

УДК 616.006.04:616.61–008.6] 316.443 (470)

Авторское мнение

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПОЧЕК

Г. С. Петров — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами права и истории медицины); **И. Л. Кром** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами права и истории медицины), руководитель центра медико-социологических исследований, доктор медицинских наук; **М. В. Еругина** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами права и истории медицины), доктор медицинских наук.

INTERDISCIPLINARY CONCEPTUALIZATION OF PALLIATIVE CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASES

G. S. Petrov — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Health Organization and Public Health (with the Courses of Law and History of Medicine); Post-graduate; **I. L. Krom** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Health Organization and Public Health (with the Courses of Law and History of Medicine), Head of Centre for Medical and Social Research, Professor, Doctor of Medical Sciences; **M. V. Yerugina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Health Organization and Public Health (with the Courses of Law and History of Medicine), Doctor of Medical Sciences.

Дата поступления — 29.08.2016 г.

Дата принятия в печать — 07.09.2016 г.

Петров Г. С., Кром И. Л., Еругина М. В. Междисциплинарная концептуализация паллиативной помощи пациентам с хроническими болезнями почек. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2016; 12 (3): 412–414.

Представлен авторский анализ современных интерпретаций паллиативной помощи. Трансформация концептуализации паллиативной помощи за последние десятилетия привела к появлению паллиативного подхода к лечению больных с хроническими заболеваниями, качественным признаком которого является возможность оказания паллиативной помощи параллельно с лечением основного заболевания и синдромальным лечением пациента. Авторы отмечают, что в связи с ростом числа пациентов, нуждающихся в заместительной почечной терапии, организация паллиативной помощи является актуальной в группе пациентов с хроническими болезнями почек. По мнению авторов, паллиативный подход к стареющей, быстро растущей когорте диализных пациентов, многие из которых находятся в периоде дожития, предполагает выполнение индивидуальной программы диализной терапии. В отечественной литературе существуют лишь единичные работы, посвященные паллиативному подходу к пациентам с терминальной хронической почечной недостаточностью, что предполагает перспективность исследований в данном направлении.

Ключевые слова: хронические болезни почек, хроническая почечная недостаточность, диализные пациенты, качество жизни, паллиативная помощь, паллиативный подход.

Petrov GS, Krom IL, Yerugina MV. Interdisciplinary conceptualization of palliative care for patients with chronic kidney diseases. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2016; 12 (3): 412–414.

The article presents the author's analysis of modern interpretations of palliative care. Transformation of palliative care conceptualization during the last decade has led to the appearance of a palliative approach to treatment of patients with chronic diseases; quality feature of this approach is possibility to render a palliative care along with treatment of underlying disease and syndrome treatment of a patient. The authors note that due to increasing number of patients requiring renal replacement therapy, organization of palliative care is relevant in the group of patients with chronic kidney diseases. According to the authors' viewpoint, palliative approach to aging and fast-growing cohort of dialysis patients, many of which are in the period of living out, suggests implementation of individual program of dialysis therapy. In domestic literature there are only a few works devoted to palliative approach to patients with terminal chronic renal failure that suggests prospects of research in this direction.

Key words: chronic kidney diseases, chronic renal failure, dialysis patients, quality of life, palliative care, palliative approach.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)
совместно с Всемирным альянсом паллиативной по-

мощи в 2014 г. подготовила и опубликовала первый Всемирный атлас потребности в паллиативной помощи. Атлас содержит данные о том, что около трети больных, нуждающихся в паллиативной помощи, страдают от рака, а две трети — от прогрессирующих болезней, поражающих сердце, легкие, печень, поч-

Ответственный автор — Петров Геннадий Серафимович
Тел.: +79033863107
E-mail: petrovgs2007@yandex.ru

ки, мозг, или от хронических болезней, представляющих угрозу для жизни (ВИЧ-инфекция, СПИД, лекарственно устойчивый туберкулез). Лишь в 20 странах мира паллиативная помощь надлежащим образом интегрирована в системы здравоохранения (Австралия, Австрия, Бельгия, Германия, САР Гонконг, Ирландия, Исландия, Италия, Канада, Норвегия, Польша, Румыния, Сингапур, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, США, Уганда, Франция, Швейцария, Швеция и Япония) [1, 2].

Термин «паллиативная помощь» был принят в 1974 г. В 1990 г. ВОЗ предложила рассматривать паллиативную помощь как «активную всеобъемлющую помощь пациентам, возможности радикального лечения которых исчерпаны. Первостепенной задачей такой помощи является купирование боли и других симптомов, а также решение социальных, психологических и духовных проблем пациентов. Целью паллиативной помощи является достижение максимально возможного в сложившейся ситуации качества жизни больных и их родственников».

С 2002 г., по определению ВОЗ, паллиативная помощь показана не только инкурабельным онкологическим больным, но и пациентам, страдающим другими «прогрессирующими хроническими заболеваниями в ситуации, когда прогноз в отношении жизни неблагоприятен» [3].

В современной интерпретации паллиативная помощь показана всем пациентам любого возраста, независимо от диагноза, с момента постановки диагноза угрожающего жизни или изнуряющего заболевания [4]. Промежуток времени оказания паллиативной помощи может составлять несколько лет, месяцев, недель и дней [5].

Трансформация концептуализации паллиативной помощи за последние два десятилетия привела к появлению так называемого паллиативного подхода к лечению хронических заболеваний, качественным признаком которого является возможность оказания паллиативной помощи параллельно с лечением основного заболевания и синдромальным лечением. «Паллиативная помощь — подход, целью которого является улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Эта цель достигается путем предупреждения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки» [6]. Считается, что раннее применение паллиативного подхода может привести не только к улучшению качества оставшейся жизни пациента, но и к увеличению ее продолжительности.

Актуальным развитие паллиативного подхода является и в отношении группы пациентов с хроническими болезнями почек. Активное обсуждение паллиативного подхода при терминальной стадии болезней почек в зарубежной литературе ведется последние 10–15 лет.

По данным международных эпидемиологических исследований, распространенность хронической болезни почек среди взрослого населения Западной Европы, США, Австралии, Китая находится в диапазоне от 110 до 160 человек на 1 тыс. населения. Примерно у 30–95 человек на тысячу взрослого населения хроническая болезнь почек находится в стадии начальной хронической почечной недостаточности. Частота распространенности хронической болезни почек существенно возрастает в старшей возрастной

группе, достигая 150–300 человек на тысячу населения [7–9].

По данным Pauline M. Kane и соавт. [10], в Англии популяция диализных пациентов значительно постарела за последние 10–15 лет. Несмотря на то что существует большой разброс данных по всей территории Англии, основную возрастную группу больных, начинающих получать диализ, составляют пациенты старше 75 лет, и количество больных среди них увеличивается. Сходные данные демонстрируют исследования в США и Западной Европе [7, 8].

Увеличение обеспеченности диализом неизбежно приводит к увеличению возраста в диализной популяции и увеличению коморбидности пациентов (пациентов с осложнениями и сопутствующими хроническими заболеваниями). За рубежом, в странах с высокой обеспеченностью диализом, уже появились работы, в которых обсуждается использование паллиативного подхода в лечении диализных пациентов.

По данным регистра больных с почечной недостаточностью, в США у 20% умерших пациентов смерть наступила в результате отказа от диализной терапии. Несомненно, диализ может продлить жизнь многим пациентам, однако такая «агрессивная» помощь в период дожития может быть слишком тяжела для пациентов [11].

Возникает закономерный вопрос о том, что более приоритетно для пациента, получающего диализ с определенной периодичностью: качество жизни или продолжительность периода дожития. Дилемма отчасти связана с ограничениями, вызванными необходимостью проведения диализа. Вопрос не так прост, как может показаться на первый взгляд, и каждый пациент может выбрать для себя ответ в зависимости от множества факторов.

Перед пациентами, получающими диализ и вступающими в период дожития, встает сложный выбор: отказаться от диализа и получать терапию в хосписе, или продолжить диализ и лишиться преимуществ паллиативного ухода. Для больных, которые не ощущали значительного улучшения состояния от диализа или были слишком слабы для продолжения диализной терапии, выбор был относительно прост. Однако другие пациенты хотели бы находиться в хосписе, но получать диализ по необходимости для купирования симптомов [10, 12].

В 2009 г. Steven J. Baumrucker с соавт. [12] опубликовали клинический случай:

М-р К. — пациент 65 лет, в анамнезе сахарный диабет и терминальная ХПН. Он начал получать заместительную терапию гемодиализом 3 года назад. Течение заболевания осложнилось кальцифилаксией, пациента стали беспокоить мучительные боли в нижних конечностях. Болевой синдром не купировался, несмотря на введение морфина (болюсное и продолжительное), введение небольших доз габопентина (100 мг в день и 125 мг после каждого сеанса гемодиализа). В последний год у пациента появилась также застойная сердечная недостаточность, которая контролировалась медикаментозно и с помощью диализа. Его жена и дочь вместе с сиделками осуществляли уход в домашних условиях.

В течение последних трех месяцев общее состояние м-ра К. ухудшилось, отмечалось снижение веса, он оказался прикован болезнью к постели и возненавидел поездки на диализ 3 раза в неделю. Пациент, с его слов, был «готов умереть», в связи с чем ему было рекомендовано продолжить лечение в хосписе. Однако м-р К. вынужден был отказаться от лечения

в хосписе, т.к. для этого нужно было прекратить процедуры диализа. Он был напуган тем, что может «захлабнуться жидкостью» и что прекращение диализа может усилить его страдания. Требовалась консультация специалиста по паллиативной медицине.

Для пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью данный случай типичен, особенностью его является то, что достижения медицинской науки и технические возможности позволяют пролонгировать жизнь рассматриваемой категории больных. Пациенты с терминальной хронической почечной недостаточностью не умирают быстро, поэтому не вписываются в стандартные программы хосписов. Следовательно, необходимо предусмотреть возможность паллиативной помощи пациентам с применением диализа не по программам, которые предлагают диализные центры, а на симптоматической основе, для снятия тягостных симптомов уремии и гипергидратации.

Вызовы, с которыми 10–20 лет назад столкнулись страны Западной Европы, США и другие при оказании помощи пациентам методами заместительной почечной терапии, в настоящее время становятся актуальными для нашей страны.

В России за последние 10–15 лет наблюдается прирост диализной когорты пациентов в объеме 7–10% в год, что превышает прирост в Европе и США. В 2013 г. прирост был рекордным (более 13%) [9]. Данная ситуация характерна для стран с низкой обеспеченностью данным видом помощи, к которым относится и Российская Федерация.

Как и за рубежом, одним из препятствий к внедрению паллиативного подхода в лечении диализных пациентов на диализе является его нормативно-правовое регулирование. Так, применение индивидуальных программ диализной терапии у пациентов в период дожития невозможно, поскольку это противоречит существующим медицинским стандартам и протоколам лечения. По стандартам диализ должен проводиться не реже трех раз в неделю, не менее 4 часов и с адекватностью двухпулловой КТ/У не менее 1,2. При недостижении данных параметров страховые медицинские организации вправе применить штрафные санкции к диализному центру.

Выводы:

1. В настоящий момент Россия переживает бурное развитие нефрологии с активным ростом числа пациентов на заместительной почечной терапии.

2. Быстрый рост популяции диализных пациентов и увеличение обеспеченности паллиативной помощью неизбежно приводят к старению диализной популяции и увеличению количества сопутствующих заболеваний у данной группы пациентов.

3. Паллиативный подход к стареющей, быстро растущей когорте диализных пациентов, многие из

которых находятся в периоде дожития, предполагает выполнение индивидуальной программы диализной терапии.

В отечественной литературе существуют лишь единичные работы, посвященные паллиативному подходу к пациентам с терминальной хронической почечной недостаточностью, что определяет перспективность исследований в данном направлении.

Авторский вклад: написание статьи — Г.С. Петров, И.Л. Кром, М.В. Еругина; утверждение рукописи для публикации — Г.С. Петров.

References (Литература)

1. Krom IL, Yerugina MV, Shmerkevich AB. Modern palliative care strategy (review). *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2015; 11 (4): 503–506. Russian (Кром И.Л., Еругина М.В., Шмеркевич А.Б. Саратовский научно-медицинский журнал 2015; 11 (4): 503–506).
2. Yerugina MV, Krom IL, Shmerkevich AB. The availability of palliative medical care for the population. *Pravovye voprosy v zdravooхранении* 2016; 1: 54–61. Russian (Еругина М.В., Кром И.Л., Шмеркевич А.Б. Доступность паллиативной медицинской помощи для населения. *Правовые вопросы в здравоохранении* 2016; 1: 54–61).
3. World Health Organization. Definition of Palliative Care. WHO, 2007. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> (5 September 2016).
4. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Executive Summary *Journal of Palliative Care* 2004; 7 (5): october 29, 2004.
5. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, 2003: Council of Europe. [http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf) (8 September 2016).
6. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, et al. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91–96.
7. United States Renal Data System. 2014 USRDS Annual data report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2014.
8. ESPN/ERA EDTA Registry 2013 Annual Report. Academic Medical Center. Amsterdam: The Netherlands; 2015; 8p.
9. Bikbov BT, Tomilina NA. Renal replacement therapy for ESRD in Russian Federation, 1998–2013: Report of the Russian Renal Replacement Therapy Registry. Part 1. Nephrology and dialysis 2015; 17 (3): 5–111. Russian (Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. Заместительная терапия терминальной хронической почечной недостаточности в Российской Федерации в 1998–2013 гг.: отчет по данным регистра заместительной почечной терапии. Ч. 1. Нефрология и диализ 2015; 17 (3): 5–111).
10. Kane PM, Vinen K, Murtagh FE. Palliative care for advanced renal disease: a summary of the evidence and future direction. *Palliat Med* 2013; 27 (9): 817–821.
11. Trivedi DD. Palliative Dialysis in End-Stage Renal Disease. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2011; 28 (8): 539–542.
12. Baumrucker SJ, Carter GT, Stolick M, et al. The case for "palliative dialysis". *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2009; 26 (4): 303–307.