palliative care for a seriously ill oncological patient. The peculiarities of providing palliative care to incurable oncological patients in the conditions of martial law have been determined.

Conclusions. Comprehensive palliative care should be a unified system of mobile and stationary care, which will make possible to control the somatic condition of the palliative patient, correct the symptoms of the disease, provide long-term support to the patient at home, which is economically feasible, allows to provide care to a larger number of patients and hospitalize in time if it is necessary. The creation of an extensive system of mobile palliative care is promising in improvement of palliative care for oncology patients (it will reduce the burden on general somatic hospitals and inpatient palliative departments), as well as qualitatively improve the provision of palliative care to patients in the primary care network.

Keywords: palliative care, department of palliative medicine, mobile palliative care, organization of palliative care, multidisciplinary approach.

За прогнозами Міжнародної агенції з дослідження раку GLOBOCAN 2020, очікується, що у світі у 2040 р. глобальний тягар раку становитиме 28,4 млн випадків, що на 47% більше, ніж у 2020 р. Україна посідає друге місце за частотою захворюваності з високим негативним світовим рейтингом смертності [1].

Онкоепідеміологічна ситуація в Україні та у м. Києві зокрема характеризується відносно високим рівнем онкологічної захворюваності населення та стабільністю її структури. Захворюваність злоякісними новоутвореннями у м. Києві за 2022 р. становила 258,6 на 100 тис. населення, а причиною смерті внаслідок злоякісних новоутворень – 2331 киянин (смертність – 79,0 випадків на 100 тис. населення) [2–4].

Претермінальна та термінальна фаза перебігу онкологічного захворювання становить у середньому 4–8 міс. Саме у цей період пацієнт потребує кваліфікованої медико-соціальної допомоги, якісного цілодобового догляду. Під час перебування важкого онкологічного пацієнта в домашніх умовах з активної суспільної діяльності виключаються дорослі члени родини, а діти зазнають значної психологічної травми [5–8].

J. C. Weeks et al. [9] зазначили, що ті, хто переосінив своє виживання, мають більше шансів померти важкою смертю, а T. J. Smith et al. [10] виявили, що більшість пацієнтів хочуть чесної інформації, навіть якщо це погані новини. Потреба в програмах паліативної допомоги зросла серед нашого старіючого населення, але кількість програм паліативної допомоги не збільшилася настільки, щоб задовольнити попит [11]. Світовий досвід демонструє доцільність створення спеціалізованих паліативних медичних закладів, де комплексно вирішуються медико-соціальні проблеми пацієнта та надається психосоціальна допомога членам його родини [12–14].

Мета дослідження: виявлення проблем і перспектив надання стаціонарної онкологічної допомоги на досвіді відділення Київського міського клінічного онкологічного центру (КМКОЦ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено ретроспективний аналіз роботи відділення паліативної медицини КНП «КМКОЦ» за період з 2001 до 2023 рр. із стаціонаром на 25 ліжок та бригадою мобільної паліативної допомоги. Відділення забезпечує симптоматичне лікування, підбір необхідної знеболюючої терапії, здійснення паліативної допомоги та догляду за термінальними онкологічними пацієнтами, психологічної підтримки пацієнтів та родичів як на період хвороби, так і надалі після втрати ними близької людини.

В основі надання паліативної допомоги інкурабельним онкологічним пацієнтам лежить мультидисциплінарний підхід. До складу мультидисциплінарної команди відділення входять:

- спеціалісти та фахівці КНП «КМКОЦ» за посадами:
- лікар-онколог відділення паліативної медицини;
- клінічний онколог;
- лікар-психолог;
- сестра медична;
- за потреб пацієнта залучаються фахівці з інших галузей (на договірних умовах):
- соціальний працівник;
- волонтери;
- юрист;
- священнослужитель;
- інші фахівці, залежно від потреб пацієнта та його родини.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На підставі багаторічного досвіду роботи відділення паліативної медицини розроблений та вдосконалений Клінічний маршрут паліативного пацієнта, який дозволяє оптимізувати паліативну допомогу важкохворому онкологічному пацієнту (таблиця).

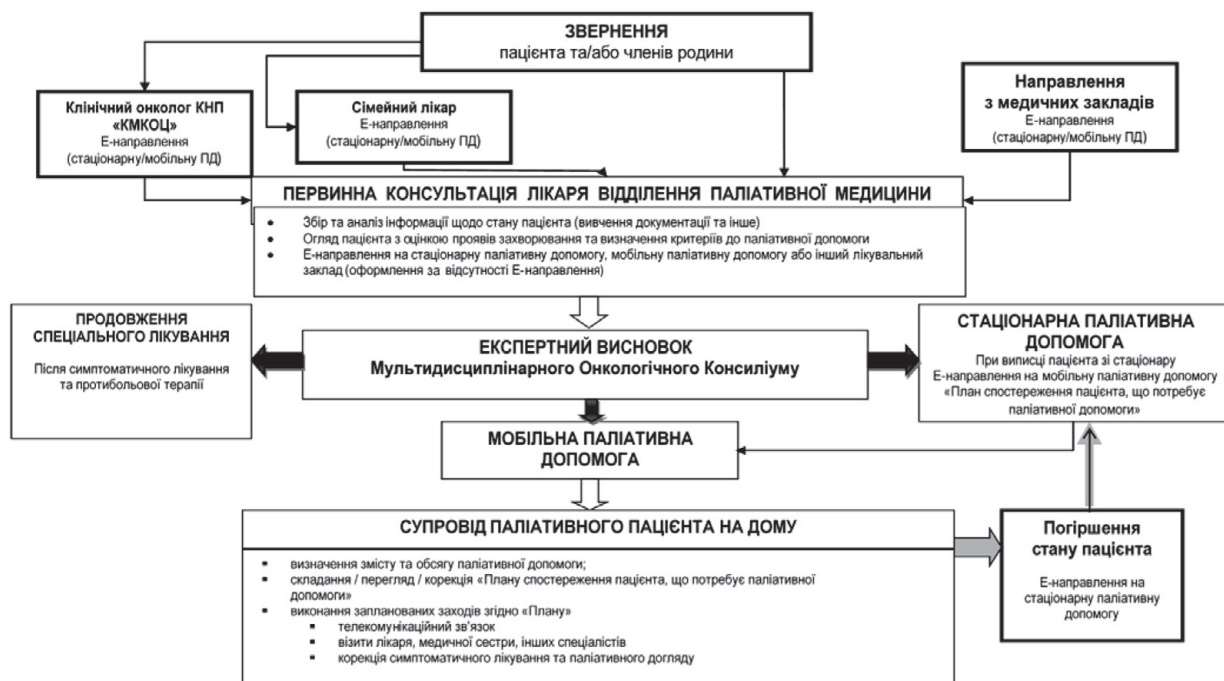
Клінічний маршрут передбачає:

- після отримання та вивчення первинної медичної інформації про пацієнта його відвідує лікар та медична сестра мобільної паліативної допомоги відділення паліативної медицини;
- подальша допомога залежить від ступеня важкості загального стану пацієнта та больового синдрому;
- організація мобільної паліативної допомоги або госпіталізація (перевід) інкурабельного онкологічного пацієнта до стаціонару відділення паліативної медицини проводиться за Е-направленням та на підставі рішення мультидисциплінарного консилиуму лікарів «КМКОЦ»;
- при особистому зверненні пацієнта (без Е-направлення) він консультується лікарем відділення паліативної медицини з подальшим оформленням, за необхідності йому виписують Е-направлення на мобільну паліативну допомогу або стаціонарне лікування;
- якщо загально-соматичний стан пацієнта стабільний, то пацієнт отримує мобільну паліативну допомогу;
- якщо загально-соматичний стан пацієнта важкий, то здійснюється госпіталізація до стаціонару відділення паліативної медицини.

Госпіталізація здійснюється за Е-направленням на підставі наступних показань:

- виражений больовий синдром, який не піддається лікуванню в амбулаторних умовах та потребує використання великих доз опіоїдних анальгетиків;

Клінічний маршрут онкологічного паліативного пацієнта



- важкі прояви захворювання, які потребують симптоматичного лікування під наглядом лікаря в стаціонарних умовах;
- необхідність проведення дезінтоксикаційної терапії;
- необхідність проведення довготривалої кисневої підтримки;
- підбір схем терапії для продовження лікування на дому;
- необхідність проведення медичних маніпуляцій, які неможливо виконати в амбулаторних умовах.

Рішення про термін перебування пацієнта у стаціонарі відділення паліативної медицини ухвалюється з урахуванням конкретної ситуації та важкості його загального стану. Якщо після перебування у стаціонарі відділення паліативної медицини впродовж 2–3 тиж є можливість для повернення пацієнта додому (загально-соматичний стан залишається стабільним, больовий синдром контрольованим), то подальшу допомогу надають співробітники мобільної паліативної допомоги та сімейний лікар.

Нерозривне функціонування мобільної паліативної допомоги та стаціонару відділення паліативної медицини «КМКОЦ» дозволяє постійно тримати під контролем стан онкологічного пацієнта з IV клінічною групою, корегувати симптоми хвороби і за потреби здійснювати госпіталізацію у стаціонар.

Стаціонарна паліативна допомога

За період з 2001 до 2023 роки стаціонарну допомогу отримали 9164 онкологічних хворих у термінальній стадії.

За цей період у стаціонарі відділення паліативної медицини КНП «КМКОЦ» померло 7427 пацієнтів. Смертність серед онкологічних пацієнтів відділення паліативної медицини є традиційно високою, оскільки зумовлена термінальною стадією захворювання. Летальність становить 81,04%.

Середній термін перебування у стаціонарі становить 17,7 ліжко-днів. Приблизно 6% пацієнтів

госпіталізують у відділення повторно, деяких по 3–4 рази.

Із пролікованих пацієнтів стаціонару приблизно 94% мали больовий синдром, опіодне знеболювання отримували 86% хворих.

Відділення паліативної медицини є структурним підрозділом багатопрофільної онкологічної клініки КМКОЦ. За наявності медичних показань, пацієнтам відділення може проводитись паліативне спеціальне лікування – курси протибольової дистанційної променевої терапії, курси терапії бісфосфонатами, курси гормонотерапії, ургентні симптоматичні та паліативні хірургічні лікування.

Медичний персонал відділення щоденно проводить різноманітні хірургічні маніпуляції: плевральні пункції, лапароцентези, встановлення назогастральних зондів та сечових катетерів, санація трахеї, перев'язки (розпади пухлин, пролежні, стоми та інше).

Щоденно у відділенні помирають пацієнти і це стає причиною важкого професійного та психоемоційного навантаження медичного персоналу – «професійного вигорання». Протягом 2022 р. лікарями було оформлено 336 свідомств про смерть. Лікарями паліативного відділення також надають першу психологічну допомогу пацієнтам та їх рідним.

За даними ВООЗ, паліативного онкохворого пацієнта оточують 10–12 умовно здорових повноцінних членів суспільства, у яких можна констатувати наявність психологічної травматизації різного ступеня важкості. Часто персонал стає об'єктом агресивних реакцій з боку родичів пацієнта.

Мобільна паліативна допомога

Протягом 2001–2023 рр. було взято на облік та обслуговувалося 3124 онкологічних пацієнти у термінальній стадії захворювання. Також було здійснено більше 5,7 тис. первинних виїздів до пацієнтів. Зазначено, що 62% пацієнтів, які виписані зі стаціонару, були переведені під нагляд мобільної паліативної допомоги.

Середній термін нагляду мобільною паліативною допомогою інкурабельного онкологічного пацієнта становить біля 32 днів.

Основні напрями та особливості роботи мобільної паліативної допомоги КМКОЦ:

- лікарі відділення щоденно консультують до 10 первинних звернень;
- щоденно вдома оглядаються до 5 помираючих онкохворих (первинний візит лікаря проходить до 40–60 хв, повторні візити – до 30 хв);
- розробляється індивідуальний «План спостереження пацієнта, що потребує паліативної допомоги»;
- за необхідності проводяться перев'язки (розпади пухлин, пролежні, стоми та інше);
- призначається симптоматичне лікування, що включає в себе посиндромний підхід;
- корегується протибольова терапія (виписка рецептів ф-1 та рецептів ф-3 на опіодні анальгетики);
- за необхідністю пацієнт забезпечується гігієнічними засобами по догляду (підгузки та пелюшки), проти-пролежневими матрацами з компресором, кисневим концентратором, асистивними засобами;
- проводяться консультації і навчання пацієнта та його рідних щодо знеболення, вживанням ліків; гігієнічними заходам по догляду за хворим, харчуванню, перев'язкам та інші;
- за необхідності долучаються інші фахівці мультидисциплінарної команди (лікар-психолог, клінічний онколог, соціальний працівник, священнослужитель та інші);
- лікар мобільної паліативної допомоги також надає першу психологічну допомогу хворому та його рідним;
- оскільки м. Київ має велику площу, то фахівці мобільної паліативної допомоги витрачають багато часу на переїзди. Загальний час виїздів щоденно становить до 5–6 год.

З 2018 р. у КМКОЦ була впроваджена практика виписки рецептів (ф-3) на опіодні анальгетики для адекватного знеболення онкологічних пацієнтів в амбулаторних умовах.

На сьогодні одна мобільна паліативна бригада обслуговує на постійній основі до 80 онкологічних пацієнтів на дому.

Психологічна допомога

Лікар-психолог проводить первинний огляд та оцінює психологічний стан пацієнтів у динаміці. Здійснюється психологічне консультування пацієнтів та членів їх родини (на етапі лікування пацієнта та після втрати). За потреби призначається психофармакотерапія. Підготовлені психоосвітні матеріали для пацієнтів та родичів.

Проведено лекції для лікарів КМКОЦ («Основи психоонкології», «Повідомлення діагнозу та спілкування з онкохворим на етапах лікувального процесу», «Синдром вигорання у роботі лікаря: прояви, причини розвитку та шляхи психопрофілактики та корекції», «Вибрані питання психологічної та психіатричної допомоги в онкології»).

Знеболення онкологічного пацієнта

На сьогодні неадекватне знеболення онкологічних пацієнтів у м. Києві не носить системний характер, як це було 15–20 років тому. Сімейні лікарі та лікарі ме-

дичних установ з кожним роком все більше та активніше застосовують опіодне знеболення для лікування хронічного больового синдрому.

В Україні є в наявності неінвазивні форми (таблетки, трансдермальні форми) та ін'єкційні форми опіодних анальгетиків. Навіть цей відносно невеликий вибір опіатів дозволяє при правильному застосуванні адекватно знеболити пацієнтів з хронічним больовим синдромом.

Основні чинники неефективного знеболення онкологічних пацієнтів:

- порушення пацієнтом «графіка знеболення» в амбулаторних умовах;
- самовільна відмова пацієнта від вживання призначеної анальгетиків або зміна схеми протибольової терапії на фоні досягнення знеболення;
- недостатнє використання ко-анальгетиків (антидепресанти, антиконвульсанти, глюкокортикоїди та інші);
- призначення слабодіючих анальгетиків у великих добових дозах на протипагу анальгетикам з більш вираженим протибольовим ефектом;
- відміна ефективних знеболюючих препаратів за появи побічних ефектів;
- відмова пацієнтів від призначення опіатів у зв'язку зі страхом виникнення залежності;
- страх лікарів перед застосуванням великих доз опіодних анальгетиків.

Особливості надання паліативної допомоги інкурабельним онкологічним пацієнтам в умовах воєнного стану:

- кількість госпіталізованих пацієнтів з тимчасово окупованої території України у стаціонарі відділення паліативної медицини становить до 30%;
- великий відсоток пацієнтів з тимчасово окупованої території України госпіталізується без наявних медичних документів (були втрачені під час бойових дій чи при евакуації), що потребує додаткових обстежень для уточнення подальшої тактики протипухлинної терапії. У таких випадках пацієнт попередньо консультується лікарем відділення паліативної медицини з подальшим оформленням Е-направлення на стаціонарне лікування;
- у зв'язку з відсутністю постійного місця проживання (орендоване житло), збільшується період перебування цієї категорії пацієнтів у стаціонарі не стільки за медичними показаннями, як за соціальними;
- така категорія пацієнтів потребує більшої соціальної допомоги (допомога в оформленні документів на МСЕК; допомога у відновленні юридичних документів та інше) та побутової допомоги (значний відсоток складають пацієнти, які вимушено стали «соціально самотніми» – діти та рідні евакуювалися за кордон);
- на період блекауту збільшилася кількість пацієнтів на госпіталізацію для отримання кисневої підтримки.

Взаємодія з первинною ланкою

1. Мобільна паліативна допомога та госпіталізація у стаціонар відділення паліативної медицини КМКОЦ відбувається за Е-направленнями сімейного лікаря та лікарів інших лікувальних закладів.

2. При виписці паліативних пацієнтів із КМКОЦ для належного інформування первинної ланки нада-

ються такі документи: виписка з історії хвороби з рекомендаціями по симптоматичному лікуванню та «План спостереження пацієнта, що потребує паліативної допомоги» (Наказ МОЗ України № 1308 від 04.06.2020 року; Додаток 1).

3. Якщо пацієнт отримувал наркотичне знеболення у стаціонарі КМКОЦ, то при виписці для продовження знеболення в амбулаторних умовах оформлюють рецепт на наркотичні анальгетики до 10 днів, з подальшими рекомендаціями щодо опіоїдного знеболення звернутись до сімейного лікаря або мобільної паліативної допомоги.

4. Лікарі первинної ланки мають можливість використовувати телекомунікаційний зв'язок задля того, щоб консультиватись з лікарями відділення паліативної медицини щодо симптоматичного лікування та знеболювальної терапії.

На основі досвіду визначилась роль сімейного лікаря у роботі мультидисциплінарної команди з надання паліативної допомоги онкологічному пацієнту, а саме:

- сімейний лікар зобов'язаний надавати паліативну допомогу інкурабельному онкологічному пацієнту як самостійно, так і сумісно зі службою мобільної паліативної допомоги;
- контролювати та лікувати хронічний больовий синдром;
- проводити посиндромну терапію при різноманітних ускладненнях;
- проводити навчання рідних пацієнта з догляду, харчування та за необхідності перев'язок;
- при погіршенні загальносоматичного стану пацієнта, за його бажанням, рекомендувати госпіталізацію у стаціонарне відділення паліативної медицини.

Основним документом, що регламентує надання паліативної допомоги, на сьогодні є Наказ МОЗ України № 1308 від 04.06.2020 року «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» [11].

ВИСНОВКИ

1. Повноцінна паліативна допомога повинна включати мобільну та стаціонарну допомогу, що дасть можливість тримати під контролем соматичний стан паліативного пацієнта, корегувати симптоми хвороби, надавати можливість тривалий час підтримувати пацієнта в домашніх умовах, які є економічно доцільними, і за потреби здійснювати своєчасну госпіталізацію у стаціонар.

2. Для створення адекватної стаціонарної паліативної допомоги необхідна організація окремих паліативних відділень (з певною кількістю ліжок; з повним оснащенням, згідно з вимогами Національної служби здоров'я України (НСЗУ); окремим штатом).

3. В основі надання паліативної допомоги повинен бути мультидисциплінарний підхід.

4. Необхідно провести перегляд та оновлення Наказу МОЗ України № 1308 від 04.06.2020 року у частині організаційного забезпечення порядку визначення паліативного пацієнта, госпіталізації, виписки, впорядкування підходів з надання допомоги наприкінці життя тощо.

5. Підготовки та надання МОЗ України затверджених клінічних протоколів надання паліативної допомоги наприкінці життя.

6. Необхідно постійно співпрацювати з НСЗУ для оптимізації мобільної та стаціонарної паліативної допомоги; попередження «технічних помилок» при введенні інформації в електронну систему.

7. Перспективним у покращенні паліативної допомоги онкологічним пацієнтам є створення розгалуженої системи мобільної паліативної допомоги, що зменшить навантаження на загально-соматичні стаціонари і стаціонарні паліативні відділення та покращить надання паліативної допомоги пацієнтам у мережі закладів первинної медичної допомоги.

Відомості про авторів

Моїсеєнко Раїса Олександрівна – д-р мед. наук, проф., заслужений лікар України, проректор з науково-педагогічної, лікувальної роботи та діяльності університетських клінік, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел./факс: (044) 205-49-48. *E-mail: prore-likuva@nuozu.edu.ua*

ORCID: 0000-0001-6727-8742

Калачов Олексій Володимирович – лікар-онколог, завідувач, відділення паліативної медицини, КНП «Київський міський клінічний онкологічний центр»; тел.: (050) 537-76-58. *E-mail: Akalachev36@gmail.com*

ORCID: 0009-0002-3086-7919

Гордійчук Прокіп Іванович – д-р мед. наук, проф., завідувач, кафедра онкології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (067) 277-77-91, (044) 205-49-46, (044) 427-29-34. *E-mail: P_Gordijchuk@ukr.net*

ORCID: 0000-0003-2031-8772

Кондратенко Андрій Віталійович – канд. мед. наук, директор, КНП «Київський міський клінічний онкологічний центр»; тел.: (050) 383-19-41. *E-mail: kondrat.av68@gmail.com*

ORCID: 0000-0001-5980-815X

Конишева Анна Юрївна – аспірантка, кафедра онкології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, лікар-онколог, відділення паліативної медицини КНП «Київський міський клінічний онкологічний центр»; тел.: (044) 205-48-69. *E-mail: Konysheva.anna@ukr.net*

ORCID: 0000-0002-1568-8042

Гордійчук Микола Прокопович – аспірант, кафедра онкології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (044) 205-48-69. *E-mail: Gordijchuk.doc@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-5212-4166

Самусєва Анастасія Андріївна – д-р філософії, канд. мед. наук, асистентка, кафедра онкології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (044) 205-48-69. *E-mail: a_samusieva@yahoo.com*

ORCID: 0000-0003-2222-1683

Information about the authors

Moiseenko Raisa O. – MD, PhD, DSc, Professor, Honored Doctor of Ukraine, Vice-Rector for Scientific, Pedagogical and Clinical Work and Activities of University Clinics, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (044) 205-49-48. *E-mail: prore-likuwa@nuozu.edu.ua*

ORCID: 0000-0001-6727-8742

Kalachov Oleksii V. – MD, Oncologist, Chief of Department of Palliative Care, Communal Non-Commercial Enterprise «Kyiv City Clinical Oncology Center»; tel.: (050) 537-76-58. *E-mail: Akalachev36@gmail.com*

ORCID: 0009-0002-3086-7919

Gordiichuk Prokip I. – MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Oncology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (067) 277-77-91, (044) 205-49-46, (044) 427-29-34. *E-mail: P_Gordijchuk@ukr.net*

ORCID: 0000-0003-2031-8772

Kondratenko Andrii V. – MD, PhD, Head of the Communal Non-Commercial Enterprise «Kyiv City Clinical Oncology Center»; tel.: (050) 383-19-41. *E-mail: kondrat.av68@gmail.com*

ORCID: 0000-0001-5980-815X

Konysheva Anna Yu. – MD, PhD-Student, Department of Oncology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Oncologist, Department of Palliative care, Communal Non-Commercial Enterprise «Kyiv City Clinical Oncology Center», Kyiv, 04112 Ukraine. tel.: (044) 205-48-69. *E-mail: Konysheva.anna@ukr.net*

ORCID: 0000-0002-1568-8042

Gordiichuk Mykola P. – MD, PhD-Student, Department of Oncology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (044) 205-48-69. *E-mail: Gordiichuk.doc@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-5212-4166

Samusieva Anastasiia A. – MD, PhD, Assistant of Professor, Department of Oncology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (044) 205-48-69. *E-mail: a_samusieva@yahoo.com*

ORCID: 0000-0003-2222-1683

ПОСИЛАННЯ

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49. doi: 10.3322/caac.21660.
- National Cancer Registry of Ukraine. Incidence, mortality, performance indicators of the oncology service. *Cancer in Ukraine 2021-2024* [Internet]. Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine № 24. Kyiv; 2023. 143 c. Available from: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_24/PDF/13-23-vstup.pdf.
- World Health Organization. Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019 [Internet]. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghle-leading-causes-of-death>.
- Gordiichuk P, Kliusov O, Gordiichuk M, Kondratenko A, Ponomarova O, Grushynska T, et al. A view on the problem of providing oncological aid during the war in Ukraine. *Contemp Oncol (Pozn).* 2022;26(3):191-5. doi: 10.5114/wo.2022.120442.
- Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. *N Engl J Med.* 2015;373(8):747-55. doi: 10.1056/NEJMr1404684.
- Ghosh A, Dzung E, Cheng MJ. Interaction of palliative care and primary care. *Clin Geriatr Med.* 2015;31(2):207-18. doi: 10.1016/j.cger.2015.01.001.
- Milazzo S, Hansen E, Carozza D, Case AA. How Effective Is Palliative Care in Improving Patient Outcomes? *Curr Treat Options Oncol.* 2020;21(2):12. doi: 10.1007/s11864-020-0702-x.
- Long DA, Koyfman A, Long B. Oncologic Emergencies: Palliative Care in the Emergency Department Setting. *J Emerg Med.* 2021;60(2):175-91. doi: 10.1016/j.jemermed.2020.09.027.
- Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ, Peterson LM, Wenger N, Reding D, et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA.* 1998;279(21):1709-14. doi: 10.1001/jama.279.21.1709.
- Smith TJ, Dow LA, Virago EA, Khatcheressian J, Matsuyama R, Lyckholm LJ. A pilot trial of decision aids to give truthful prognostic and treatment information to chemotherapy patients with advanced cancer. *J Support Oncol.* 2011;9(2):79-86. doi: 10.1016/j.suonc.2010.12.005.
- Dans M, Kutner JS, Agarwal R, Baker JN, Bauman JR, Beck AC, et al. NCCN Guidelines® Insights: Palliative Care, Version 2.2021. *J Natl Compr Canc Netw.* 2021;19(7):780-8. doi: 10.6004/jnccn.2021.0033.
- Beasley A, Bakitas MA, Edwards R, Kavalieratos D. Models of non-hospice palliative care: a review. *Ann Palliat Med.* 2019;8(1):15-21. doi: 10.21037/apm.2018.03.11.
- Roth AR, Canedo AR. Introduction to Hospice and Palliative Care. *Prim Care.* 2019;46(3):287-302. doi: 10.1016/j.pop.2019.04.001.
- Leppert W. Palliative and supportive care: progress needed in clinical care, research and education. *Palliat Med Pract* 2023;17(3):125-7. doi: 10.5603/pmp.97571.
- Ministry of Health of Ukraine. On Improving the Organization of Palliative Care in Ukraine», registered with the Ministry of Justice of Ukraine on July 01, 2020, No. 609/34892 [Internet]. 2020. Order No. 1308; 2020 Jun 04. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>.

Стаття надійшла до редакції 11.03.2024. – Дата першого рішення 14.03.2024. – Стаття подана до друку 19.04.2024