**Двухцентровое обзорное исследование оказания стационарной паллиативной помощи умирающим пациентам с COVID-19**

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420302438?via%3Dihub>

Целью этого наблюдательного исследования было представить серию случаев из данных аудита, собранных Фондом национальной службы здравоохранения Западного Сассекса. Данны были собраны специально для изучения пациентов с COVID-19, находящихся в условиях стационара. Этот фонд существует на базе двух больниц в Уортинге и Чичестере и обслуживает население в 450 000 человек, причем большая часть из них – это пожилые люди и лица, страдающие от старческой астении. Авторы планировали использовать эти данные для анализа проблем, с которыми врачи столкнулись в период пандемии, и изучения того, возникают ли какие-либо закономерности, в том числе непредвиденные, для информирования новых протоколов оказания медицинской помощи. Даже в рамках перегруженной системы здравоохранения с ограниченными ресурсами интеграция паллиативной помощи имеет важное значение при рассмотрении вопроса о предоставлении ухода за пациентами с COVID-19 и обеспечения наилучших стандартов оказания медицинской помощи всему населению.

Методы и результаты

Авторы провели ретроспективный аудит пациентов, умерших не в отделении интенсивной терапии, диагноз которых был подтвержден с помощью мазка из носоглотки на SARS-CoV-2 методом ПЦР в период с 15 марта по 11 апреля 2020 года. Данные были извлечены из врачебных и сестринских записей (приемные формы, электронная система назначения лекарств и электронные медицинские карты). Старческая астения была оценена врачом приемного отделения с использованием валидированной шкалы Роквуда (CFS), которая оценивает функциональные способности пациента, и является рутинной частью заполнения медкарты в Фонде с 2015 года. Зафиксировали использование шприцевого инфузионного насоса T34 McKinley (Caesarea Medical Electronics Ltd, Кесария, Израиль) для введения лекарств, а также тип используемых лекарств и доз. Такие насосы обычно используются в Великобритании для непрерывного подкожного введения необходимых препаратов для контроля симптомов пациентам в конце жизни. Они обеспечивают хороший контроль таких симптомов, как одышка и дыхательные выделения. Это исследование было одобрено группой клинической эффективности больницы. В период с 15 марта по 11 апреля 2020 года было зарегистрировано 36 смертей у пациентов с COVID-19. Средний возраст составил 81 год (диапазон 48-96). Большинство из них (75%) были госпитализированы из дома. Средний балл CFS (шкала от 1 до 9) составил 5 баллов (диапазон 3-7). Все пациенты имели серьезные ранее существовавшие сопутствующие заболевания, в среднем по четыре на каждого пациента. Из них 13 больных страдали сахарным диабетом, 14 – ишемической болезнью сердца, 12 – гипертонической болезнью и 8 – хронической обструктивной болезнью легких. Из имеющихся записей (n = 30) медиана времени от появления симптомов до смерти составила девять дней (диапазон 2-30). Полные записи были доступны для 30 пациентов; среди них среднее время от фазы умирания до смерти, составляло 38,25 часа. Около 72% пациентов были подключены к инфузионному насосу в момент смерти. За последние 24 часа до смерти 86% пациентов получали опиоиды, 81% - бензодиазепины и 44% - бутилбромид гиосцина. Что касается доз, то общая средняя доза опиоидов (подкожный морфиновый эквивалент) в течение последних 24 часов составила 15,96 мг, мидазолама-13,3 мг.

После наблюдения за пациентами с явно различным течением болезни и смерти авторы смогли сгруппировать пациентов с полной историей болезни (n =30) в зависимости от тяжести симптомов при поступлении и продолжительности болезни. Для этих пациентов выделили фенотипы смерти от COVID-19, основываясь на состоянии на момент поступления и течения болезни (табл. 1).

**Обсуждение**

По результатам проведенного наблюдения наступление смерти в результате COVID-19 отличается от ухода из жизни при наличии других заболеваний. В 2018 в одной из больниц Соединённого Королевства было подсчитано, что среднее время от констатации факта клинической смерти до окончательной смерти составило 74 часа; в этом исследовании оно составило 69 часов. При COVID-19 среднее время равнялось 38,25 часа. Только у четверых пациентов временные рамки превысили 74 часа. При уходе из жизни выделяются различные фенотипы (табл. 1). У группы 1 (n = 11) наблюдалось тяжелое течение заболевания и переход к конечной фазе произошел менее чем за 48 часов. Эти пациенты были разных возрастов и состояний, в среднем, моложе и хрупкого телосложения. Все однако имели серьезные сопутствующие заболевания. Группа 2 (n = 14) имела менее выраженные или атипичные симптомы или же имела более длительное течение болезни. Все эти пациенты были старше 75 лет и характеризовались снижением физиологического резерва, показатель по клинической шкале старческой астении был не менее 5. Вполне возможно, что у этой группы не наблюдалось тяжелого течения COVID-19, но ввиду повышенной уязвимости организма, им тяжело побороть любую болезнь, поэтому время до стадии окончательной смерти в этой когорте аналогично тому, что мы обычно наблюдаем при предоставлении паллиативной помощи. Количество людей в третьей группе было значительно меньше (n = 5); они также были достаточно пожилыми и имели множество сопутствующих заболеваний, но не у всех отмечали повышенную уязвимость организма до госпитализации. В этой группе наблюдалось длительное течение болезни и нахождение в стационаре и быстрый переход от клинической к окончательной фазы смерти.

Смертельные случаи были зафиксированы в больнице и были связаны с повышенной уязвимостью организма пациентов, а также сопутствующими заболеваниями, такими как гипертония, ишемическая болезнь сердца, диабет и хроническая обструктивная болезнь легких. По сравнению с предыдущими данными (2016 и 2018 годов), количество пациентов, непрерывно получающих лекарства через шприцевой инфузионный насос, увеличилось с 33% до 72%. Характерные для COVID-19 симптомы, такие как кашель, одышка и повышенная тревожность, а также возбуждение и делириум часто проявляются у таких пациентов, поэтому использование шприцевого инфузионного насоса помогает облегчить симптомы. Данные об использовании средних доз лекарственных средств сопоставимы с данными, опубликованными в других центрах.

Таблица 1. Фенотипы смертельных исходов от COVID-19

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фенотип смертельных исходов | Средняя продолжительность болезни (дни) | Средняя продолжительность фазы умирания (часы) | Средний возраст | Средний показатель клинической старческой астении | Среднее количество сопутствующих заболеваний |
| Группа 1 (n=11) Скоротечная форма COVID-19 | 5,17 | 11,95 | 70,7 | 4 | 4 |
| Группа 2 (n=14) Более продолжительная болезнь и медленная смерть | 11,15 | 68,8 | 83,9 | 6 | 5 |
| Группа 3 (n=5) Продолжительная болезнь, стабильное состояние и скорая смерть | 16,6 | 9,6 | 83,4 | 3 | 5 |