

მიხეილ შავდია ^{1,1}, ხათუნა ჭაავა ^{1,2}, ნინო გეგეშიძე ^{1,2},
ნანა ნინაშვილი ^{1,3}, თამარ შერვაშიძე ²

პალიატიური მზრუნველობის ამოცანები გულის ქრონიკული უკმარისობის მქონე პაციენტებში
¹თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, ^{1,1} ონკოლოგიის დეპარტამენტი, ^{1,2} შინაგან
დაავადებათა პროპედევტიკის დეპარტამენტი, ^{1,3} ეპიდემიოლოგიის დეპარტამენტი, ² ილიას
სახელმწიფო უნივერსიტეტი; თბილისი, საქართველო

MIKHEIL SHAVDIA^{1,1}, KHATUNA TCHAAVA^{1,2}, NINO GEGESHIDZE^{1,2},
NANA NINASHVILI^{1,3}, TAMAR SHERVASHIDZE²

TASKS OF MEDICAL PALLIATIVE CARE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Tbilisi State Medical University¹, Department of Oncology^{1,1}, Department of Propedeutics^{1,2}, Department
of Epidemiology^{1,3}, Ilia State University², Tbilisi, Georgia

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.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ცნობით, 2011 წელს სხვადასხვა დაავადებით გარდაცვლილი 29 მილიონი ადამიანი საჭიროებდა პალიატიურ მხარდაჭერას [1]. დემოგრაფიული მონაცემების ცვლილებებმა, სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდამ და ასაკის მატებასთან ერთად ჯანმრთელობის გაუარესებამ, გამოიწვია იმ პაციენტების რაოდენობის ზრდა, რომლებიც საჭიროებენ პალიატიურ მზრუნველობას. ამ პაციენტების და მათი ახლობლების მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერიოზული პრობლემაა და მოითხოვს სამედიცინო სფეროს მუშაკების მეტ ინფორმირებულობას პალიატიური მზრუნველობის შესახებ.

მიზანი.

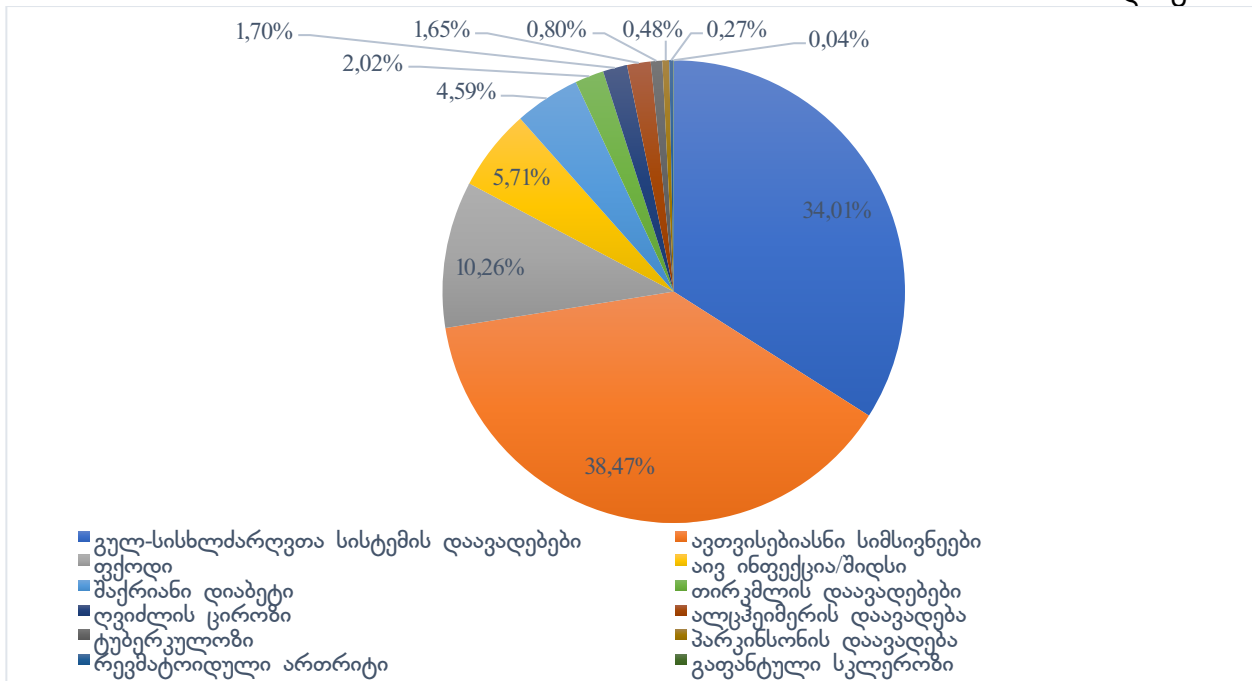
გულის ქრონიკული უკმარისობის მქონე პაციენტებში პალიატიური მედიცინის განვითარება და პალიატიური მზრუნველობის ასპექტების შემუშავება.

განხილვა.

მრავალი წლის განმავლობაში პალიატიური მზრუნველობა განიხილებოდა, როგორც მხარდაჭერა განუკურნებელი ონკოლოგიური პაციენტებისთვის [3], თუმცა ბოლო წლებში ამ დახმარების პრინციპები თანდათან ვრცელდება სხვა ქრონიკულად მიმდინარე პროგრესირებად დაავადებებზე. მსოფლიოში მიმდინარე დემოგრაფიულ ცვლილებებს თან ახლავს მოსახლეობის საშუალო ასაკისა და სხვადასხვა გენების დაავადებების ზრდა, რომელთა შორისაც ლეტალობით პირველ ადგილზეა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები - 31,5% [4]. 2016 წლის მონაცემებით, ევროპაში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებით გამოწვეული ლეტალობა 45% შეადგენს, მათ შორის 2/3 75 წელზე მეტი ასაკის მქონე ადამიანებზე მოდის [5]. დიაგრამაში 1 მოცემულია პალიატიური მზრუნველობის ქვეშ მყოფი მოზრდილი მოსახლეობის დაავადებების ანალიზი (n=19 228 760)

პალიატიური მზრუნველობის ქვეშ მყოფი მოზრდილი მოსახლეობის გადანაწილება დაავადებების მიხედვით, %

დიაგრამა 1



მძიმე ფორმის გულის უკმარისობის მქონე ავადმყოფებში რთულია განისაზღვროს პალიატიური მზრუნველობის მთელი მოცულობა, მით უფრო, რომ ჩვენს ქვეყანაში ახლა ყალიბდება ამ დაავადების მქონე პაციენტებისთვის პალიატიური დახმარების პრინციპები, ამავდროს არ არსებობს ამ ავადმყოფების რეგისტრი და პატრონაჟის სისტემა. ონკოლოგიური დაავადებების და გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებში განსხვავებულია მოვლის ასპექტები, თუმცა ორივე კატეგორიის პაციენტებისთვის ანალოგიურია კომუნიკაციისა და ახლობლების მხარდაჭერის საჭიროება [6-8].

დღეს ლიტერატურაში არ არსებობს სიცოცხლის ტერმინალური ფაზის ზუსტი განმარტება. ბევრი ავტორი იყენებს ამერიკის ჯანმრთელობის ინსტიტუტის განსაზღვრებას. ეს არის “ფაზა რომელშიც ვიღაც იტანჯება მძიმე ინკურაბელური დაავადებისგან ან/და მასში იმყოფება “სუსტი” ხანდაზმული ადამიანი, რომელიც საჭიროებს დახმარებას” [9].

კვლევებმა, სადაც აღწერილია გულის უკმარისობის მქონე პაციენტების სიცოცხლის ბოლო თვეები, აჩვენა, რომ უმრავლესობას აღენიშნებოდა ჰაერის უკმარისობა, ხველა, ტკივილები, ფიზიკური შეზღუდულობა, დისპეფსია, უძილობა, კოგნიტური ფუნქციების დეფიციტი დემენციამდეც კი, განსაკუთრებით ხანდაზმულებში [10].

J.P. Riley და J.M. Beattie მონაცემებით გულის უკმარისობის ტერმინალურ სტადიაზე გამოხატულია: ქოშინი (55-95%), სისუსტე (63-93%), შეკრულობა (25-30%), პირის სიმშრალე (35-74%), ავტორები აღნიშნავენ, რომ ყველა ეს სიმპტომი მჭიდროდ არის დაკავშირებული ორგანიზმის საერთო გამოფიტვასთან. ჰოსპიტალიზაციის დროს ამ სიმპტომების კორექცია პრაქტიკულად ვერ ხერხდება; 35% პაციენტებს აწუხებთ ტკივილი, 31%-შეკრულობა, 24%-ქოშინი, 24%-გულისრევა [11].

S. Goodlin და თანაავტორების მიერ გამოკვლეული იყო 347 გულის უკმარისობის მქონე პაციენტი ტერმინალურ სტადიაზე. მათგან 84,4% აღნიშნებოდა ტკივილი. მათ შორის 39,5% უჩიოდა სხვადასხვა ლოკალიზაციის ტკივილს, უფრო ხშირად მუხლებში. 70% შემთხვევებში ტკივილი ძლიერდებოდა მოძრაობისას [12]. მკერდის ძვლის უკან ძლიერი ტკივილი გამოხატული იყო 28,6%, ხოლო სხვა ლოკალიზაციის ძლიერი ტკივილი 38,9% პაციენტებში.

მხოლოდ ოპიოიდური ანალგეტიკები, რომელიც დანიშნული ჰქონდა 34,1% პაციენტს, იძლეოდა ტკივილის კუპირებას. ტკივილის აღმოცენების პრედიქტორები იყო სახსრების დეგენერაციური დაავადებები, დაძაბვის სტენოკარდია.

პაციენტები განიცდიან არა მხოლოდ ფიზიკურ, არამედ ფსიქოლოგიურ დისკომფორტსაც: ცუდი გუნება-განწყობილება, ემოციური სტრესი, შფოთვები. უნდა აღინიშნოს, რომ საფსხევო მოსალოდნელია ცუდი გუნება-განწყობილების გავლენა დაავადების არაკეთილსაიმედო მიმდინარეობაზე. ეს ფსიქოლოგიური დისკომფორტი განიჩევა დეპრესიისგან. დეპრესია გვხვდება ყოველ მესამე პაციენტში, ხოლო მის კლინიკურ გამოვლენას ბევრი საერთო აქვს მძიმე ფორმის გულის ქრონიკული უკმარისობის სიმპტომატოლოგიასთან: სისუსტე, ადვილად დაღლა, უძილობა, მადის დაკარგვა, აპათია, უსარგებლობის განცდა. გულის უკმარისობის ტიპური ნიშნებია სისუსტე და ფიზიკური აქტივობის შეზღუდვა, ხოლო დეპრესია კი არის სისუსტის პრედიქტორი, რომელიც არ არის დაკავშირებული ფიზიკურ აქტივობასთან [13,14].

S. Goodlin და თანაავტ. მონაცემებით ტერმინალურ ფაზაში ხშირად გამოხატულია თანდართული დაავადებების სიმპტომოკომპლექსი, მკურნალობის გვერდითი მოვლენები, ქრონიკული პროგრესირებადი დაავადების არსებობით გამოწვეული ფსიქოლოგიური და სოციალური პრობლემები. გულის ქრონიკული უკმარისობის მქონე ავადმყოფების უმრავლესობა ილუპება გულის უკმარისობით გამოწვეული მულტიორგანული პათოლოგიით და გულის დეკომპენსაცია ყოველთვის არ წარმოადგენს სიკვდილის მთავარ მიზეზს. ამიტომ დაავადების ამ ფაზაში პრინციპული მნიშვნელობა აქვს მართვის სწორი მეთოდების შემუშავებას [12].

პალიატიური დახმარების ინდივიდუალური მიდგომების შემუშავების დროს უნდა გავითვალისწინოთ დაავადების მიმდინარეობის სხვადასხვა ვარიანტი [1,15,21,22]. ასე მაგალითად, ონკოლოგიური პათოლოგიების დროს გამოყოფენ შედარებით სტაბილური მდგომარეობის სტადიას, რომელსაც თან სდევს მდგომარეობის სწრაფად გაუარესების სტადია, ხოლო მულტიორგანული პათოლოგიის შემთხვევაში, რაც დამახასიათებელია გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებისათვის ტერმინალურ სტადიაში, ტიპურია მწვავე დეკომპენსაციის პერიოდები, რომელიც მოითხოვს ჰოსპიტალიზაციას, რის შემდგომაც შესაძლებელია მდგომარეობის გაუმჯობესება, ან/და სიკვდილი ღვება რომელიმე დეკომპენსაციის შემთხვევაში ან უეცრად.

ასევე შესაძლებელია მესამე ვარიანტი, როცა გამოხატულია პაციენტის ორგანიზმის ფუნქციური მდგომარეობის თანდათანობითი გაუარესება, რაც ტიპურია ხანდაზმულ პაციენტებში ასაკობრივი დემენციისა და ასთენიის ფონზე.

დღესდღეობით შემუშავებულია მრავალი პროგნოზული შკალა [16,17], თუმცა ამ შკალებში არ არის გათვალისწინებული დაავადების ყველა პარამეტრი, ასევე თანდართული დაავადებების გავლენა გულის უკმარისობის მიმდინარეობაზე, ამიტომ კომპლექსური მიდგომა კლინიკური აზროვნება და გამოცდილება ეხმარება ექიმს განსაზღვროს გულის უკმარისობის დეკომპენსაციის შეუქცევადი სტადია.

2009 წელს ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების გულის უკმარისობის ასოციაციის სამუშაო ჯგუფის მიერ შემუშავებულ იქნა პალიატიური მზრუნველობის კონსეფცია გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებში [19]. 2016 წელს ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების (ევს) მიერ ეს ინიციატივა იქნა მხარდაჭერილი.

გულის ქრონიკული უკმარისობის მიმდინარეობის ეტაპების გათვალისწინებით შემოთავაზებულია ამ პაციენტების მართვის ალგორითმი [20]. (ცხრილი 1)

ცხრილი1. გულის პროგრესირებადი უკმარისობის ეტაპების დახასიათება

<p>I ეტაპი – NYHA-ს კლასიფიკაციით გულის უკმარისობის I-III ფ.კ. მართვა: მოვლის მიზანია აქტიური დაკვირვება პაციენტზე, ეფექტური თერაპიის შერჩევა, სიმპტომების კონტროლი, (ამ მიზნით პაციენტისა და მისი ახლობლებისათვის აუცილებელი უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბება)</p>
<p>II ეტაპი – მოვლის პალიატიური და მხარდაჭერი ფაზები (NYHA-ს კლასიფიკაციით III-IV ფ.კ) მართვა: ამ ეტაპის მიზანს წარმოადგენს სიმპტომების კონტროლი და ცხოვრების ოპტიმალური ხარისხის შენარჩუნება. აუცილებელია შეფასდეს დაავადების პროგნოზი და მიმდინარეობა, შემუშავებულ იქნას ავადმყოფის მოვლის რეკომენდაციები. პაციენტისა და მისი მომვლელი პირების მოთხოვნების შეფასება გამოდის პირველ ადგილზე. მოცემულ ფაზას წინ უძღვის ხშირი ჰოსპიტალიზაციები.</p>

III ეტაპი - ტერმინალური ფაზა

ამ ეტაპზე, მიუხედავად მაქსიმალურად ეფექტური მედიკამენტური თერაპიისა, ვლინდება ტერმინალური ფაზისთვის დამახასიათებელი ნიშნები: თირკმლის უკმარისობა, ჰიპოტონია, მუდმივი შეშუპებები, დაღლილობა, ანორექსია. ამ ეტაპზე უნდა იქნეს გათვალისწინებული მომაკვდავის კომპლექსური მოვლის ასპექტები. პაციენტის ახლობლებს უტარდებათ ფსიქოლოგიური დახმარება როგორც ამ ეტაპის მიმდინარეობის მანძილზე, ასევე ავადმყოფის გარდაცვალების შემთხვევაში.

ეგროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების ექსპერტების აზრით, პალიატიურ სამედიცინო მზრუნველობას საჭიროებენ გულის უკმარისობის მქონე პაციენტები იმ შემთხვევაში, თუ: ბოლო 6 თვის მანძილზე, მიუხედავად ოპტიმალურად შერჩეული მუდმივი თერაპიისა, აღინიშნა გულის დეკომპენსაციის განმეორებითი ეპიზოდები, სიცოცხლისათვის საშიში არითმიების განვითარება, მედიკამენტების ხშირი ან მუდმივი ინტრავენური ინფუზია, ცხოვრების ხარისხის პროგრესული დაქვეითება, არაკუპირებადი კლინიკური სიმპტომები, რომლებიც ახასიათებს NYHA-ს კლასიფიკაციის მიხედვით გულის ქრონიკული უკმარისობის IV ფ.კ., კარდიული კახექსია [19].

უნდა გვახსოვდეს, რომ პალიატიური მზრუნველობა ითვალისწინებს არა მხოლოდ ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური პრობლემების მოგვარებას, არამედ მიმართული უნდა იყოს პაციენტის სოციალური და სულიერი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად. გულის ქრონიკული უკმარისობის მქონე ავადმყოფებში მთავარი მათი სულიერი ჰარმონიის შენარჩუნებაა. სულიერი წონასწორობის შენარჩუნება გვეხმარება ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაში, ამყარებს რა დეპრესიის სიმპტომატიკას. ამ ჯგუფის ავადმყოფებში მალაღია სიკვდილის შიშის განცდა, როგორც დეკომპენსაციის, ასევე სტაბილურ ფაზაში, მაგრამ ექიმის მიდგომა სწორი და დროული აქცენტებით შესაძლებელს ხდის დაავადების პროგნოზის შესახებ საუბარს დაავადების ტერმინალურ სტადიაზე, თუმცა პალიატიური მზრუნველობის ეს ასპექტი მოითხოვს შემდგომ განხილვას [1,23].

პალიატიურ მზრუნველობას საჭიროებენ გულის უკმარისობის მქონე პაციენტები დაავადების ადრეულ სტადიებზეც, ბაზისურ თერაპიასთან ერთად, რომელიც მიმართული უნდა იყოს ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისკენ. პალიატიური მზრუნველობა აქტუალურია იმ ახალგაზრდა პაციენტებშიც, რომლებსაც ელოდებათ ქირურგიული ოპერაცია გულის გადაწერვის მიზნით, ან იმყოფებიან ხელოვნურ სისხლის მიმოქცევის აპარატზე.

ამერიკის გულის ასოციაციის სპეციალისტები ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით რეკომენდაციას უწევენ პალიატიური მზრუნველობის გატარებას გულის უკმარისობის მქონე ყველა პაციენტში, რომლებსაც გამოხატული აქვთ გულის უკმარისობის სიმპტომატიკა [24]. გულის უკმარისობის მქონე პაციენტების მართვაში მულტიდისციპლინარული მიდგომის გამოყენება საშუალებას გვაძლევს მნიშვნელოვნად გავაუმჯობესოთ მათი კლინიკური მდგომარეობა, ცხოვრების ხარისხი და ამით შევამციროთ მკურნალობის ხარჯები [26].

7 რანდომიზებული კლინიკური კვლევის შედეგების საფუძველზე, სადაც შეფასების კრიტერიუმად გამოყენებულ იქნა სიკვდილიანობა, შესაძლებელი გახდა პალიატიური მზრუნველობის ეფექტურობისა და უსაფრთხოების შეფასება გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებში. პაციენტებში, რომლებიც იმყოფებოდნენ პალიატიური მზრუნველობის ქვეშ, ცხოვრების ხარისხი, სტატისტიკურად სარწმუნოდ მაღალი იყო, ხოლო დეპრესიის ხარისხი გაცილებით დაბალი, თუმცა ორივე ჯგუფში ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი პრაქტიკულად ერთი და იგივე იყო [27].

სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობის განხორციელება მოითხოვს სპეციალისტების მულტიდისციპლინარულ ჯგუფს, რომლებიც მუშაობის პროცესში მჭიდროდ თანამშრომლობენ ერთმანეთთან და უზრუნველყოფენ პაციენტისათვის ადაპტირებული კულტურული, სოციალური და ეკონომიკური პირობების შექმნას [2,25,28]. არსებობს პალიატიური მზრუნველობის განხორციელების რამოდენიმე მოდელი გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებში, რომლებიც გამოიყენება, როგორც სტაციონარულ, ისე ამბულატორიულ პაციენტებში [18]. მოდელი, რომელიც მულტიდისციპლინარული მიდგომა თამაშობს მთავარ როლს, პალიატიური მზრუნველობა ხორციელდება ზოგადი პროფილის, კარდიოლოგის, საშუალო სამედიცინო

პერსონალის, პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტებისა და საჭიროების შემთხვევაში სხვა პროფილის სამედიცინო პერსონალის მიერ. პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტების კონსულტაცია უტარდება, როგორც სტაციონარულ, ისე ამბულატორიულ პაციენტებს. ასეთი პაციენტებისათვის მნიშვნელოვანია სპეციალისტების კონსულტაციების ჩატარება ბინაზე, ჩვეულ გარემოში, მკურნალობის კორექციის მიზნით. ეს მოდელი გამოიყენება დიდ ბრიტანეთში და იგი ფინანსდება დიდი ბრიტანეთის გულის ფონდის (British Heart Foundation) მიერ.

შემდეგი მოდელი გამოიყენება შვეიცარიაში, სადაც პალიატიურ მზრუნველობას ავადმყოფებსა და მათი ოჯახის წევრებზე ახორციელებს მობილური ბრიგადა ბინაზე. ძირითად რგოლს ამ ბრიგადებში წარმოადგენენ პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტები, ხოლო გულის ქრონიკული უკმარისობის მართვის სპეციალისტები მონაწილეობენ უშუალოდ გულის უკმარისობის მედიკამენტოზურ მართვაში.

დასკვნა:

ჩვენს ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის ქვეშ მყოფ პაციენტებად ძირითადად მოიაზრებიან ონკოლოგიური ავადმყოფები და მხოლოდ ბოლო რამოდენიმე წელია აღნიშნული დახმარება ეწვეათ სხვადასხვა ქრონიკული დაავადებით მოავადებებს, მათ შორის გულის ქრონიკული უკმარისობის მძიმე ფორმის მქონე პაციენტებს. პალიატიური მზრუნველობის განხორციელების მასშტაბური პროექტის ფარგლებში საჭიროდ მიგვაჩნია შევიმუშავოთ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების პალიატიური მართვის ალგორითმი, რომელიც უნდა შეესაბამებოდეს საერთაშორისო სტანდარტებს, რაც გულისხმობს პალიატიური მზრუნველობის დროულ აღმოჩენას ძირითად კარდიოლოგიურ თერაპიასთან ერთად და ამ გზით სამკურნალო დაწესებულებების დატვირთვის შემცირებას. მიზანშეწონილად მიგვაჩნია დაიხვეწოს კრიტერიუმები, რაც საშუალებას მოგვცემს გულის ქრონიკული უკმარისობის მძიმე ფორმის მქონე პაციენტებს დროულად გავუწიოთ პალიატიური დახმარება [25].

ამრიგად, პალიატიური მზრუნველობის განვსა ხავსებით შესაძლებელია გულის უკმარისობით მოავადე პაციენტებისათვის და იძენს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას დაავადების პროგრესირების დროს. ასეთი მიდგომა მიმართულია ოპტიმალურად შესაძლებელი ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნებისაკენ. პალიატიური მზრუნველობა ინტეგრირებული უნდა იყოს სხვადასხვა პროფილის ექიმების გუნდთან და უნდა განხორციელდეს არა მხოლოდ მომაკვდავ პაციენტებში, რომლებსაც სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა რამოდენიმე დღე ან კვირა აქვთ. დაავადების ტერმინალურ სტადიაში პაციენტის მართვის გეგმის შემუშავებაში უნდა გავითვალისწინოთ ავადმყოფის ასაკი, ინდივიდუალური და ოჯახური თავისებურებანი.

ლიტერატურა:

1. World Health Organisation. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. World health Organisation 2014.
2. Palliative care by the adult and to children: organization and vocational education. Collection of documents of WHO and EAPP. M.: R. Valent 2014; 180, 4.
3. 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.
4. 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.
5. Townsend N., Wilson L., Bhatnagar P. et al. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. Eur Heart J 2016; 37:3232–3245.
6. 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
7. 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
8. 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.jpain-symman.2007.06.007

9. 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/2004/20042017>.
10. Ward C. The need for palliative care in the management of heart failure. *Heart* 2002; 87:294–298.
11. Riley J., Beattie J. Palliative care in heart failure: facts and numbers. *ESC Heart Failure* 2017; 4:81–87.
12. 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
13. 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.
14. 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
15. 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
16. 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
17. Levy W., Mozaffarian D., Linker D. et al. The Seattle Heart Failure Model: prediction of survival in heart failure. *Circulation* 2006; 113:1424–1433.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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 randomized clinical trial. *BMJ Open* 2014;4(7):e005021.
22. 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>
23. 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/10.1191/0269216304pm919oa
24. 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
25. Course of lectures on palliative medicine. Under G.A. Novikov's edition. Moscow 2017; 368–384.
26. Bekelman D., Allen L., McBride 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
27. 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.
28. Chow J., Senderovich H. It's Time to Talk: Challenges in Providing Integrated Palliative Care in Advanced Congestive Heart Failure. *Curr Cardiol Rev* 2018. Jan 23. doi:10.2174/1573403X14666180123165203.

МИХАИЛ ШАВДИЯ ^{1,1}, ХАТУНА ЧААВА ^{1,2}, НИНО ГЕГЕШИДЗЕ ^{1,2},
 НАНА НИНАШВИЛИ ^{1,3}, ТАМАР ШЕРВАШИДЗЕ ²

ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

¹Государственный медицинский университет Тбилиси, ^{1,1}факультет онкологии,
^{1,2}факультет пропедевтики, ^{1,3} факультет эпидемиологии, ² Государственный университет Ильи,
 Тбилиси, Грузия

РЕЗЮМЕ

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является важной проблемой здравоохранения из-за высокой распространенности, заболеваемости и смертности. Устойчивые к лечению симптомы, потребность в общении и поддержке, объединяющих пациентов с ХСН и онкологическими заболеваниями, но, несмотря на то, что пациенты с ХСН редко получают специализированную паллиативную помощь (СПП). Этот обзор посвящен необходимости и возможным способам предоставления СПП пациентам с ХСН.

*მიხეილ შავდია ^{1,1}, ხატუნა ჭაავა ^{1,2}, ნინო გეგეშიძე ^{1,2},
 ნანა ნინაშვილი ^{1,3}, თამარ შერვაშიძე ²*

პალიატიური მზრუნველობის ამოცანები გულის ქრონიკული უკმარისობის მქონე პაციენტებში
¹თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, ^{1,1} ონკოლოგიის დეპარტამენტი, ^{1,2} შინაგან
 დაავადებათა პროპედევტიკის დეპარტამენტი, ^{1,3} ეპიდემიოლოგიის დეპარტამენტი, ² ილიას
 სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

რეზიუმე

მაღალი გავრცელებისა და ლეტალობის გამო გულის ქრონიკული უკმარისობა წარმოადგენს ერთ-ერთ ძირითად პრობლემას თანამედროვე მედიცინაში. ისევე როგორც ონკოლოგიური დაავადებების დროს, გულის ქრონიკული უკმარისობის ტერმინალურ სტადიაშიც, როდესაც არსებული სიმპტომები არ ექვემდებარება მკურნალობას, პაციენტები და მათი ახლობლები საჭიროებენ სპეციალიზებულ პალიატიურ დახმარებას, თუმცა ხშირ შემთხვევაში გულის ქრონიკული უკმარისობის მქონე ავადმყოფები ამას მოკლებულნი არიან. ამ მიმოხილვით სტატიაში განხილულია გულის ქრონიკული უკმარისობის მქონე პაციენტებისთვის პალიატიური მზრუნველობის განვების გზები და აუცილებლობა, როგორც დაავადების ტერმინალურ, ისე ადრეულ სტადიაებზე.

