



Ларина В. Н., Чукаева И. И., **Ларин** В. Г.

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Современные тенденции и возможности оказания паллиативной медицинской помощи при хронической сердечной недостаточности

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, паллиативная помощь, помощь в конце жизни.

Ссылка для цитирования: Ларина В. Н., Чукаева И. И., Ларин В. Г. Современные тенденции и возможности оказания паллиативной медицинской помощи при хронической сердечной недостаточности. Кардиология. 2019;59(1):84–92.

Резюме

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) представляет собой важнейшую проблему здравоохранения из-за высокой распространенности и летальности. Не поддающиеся лечению симптомы на терминальной стадии заболевания, потребность в общении и поддержке близкого окружения объединяют больных с ХСН и онкологическими заболеваниями, но, несмотря на это, крайне редко пациенты с ХСН получают специализированную паллиативную медицинскую помощь (ПМП). В обзорной статье рассматриваются необходимость и возможные пути оказания ПМП пациентам с ХСН и их близкому окружению. Обсуждаются варианты течения ХСН в терминальной фазе, понятие «должного ухода» в конце жизни и концепции разных специалистов по оказанию ПМП при данной патологии с учетом предпочтений пациентов.

Larina V. N., Chukaeva I. I., Larin V. G.

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

CURRENT TRENDS AND POSSIBILITIES OF PROVIDING MEDICAL PALLIATIVE CARE IN CHRONIC HEART FAILURE

Keywords: chronic heart failure; palliative care; end-of-life care.

For citation: Larina V.N., Chukaeva I.I., Larin V.G. Current Trends and Possibilities of Providing Medical Palliative Care in Chronic Heart Failure. Kardiologiia. 2019;59(1):84–92.

SUMMARY

Chronic heart failure (CHF) is an important healthcare problem because of high prevalence, morbidity and mortality rates. Treatment resistant symptoms, need for communication and support, unite patients with CHF and oncological diseases but despite that CHF patients rarely receive specialized palliative care (SPC). This review is devoted to the need and possible ways of providing SPC to patients with CHF and their families. We discuss here variants of CHF course in terminal phase, the term end of life appropriate care, various specialists' concepts of SPC delivering to CHF patients in accordance with their preferences.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [1], в 2011 г. более 29 млн человек в мире умерли от заболеваний, при которых была необходима паллиативная поддержка, а число людей, нуждавшихся в конце жизни в этом виде помощи, достигло 20,4 млн. Из них 94% были взрослые люди, из которых 25% составили лица в возрасте от 15 до 59 лет, 69% – в возрасте 60 лет и старше. Изменение демографических показателей, увеличение продолжительности жизни и снижение показателей здоровья с возрастом способствуют увеличению числа пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи (ПМП). Удовлетворение потребностей таких пациентов и их близкого окружения является серьезной проблемой для общественного здравоох-

ранения и свидетельствует о необходимости проведения ПМП, а также улучшения информирования врачей и среднего медицинского персонала об этой специальности (табл. 1) $\lceil 2 \rceil$.

Таблица 1. Характеристика лиц, умерших в 1900 и в 2000 гг.

1900 r.	2000 г.
Средний возраст	
46 лет	78 лет
3 ведущие причины смерти	
Инфекционные болезни	Онкологические заболевания
Несчастные случаи	Мультиорганная патология
Смерть при родах	Старческая астения/деменция
Инвалидность, предшествующая смерти	
Практически не было	В течение 2–4 лет



В 1990 г. экспертами ВОЗ принято решение об организации ПМП как отдельной клинической дисциплины и о широком ее внедрении в систему здравоохранения.

ПМП определяется как «подход, позволяющий улучшить качество жизни (КЖ) пациентов (детей и взрослых) и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасным для жизни заболеванием, путем предотвращения и облегчения страданий за счет раннего выявления, тщательной оценки и лечения боли и других изнуряющих симптомов, а также оказания психосоциальной и духовной поддержки. Предоставление ПМП основано на принципе уважения к решениям пациентов и направлено на оказание практической поддержки членам их семей, в частности, по преодолению горя в связи с утратой близкого человека как на всем протяжении болезни, так и в случае смерти пациента» [3].

Основными принципами ПМП являются следующие [4,5]:

- облегчение состояния пациента при выраженном болевом синдроме;
- утверждение жизни и отношения к смерти как к естественному закономерному процессу;
- продление или сокращение срока жизни не является целью;
- объединение психологических и духовных аспектов ухода за пациентом;
- обеспечение пациенту возможности прожить последние дни как можно более активно;
- поддержка семьи пациента во время его тяжелой болезни и психологическая поддержка в период тяжелой утраты;
- комплексный подход силами междисциплинарной команды специалистов с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи, в том числе и в случае необходимости организация ритуальных услуг;
- повышение КЖ пациента;
- применение на ранних этапах заболевания в сочетании с другими методами лечения, направленными на продление жизни.

ПМП многие годы ассоциируется с поддержкой людей, страдающих от неизлечимых злокачественных новообразований [6], но в последние годы принципы оказания этого вида помощи начали распространять и на другие длительно протекающие прогрессирующие заболевания (рис. 1).

Необходимость оказания паллиативной медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью (XCH)

Происходящие в мире демографические изменения сопровождаются постарением населения и значительным увеличением распространенности неинфекцион-



Рис. 1. Группы пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи.

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека. СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита; ХПН – хроническая почечная недостаточность.

ных заболеваний, в первую очередь болезней системы кровообращения, обусловливающих 31,5% всех смертей в мире [7]. Согласно эпидемиологическому исследованию 2016 г., в европейских странах более 4 млн человек умирают от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), что составляет 45% от всех случаев летального исхода, при этом ³/₄ смертей происходит у лиц в возрасте 75 лет и старше [8]. Помимо этого, в 12 странах Европейского региона ежегодная смертность от онкологических заболеваний превалирует над сердечно-сосудистой смертностью, несмотря на то, что на долю рака отводится менее 50% случаев, чем от ССЗ в целом.

Анализ распределения взрослого населения, нуждающегося в оказании ПМП ($n=19\,228\,760$) в конце жизни, показал преобладание у них ССЗ (38,4%), на втором месте оказались онкологические заболевания (34,01%), на третьем – хроническая обструктивная болезнь легких (рис. 2, адаптировано по [1]).

ХСН представляет собой одну из проблем здравоохранения во многих странах из-за высокой распространенности и неблагоприятного прогноза, что обусловлено совершенствованием методов лечения больных с ССЗ и постарением населения. К сожалению, ведение пациентов с ХСН не всегда совершенно и нередко не соответствует клиническим рекомендациям [9]. Выживаемость больных с ХСН остается крайне низкой, составляя около 50 и 10% в течение 5 и 10 лет соответственно [10]. В Российской Федерации среди пациентов с ХСН I–IV функционального класса (ФК) средняя смертность в течение года составляет 6% [11], а после госпитализации в связи с декомпенсацией сер-

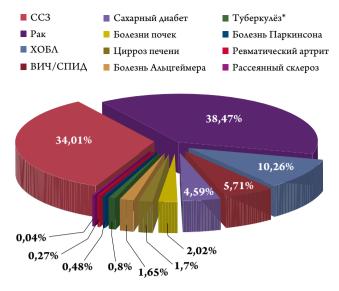


Рис. 2. Распределение взрослого населения (в %), нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи в конце жизни, в зависимости от заболеваний.

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; ${\rm XOБ\Lambda}$ – хроническая обструктивная болезнь легких; ${\rm BИЧ}$ – вирус иммунодефицита человека; ${\rm СПИ\Delta}$ – синдром приобретенного иммунодефицита; * – резистентный к лечению туберкулез.

дечной деятельности в течение года умирают 25,1% пациентов [12].

В настоящее время сложно определить необходимый объем оказания ПМП при тяжелой ХСН в нашей стране, что обусловлено как текущим становлением системы ПМП, так и отсутствием регистра больных с тяжелой ХСН и их патронажа.

Аспекты ухода за больными с ХСН и больными с онкологическими заболеваниями имеют некоторые отличия, однако не поддающиеся лечению симптомы на терминальной стадии заболевания, потребность в общении и в поддержке близкого окружения объединяют эти категории больных, но, несмотря на это, лишь до 5% лиц с ХСН получают специализированную ПМП [13–15].

Течение ХСН в терминальной фазе

Течение ХСН уникально в каждом случае и характеризуется периодически возникающими обострениями, которые проявляются внезапным или постепенным усилением клинических симптомов и/или признаков и ухудшением функции сердца.

В настоящее время в литературе не существует точного определения терминальной фазы жизни человека. В связи с этим многими авторами используется определение Национального института здоровья (США), согласно которому это «фаза, в которой кто-то страдает от тяжелого инкурабельного заболевания и/или в ней находится «хрупкий» пожилой человек, нуждающийся в помощи» [16].

Исследования, описывающие последние месяцы и дни жизни пациентов с тяжелой ХСН, сообщают, что большинство из них страдают от чувства нехватки воздуха, персистирующего кашля, ограничения физической нагрузки, боли, диспепсии, бессонницы, разной степени выраженности когнитивного дефицита вплоть до развития деменции, особенно у лиц старшего возраста [17].

Согласно данным J.P. Riley и J.M. Beattie, наиболее частыми симптомами, ассоциированными с XCH в терминальной стадии, оказались одышка (у 55–95% пациентов) и слабость (у 63–93% пациентов). Реже встречались такие симптомы, как запор (у 25–30% пациентов) и сухость во рту (у 35–74% пациентов). Авторы отмечают тесную связь перечисленных симптомов с общим истощением организма. При госпитализации этих пациентов коррекция перечисленных симптомов практически не приносила облегчения: у 35% пациентов сохранялась боль, у 31% – запор, у 24% – одышка, у 24% – тошнота [18].

Практически все пациенты с ХСН отмечают постоянство, интенсивность и тесную связь симптомов (одышка, слабость, сухость во рту, сонливость) с общим физическим недомоганием. В исследовании S. Goodlin и соавт. среди 347 амбулаторных пациентов с терминальной стадией ХСН 84,4% испытывали боль, из них 39,5% жаловались на ее локализацию в разных местах, но чаще в коленях (32,3%), а также усиление боли (в 70% случаев) при движении [19]. «Сильная» и «очень сильная» боль беспокоила 28,6% пациентов с загрудинной болью и 38,9% - с болью другой локализации. Только опиоидные анальгетики, которые были назначены 34,1% пациентов, уменьшали боль (р=0,001). Предикторами возникновения боли оказались дегенеративные заболевания суставов (отношение шансов – ОШ 14,95 при 95% доверительном интервале – ΔU от 3,9 до 56; p<0,001), другие артриты (ОШ 2,8 при 95% ДИ от 1,2 до 6,62; p=0,017), одышка (ОШ 3,27 при 95% ДИ от 1,47 до 7,28; p=0,004) и стенокардия напряжения (ОШ 3,38 при 95% ДИ от 1,30 до 8,81; р=0,013).

Пациентов беспокоит не только физический, но и психологический дискомфорт: эмоциональный стресс, плохое настроение, тревожность. Следует признать, что грусть и волнение пациентов о влиянии заболевания на самочувствие являются ожидаемыми и их следует отличать от депрессии. Депрессия встречается у каждого третьего пациента, а ее клинические проявления имеют много общего с тяжелой ХСН: слабость, быстрая утомляемость, бессонница, потеря аппетита, утрата интереса к жизни, чувство ненужности. Типичными симптомами ХСН являются усталость и сниженная физическая активность, а депрессия является предиктором усталости, возникающей как вследствие физической нагрузки, так и без нее [20, 21].



Зачастую как у пациентов с терминальной фазой заболевания и их близкого окружения, так и у лиц, осуществляющих уход, недостаточно знаний и понимания основных симптомов ХСН, как бороться с ними, а также, как развивается заболевание [22].

Данные недавнего перекрестного анализа когортного исследования с участием 104 пациентов с ХСН II–III ФК в возрасте от 21 до 84 лет (в среднем 53 года) показали, что 76,5% пациентов обсуждали с лечащим врачом перспективы заболевания и прогноз жизни (68%); 46,5% пациентов поднимали вопрос о предварительной разработке плана ведения и лечения. Большинство пациентов, с которыми не обсуждали перспективы течения болезни, отметили, что они хотели бы знать, что их ожидает в будущем; 74,8% пациентов скрывали свои душевные переживания, и из них 85,7% отказались сообщать об этом врачу. Пациенты, которые поднимали вопрос о перспективах заболевания, были моложе (50,3 года против 59,2 года; p=0,007). Мужчины чаще, чем женщины, обсуждали с врачом течение ХСН (83,6% против 62,9%; p=0,002), прогноз <math>(78,5% против 48,6%; р=0,002) и планирование дальнейшей тактики ведения (56,1% против 28,6%; p=0,01). Желание или нежелание обсуждать с врачом перспективы заболевания и прогноза не ассоциировались с КЖ, числом лет жизни с ХСН или госпитализациями [23].

Для врачей важно знать не только предполагаемую продолжительность жизни пациента, но и возможные варианты течения и исхода заболевания для своевременного принятия мер по медико-социальной поддержке пациента в конце жизни.

Согласно данным S. Goodlin и соавт., терминальная фаза нередко определяется выраженностью симптомов сопутствующих заболеваний, побочными эффектами терапии, психологическими и социальными последствиями, связанными с наличием хронического прогрессирующего заболевания. Большинство пациентов с ХСН умирают от внесердечных причин, обусловленных мультиорганной патологией, а декомпенсация сердечной деятельности не всегда является ведущей причиной смерти. В связи с этим принципиальное значение имеет разработка верного подхода к ведению пациентов в этой фазе течения заболевания [19].

С целью разработки индивидуальных подходов к ведению пациентов в структуре ПМП учитываются разные варианты течения заболеваний [1, 24]. Так, при онкологическом заболевании выделяют период относительной стабилизации функций, который в дальнейшем сопровождается быстрым их ухудшением. При мультиорганной патологии, что характерно для больных с терминальной фазой ХСН, типичны периоды острой декомпенсации, требующие госпита-

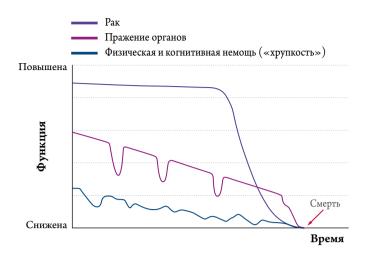


Рис. 3. Три основных варианта ухудшения состояния пациента в конце жизни с разными заболеваниями.

лизаций, и, как правило, при этом не наблюдается восстановления прежних функций. Смерть может наступить в любом из периодов декомпенсации или возможна внезапная смерть. Третий вариант характеризуется постепенным ухудшением функционального состояния пациента, что типично для лиц старческого возраста с гериатрическими синдромами, в частности, со старческой астенией и деменцией (рис. 3).

Следование клиническим рекомендациям, а также стратификация риска неблагоприятного прогноза при ХСН с применением клинических и лабораторных маркеров помогают выбрать оптимальную лечебную стратегию при ведении пациента. Разработано большое количество прогностических шкал, которые применяются как у пациентов с ХСН, ожидающих трансплантацию сердца [25], так и более широко [26]. К сожалению, шкалы имеют ряд ограничений, поскольку не могут учитывать все необходимые параметры и влияние других заболеваний на прогноз ХСН. Поэтому комплексный подход к пациенту, клиническое мышление, опыт и знание симптомов всегда помогают врачу прогнозировать развитие необратимых процессов декомпенсации ХСН.

Несмотря на этот очевидный факт, остается неясным, на каком этапе заболевания пациенту потребуется оказание ПМП.

Концепция по оказанию ПМП больным с ХСН

В 2009 г. по инициативе рабочей группы Ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов (ЕОК) была разработана концепция по оказанию ПМП больным с ХСН [27]. В рекомендациях ЕОК по лечению больных с ХСН (2016) поддержана эта инициатива, основная идея которой заключается в удовлетворении нужд пациента, получающего лечение дома или в условиях стационара [28].



Таблица 2. Характеристика этапов течения прогрессирующей сердечной недостаточности

I этап. Управление течением ХСН (I-III ФК по классификации NYHA)

Цель ухода включает активное наблюдение за пациентом, подбор эффективной терапии в соответствии с рекомендациями экспертов для продления жизни, контроль симптомов, обучение как пациента, так и лица, осуществляющего уход, помощь в самообслуживании.

Пациентов информируют об их состоянии, включая диагноз, этиологию и прогноз заболевания.

II этап. Поддерживающая и паллиативная фазы ухода (III-IV ФК по классификации NYHA)

Целью данного этапа являются контроль симптомов и поддержание оптимального качества жизни.

Необходимо оценить прогноз и течение заболевания, разработать рекомендации по уходу за пациентом.

Целостная, междисциплинарная оценка потребностей пациента и лиц, осуществляющих уход, выступает на первый план.

Предвестниками данной фазы могут стать частые госпитализации.

Ключевым звеном данного этапа выступает специалист, координирующий оказание помощи пациенту

и контакт с лечащим врачом, со специалистами ПМП и др.

В случае ухудшения состояния в планах помощи необходимо учитывать

выход специалистов в нерабочие часы и дополнительно оказываемые услуги.

III этап. Уход в терминальную фазу

На этом этапе сохраняются клинические проявления терминальной фазы: почечная недостаточность, гипотония, постоянные отеки, усталость, анорексия, несмотря на максимально эффективную лекарственную терапию.

Оформляется документация по реанимационному статусу пациента, информируются все специалисты, осуществляющие уход.

В план ухода должен быть введен комплексный уход за умирающим.

Оказывается усиленная психологическая поддержка родным пациента, в том числе и во время тяжелой утраты.

ФК – функциональный класс; ПМП – паллиативная медицинская помощь.

Эксперты ЕОК полагают, что повторные эпизоды декомпенсации сердечной деятельности в течение 6 мес, несмотря на постоянную и оптимально подобранную терапию; появление угрожающих жизни аритмий; частые или постоянные внутривенные инфузии лекарственных препаратов; прогрессирующее снижение КЖ; некупируемые клинические симптомы, соответствующие IV ФК ХСН по классификации NYHA, и признаки сердечной кахексии, можно рассматривать в качестве показаний к оказанию ПМП [28].

На основании перечисленных особенностей и развивающейся доступности данного вида помощи предложен алгоритм ведения больных с ХСН с учетом особенностей разных этапов [29] (табл. 2).

Общий паллиативный медицинский уход всегда универсален и должен быть доступен пациентам, нуждающимся во всестороннем, комплексном лечении на всех этапах развития заболевания. Переход от этапа управления и контроля к этапу ухода в терминальную стадию может включать эпизоды декомпенсации, что является особенностью, отличающей уход при ХСН от ухода за пациентами с онкологическими заболеваниями. Для решения вопроса об оказании ПМП при ХСН предложено разрабатывать план по уходу с учетом предпочтений пациента и его близкого окружения [30]. Лицо, осуществляющее уход, вместе со специалистами должно обеспечить оптимальную фармакологическую поддержку, оказать помощь в самообслуживании, организовать доступ к вспомогательным сервисам и услугам. Пациенту необходима частая оценка его психологических, физических и духовных потребностей. Важно своевременно выявлять и лечить сопутствующую патологию и гериатрические синдромы, особенно у лиц старшего возраста. После подтверждения наступления терминальной фазы ХСН необходимо составить и согласовать план ухода за пациентом в конце его жизни, включающий предотвращение обстоятельств, которые могут мешать пациенту спокойно уйти из жизни. В процессе течения заболевания должны быть рассмотрены все современные программы фармакологического и нефармакологического лечения, а также необходимо выяснить предпочтения пациента о реанимационных мероприятиях [29, 31].

Важно помнить, что меры, направленные на облегчение симптомов, должны корректировать не только физиологические и психологические проблемы, но и социальные и духовные нужды пациентов. Духовная гармония является важной определяющей состояния пациентов с ХСН, а усиление чувства душевного благополучия может уменьшить выраженность депрессии/тревожности и тем самым улучшить КЖ. У пациентов с ХСН мысли о смерти возникают достаточно часто, как во время декомпенсации, так и во время стабильной фазы заболевания. Некоторые пациенты чувствуют себя некомфортно при обсуждении или разговорах об их смерти, но тактичный подход врачей с хорошими навыками общения может оказаться полезным для начала обсуждения прогноза в условиях поздней стадии заболевания, хотя данный аспект ПМП неоднозначен и требует дальнейшего обсуждения [1]. Помощь специалистов паллиативной медицины и по этике также необходима для пациента и его близкого окружения [32].

В настоящее время не существует однозначного определения понятия «должный уход» в конце жизни.



С точки зрения системы здравоохранения, должный уход в терминальной стадии заболевания направлен на достижение оптимально возможного КЖ пациента с учетом его предпочтений и базируется на достижениях доказательной медицины. Поскольку потребности пациента являются важным аспектом должного ухода, пока неясно, что подразумевают сами пациенты под этим понятием. Исследований с участием таких пациентов и их родственников недостаточно, а существующие данные свидетельствуют, что пациенты с онкологическими заболеваниями или другими заболеваниями в терминальной стадии их развития имеют схожие проблемы в конце жизни. Означает ли это, что и должный уход в конце жизни также одинаков при разных заболеваниях? Е. Bolt и соавт. в исследовании с участием 592 человек – 45 (8%) пациентов в терминальной фазе жизни и 547 (92%) родственников – показали, что потребность в уходе и его высоком качестве как со стороны пациентов, так и родственников одинакова, несмотря на то что каждый человек имеет свои особые предпочтения в конце жизни | 33 |. При характеристике «должного ухода» авторы исходили из принципа: «хороший уход – это должный уход. Ни больше, ни меньше. Уход, который идет параллельно с потребностями и предпочтениями пациента».

Поскольку большинство пациентов с терминальной стадией XCH имеют множественную сопутствующую патологию, которая может препятствовать своевременному оказанию ПМП до тех пор, пока пациент не оказывается в состоянии, близком к смерти, необходима стратегия, направленная на ее лечение. Правильно спланированные контролируемые клинические исследования могут помочь в разработке тактики ведения пациентов с XCH в рамках ПМП.

ПМП может быть применима и на более ранних стадиях ХСН, одновременно с базисной терапией, направленной на улучшение качества и прогноза жизни. ПМП актуальна и у лиц более молодого возраста при подготовке их к операции по пересадке сердца или находящихся на аппарате искусственного кровообращения.

Специалисты Американской ассоциации сердца рекомендуют оказание ПМП всем пациентов с клинически выраженными симптомами ХСН с целью улучшения КЖ. Этот вид помощи включен в перечень мероприятий по ведению пациента при его выписке после госпитализации, что соответствует классу рекомендаций 1, уровню доказательности В [34].

Согласно Г.А. Новикову и соавт. [35], показаниями, которые предложено рассматривать в качестве критериев оказания ПМП при ХСН, являются следующие:

• XCH III–V ФК по классификации NYHA как со сниженной, так и с сохраненной фракцией выброса левого

- желудочка на фоне постинфарктного кардиосклероза, врожденных и приобретенных пороков сердца, кардиомиопатий;
- необходимость в динамическом наблюдении и коррекции терапии перед планируемыми кардиохирургическими вмешательствами (аортокоронарное шунтирование, протезирование клапанов) и в раннем послеоперационном периоде; у пациентов, находящихся в листе ожидания трансплантации сердца (коррекция симптомов ХСН, нарушений ритма сердца, сопутствующей патологии);
- наличие неконтролируемой сопутствующей патологии ССЗ и тяжелая патология бронхолегочной системы, эндокринные, гастроэнтерологические расстройства;
- наличие мультифокального атеросклероза, подтвержденного атеросклероза коронарных артерий и невозможность проведения реваскуляризации с критической ишемией органов и функциональными нарушениями.

Применение мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов с XCH позволит значительно улучшить их клиническое состояние, КЖ и сократить затраты на лечение [36].

Таким образом, ключевыми компонентами оказания ПМП пациентам с ХСН должны быть постоянный контроль за их клиническим состоянием, устранение симптомов ХСН и сопутствующих заболеваний; максимально возможное улучшение или поддержание на прежнем уровне КЖ пациента и его семьи; оказание пациенту и его семье психологической и духовной поддержки в соответствии с необходимыми нуждами на стадии заболевания, когда специфическое лечение уже невозможно; разработка плана ухода за пациентом с учетом его предпочтений о месте смерти и проведении реанимационных мероприятий.

Пути интеграции помощи больным с ХСН

Европейское общество медицинской онкологии (ESMO) и Американское общество клинической онкологии (ASCO) создали рабочие группы по паллиативному лечению больных раком и разработали основные рекомендации. Группа ПМП ASCO сошлась во мнении, что паллиативный уход за пациентами с онкологическими заболеваниями является результатом интеграции основных принципов ПМП на всем протяжении болезни и не должен ограничиваться лишь терминальной фазой. Протоколы, разработанные для ухода за онкологическими пациентами, требуют дальнейших доработок, чтобы гарантировать возможность применения их при терминальной стадии ХСН.

Эффективность и безопасность ПМП больным с ХСН подтверждена в недавнем систематическом обзоре и метаанализе 7 рандомизированных клинических исследований, основным критерием эффективности в которых являлась



смертность. По сравнению с обычным ведением паллиативный уход способствовал улучшению КЖ (ОШ 1,46 при 95% ДИ от 0,12 до 2,79; p=0,03) и снижению выраженности депрессии (ОШ -0,62 при 95% ДИ от -0,99 до -0,25; p=0,03), однако не наблюдалось снижения смертности (ОШ 1,28 при 95% ДИ от 0,86 до 1,92; p=0,22) и частоты госпитализаций (ОШ 0,84 при 95% ДИ от 0,66 до 1,07; p=0,16) [37].

В 2017 г. опубликованы результаты одноцентрового рандомизированного клинического исследования, в котором оценивалось влияние мультидисциплинарного паллиативного подхода на прогноз жизни пациентов с терминальной стадией ХСН. Обычную помощь получали 75 пациентов и такому же количеству пациентов дополнительно оказывался паллиативный медицинский уход. Пациенты, рандомизированные в группу ПМП, через 6 мес наблюдения отметили значительное улучшение КЖ как по Канзасскому опроснику (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire; 95% ΔΙΙ от 0,94 до 18,05 для КЖ; p=0,030), так и по опроснику FACIT - Pal (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Palliative Care scale при 95% ДИ от 0,84 до 22,71 для КЖ; p=0,035). Кроме того, снизилась выраженность депрессии (р=0,020) и тревожности (р=0,045), а также усилилось чувство душевного благополучия (р=0,027). Однако авторы не выявили различий по частоте госпитализаций и уровню смертности при сравнении двух групп пациентов [38]. Комментируя результаты данного исследования, E. Adler и N. Wettersten обращают внимание, что улучшение КЖ и духовного состояния более значимо для пациентов, чем продление жизни в этот период болезни [39].

Оказание специализированной ПМП требует мультипрофессиональной команды специалистов, которые в процессе работы взаимодействуют друг с другом, обеспечивая междисциплинарный подход, адаптированный к культурным, социальным и экономическим условиям [4, 35, 40].

Существует несколько моделей оказания ПМП при ХСН, которые применимы как в стационарных, так и в амбулаторных условиях [27]. В модели, в которой междисциплинарный подход играет ключевую роль, ПМП оказывается врачом общей практики, кардиологом, средним медицинским персоналом, специалистами ПМП или другими специалистами, по мере необходимости. Консультации по ПМП организуются как для госпитализированных, так и амбулаторных пациентов, несмотря на то что специалисты по паллиативному уходу могут работать на базе больниц или хосписов. Для таких пациентов важно организовать консультации специалистов в домашних условиях в знакомой обстановке с целью

коррекции терапии и предупреждения госпитализаций. Данная модель применяется в Великобритании и была финансирована Британским фондом сердца (British Heart Foundation).

Примером другой модели является организация мобильных бригад ПМП в Швейцарии, оказывающих поддержку пациентам и их семьям на дому. Специалисты ПМП берут на себя ответственность за оказание основного ухода за пациентом и членами его семьи, а специалисты по ХСН консультируют в вопросах, связанных с лечением непосредственно этого состояния. Службы ПМП могут быть организованы в стационарных отделениях больниц общего профиля, в независимых центрах хосписной помощи или в рамках общественных программ поддержки пациентов, получающих уход на дому с участием обученных медсестер, обеспечивающих базовый уход за пациентом и поддержку членам его семьи.

Принципиальным отличием этой модели является вовлечение в процесс специалистов по сердечной недостаточности, которые не занимаются оказанием собственно ПМП, а решают проблемы, связанные непосредственно с ХСН.

Общим для этих моделей является наличие многозвеньевой системы с участием команды врачей разных специальностей, в которой ведущим фактором выступают потребности пациента и его близкого окружения, а целью является достижение оптимально возможного уровня жизни лиц, нуждающихся в ПМП. Возможно, что слова леди Сесилии Сондерс, основательницы хосписа св. Христофора: «Посмотрите на других, что и как делают они, и подумайте, как применить это в ваших условиях. Здесь не нужно стремиться к единообразию», верно отражают подходы к организации ПМП.

В нашей стране наблюдается динамичное развитие этого вида медицинской помощи и создание сети кабинетов по оказанию паллиативной поддержки на базе лечебно-профилактических учреждений. В рамках этого масштабного проекта предстоит разработать алгоритмы ведения пациентов с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, включая ХСН, которые должны соответствовать международным и отечественным стандартам оказания своевременной ПМП и значительно снизить нагрузку на лечебные учреждения [41, 42].

Основные направления развития ПМП больным с тяжелой ХСН в нашей стране заключаются в разработке и осуществлении мер, направленных на включение этого вида помощи в процесс непрерывного оказания медицинских услуг пациентам паллиативного профиля с усиленным вниманием к оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях и на дому; в определении и разработке критериев перехода пациентов с ХСН в категорию нуждающихся в оказании ПМП и, возможно, в пересмотре



критериев тяжести ХСН как показаний к оказанию ПМП [35, 43–46].

Соответствующие разделы в национальных рекомендациях помогут информировать врачей, особенно первичного этапа здравоохранения, о месте кардиологической ПМП в современной медицине и своевременности ее оказания.

Таким образом, применение ПМП вполне возможно при работе с пациентами, страдающими ХСН, и является особенно актуальным при прогрессировании заболевания. Данный подход направлен на достижение оптимально возможного КЖ пациентов и их семей, столкнувшихся с тяжелейшей симптоматикой ХСН.

Раннее выявление и лечение физических и психологических симптомов, своевременное решение социальных и духовных потребностей могут облегчить страдания пациента. Качественная ПМП должна быть интегрирована в рамках коллективного подхода в оказании комплексной помощи пациентам и не должна применяться только для пациентов, которые могут умереть в ближайшие несколько дней или недель. Индивидуальные особенности пациента, возраст и семейные вопросы являются приоритетными при разработке плана ведения в терминальной стадии заболевания.

Конфликт интересов у всех авторов отсутствует.

Information about the author:

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Larina Vera N. - MD, professor.

E-mail: larinav@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- World Health Organisation. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. World health Organisation 2014.
- Murray S., Sheikh A. Palliative care beyond cancer: care for all at the end of life. BMJ 2008;336:958–959. DOI: 10.1136/ bmj.39535.491238.94
- 3. Worldwide palliative care alliance (WPCA); World Health Organization 2015. http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdg; World Health Organisation. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. World health Organisation 2014
- 4. Palliative care by the adult and to children: organization and vocational education. Collection of documents of WHO and EAPP. М.: R. Valent 2014;180 р. Russian (Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. М.: Р. Валент 2014;180 с.).
- 5. Gamondi C., Larkin P., Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education. Eur J Palliative Care 2013;20(2):86–89.
- Nordgren L., Olsson H. Palliative care in a coronary care unit: a qualitative study of physicians' and nurses' perceptions. J Clin Nurs 2004;13(2):185–193. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.00816.x
- 7. Naghavi M., Wang H., Lozano R. et al. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990—2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2015;385:117–171. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61682-2.
- 8. Townsend N., Wilson L., Bhatnagar P. et al. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. Eur Heart J 2016;37:3232–3245. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw334
- Komajda M., Cowie M., Tavazzi L. et al. on behalf of the QUALIFY Investigators. Physicians' guideline adherence is associated with better prognosis in outpatients with heart failure with reduced ejection fraction: the QUALIFY international registry. Eur J Heart Failure 2017;19(11):1414–1423; DOI:10.1002/ejhf.887
- 10. Pazos-López P., Peteiro-Vázquez J., Carcía-Campos A. et al. The causes, consequences, and treatment of left or right heart failure. Vascular Health and Risk Management 2011;7:237–254. DOI: 10.2147/VHRM.S10669
- Mareev V. Yu., Fomin I. V., Ageev F. T. et al. Clinical recommendations. Chronic Heart Failure (CHF). Heart Failure 2017;18(1):3–

- 40. Russian (Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т. и др. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Журнал Сердечная Недостаточность 2017;18(1):3-40).
- 12. Polyakov D. S., Fomin I. V., Valikulova F. Yu. et al. EPOHA-HSN epidemiological program: a decompensation of chronic heart failure in real clinical practice (EPOHA-D-HSN). Heart failure 2016;17(5):299–305. DOI: 10.18087/rhfj.2016.5.2239. Russian (Поляков Д. С., Фомин И. В., Валикулова Ф. Ю. и др. Эпидемиологическая программа ЭПОХА-ХСН: декомпенсация хронической сердечной недостаточности в реальной клинической практике (ЭПОХА-Д-ХСН). Журнал Сердечная Недостаточность 2016;17(5):299–305. DOI: 10.18087/rhfj.2016.5.2239).
- Bekelman D., Hutt E., Masoudi F. et al. Defining the role of palliative care in older adults with heart failure. Int J Cardiol 2008;125:183– 190.DOI: 10.1016/j.ijcard.2007.10.005
- 14. Adler E., Goldfinger J., Kalman J. et al. Palliative care in the treatment of advanced heart failure. Circulation 2009;120:2597–606. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.869123
- 15. Blinderman C., Homel P., Billings A. et al. Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. J Pain Symptom Manage 2008;35:594–603. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2007.06.007
- 16. National Institutes of Health. National institutes of health state-of-the science conference statement of improving end-of-life care, 2004. Online source. http://consensus.nih.gov/2004/2004End OfLifeCareSOS024html.htm. Accessed 28 Aug 2017.
- 17. Ward C. The need for palliative care in the management of heart failure. Heart 2002;87:294–298.
- 18. Riley J., Beattie J. Palliative care in heart failure: facts and numbers. ESC Heart Failure 2017;4:81–87. DOI: 10.1002/ehf2.12125
- 19. Goodlin S., Wingate S., Albert N. et al. PAIN-HF Investigators. Investigating pain in heart failure patients: the pain assessment, incidence, and nature in heart failure (PAIN-HF) study. J Card Fail 2012;18(10):776–783. DOI: 10.1016/j.cardfail.2012.07.007
- 20. Smith O., Michielsen H., Pelle A. et al. Symptoms of fatigue in chronic heart failure patients: Clinical and psychological predictors. Eur J of Heart Fail 2007;9:922-927. DOI: 10.1016/j. ejheart.2007.05.016



- Jiang W., Kuchibhatla M., Clary G. et al. Relationship between depressive symptoms and long-term mortality in patients with heart failure. Am Heart J 2007;154:102–108. DOI: 10.1016/j.ahj.2007.03.043
- 22. Boyd K., Murray S., Kendall M. et al. Living with advanced heart failure: a prospective, community based study of patients and their carers. Eur J Heart Fail 2004;6(5):585–591. DOI: 10.1016/j. ejheart.2003.11.018
- 23. Gordon N., O'Riordan D., Dracup K. et al. Let Us Talk About It: Heart Failure Patients' Preferences Toward Discussions about Prognosis, Advance Care Planning, and Spiritual Support. J Palliative Medicine 2017;1(20):79–83. DOI: 10.1089/jpm.2016.0097
- 24. Lunney J., Lynn J., Foley D. et al. Patterns of functional decline at the end of life. JAMA 2003;289(18):2387–2392. DOI: 10.1001/ jama.289.18.2387
- 25. Koelling T., Joseph S., Aaronson K. Heart failure survival score continues to predict clinical outcomes in patients with heart failure receiving beta-blockers. J Heart Lung Transplant 2004;23:1414– 1422. DOI: 10.1016/j.healun.2003.10.002
- 26. Levy W., Mozaffarian D., Linker D. et al. The Seattle Heart Failure Model: prediction of svival in heart failure. Circulation 2006;113:1424– 1433. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.584102
- 27. Jaarsma T., Beattie J., Ryder M. et al. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail 2009;1 (5):433–443. DOI: 10.1093/eurjhf/hfp041
- 28. Ponikowski P., Voors A., Anker S. et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2016;69:1167. DOI:10.1093/eurheartj/ehw128
- 29. Howlett J., Morrin L., Fortin M. et al. End-of-life planning in heart failure: It should be the end of the beginning. The Canadian Journal of Cardiology 2010;26(3):135–141.
- 30. Denvir M., Highet G., Robertson S. et al. Future Care Planning for patients approaching end-of-life with advanced heart disease: an interview study with patients, carers and healthcare professionals exploring the content, rationale and design of a randomised clinical trial. BMJ Open 2014;4(7):e005021. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-005021
- 31. Westlake C., Smith V. Nursing concerns with palliative care and at the end-of-life in patients with heart failure. Nursing: Research and Reviews 2015;5:33–47. https://doi.org/10.2147/NRR.S45298
- 32. Willems D., Hak A., Visser F., Van der Wal G. Thoughts of patients with advanced heart failure on dying. Palliat Med 2004;18:564–572. doi.org/10.1191/0269216304pm9190a
- 33. Bolt E., Pasman R., Willems D., Onwuteaka-Philipsen B. Appropriate and inappropriate care in the last phase of life: an explorative study among patients and relatives. BMC Health Services Research 2016;16(1):655. DOI: 10.1186/s12913-016-1879-3
- 34. Yancy C., Jessup M., Bozkurt B. et al. American College of Cardiology Foundation; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. J Am Coll Cardiol 2013;62:e147–239. DOI: 10.1016/j. jacc.2013.05.019
- 35. Course of lectures on palliative medicine. Under G.A. Novikov's edition. Moscow 2017;368–384. Russian (Курс лекций по паллиативной медицине. Под ред. Г.А. Новикова. М., 2017;368–384).
- 36. Bekelman D., Allen L., McBrude C. et al. Effect of a Collaborative Care Intervention vs Usual Care on Health Status of Patients With Chronic Heart Failure The CASA Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. Published online February 26, 2018. doi:10.1001/ jamainternmed.2017.8667
- 37. Zhou K., Mao Y. Palliative care in heart failure: A meta-analysis of randomized controlled trials. Herz 2018 Feb 21. DOI: 10.1007/s00059-017-4677-8.

- 38. Rogers J., Patel C., Mentz R. et al. Palliative Care in Heart Failure: The PAL-HF Randomized, Controlled Clinical Trial. J Am Coll Cardiol 2017;70(3):342-343. DOI.org/10.1016/j. jacc.2017.05.030
- 39. Adler E., Wettersten N. Mending the soul when the heart is broken. J Am Coll Cardiol 2017;70(3):342–343. DOI: 10.1016/j. jacc.2017.05.058
- 40. Chow J., Senderodich H. It's Time to Talk: Challenges in Providing Integrated Palliative Care in Advanced Congestive Heart Failure. Curr Cardiol Rev 2018. Jan 23. doi: 10.2174/1573403X1466618 0123165203.
- 41. The order of the Ministry of Health of the Russian Federation of April 14, 2015 No. 187n "About the statement of the Order of rendering palliative medical care to adult population". Russian (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 г. № 187н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению"). https://www.rosminzdrav.ru/documents/9139-prikaz-ministerst-va-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-14-aprelya-2015-g-187n-ob-utverzhdenii-poryadka-okazaniya-palliativnoy-meditsin-skoy-pomoschi-vzroslomu-naseleniyu
- 42. The order of the Moscow Department of Healthcare of August 28 2017 N 605 "About the organization of rendering palliative medical care to adult population". Russian (Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 28 августа 2017 N 605 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»). https://www.mos.ru/upload/documents/files/4258/605.pdf
- 43. Novikov G.A., Sharafutdinov M.G., Rudoy S.V. et al. The prospects of development and integration of educational programs for palliative medical care in the Russian Federation. M.: "Palliative Medicine and Rehabilitation of Patients" Fund / Palliative medicine and rehabilitation 2014;2:5–8. Russian (Новиков Г.А., Шарафутдинов М.Г., Рудой С.В. и др. Перспективы развития и интеграция образовательных программ по паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации. М.: Фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных»/ Паллиативная медицина и реабилитация 2014;2:5–8).
- 44. Nesterenko O.I., Adasheva T.V., Novikov G.A., Zadionchenko V.S. Palliative medical care in cardiology the myth or reality? Palliative medicine and rehabilitation of 2016;2:5–108. Russian (Нестеренко О.И., Адашева Т.В., Новиков Г.А., Задионченко В.С. Паллиативная медицинская помощь в кардиологии миф или реальность? Паллиативная медицина и реабилитация 2016;2:5–10). https://elibrary.ru/item.asp?id=26193742
- 45. Kostenko V. A., Sitnikova M.Yu., Skorodumova E.A. et al. A new scale of assessment of the two-year forecast of survival for the patients hospitalized in a versatile hospital concerning sharp dekompensirovanny heart failure. Cardiology 2017;57(6):33–39. DOI: 10.18565/cardio.2017.6.33–39. Russian (Костенко В.А., Ситникова М.Ю., Скородумова Е.А. и др. Новая шкала оценки двухлетнего прогноза выживаемости для пациентов, госпитализированных в многопрофильный стационар по поводу острой декомпенсированной сердечной недостаточности. Кардиология 2017;57(6):33–39. DOI: 10.18565/cardio.2017.6.33-39).
- 46. Sitnikova M.Yu., Bortsova M.A., Galenko V.L. et al. Continuum stages for improvement of the forecast in different subgroups of sick HSN: from the organization of management and optimization of the program of physical rehabilitation to specification of risk factors, available to a research. Transmitting medicine 2015;2(5):62–72. Russian (Ситникова М.Ю., Борцова М.А., Галенко В.Л. и др. Этапы континуума для улучшения прогноза в разных подгруппах больных ХСН: от организации менеджмента и оптимизации программы физической реабилитации к уточнению доступных для исследования факторов риска. Трансляционная медицина 2015;2(5):62–72).

Поступила 21.01.18 (Received 21.01.18)