ФГБОУ ВО МИНЗДРАВА РФ
РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МЕДИЦИНЫ

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Паллиативная медицинская помощь при ХСН: актуальность, задачи и проблемы

РАШИД Михаил Акрамович
к.м.н., доцент кафедры паллиативной медицины

Общероссийский медицинский конгресс
«Паллиативная медицина в здравоохранении Российской Федерации»
Москва 19-20 июня 2025 года

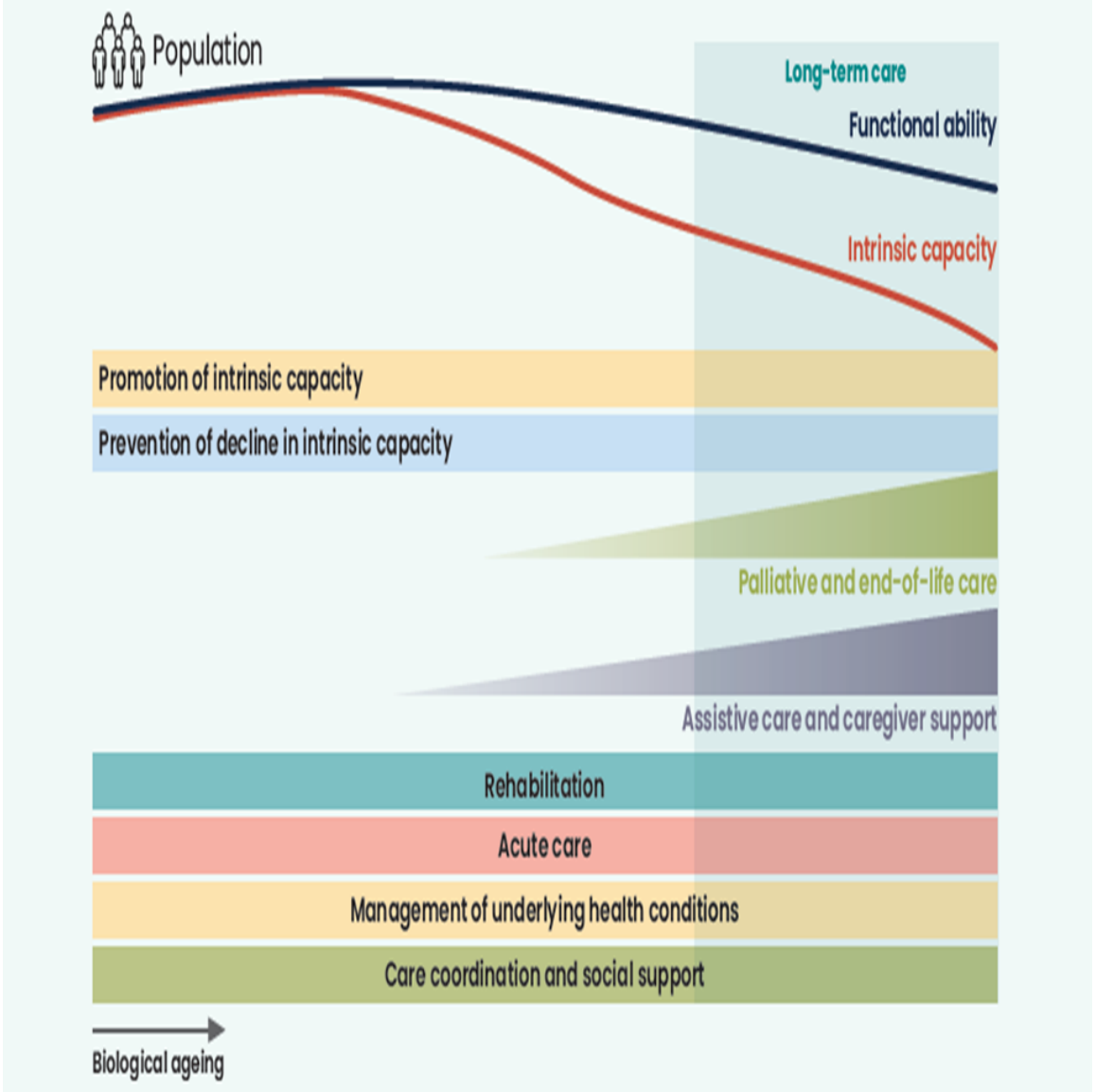
Ключевые проблемы современного здравоохранения

- ***Старение человеческой популяции*** на земном шаре и ***«омоложение» основных неинфекционных заболеваний*** привело к увеличению доли пациентов «длительно страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями».
- В реальной клинической практике в структуре ПМП ***преобладают пациенты*** с неонкологическими заболеваниями, для которых типичны: пожилой возраст, длительное течение основного заболевания, отсутствие четкой грани «активного» и «симптоматического» лечения, а также мультиморбидность и коморбидность.
- Приблизительно ***две трети людей***, достигших пожилого возраста, вероятно, в какой-то момент будут нуждаться в уходе и поддержке со стороны других для выполнения повседневных действий, таких как прием пищи, передвижение или купание. Такие потребности могут возникнуть внезапно, как следствие острой проблемы или события, а могут развиваться постепенно с течением времени.
- Независимо от причины, многие системы здравоохранения и социального обеспечения во всем мире в настоящее время ***не в состоянии предоставлять*** услуги долгосрочного ухода и поддержку пожилым людям, которые в этом нуждаются.

Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care. WHO 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240038844
The Global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

Актуальные задачи ПМП

- ❖ 2021-2030 – **Декада «здорового старения»** ООН
- ❖ В этой связи возможности ПМП существенно расширяются, а модели ее оказания претерпевают существенные, порой инновационные, изменения:
- ✓ ПМП начинается с момента выявления хронического заболевания, а не на его финальной стадии
- ✓ ПМП становится дополнением к основному лечению, а не его альтернативой в конце жизни пациента
- ✓ ПМП в ходе ее реализации учитывает интересы пациента, включая как медицинские, так и немедицинские аспекты (социальные, психологические, юридические и др.)



Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services. Geneva: WHO 2019

ХСН как проблема ПМП

- ***Финал*** всех кардиологических заболеваний
- ***Распространенность***_ХСН любого функционального класса в европейской части РФ составляет 7 % и ХСН III–IV функционального класса – 2,1 %. С 1998 года по 2014 год число больных с ХСН достоверно выросло от 4,9 % до 10,2 %, а с ХСН III–IV функционального класса – от 1,2 % до 4,1 %.
- ***Внезапный исход***. Практически половина (45 %) пациентов с ХСН погибает от внезапной сердечной смерти, смерть от инфаркта или инсульта встречается значительно реже (менее 2 %). Фактически в РФ за одну минуту погибает один пациент с сердечной недостаточностью.
- ***Высокая коморбидность***. У 60 % наблюдается ИБС, у 36 % – фибрилляция предсердий, у 34 % – сахарный диабет 2 типа, у 36 % – хроническая болезнь почек, у 43 % – инфаркт миокарда в анамнезе.

Бойцов С.А. О причинах развития хронической сердечной недостаточности. https://minzdrav.gov.ru/news/2020/07/29/14573-glavnyy-kardiolog-minzdrava-rossii-o-prichinah-razvitiya-hronicheskoy-serdechnoy-nedostatochnosti

Глобальное бремя ХСН

Распространенность	Заболеваемость	Смертность	Затраты
1-4% в популяциях взрослого населения	1-20 на 1000 человек	Остается стабильно высокой	Ежегодно около 10% бюджета здравоохранения
Динамика в целом ↑	Динамика в целом ↔	• 1 месяц - 2-3% • 1 год – 15-30% • 3 года – 30-50% • 5 лет – 50-75%	Увеличение в связи со старением популяции
Динамика ХСН с низкой ФВ ↔	Динамика ХСН с низкой ФВ ↓	Связанная с ССЗ ↓	***Драйверы роста:***
Динамика ХСН с сохранной ФВ ↑	Динамика ХСН с сохранной ФВ ↕	Не связанная с ССЗ ↑	• Прямые затраты (70%) • Коморбидность • Инвазивные вмешательства • Госпитализации

Cardiovasc Res, cvac013, https://doi.org/10.1093/cvr/cvac013

Препятствия к оказанию ПМП при ХСН

- Малая осведомленность лиц, определяющих политику, медицинских работников и общественности о том, что такое паллиативная помощь и какие преимущества она может предложить пациентам и системам здравоохранения;
- Культурные и социальные барьеры, такие как представления о смерти и умирании;
- Ошибочные представления о паллиативной помощи, например, что она предназначена только для больных раком или для последних недель жизни;
- Ошибочные представления о том, что улучшение доступа к опиоидным анальгетикам приведет к росту злоупотребления психоактивными веществами.
- Недостаточное финансирование. Согласно опросу ВОЗ по неинфекционным заболеваниям, проведенному среди 194 государств-членов в 2019 г., финансирование паллиативной помощи было доступно в 68% стран, и только 40% стран сообщили, что услугами охвачено не менее половины нуждающихся пациентов.

Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Общие медицинские показания к оказанию взрослым паллиативной медицинской помощи:

- Ухудшение общего состояния, физической и/или когнитивной функции на фоне прогрессирования неизлечимого заболевания и неблагоприятный прогноз развития заболевания, несмотря на оптимально проводимое специализированное лечение;
- Снижение функциональной активности пациента, определенной с использованием унифицированных систем оценки функциональной активности;
- Потеря массы тела (непреднамеренная) более чем на 10% за последние 6 мес.

При выявлении двух и более общих медицинских показания у одного пациента оцениваются медицинские показания по группам заболеваний или состояний.

Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. № 345н/372н "Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья« (приложение № 1)

Частные медицинские показания к оказанию ПМП взрослым при болезнях органов кровообращения:

- **Конечные** стадии хронической сердечной недостаточности (III и IV функциональный класс по NYHA);
- **Неоднократная** госпитализация по причине сердечной недостаточности/ другие формы ИБС (более 3 раз за последние 12 мес);
- Клапанные пороки сердца без возможности их оперативной коррекции, наличие иных значимых структурных поражений камер сердца или коронарных сосудов без возможности проведения реваскуляризационных и/или реконструктивных вмешательств;
- Наличие сочетанной соматической и/или психической патологии, значимо влияющей на качество жизни и/или симптомы основного заболевания;
- **Одышка или боли в груди** в покое или при незначительной физической нагрузке;
- **Результаты эхокардиографии**: выраженное снижение фракции выброса (< 25%) или выраженная легочная гипертензия (давление в легочной артерии > 70 мм рт.ст.);
- Стабильная стенокардия 3 и 4 функциональных классов (одышка или боли в груди в покое или при незначительной физической нагрузке);
- Тяжелое, неоперабельное заболевание периферических сосудов.

Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. № 345н/372н "Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья« (приложение № 1)



Обзор показаний к оказанию ПМП при ХСН

Referral Criteria to Palliative Care for Patients With Heart Failure

A Systematic Review

- Систематический обзор тематической литературы, включивший 102 статьи и определивший 18 категорий показаний из которых: 7 – включали критерии, основанные на потребностях пациента; 10 - критерии, основанные на заболевании.
- **Потребности пациента**: не купируемые физические или эмоциональные симптомы несмотря на ОМТ, стойкие функциональные ограничения, оказание поддержки при принятии решения, психосоциальное консультирование, неблагополучное состояние опекуна, кардиальная кахексия, индивидуальный запрос на ПМП;
- **Критерии заболевания**: кардиальный статус, частота госпитализаций, неблагоприятный прогноз, потребность в заместительной терапии, быстрое прогрессирование заболевания, стойкие и/ил часто повторяющиеся осложнения, отказ от хирургического вмешательства, коморбидность и другие (пожилой возраст, потребность в оценке множества специалистов, получение дополнительной информации и т.п.)

Chang Y.K., Kaplan H., Geng Y., Mo L., Philip J., Collins A., Allen L.A., McClung J.A., Denvir M.A., Hui D. Referral criteria to palliative care for patients with heart failure. Systematic review. Circ Heart Fail. 2020;13:e006881. DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.120.006881.

ESC European Society of Cardiology
European Heart Journal (2021) 42, 3599—3726
doi:10.1093/eurheartj/ehab368
ESC GUIDELINES

2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

10.2.4 Patients with heart failure in whom end-of-life care should be considered

- Прогрессирующее функциональное снижение (физическое и умственное) и зависимость от посторонних лиц при осуществлении повседневной активности
- Симптомы тяжелой сердечной недостаточности с плохим качеством жизни, несмотря на оптимальные фармакологические и немедикаментозные методы лечения.
- Частые госпитализации или другие серьезные эпизоды декомпенсации несмотря на оптимальное лечение.
- Трансплантация сердца или механические средства поддержания кровообращения противопоказаны
- Кардиальная кахексия
- Клинически оценен как «близкий к концу жизни».

2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 2021;42:3599-372. doi:10.1093/eurheartj/ehab368

Врачебные специальности, в профстандарт которых входит оказание ПМП

- 31.08. 57 – Онкология;
- 31.08.54 – Общая врачебная практика (семейная медицина);
- 31.08. 49 – Терапия;
- 31.08.36 – Кардиология;
- 31.08.42 – Неврология;
- 31.08.46 – Ревматология;
- 31.08.02 – Анестезиология-реаниматология;
- 31.08.53 – Эндокринология.

АССОЦИАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Новиков Г.А. и соавт. Современные принципы обучения и технологии разработки образовательных программ по паллиативной медицинской помощи. Паллиативная медицина и реабилитация 2021; 4: 23-29.

Отечественные КР по ХСН (2024 год)



Утверждено: Общероссийская общественная Организация «Российское Кардиологическое общество» Президент РКО,профессор, академик РАН — Шляхто Е.В. — м.п. 05.09.2024

Утверждено: Автономная некоммерческая Организация «Национальное общество по изучению сердечной недостаточности и заболеваний миокарда» Председатель правления НОИСН, профессор — Терещенко С.Н. — м.п.

Утверждено: Общероссийская общественная организация «Общество специалистов по сердечной недостаточности» Председатель правления ОССН, профессор — Чесникова А.И. — м.п.

Утверждено: Общероссийская общественная организация «Российское научное медицинское общество терапевтов» и.о. Президента РНМОТ, профессор, член-корр. РАН — Кобалава Ж. Д. — м.п.

Клинические рекомендации

Хроническая сердечная недостаточность

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **I50.0, I50.1, I50.9**

Возрастная группа: **взрослые**

Год утверждения: **2024**

Разработчик клинической рекомендации:
- **Российское кардиологическое общество**

При участии:
- **Национального общества по изучению сердечной недостаточности и заболеваний миокарда**
- **Общества специалистов по сердечной недостаточности**
- **Российского научного медицинского общества терапевтов**

«Одобрено на заседании Научно-практического совета Министерства здравоохранения Российской Федерации (заседание от 12.09.2024 г)»

1. Наличие значимых клинических симптомов СН не ниже III ФК, несмотря на проводимую ОМТ
2. Тяжелые структурные или функциональные изменения в сердце (минимум один критерий из перечисленных ниже): - ФВ ЛЖ ≤30%; - изолированная правожелудочковая недостаточность; - неоперабельная патология клапанного аппарата сердца; - неоперабельный врожденный порок сердца; - стабильно высокие уровни BNP/NT-proBNP и тяжелая диастолическая дисфункция ЛЖ или другие структурно-функциональные изменения, ассоциированные с ХСНсФВ
3. Эпизоды ОДСН, потребовавшие в/в назначения высоких доз диуретических средств или инотропных средств или вазопрессоров или тяжелые нарушения сердечного ритма с как минимум однократной госпитализацией в течение последних 12 мес.
4. Значимое снижение переносимости физической нагрузки, определяемое как невозможность проведения теста с 6-минутной ходьбой или его дистанция <300 м или pVO2 <12 мл/кг/мин или <50% от предсказанных значений, связанные с кардиальными причинами

Пациентам с тяжелой СН рекомендована консультация специалиста по паллиативной медицине. ЕОК IIaB (УУР В, УДД 1)



Задачи паллиативной медицинской помощи при ХСН

- **Уменьшение выраженности симптомов -** оптимизация лекарственной терапии, депрескрайбинг;
- **Уменьшение частоты и тяжести обострений -** обучение пациента и родственникам особенностям ухода, приверженность к лечению;
- **Улучшение прогноза -** качественный уход, контроль коморбидности, сохранение функциональной автономии;
- **Снижение частоты госпитализаций и величины сопряженных расходов -** увеличение частоты использования методов ПМП, создание специализированных отделений для пациентов с ХСН;
- **Улучшение качества жизни**

Качество жизни



- КЖ – ***ведущая цель*** паллиативной помощи пациентам с терминальной ХСН, которая во многом ***замещает*** бесполезные усилия направленные на продление жизни любой ценой
- КЖ отражает: ***многомерное*** влияние клинического состояния и способов его коррекции на повседневную жизнь человека
- Изменение качества жизни ***не равнозначны*** клиническому улучшению (клинический эффект не достигается без последствий)
- Многие люди, живущие даже с выраженной сердечной недостаточностью, могут воспринимать свое качество жизни ***как хорошее, несмотря*** на то, что они страдают от симптомов и испытывают ограничения в физическом и социальном функционировании
- В конечном счете КЭ – это ***способность*** сохранять счастье, вступать в полноценные отношения, выполнять привычные физические и социальные действия.

Sobanski P.Z., Krajnik M., Goodlin S.J. Palliative care for people living with heart disease—does sex make a difference? Front. Cardiovasc. Med. 2021;8:629752. doi: 10.3389/fcvm.2021.629752

Психологическая поддержка родных и близких

•**ХСН** - одно из частых инвалидизирующих заболеваний с **потребностью в долгосрочном уходе.** По данным ЕС количество лиц, осуществляющих уход за пациентами с ХСН (unformal caregivers), может достигать ***10-25% от популяции взрослого работоспособного населения***. **До 80% от всей нагрузки по уходу ложится на их плечи**

•**Неформальный уход** определяется как неоплачиваемый уход, оказываемый пожилому, немощному или больному человеку таким лицом, как супруг, родитель, ребенок, другой родственник, сосед или друг.

•**Длительное повышенное умственное и физическое напряжение приводит к «эмоциональной з**ависимости» от страданий пациента

•Качество жизни лиц осуществляющих уход ***редко значимо*** отличается от качества жизни пациента . Отмечена достоверно ***большая частота*** симптомов «выгорания» в данной подгруппе, представленных эпизодами депрессии, тревожности, панических атак, канцерофобии и т.д.

•***Некупируемая одышка*** – самый значимый симптом как для пациента, так и для его близких

•Результаты наблюдательных исследований отчетливо поддерживают ***необходимость перевода пациентов*** в периоде «***end of life***», в специализированные учреждения, даже если в семье имеются все возможности для осуществления полноценного ухода

Dionne-Odom JN, Kono A, Frost J, Jackson L, Ellis D, Ahmed A, et al. Translating and testing the ENABLE: CHF-PC concurrent palliative care model for older adults with heart failure and their family caregivers. J Palliat Med. (2014) 17:995–1004.

Разработка моделей оказания ПМП [1]

Параметр	Онкологическое заболевание	Хроническая сердечная недостаточность
Время обращения	Когда лечебные мероприятия исчерпаны, как правило в последние 6 месяцев жизни	Наличие выраженных симптомов III-IV ФК или стадии D по классификации ACC/AHA
Прогноз и течение заболевания	Начало функционального ухудшения сопряжено с 6-ти месячной выживаемостью независимо от типа рака	Прогноз при декомпенсированной ХСН может быть весьма изменчивым: многие пациенты живут более одного года, а траектория заболевания характеризуется обострениями и ремиссиями.
Особенности долгосрочного ухода	<u>Прогноз > 6 месяцев</u> Клиника паллиативной помощи Паллиативный уход на дому Отделения ПМП <u>Прогноз < 6 месяцев</u> Хосписная помощь после прекращения лечебных мероприятий (наиболее частая ситуация)	Клиника паллиативной помощи, уход на дому и отделения ПМП, а также паллиативная помощь в учреждениях квалифицированного сестринского ухода, поскольку многие пациенты рано теряют способность жить дома самостоятельно. Хосписная помощь, когда пациенты решают отказаться от повторной госпитализации; многие пациенты живут в хосписе более 6 месяцев и нуждаются в повторной сертификации

Разработка моделей оказания ПМП (2)

Параметр	Онкологическое заболевание	Хроническая сердечная недостаточность
Медикаментозная терапия и другие виды лечения	Большинство методов лечения в условиях ПМП прекращаются поскольку они направлены на излечение заболевания. Побочные эффекты часто неблагоприятно сказываются на качестве жизни.	Многие методы лечения продолжаются на протяжении всего заболевания, поскольку они продолжают влиять на качество жизни, даже если они больше не влияют на ее продолжительность.
Психосоциальный стресс для опекунов	Может быть значительным в течение последних 6 месяцев жизни. Уход за пациентом и психосоциальная поддержка родственников часто предоставляются как часть хосписной помощи.	Пациенты нуждаются в уходе в течение более длительного периода времени из-за ранней потери функционального статуса и неспособности продолжать работу, часто задолго до того, как смогут воспользоваться поддержкой, предоставляемой хосписом. Родным и близким требуется расширенная психосоциальная поддержка, реализуемая как правило в форме инновационных социальных программ (сообщества, группы поддержки и т.д.).

Специфические проблемы (девайсы)

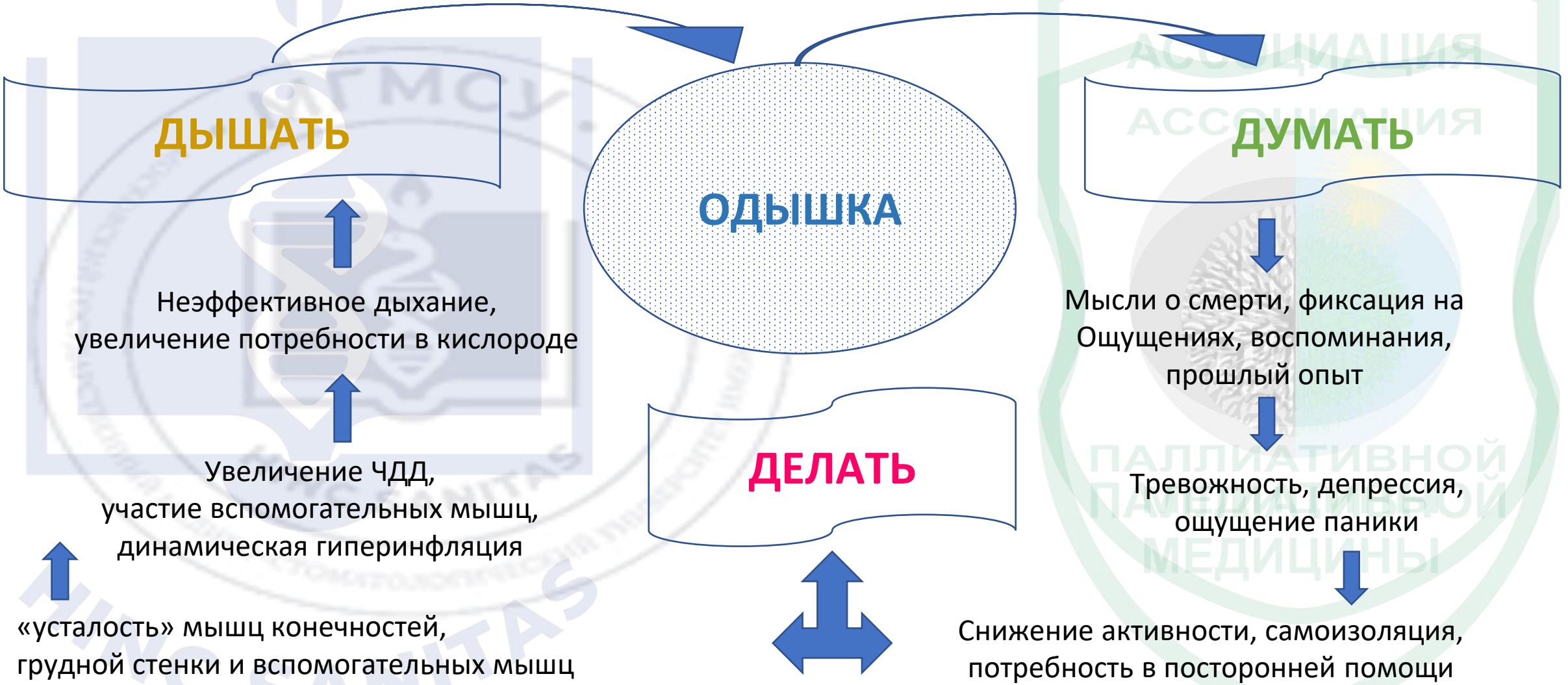
- Искусственные водители ритма – у зависимых пациентов их отключение может привести к усугублению симптомов и летальному исходу. Режим пейсмейкера, монитора и навязывания ритма – сохраняется.
- Кардиовертеры-дефибрилляторы – деактивация (отключение шоковых разрядов)
- Аппараты сердечной ресинхронизирующей терапии – замена на 2-х камерную стимуляцию
- Вспомогательные устройства левого желудочка – более половины пациентов находятся в отделениях реанимации на ИВЛ и заместительной почечной терапии
- Отказ от реанимации
- Паллиативная седация

NB!!! Требуется дать полные разъяснения пациенту и его родственникам, заручиться согласием пациента или его законного представителя, и решением врачебного консилиума.

Особенности симптоматического лечения

Боль	Избегать НПВС по возможности. Напроксен – препарат с самым благоприятным СС профилем (для противовоспалительного эффекта). Лучше парацетамол или метамизол – нет противовоспалительного эффекта, но есть потенциальная гепато- и гематотоксичность. Сильные опиоиды в малых дозах – морфин (30 мг) или оксикодон (20 мг).
Одышка	Может быть вызвана другими состояниями: инфекции, поражения легких или почек, метаболические или гематологические нарушения, нервно-мышечные или психические расстройства. При неэффективности или невозможности устранить другие причины – морфин с титрацией дозы до 30 мг/сутки
Депрессия	Трициклические антидепрессанты противопоказаны - отрицательный инотропный и проаритмогенный эффекты. Препараты выбора селективные ингибиторы обратного захвата серотонина – сертралин (25 мг/сутки) и венлафаксин (75 мг/сутки)
Отеки	Диуретики различных групп в комбинациях. При рефрактерном отечном синдроме – гипертонический раствор с последующим внутривенным введением высоких доз фуросемида. Физическая реабилитация, лечение инфекций и купирование болевого синдрома.
Астения	Сохранение мобильности и ограничение постельного режима по возможности. Нутритивная поддержка.

Нефармакологические методы – обоснование (клиническая модель)



Spathis A, Booth S, Moffat C, Hurst R, Ryan R, Chin C, et al. The breathing, thinking, functioning clinical model: a proposal to facilitate evidence-based breathlessness management in chronic respiratory disease. NPJ Prim Care Respir Med. (2017) 27:27.

Духовная забота и комплексный подход к личности

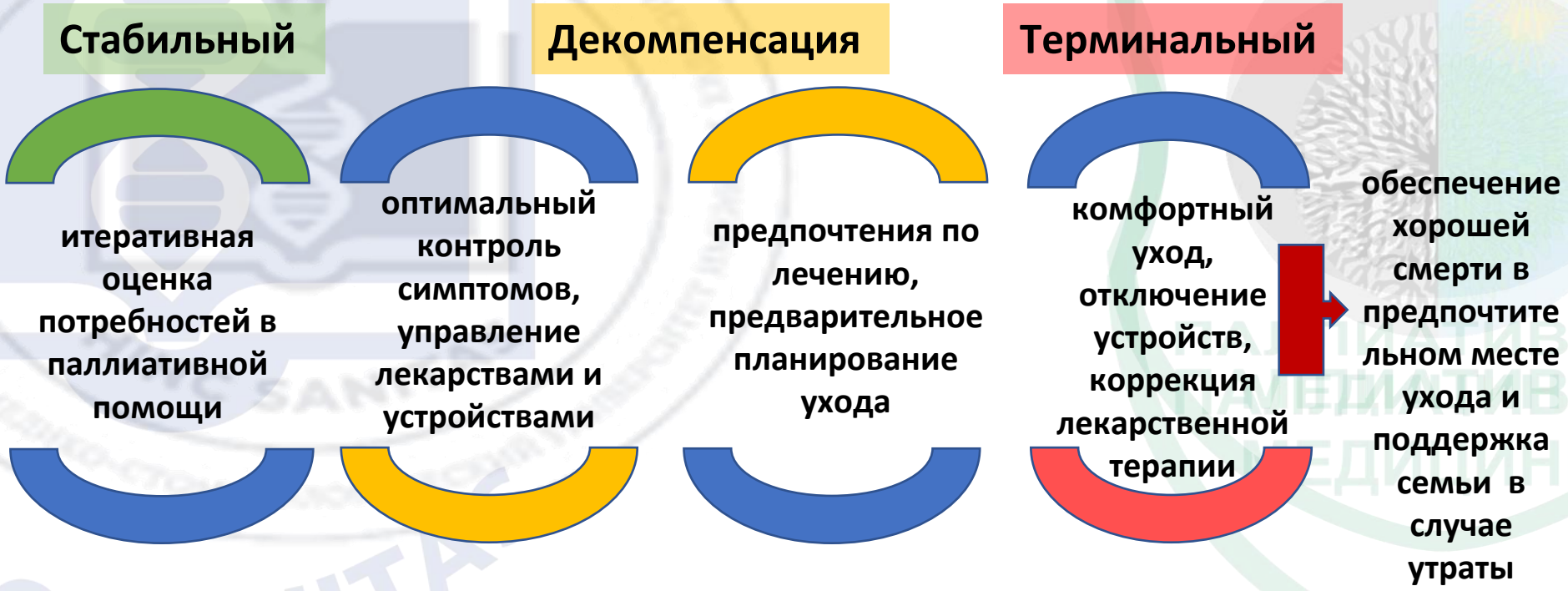
ДЫШАТЬ	ДУМАТЬ	ДЕЛАТЬ
Техники дыхания	Когнитивно-поведенческая терапия	Легочная реабилитация
Обдувание лица	Методы релаксации	Поощрение активности
Постуральный дренаж	Медитация	Помощь при ходьбе
Тренировка дыхательных мышц	Акупунктура	Временная ЭКС
Вибрация грудной клетки		Нейромышечная электрическая стимуляция
Неинвазивная ИВЛ		

Sobanski P.Z., Krajnik M., Goodlin S.J. Palliative care for people living with heart disease—does sex make a difference? Front. Cardiovasc. Med. 2021;8:629752. doi: 10.3389/fcvm.2021.629752

ESC European Society of Cardiology
European Journal of Heart Failure (2020) 22, 2327–2339
doi:10.1002/ejhf.1994

POSITION PAPER

Интеграция паллиативного подхода в лечение сердечной недостаточности: документ с изложением позиции Европейской ассоциации кардиологов по сердечной недостаточности



- Поддержка пациента, его близких и неформальных опекунов
- Информация, коммуникация, совместное принятие решений

Нерешенные вопросы

- ✓Какие мероприятия должны быть частью паллиативной помощи при ХСН? Как оценивать их эффективность?
- ✓Какие симптомы наиболее значимы для пациентов с ХСН в условиях паллиативной медицины? Связанные непосредственно с ХСН рефрактерные к терапии симптомы основного заболевания (одышка, отеки, нарушения ритма, слабость) и или симптомы ассоциированные с коморбидностью (боль, тревога, депрессия)? Каковы эффективные методы их лечения?
- ✓Как определить время начала планирования долгосрочного ухода при ХСН? Какие препятствия могут возникнуть?
- ✓Насколько эффективен коммуникативный тренинг для врачей различных специальностей в обеспечении соответствия помощи при ХСН целям и ценностям пациентов?

Teuteberg J.J., Teuteberg W.G. Palliative Care for Patients With Heart Failure. ACC Expert Analysis 2016.

08.12 – 09.12 2023

Национальный конгресс с международным участием "Сердечная недостаточность 2023"

Время проведения:

с 08.12.2023

по 09.12.2023

Сборник тезисов

Конкурсы

Каталог выставки



Москва

Крокус Экспо, Павильон 1, 1 этаж (метро Мякинино, выход из первого вагона, проход непосредственно из метро)

Российское кардиологическое общество

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

26–28 СЕНТЯБРЯ 2024 ГОДА | САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Спасибо за внимание

