

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Писаная Б.А., Тесленко Ю.В.

*Полтавский государственный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины №2 с профессиональными болезнями, г. Полтава,*

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, реабилитационная медицина, тест 6-ти минутной ходьбы, шкала HADS, психологическая помощь.

Резюме: в статье рассматривается особенность оказания паллиативной помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью. Особое внимание предоставлено медико-психологической реабилитации при оказании паллиативной медицинской помощи, а именно: использование шкалы HADS и привлечение к процессу психолога для проведения специализированной помощи.

Resume: the article discusses the provision of palliative care to patients with chronic heart failure. Particular attention is given to medical and psychological rehabilitation in the provision of palliative care, namely: the use of the HADS scale and the involvement of a psychologist in the process to provide specialized care.

Актуальность. Паллиативная помощь является одним из приоритетных направлений повышения уровня качества жизни пациентов и их семей [2]. Ежегодно в паллиативной помощи нуждается 40 млн. больных, 78% которых проживают в странах низкого и среднего уровня дохода. Невзирая на значительную потребность, лишь около 14% среди нуждающихся её получают. Своевременное оказание паллиативной помощи позволяет сократить число повторных госпитализаций. Среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые нуждаются в оказании паллиативной помощи, "львиную" часть составляют пациенты с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), которая развивается как осложнение [1]. Важной составляющей предоставления паллиативной помощи является паллиативное лечение, которое включает следующие категории: обезболивание, медикаментозная поддержка, медико-психологическая реабилитация, хирургическое лечение, другие виды лечения и уход за больным [3,4].

Цель: оценить эффективность использования программ паллиативной помощи, необходимость использования шкалы HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) у пациентов с ХСН, исследовать актуальность привлечения психолога к процессу оказания паллиативной помощи.

Задачи: 1. Установить необходимость использования шкалы HADS для оценки тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с ХСН и актуальность привлечения психолога в составе мультидисциплинарной команды при оказании паллиативной помощи на стационарном этапе; 2. Оценить эффективность использования многокомпонентных и индивидуализированных программ паллиативной помощи, исследовав качество жизни (КЖ); 3. Определить эффективность использования теста 6-ти минутной ходьбы (6 MWT) как метод контроля эффективности оказанной паллиативной помощи.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Коммунального предприятия "Полтавский областной клинический медицинский кардиоваскулярный центр Полтавского областного совета" в период с 1 сентября 2021 по 1 февраля 2022 года.

Опытную группу (ОГ) составили 34 пациента с ХСН: мужчины – 20 (58,8%), женщины – 14 (41,2%); средний возраст - $73,5 \pm 3,4$ лет. Контрольную группу (КГ) составили 35 пациентов с ХСН: мужчины – 20 (57,1%), женщины – 15 (42,9%); средний возраст - $71,7 \pm 2,7$ лет.

При оказании паллиативной помощи к пациентам ОГ использовался индивидуальный и многокомпонентный подход, который включал в себя: обезболивание, медикаментозную поддержку, медико-психологическую реабилитацию, хирургическое лечение и другие виды лечения с уходом за больными. Медико-психологическая реабилитация включала следующие компоненты: преадресация (в случае необходимости проведения больному хирургического лечения); образовательный компонент (участие больного и его близких в работе "Школы для больных с хронической сердечной недостаточностью", которая состоит из циклов бесед с освоением пациентом базовых знаний о механизме развития, прогрессирования ХСН, методов лечения и профилактики её прогрессирования, предоставления рекомендаций по пищевому поведению); респираторная поддержка (освоение упражнений дыхательной гимнастики); физическая составляющая (ежедневные занятия лечебной физической культурой (ЛФК) под контролем врача физической и реабилитационной медицины (ФРМ) и инструктора ЛФК); психологическая составляющая (использование шкалы HADS для оценки тревожных и депрессивных расстройств, привлечение психолога для проведения мероприятий с целью эмоциональной поддержки, заботы и создания ощущения эмоциональной наполненности и внимания, формирования саногенной позиции и повышения активности рефлексивных процессов, мониторинга эмоционального состояния пациента). При осуществлении медико-психологической реабилитации в составе оказания паллиативной помощи привлекались специалисты многих направлений: врач-кардиолог, врач ФРМ, психолог, инструктор ЛФК.

Госпитальная шкала HADS для оценки тревожных и депрессивных расстройств содержит 14 вопросов, 7 из которых оценивают уровень тревоги (часть 1), 7 других - уровень депрессии (часть 2), к каждому вопросу предложены 4 варианта ответа. Пациент выбирает тот ответ, который больше всего подходит его эмоциональному и психологическому состоянию, потом считается сумма баллов в каждой части. По сумме баллов делается вывод: 0-7 баллов - норма; 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и больше - клинически выраженная тревога/депрессия. При установлении субклинически или клинически выраженной тревоги/депрессии у пациентов ОГ к медико-психологической реабилитации при оказании паллиативной помощи привлекался психолог.

Пациентам КГ медико-психологическая реабилитация не проводилась. Оказание паллиативной помощи пациентам КГ заключалась в обезболивании, медикаментозной поддержке, хирургическом лечении и других видах лечения с уходом за больным.

Оценка эффективности оказания паллиативной помощи пациентам КГ и ОГ проводилась с помощью шкалы SF – 36 (The Short Form -36), которая состояла из 36 пунктов сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, интенсивность боли, общее здоровье, жизненная активность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование и психическое здоровье. Опрос по шкале SF-36 проводился в день выписки из стационара пациентам КГ и ОГ

Дополнительно ОГ проводился 6 MWT при госпитализации и на момент выписки с целью контроля уровня толерантности к физической нагрузке и оценке уровня эффективности проведенного лечения.

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам ОГ (n=34) на момент госпитализации проводилось тестирование согласно госпитальной шкалы HADS для оценки тревожных и депрессивных расстройств, у 29,4% пациентов (n=10) сумма баллов составила от 0 до 7 баллов, что указывало на отсутствие тревожных и депрессивных расстройств, у 58,8% пациентов (n=20) сумма баллов составила от 8 до 10 баллов, что свидетельствовало о наличии субклинически выраженной тревоги/депрессии и необходимости привлечения психолога для предоставления специализированной помощи, у 11,8% пациентов (n=4) сумма баллов была 11 и выше - клинически выраженная тревога/депрессия и необходимость привлечения психолога для предоставления специализированной помощи. После оказания психологом специализированной эмоциональной поддержки всем пациентам ОГ при выписке повторно проводилось тестирование шкалой HADS, у 79,4% пациентов (n=27) сумма баллов составила от 0 до 7 баллов, у 17,6% пациентов (n=6) сумма баллов составляла от 8 до 10 баллов, что свидетельствовало о субклинически выраженной тревоге/депрессии, у 3,0% (n=1) сумма баллов была 11 и выше - клинически выраженная тревога/депрессия. Таким образом, можем видеть, что использование госпитальной шкалы HADS для оценки тревожных и депрессивных расстройств является эффективным методом для диагностики субклинически и клинически выраженной тревоги/депрессии у пациентов с ХСН при оказании паллиативной помощи, а привлечение психолога в составе мультидисциплинарной команды снижает уровень тревожно-депрессивных расстройств.

Проведенное исследование также включало контроль уровня КЖ у пациентов КГ и ОГ с помощью опросника SF-36 в день выписки из стационара. В таблице 1 приведены средние показатели КЖ в соответствии с проведенным анкетированием.

Табл. 1. Показатели КЖ у пациентов КГ и ОГ по завершению стационарного этапа паллиативного лечения

Критерии КЖ по SF-36	КГ, n=35	ОГ, n=34
Физическое функционирование	44,2±3,5	57,6±5,5
Ролевое физическое функционирование	38,5±3,9	52,4±5,7
Интенсивность боли	42,1±5,7	39,0±9,9
Общее здоровье	52,8±5,5	62,5±4,5
Жизненная активность	55,5±3,6	58,9±7,7
Социальное функционирование	60,4±4,3	66,1±2,5
Ролевое эмоциональное функ-	42,7±5,7	68,9±3,4

ционирование		
Психическое здоровье	49,8±3,4	62,4±3,1

В соответствии с показателями таблицы 1 установлен более высокий уровень КЖ у пациентов ОГ (n=34) сравнительно с пациентами КГ (n=35), который свидетельствует об эффективности внедрения индивидуализированных и многокомпонентных программ паллиативной помощи с дополнительным использованием госпитальной шкалы HADS для оценки тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с ХСН и при необходимости привлечения психолога к мультидисциплинарной команде.

Для пациентов ОГ с целью оценки эффективности программ паллиативной помощи дополнительно было внедрено первичное нагрузочное тестирование методом 6MWT до начала реабилитационных мероприятий и контрольное тестирование 6MWT при выписке.

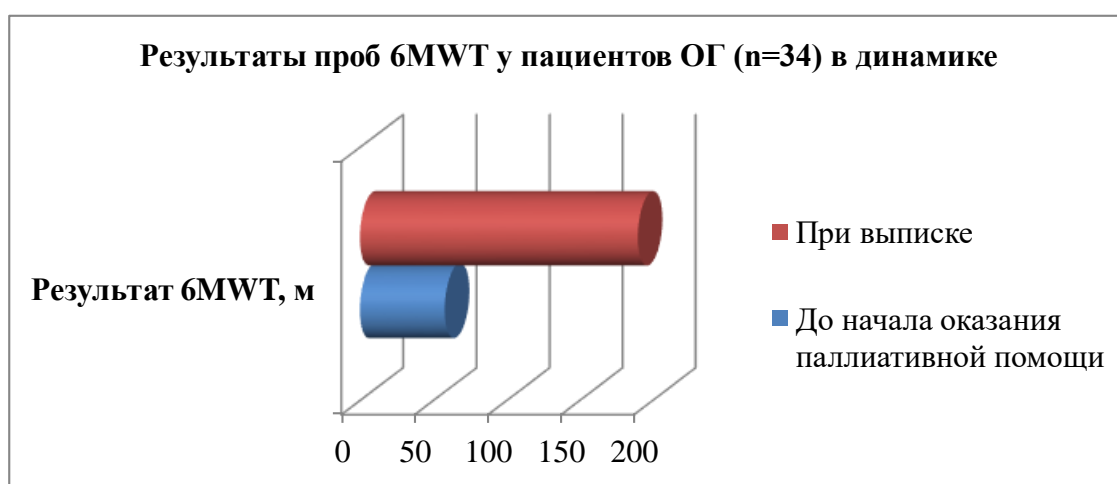


Рис. 1 – Результаты проб 6MWT у пациентов ОГ (n=34) в динамике

При первичном тестировании пациенты ОГ имели уровень активности согласно 6MWT в пределах от 11,4% до 27,8% от прогнозируемой дистанции (высчитывалась согласно формул, которые учитывали пол, возраст, массу тела, рост, индекс массы тела), что в среднем составило 57,8±5,72 метров. При контрольном тестировании, которое проводилось после внедрения индивидуализированных и многокомпонентных программ паллиативной помощи, уровень достигнутой активности достоверно (p<0,05) вырос и колебался в пределах от 34,5% до 69,8% от прогнозируемой, что в среднем составило 189,9±6,56 метров (Рис. 1). Таким образом, использование 6MWT в начале и по завершению стационарного этапа предоставления паллиативной помощи пациентам с ХСН позволяет оценить эффективность проведенных мероприятий.

Выводы: 1. Использование шкалы HADS для оценки тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с ХСН и привлечения психолога в составе мультидисциплинарной команды при оказании паллиативной помощи достоверно повышало качество оказанной паллиативной помощи и увеличивало расположение пациентов к проведению медико-психологической реабилитации; 2. Использование

индивидуализированных и многокомпонентных программ паллиативной помощи позволило повысить качество оказания паллиативной помощи и улучшить качество жизни пациентов с ХСН; 3. Использование теста 6 MWT при госпитализации и по завершению стационарного этапа, как метод контроля эффективности предоставления паллиативного лечения пациентам с ХСН, достоверно коррелирует с улучшением общего состояния пациентов и способствует расположению пациентов к проведению программ паллиативной помощи.

Литература

1. Moon J.R., Song J., Huh J. et al. Analysis of cardiovascular risk factors in adults with congenital heart disease. 2015; 45(5):416-423.
2. Merbitz NH, Merbitz CT, Ripsch JP. Rehabilitation outcomes and assessment: toward a model of complex adaptive rehabilitation. Oxford handbook of rehabilitation psychology. Oxford: Oxford Univ. Press; 2012. p. 101-139.
3. Smithson EF, Kennedy P. Organization and planning in person-centered hospital-based rehabilitation services. Oxford handbook of rehabilitation psychology. Oxford: Oxford Univ. Press; 2012. p. 128-142.
4. Kovyazina MS, Varako NA, Rasskazova NI. Psikhologicheskiye aspekty problemy reabilitatsii. Voprosy psikhologii. 2017;3:40-50. (Russian).