УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНА

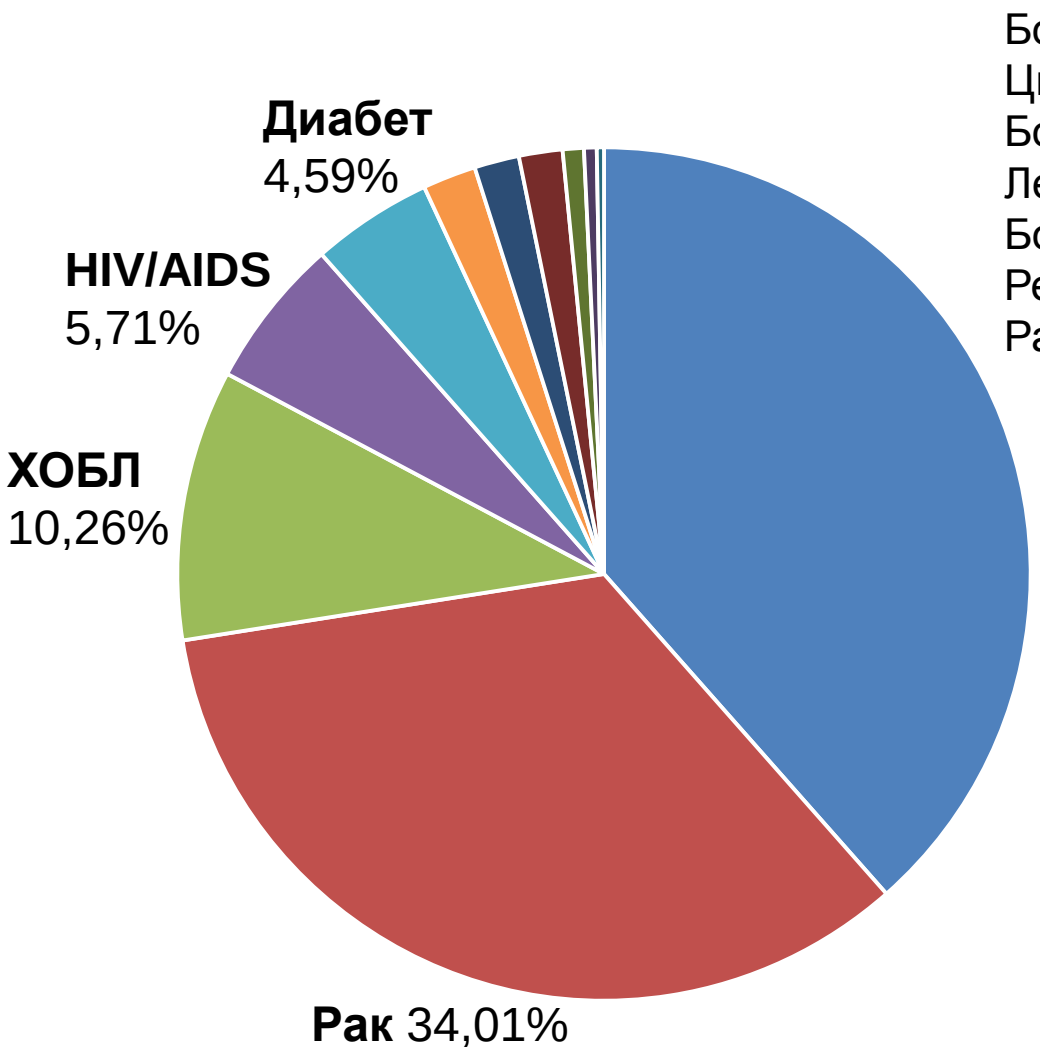
Кафедра поликлинической терапии лечебного факультета МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Кафедра паллиативной медицины ФДПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Паллиативная медицинская помощь больным кардиологического профиля

Т.В.Адашева
Москва
16 мая 2017

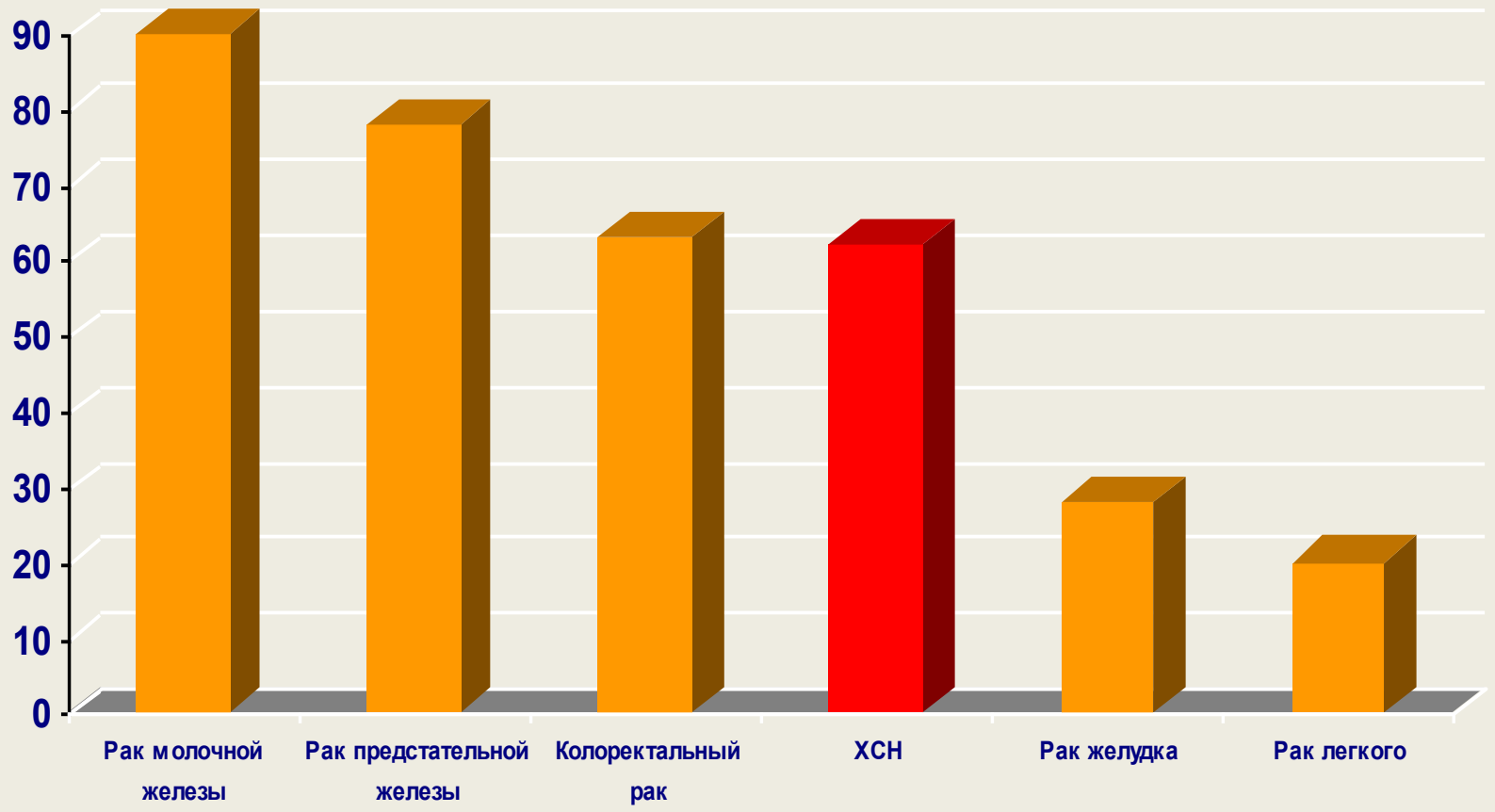
Потребность в паллиативной медицинской помощи среди взрослой популяции (WHO 2014)



Болезни почек – 2,02%
Цирроз печени – 1,7%
Болезнь Альцгеймера, деменция – 1,65%
Лек. устойчивый туберкулез – 0,8%
Болезнь Паркинсона – 0,48%
Ревматоидный артрит – 0,27%
Рассеянный склероз -0,04%

Сердечно-сосудистые заболевания 38,47%

ОДНОЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХСН vs. ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ



European Journal of Heart Failure (2009) **11**, 406–412
doi:10.1093/eurjhf/hfp007

A comparative study of the palliative care needs of heart failure and cancer patients

Norma O'Leary[1†*], Niamh F. Murphy[2], Christina O'Loughlin[2], Eoin Tiernan[1], and Kenneth McDonald[2]

[1]Department of Palliative Medicine, St Vincent's University Hospital, Dublin, Ireland; and [2]Department of Cardiology, St Vincent's University Hospital, Dublin, Ireland

Received 30 June 2008; revised 14 November 2008; accepted 28 November 2008; online publish-ahead-of-print 5 February 2009

Table 2 Edmonton Symptom Assessment Scale symptoms (prevalence and score intensity)

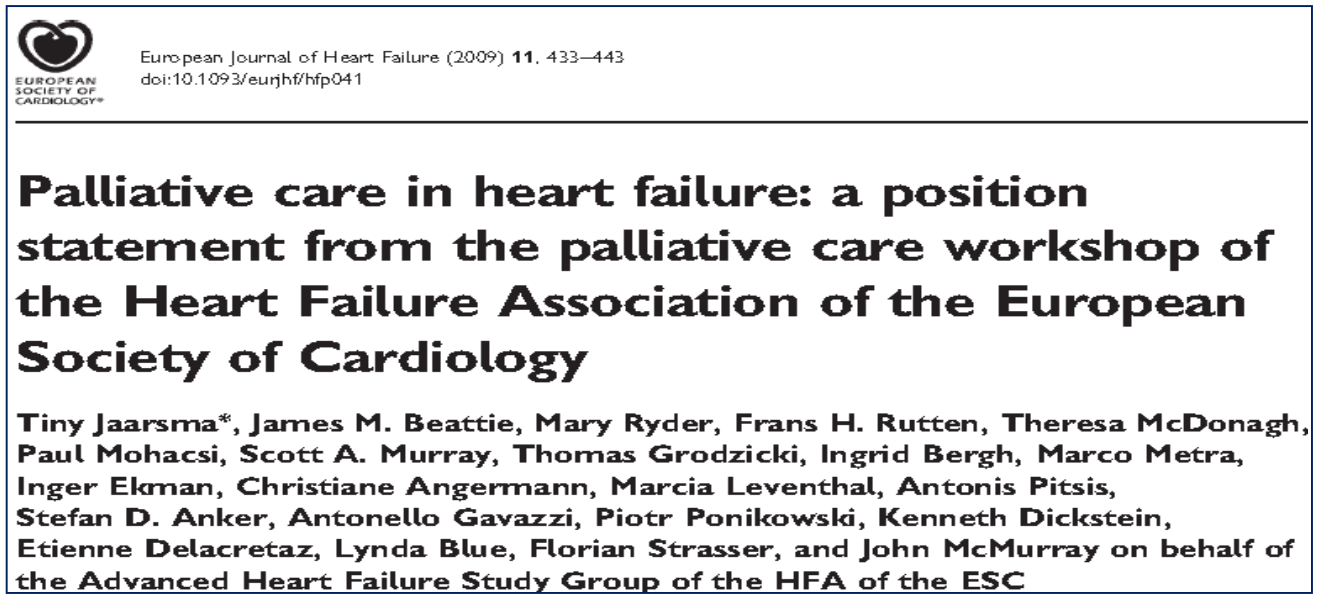
Symptoms	Prevalence (%)		Mean intensity	
	Heart failure	Cancer	Heart failure	Cancer
Reduced wellbeing	100	90	5.1	5.2
Dyspnoea	92	60	5.3	3.1*
Tiredness	92	82	5.6	5.5
Reduced appetite	82	90	3.7	4.9*
Drowsiness	6	22	3.6	3.2
Anxiety	68	48	3.2	2.4
Depression	66	22	3.0	2.3
Pain	60	66	2.8	3.3 *
Nausea	28	28	1.0	1.1

*Statistically significant difference, significance level $P < 0.05$.

Table 3 Mean SF36 domain scores in heart failure and cancer patients

Mean SF36 domain scores	Heart failure Mean (SD)	Cancer Mean (SD)
Physical functioning	22.96 (12.11)	17.88 (18.75)
Role physical	37.62 (23.87)	30.69 (24.59)
Bodily pain	69.28 (28.8)	73.02 (29.24)
General health	44 (20.31)	42.0 (24.36)
Vitality	42.75 (19.1)	38.05 (18.88)
Social functioning	58.75 (32.65)	43.61 (26.19)*
Role emotional	69.16 (30.36)	68.7 (30.05)
Mental health	71.8 (19.99)	68.55 (17.47)
Physical summary measure	31.61 (6.86)	30.31 (8.51)
Mental summary measure	48.83 (13.03)	46.28 (11.67)

*Statistically significant difference using independent t-test, P 0.01.



European Journal of Heart Failure (2009) **11**, 433–443
doi:10.1093/eurjhf/hfp041

Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology

Tiny Jaarsma*, James M. Beattie, Mary Ryder, Frans H. Rutten, Theresa McDonagh, Paul Mohacsi, Scott A. Murray, Thomas Grodzicki, Ingrid Bergh, Marco Metra, Inger Ekman, Christiane Angermann, Marcia Leventhal, Antonis Pitsis, Stefan D. Anker, Antonello Gavazzi, Piotr Ponikowski, Kenneth Dickstein, Etienne Delacretaz, Lynda Blue, Florian Strasser, and John McMurray on behalf of the Advanced Heart Failure Study Group of the HFA of the ESC

Адаптировано из Jaarsma T., Beattie J., Ryder M. et al. Palliative care in heart failure: position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. European Journal of Heart Failure 2009;11:433-443.

Таблица 1

Цели и шаги в процессе оказания паллиативной помощи у пациентов с ХСН

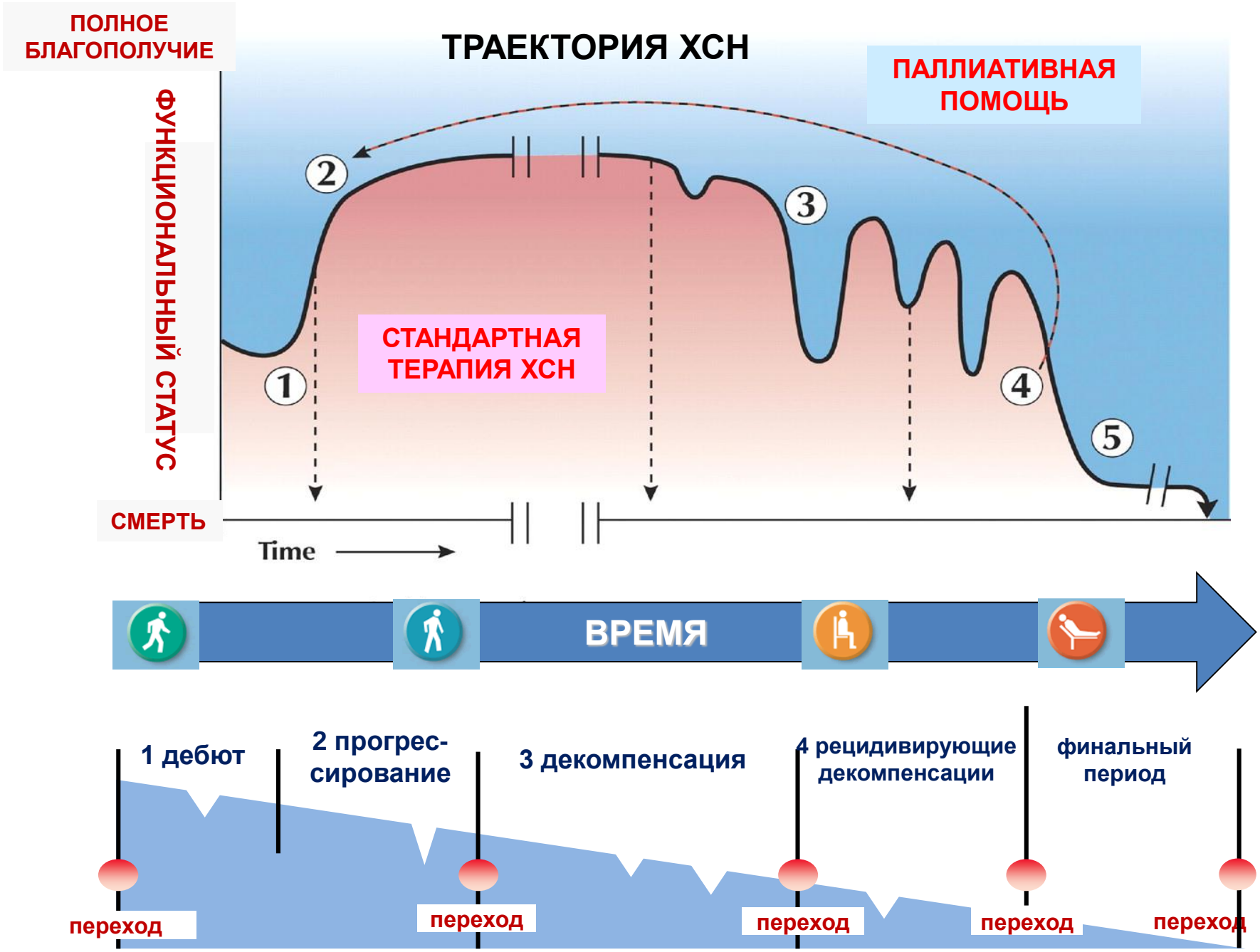
Адаптировано из Jaarsma T., Beattie J., Ryder M. et al. Palliative care in heart failure: position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. European Journal of Heart Failure 2009;11:433-443.

Клинический признак	>1 эпизода декомпенсации за 6 месяцев на фоне оптимальной терапии Необходимость в частой и длительной в/в поддержке Хроническое плохое качество жизни с симптомами NYHA IV Симптомы сердечной кахексии Клиническая оценка, подтверждающая конец жизни
Подтверждение диагноза	Гарантированная оптимальная терапия
Образование пациента	Принципы самопомощи и ведения сердечной недостаточности
Разработка комплексного плана помощи	Разработка совместно с пациентом и членами семьи. Регулярный пересмотр с учетом предпочтений пациента для последующих терапевтических опций.
Организация помощи	Организация помощи мультидисциплинарной команды, уверенность в оптимальной медикаментозной поддержке, организация самопомощи, облегчение доступа к поддерживающим сервисам
Ведение симптомов	Необходима частая оценка физических, психологических, социальных, духовных потребностей пациента. Пациент часто имеет коморбидную патологию, которая должна быть оценена.
Диагностика конечной стадии ХСН	Подтверждение конечной стадии ХСН необходимо для того, что бы была уверенность, что все терапевтические стратегии рассмотрены и план ведения терминальной стадии заболевания согласован
Информирование пациента и семью о плохом прогнозе	Объяснение прогрессирования болезни и изменений в акцентах терапии, щадящий подход
Определение новых целей помощи	Избегать обстоятельств которые, могут нарушить спокойную смерть. Все текущие фармакологические стратегии и девайсы должны быть обсуждены. Реанимационные мероприятия должны быть понятны.

Клинический признак	**>1 эпизода декомпенсации за 6 месяцев на фоне оптимальной терапии** **Необходимость в частой и длительной в/в поддержке** **Хроническое плохое качество жизни с симптомами NYHA IV** **Симптомы сердечной кахексии** **Клиническая оценка, подтверждающая конец жизни**
Подтверждение диагн	
Образование пациент	

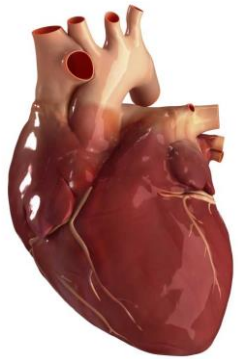
Разработка комплексного плана помощи	Разработка совместно с пациентом и членами семьи. Регулярный пересмотр с учетом предпочтений пациента для последующих терапевтических опций.
Организация помощи	Организация помощи мультидисциплинарной команды, уверенность в оптимальной медикаментозной поддержке, организация самопомощи, облегчение доступа к поддерживающим сервисам
Ведение симптомов	Необходима частая оценка физических, психологических, социальных, духовных потребностей пациента. Пациент часто имеет коморбидную патологию, которая должна быть оценена.
Диагностика конечной стадии ХСН	Подтверждение конечной стадии ХСН необходимо для того, что бы была уверенность, что все терапевтические стратегии рассмотрены и план ведения терминальной стадии заболевания согласован
Информирование пациента и семью о плохом прогнозе	Объяснение прогрессирования болезни и изменений в акцентах терапии, щадящий подход
Определение новых целей помощи	Избегать обстоятельств которые, могут нарушить спокойную смерть. Все текущие фармакологические стратегии и девайсы должны быть обсуждены. Реанимационные мероприятия должны быть понятны.

Клинический признак	>1 эпизода декомпенсации за 6 месяцев на фоне оптимальной терапии Необходимость в частой и длительной в/в поддержке Хроническое плохое качество жизни с симптомами NYHA IV Симптомы сердечной кахексии Клиническая оценка, подтверждающая конец жизни
Подтверждение диагноза	**Гарантированная оптимальная терапия**
Образование пациента	Принципы самопомощи и ведения сердечной недостаточности
Разработка комплексного плана помощи	Разработка совместно с пациентом и членами семьи. Регулярный пересмотр с учетом предпочтений пациента для последующих терапевтических опций.
Организация помощи	Организация помощи мультидисциплинарной команды, уверенность в оптимальной медикаментозной поддержке, организация самопомощи, облегчение доступа к поддерживающим сервисам
Ведение симптомов	Необходима частая оценка физических, психологических, социальных, духовных потребностей пациента. Пациент часто имеет коморбидную патологию, которая должна быть
Диагностика конечной стадии ХСН	**Подтверждение конечной стадии ХСН необходимо для того, что бы была уверенность, что все терапевтические стратегии рассмотрены и план ведения терминальной стадии заболевания согласован**
Информирование пациента и семью о плохом прогнозе	
Определение новых целей помощи	Избегать обстоятельств которые, могут нарушить спокойную смерть. Все текущие фармакологические стратегии и девайсы должны быть обсуждены. Реанимационные мероприятия должны быть понятны.


ПОЛНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ
ТРАЕКТОРИЯ ХСН
ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС
СТАНДАРТНАЯ ТЕРАПИЯ ХСН
1
2
3
4
5
СМЕРТЬ
Time
ВРЕМЯ
1 дебют
2 прогрес-сирование
3 декомпенсация
4 рецидивирующие декомпенсации
финальный период
переход
переход
переход
переход
переход

- Переход от радикального лечения к ПМП, скорее всего, происходит постепенно, чем в конкретный момент времени, так как цели лечения все более смещаются от «продления жизни любой ценой» до «обеспечения качества жизни»

Задачи паллиативной кардиологической помощи при лечении ХСН



B) Устранение симптомов ХСН

D) Улучшение качества жизни

F) Уменьшение госпитализаций (и расходов)

E) Улучшение прогноза

Терапевтические возможности при прогрессировании ХСН (End Stage/Stage D)

ТЕРАПИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

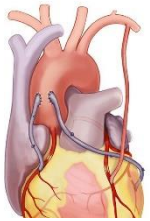
Ресинхронизирующая терапия (CRT)

Профилактика

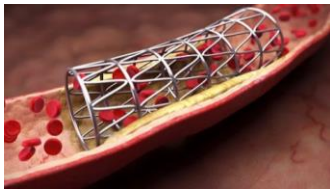
Паллиативная помощь



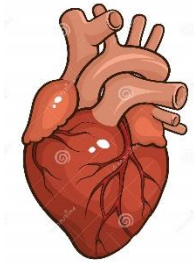
Лекарства



Хирургия



Реваскуляризация

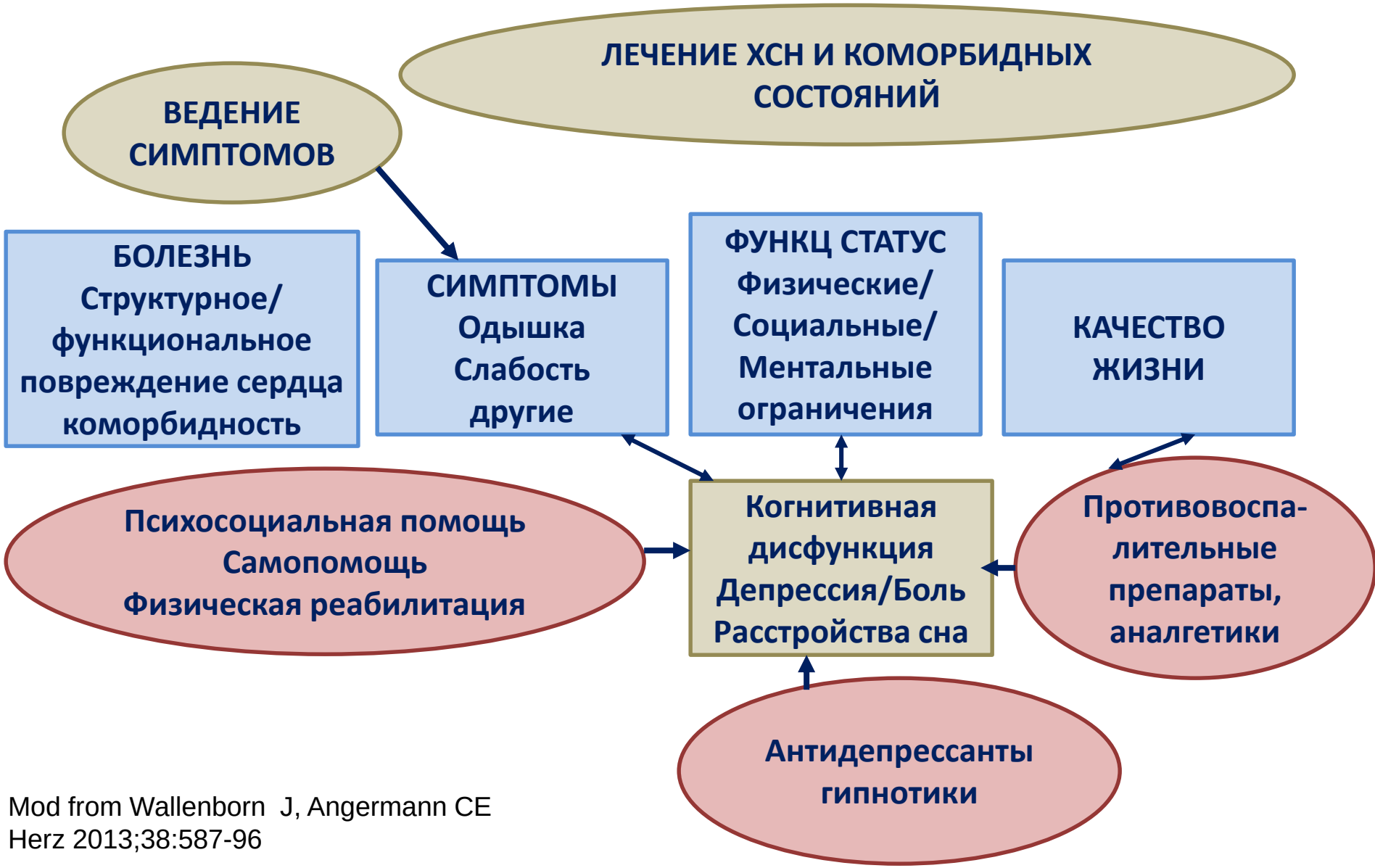


Трансплантация



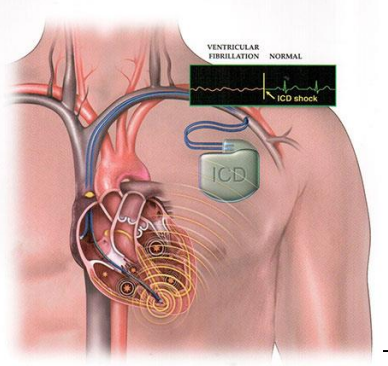
Системы поддержки желудочков сердца

Комплексная мультидисциплинарная модель помощи при прогрессирующей СН



Mod from Wallenborn J, Angermann CE Herz 2013;38:587-96

Этические правовые и практические аспекты отключения device-терапии (ICD, CRT-D)



Implantable Cardioverter-Defibrillator Therapy Before Death
High Risk for Painful Shocks at End of Life

Annika Kinch Westerdahl, RN; Joha
Mårten Rosenqvist, M

Deactivation of Implantable Cardioverter Defibrillators in Terminal Illness and End of Life Care

James N. Kirkpatrick, MD*, Maia Gottlieb, Priya Sehgal, Rutuke Patel, PA-C, and Ralph J. Verdino, MD

Implantable cardioverter-defibrillator deactivation at the end of life: A physician survey

Amy S. Kelley, MD,[a] M. Carrington Reid, MD, PhD,[b] David H. Miller, MD,[c] Joseph
Mark S. Lachs, MD[b] *Los Angeles, CA; and New York, NY*

Deactivation of implanted cardioverter-defibrillators at the end of life: results of the EHRA survey

Germanas Marinskis[1]* and Lieselot van Erven[2] on behalf of the EHRA Scientific Initiatives Committee

В 2010 году American Heart Rhythm Society (AHRS) and the European Heart Rhythm Association (EHRA) опубликовали документ о ведении пациентов с имплантированными устройствами в период «end of life»

Этические правовые и практические аспекты отключения device-терапии (ICD, CRT-D)

- ИКД не предупреждает смерть от прогрессирования ХСН и тяжелых заболеваний некардиологического профиля
- Терминальные состояния приводят к частому срабатыванию ИКД (причины - развития гипоксии, боль, декомпенсация ХСН, сепсис, электролитные расстройства) - неоправданное продление процесса умирания
- Деактивация ИКД предупреждает повторные срабатывания («электрический шторм») которые могут вызывать болевые ощущения, психологический стресс для пациента и родственников без продления жизни в удовлетворительном качестве

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

Authors/Task Force Members: Piotr Ponikowski* (Chairperson) (Poland), Adriaan A. Voors* (Co-Chairperson) (The Netherlands), Stefan D. Anker (Germany), Héctor Bueno (Spain), John G. F. Cleland (UK), Andrew J. S. Coats (UK), Volkmar Falk (Germany), José Ramón González-Juanatey (Spain), Veli-Pekka Harjola (Finland), Ewa A. Jankowska (Poland), Mariell Jessup (USA), Cecilia Linde (Sweden), Petros Nihoyannopoulos (UK), John T. Parissis (Greece), Burkert Pieske (Germany), Jillian P. Riley (UK), Giuseppe M. C. Rosano (UK/Italy), Luis M. Ruilope (Spain), Frank Ruschitzka (Switzerland), Frans H. Rutten (The Netherlands), Peter van der Meer (The Netherlands)

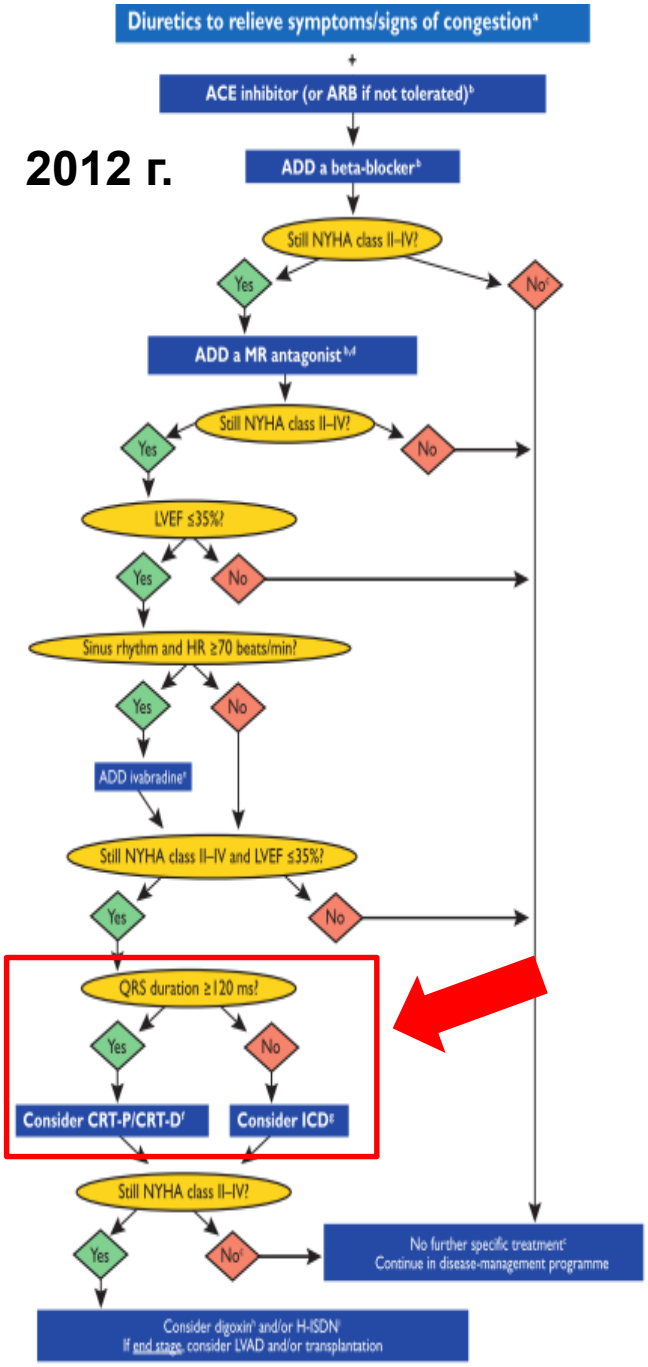
Document Reviewers: Gerasimos Filippatos (CPG Review Coordinator) (Greece), John J. V. McMurray (CPG Review Coordinator) (UK), Victor Aboyans (France), Stephan Achenbach (Germany), Stefan Agewall (Norway), Nawwar Al-Attar (UK), John James Atherton (Australia), Johann Bauersachs (Germany), A. John Camm (UK),

2. Новая классификация и диагноз

Новая классификация!

Сердечная недостаточность с сохраненной, промежуточным показателем и сниженной фракцией выброса (ФВ)

Тип ХСН		ХСН со сниженной ФВ	ХСН с промежуточным показателем ФВ	ХСН с сохраненной ФВ
Критерии	1	Симптомы ± признаки	Симптомы ± признаки	Симптомы ± признаки
	2	ФВ ЛЖ < 40%	ФВ ЛЖ 40-49%	ФВ ЛЖ ≥ 50%
	3	-	1. Повышены уровни натрийуретических пептидов 2. Не менее одного дополнительного критерия: a) Соответствующие структурные изменения сердца (гипертрофия ЛЖ и/или дилатация левого предсердия) b) Диастолическая дисфункция	1. Повышены уровни натрийуретических пептидов 2. Не менее одного дополнительного критерия: a) Соответствующие структурные изменения сердца (гипертрофия ЛЖ и/или дилатация левого предсердия) b) Диастолическая дисфункция



Диуретики чтобы снять симптомы и признаки застоя

Если ФВ ЛЖ ≤ 35% несмотря на оптимальную терапию или в анамнезе ЖТ или фибрилляция желудочков, то имплантация кардиовертера-дефибриллятора

2016 г.



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

ment. The presence of delirium and HF is found more commonly in older adults and is associated with increased mortality and poorer self-care ability and increases any hospital length of stay.[651] There is currently no clinical evidence that HF medication worsens or improves cognitive function. However, its effect on HF outcome suggests such medication should be used. Support from a multidisciplinary HF team in collaboration with specialist dementia support teams, alongside medication compliance aids, tailored self-care advice and involvement of family and caregivers, may improve adherence with complex HF medication and self-care regimens (see Table 14.2 on patient education) (*Table 14.3*).

14.7 Palliative and end-of-life care

Palliative care approaches include a focus on symptom management, emotional support and communication between the patient and his/her family. Ideally this should be introduced early in the disease trajectory and increased as the disease progresses. A decision to alter the focus of care from modifying disease progression to optimising quality of life should be made in discussion with the patient, cardiologist, nurse and general practitioner. The patient's family should be involved in such discussions if requested by the patient[652,653] (*Table 14.4*).

Key components of a palliative care service are recommended in *Table 14.5*. Palliative care has been discussed in detail in a position paper from the ESC HFA.[654]

Liaison between the specialist palliative care services and the HF team and/or the primary care physician, using a shared care approach, is required in order to address and optimally coordinate the patient's care. Recent pilot studies have suggested an improvement in symptom burden and quality of life,[653,655] but these data are too limited to provide a recommendation.

Specific therapies and actions may provide palliation of symptoms and improve quality of life but have a limited evidence base:

- Morphine (with an antiemetic when high doses are needed) can be used to reduce breathlessness, pain and anxiety.[656]

Table 14.5 Key components of palliative care service in patients with heart failure

Focus on improving or maintaining the quality of life of a patient and his/her family as well as possible until he/she dies.
Frequent assessment of symptoms (including dyspnoea and pain) resulting from advanced heart failure and other co-morbidities and focus on symptom relief.
Access for the patient and his/her family to psychological support and spiritual care according to need.
Advanced care planning, taking account of preferences for place of death and resuscitation (which may include deactivating devices, such as pacemaker and/or implantable cardioverter defibrillator).

g/ by guest on August 26, 2016

Принципы ПМП при ХСН

- ✓ Подходы паллиативной помощи включают фокус на купирование симптомов, эмоциональную поддержку и коммуникацию между пациентом и его семьей
- ✓ В идеале этот подход должно вводиться раньше в траектории развития болезни и увеличиваться по мере прогрессирования заболевания
- ✓ Решение о смещении акцентов в сторону оптимизации качества жизни, а не модифицирования прогрессирования заболевания должно приниматься в совместно с пациентом, кардиологом, медсестрой и врачом общей практики
- ✓ Взаимодействие между специалистом по паллиативной помощи, и специалистом по СН и/или врачом общей практики необходимо в целях адресной и оптимально координированной помощи пациенту

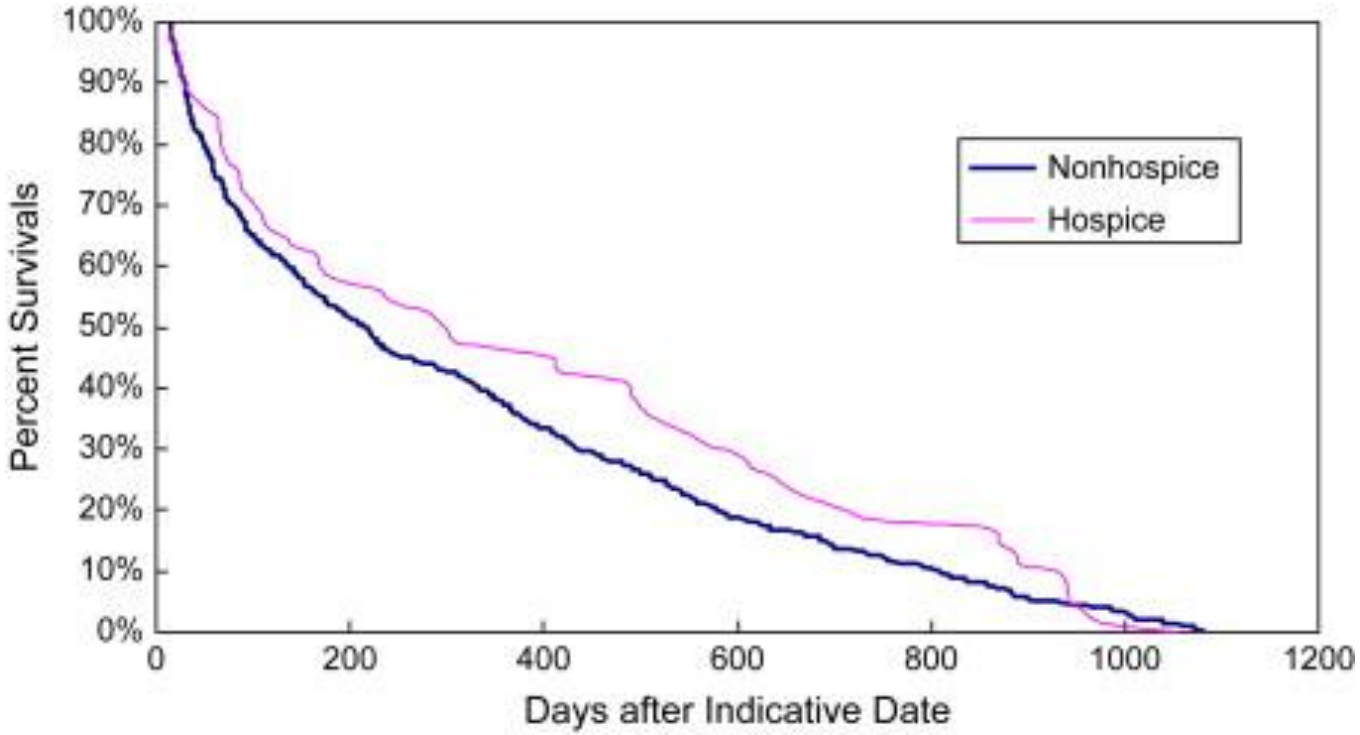
Специфическая терапия и воздействия могут обеспечить облегчение симптомов и улучшение качества жизни но имеют ограниченную доказательную базу:

- **Морфин** (с противорвотным когда необходимы высокие дозы) - уменьшение одышки, боли и тревоги
- Увеличение концентрации вдыхаемого **кислорода** - облегчение одышки
- **Диуретическая терапия** - снижение симптомов застоя и оптимизировать контроль симптомов (застой и жажда)
- Уменьшение дозировок препаратов, снижающих **АД** для поддержания достаточной оксигенации и снижения рисков падения

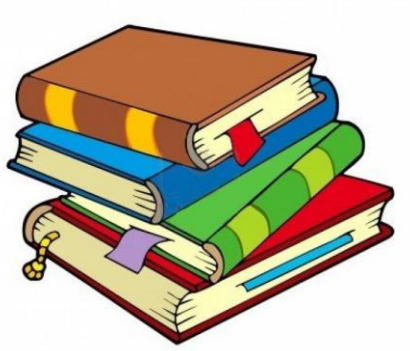
План ведения должен быть обсужден с пациентом и семьей

- ✓ Обсуждение **прекращения медикаментозной терапии**, которая не имеет непосредственного воздействия на симптомы и качество жизни (холестеринснижающие препараты, средства для лечения остеопороза)
- ✓ Документирование решения пациента относительно попытки **реанимации**
- ✓ **Деактивация ИКД** в периоде end-of-life (в соответствии с местными регулирующими документами)
- ✓ Предпочтения по месту помощи и смерти
- ✓ Психологическая поддержка пациента и семьи

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ УВЕЛИЧИВАЕТ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХСН



Connor SR et al. J Pain Symptom Manage. 2007;33(3):238-46.



Что необходимо сделать?



1. Разработать методические материалы по оказанию паллиативной медицинской помощи больным кардиологического профиля для врачей первичного звена, кардиологов, специалистов паллиативной медицинской помощи
2. Создать рабочую группу, включающую специалистов паллиативной медицинской помощи и кардиологов в рамках Российской ассоциации паллиативной медицины и Российского кардиологического общества для подготовки соответствующих разделов рекомендаций по паллиативной помощи и кардиологии



Что необходимо сделать?

3. Разработать организационно-методологические подходы для открытия отделений паллиативной помощи больным кардиологического профиля, в том числе отделений сердечной недостаточности

4. Провести в 2017 г. серию тематических симпозиумов, семинаров, школ на площадках мероприятий Российской ассоциации паллиативной медицины, Национальных кардиологических конгрессов, конференций, посвященных проблемам паллиативной кардиологической помощи

- Паллиативная медицинская помощь в кардиологии - новое и развивающееся направление, которое требует разработки новых стандартов ведения пациентов

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ