

**ПАЛІАТИВНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ СЕРЦЕВІЙ
НЕДОСТАТНОСТІ: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ**

Марченко Анастасія Сергіївна

асистент

Алхімов Сергій Юрійович,

Шипіцина Дар'я Олександрівна

Студенти

Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Анотація: Пацієнти з серцевою недостатністю та їхні сім'ї відчують стрес і страждання протягом періоду виникнення і лікування серцевої недостатності. Паліативна допомога – це міждисциплінарна послуга та загальний підхід до догляду, який покращує якість життя та полегшує страждання тих, хто живе з серйозною хворобою, незалежно від прогнозу. У цьому огляді ми проаналізуємо клінічні дослідження та дані, які є наявними на даний момент, щодо втручань і доцільності паліативної допомоги при серцевій недостатності.

Ключові слова: паліативна допомога, хоспіс, серцева недостатність, якість допомоги, якість життя.

Серцева недостатність (СН) є хронічним, прогресуючим і зрештою смертельним захворюванням. Незважаючи на досягнення в терапії СН, майже 40% пацієнтів помирають протягом року після їхньої першої госпіталізації [1]. Під час СН пацієнти зазвичай відчують виснажливі фізичні та емоційні симптоми, втрату незалежності та порушення соціальних ролей, що серйозно погіршує якість життя. Фізичні симптоми при прогресуючій серцевій недостатності, такі як біль, сильно турбують пацієнтів та осіб, які здійснюють догляд, проте залишаються недостатньо розпізнаними [2]. Крім того, лікування СН створює величезне фінансове та ресурсне навантаження на сім'ї, системи

охорони здоров'я та суспільство; прогнозується, що до 2030 року прямі медичні витрати при СН становитимуть понад 77 мільярдів доларів, що у 215% більше поточних витрат.

У цьому огляді ми описуємо потенційну роль паліативної допомоги у покращенні загального у пацієнтів із СН, описуємо типові моделі надання паліативної допомоги та існуючі докази кожної моделі, а також описуємо майбутні пріоритети досліджень у галузі паліативної допомоги та моделей клінічної практики при СН.

Пацієнти з СН часто мають широкий спектр симптомів, включаючи задишку, біль, тривогу, депресію, порушення сну та стомлюваність [3]. Існують різні рівні доказів на лікування симптомів. Часто ідеальним підходом до лікування симптомів є лікування основного стану СН (наприклад, полегшення задишки шляхом усунення навантаження рідиною); це яскравий приклад гармонії між традиційним лікуванням СН та паліативним підходом [4]. Однак багато симптомів зберігаються, незважаючи на оптимальне лікування хвороби. Наприклад, біль є звичайним явищем, але недостатньо розпізнається і, отже, недостатньо лікується. Так само депресія виникає приблизно в 1 з 5 пацієнтів з СН і пов'язана з погіршенням якості життя та підвищеною смертністю; проте рутинний скринінг депресії при СН проводиться рідко [5].

За оцінку та лікування соматичних симптомів та психосоціально-духовного дистресу при СН повинні нести відповідальність особи, які здійснюють постійний догляд за пацієнтами (тобто первинна допомога, лікарі-кардіологи, психіатрична служба) та громадська підтримка [6]. Проте, оцінка та лікування симптомів СН не повинні відкладатися доти, доки вони не стануть невиліковними; принципи паліативної допомоги повинні бути інтегровані в континуум лікування СН, дозволяючи лікарям-кардіологам та лікарям первинної ланки надавати первинну паліативну допомогу, полегшуючи симптоми до того, як вони стануть надмірно обтяжливими. Хоча роль фахівців із паліативної допомоги все ще визначається, якщо дистрес пацієнта зберігається і фахівці з паліативної допомоги доступні, слід розглянути

напрямок до фахівців [7].

Пацієнти з СН частіше звертаються за невідкладною допомогою протягом 30 днів до смерті, ніж пацієнти з онкологічними захворюваннями (відвідування невідкладної допомоги: 64% проти 39%, госпіталізації: 60% проти 45% та госпіталізації у відділення інтенсивної терапії: 19% проти 39%) [8]. Оскільки ризик смертності збільшується з кожною подальшою госпіталізацією, планування виписки зі стаціонару дає можливість обговорити, що найважливіше, що означає якість життя для пацієнта/сім'ї, і за яких обставин вони хотіли б і не хотіли б продовжувати життя препаратів [9]. Крім того, залежно від розпочатого лікування пацієнту може знадобитися додаткова допомога при виписці, наприклад, догляд вдома, фізіотерапія або кардіореабілітація. Крім того, багато сімей беруть безпосередню участь у догляді за пацієнтами. Таким чином, клініцисти повинні проводити скринінг на наявність навантаження та стресу у осіб, які здійснюють догляд, та допомагати, надаючи підтримку та консультуючи [10].

Незважаючи на високу захворюваність та смертність, використання хоспісів залишається низьким: близько однієї третини пацієнтів із СН отримують хоспіс у момент смерті [11]. Пацієнти з прогресуючою СН рідше звертаються до хоспісу, ніж пацієнти з онкологічними захворюваннями, і порівняно з пацієнтами з онкологічними захворюваннями пацієнти з СН частіше звертаються до хоспісу на пізніх стадіях хвороби (протягом трьох днів після смерті) [12]. Тим не менш, численні професійні спільноти кардіологів закликали до продовження і більш ранньої інтеграції хоспісної допомоги пацієнтам із прогресуючим захворюванням серця. Необхідна подальша підготовка, щоб допомогти лікарям первинної медико-санітарної допомоги та клініцистам з лікування СН виявити пацієнтів, які мають право на хоспіс, описати, що хоспісна допомога може забезпечити у різних умовах (наприклад, вдома, у стаціонарі та за місцем проживання), та при необхідності ввести хоспіс як рекомендацію з лікування [13]. Коли між пацієнтами та/або їхніми сім'ями або між клініцистами виникає конфлікт щодо рекомендації хоспісу,

спеціалізована паліативна допомога може допомогти у плануванні лікування в майбутньому.

Використовуючи нещодавно опублікований систематичний огляд рандомізованих клінічних випробувань втручань паліативної допомоги, ми провели вторинний аналіз досліджень, у яких або брали участь виключно пацієнти з СН, або повідомлялися результати окремо щодо груп захворювань.

Ми здійснили пошук у MEDLINE, EMBASE CINAHЛ та Кокранівській бібліотеці CENTRAL з моменту створення бази даних до січня 2023 р. Кожне дослідження оцінювалося щодо ризику систематичної помилки для суб'єктивних результатів (наприклад, результатів, про які повідомляють пацієнти) та об'єктивних результатів з використанням Кокранівського інструменту оцінки ризику систематичної помилки. Хоча цей пошук обмежений шістьма дослідженнями, слід зазначити, що вони продемонстрували потенційну користь паліативних втручань у пацієнтів із СН.

Шість клінічних випробувань паліативної допомоги відповідали критеріям включення. Хоча доказова база для паліативної допомоги при СН знаходиться в зародковому стані, є кілька послідовних доказів того, що паліативний підхід покращує різні наслідки, орієнтовані на пацієнта, включаючи тягар симптомів та якість життя [4]. Тим не менш, зрозуміло, що дослідження в галузі паліативної допомоги при СН все ще розвиваються, і через побоювання щодо ризику систематичної помилки у більшості включених випробувань висновки слід інтерпретувати з обережністю [5]. Тим не менш, недавні дані підтверджують думку про те, що довгострокова паліативна допомога, що надається одночасно із звичайним лікуванням СН, пов'язана з покращенням результатів, орієнтованих на пацієнта [7].

На сьогоднішній день обґрунтування паліативної допомоги при СН значною мірою ґрунтувалося на аналогії з перевагами, про які повідомлялося у дослідженнях паліативної допомоги в онкології [2]. Тим не менш, малоймовірно і недоцільно припускати, що схема паліативної допомоги, яка використовується в онкології, оптимальна для пацієнтів, які живуть із

хронічними незлоякісними захворюваннями, такими як СН[10]. Незважаючи на те, що рандомізованих досліджень паліативної допомоги при СН існує небагато, як ми показали, що ці випробування є важливою, але недосконалою відправною точкою для майбутніх досліджень.

Враховуючи зростаючу поширеність СН, інтеграція паліативної допомоги в лікування СН є можливістю вплинути на проблему охорони здоров'я, пов'язану з поганою якістю життя пацієнтів та осіб, які здійснюють догляд, а також оптимізувати надання допомоги. Крім того, дослідження та клінічне застосування паліативної допомоги при СН може використовуватись для пояснення ролі паліативної допомоги при інших хронічних незлоякісних захворюваннях.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Liu L, Eisen HJ. Epidemiology of heart failure and scope of the problem. *Cardiol Clin.* 2014;32:1–8.
2. Bekelman DB, Havranek EP, Becker DM, et al. Symptoms, depression, and quality of life in patients
3. Cain CJ, Wicks MN. Caregiver attributes as correlates of burden in family caregivers coping with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Family Nursing.* 2000;6:46–68.
5. Lemond L, Allen LA. Palliative care and hospice in advanced heart failure. *Prog Cardiovasc Dis.* 2011;54:168–78.
6. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care--creating a more sustainable model. *The New England journal of medicine.* 2013;368:1173–5.
7. Goodlin SJ. Palliative care in congestive heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2009;54:386–96.
8. Bekelman DB, Nowels CT, Allen LA, Shakar S, Kutner JS, Matlock DD. Outpatient palliative care for chronic heart failure: a case series. *Journal of palliative medicine.* 2011;14:815–21.
9. Nicholas Dionne-Odom J, Hooker SA, Bekelman D, et al. Family caregiving

for persons with heart failure at the intersection of heart failure and palliative care: a state-of-the-science review. *Heart Fail Rev.* 2017

10. Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, et al. Decision making in advanced heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2012;125:1928–52.

11. Fang JC, Ewald GA, Allen LA, et al. Advanced (stage D) heart failure: a statement from the Heart Failure Society of America Guidelines Committee. *Journal of cardiac failure.* 2015;21:519–34.

12. Lewin WH, Schaefer KG. Integrating palliative care into routine care of patients with heart failure: models for clinical collaboration. *Heart failure reviews.* 2017

13. McIlvennan CK, Allen LA. Palliative care in patients with heart failure.