

Клинический случай пациента 93 лет с мультикоморбидной патологией, перенесшего COVID-19

Невзорова Д. В.¹, Сидоров А. В.^{1,2}, Морев А. В.¹, Устинова А. И.¹,
Кракауэр Э. Л.^{3,4}, Коннор С. Р.⁵, Клири Д. Ф.^{6,7}, Майкалсон С.⁸

¹ ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет)

² ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России

³ Гарвардская медицинская школа, Бостон, Массачусетс, США

⁴ Университет медицины и фармации в Хошимине, Хошимин, Вьетнам

⁵ Всемирный альянс хосписной паллиативной помощи, Вирджиния, США

⁶ Медицинская школа Университета Индианы, Индианаполис, США

⁷ Онкологический Центр Саймон, Университет Индианы, Индианаполис, США

⁸ Американско-Евразийский онкологический альянс, Филадельфия, Пенсильвания, США

Невзорова Диана Владимировна – к. м. н., главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. Author ID: 393652 ORCID ID: 0000-0001-8821-2195. Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Трубная, д. 8, стр. 2. Тел.: +7-495-609-14-00. E-mail: gyn_nevzorova@mail.ru

Сидоров Александр Вячеславович – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России. ORCID ID: 0000-0002-1111-2441; Researcher ID: G-4884-2017; SPIN 5258-9555. Адрес: Россия, 150000 г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5. Тел.: +7-485-272-66-03. E-mail: alekssidorov@yandex.ru

Морев Андрей Владимирович – врач-терапевт высшей категории, заведующий отделением паллиативной медицинской помощи и эксперт ФНПЦ паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет). Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Доватора, д.15, с. 2. Тел.: +7-495- 609-14-00. E-mail: nov62017@mail.ru

Устинова Анастасия Игоревна – младший научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова». Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 2. Тел.: +7-495- 609-14-00. E-mail: anst.ustinova@gmail.com

Эрик Кракауэр – д. м. н., директор Глобальной программы паллиативной помощи, лечащий врач отделения паллиативной помощи и гериатрии Массачусетской больницы общего профиля, ассоциированный профессор, отделы медицины, глобального здравоохранения и социальной медицины Гарвардской медицинской школы, старший советник по техническим и политическим вопросам по паллиативной помощи «Partners in Health», почетный председатель отделения паллиативной помощи Университета медицины и фармации в Хошимине, Массачусетс, США

Стивен Коннор – доктор философии, исполнительный директор Всемирного Альянса паллиативной и хосписной помощи, Вирджиния, США

Джеймс Клири – д. м. н., профессор медицины Медицинской школы Университета Индианаполиса, старший председатель и директор отделения поддерживающей онкологии Онкологического центра им. Саймона, Индианаполис, США

София Майкалсон – доктор наук, исполнительный директор Американско-Евразийского онкологического альянса, Филадельфия, США

Аннотация

Коморбидная патология и пожилой возраст ассоциируются с тяжелым или осложненным течением COVID-19 и высокой летальностью пациентов, в т.ч. после выписки из стационара. Декомпенсация коморбидной патологии, усугубляемая симптоматикой постковидного синдрома, приводят к утрате способности пациентов к самообслуживанию и возникновению потребности в паллиативной медицинской помощи. Представлен клинический случай пожилого пациента с симптомами постковидной астении и декомпенсацией коморбидной патологии.

Ключевые слова: коморбидность, постковидный синдром, паллиативная помощь

Abstract

Comorbid impairment and elderly age are associated with severe or complicated COVID-19 infection and high mortality, including in the period after discharge from the hospital. Decompensation of comorbid illnesses, compounded by post-COVID symptoms, is associated with a patient's loss of ability for self-care and the need for palliative care. The paper presents the clinical history of an elderly patient with post-COVID symptoms and decompensation of comorbidities.

Keywords: comorbidity, postcovid syndrome, palliative care.

Введение

С момента начала пандемии COVID-19 стали публиковаться сообщения о персистенции симптомов заболевания и/или появлении новых симптомов после выздоровления у части пациентов, перенесших COVID-19, в том числе в легкой форме [1–4]. С подачи самих пациентов в социальных сетях и средствах массовой информации закрепился термин «долгий COVID» (long COVID). Позже, в декабре 2020 г., Национальный институт здравоохранения и клинического совершенствования (NICE) Великобритании впервые предложил классификацию постковидных состояний [5]:

- ♦ острый COVID-19 (симптомы продолжительностью до 4 недель);
- ♦ продолжающийся симптоматический COVID-19 (симптомы продолжительностью от 4 до 12 недель);
- ♦ постковидный синдром (симптомы, которые развиваются во время или после инфекции, соответствующей COVID-19, продолжаются более 12 недель и не объясняются альтернативным диагнозом). Постковидный синдром внесен в МКБ-10 под рубрикой U09.9 «Состояние после COVID-19 неуточненное».

Постковидный синдром считается мультисистемным заболеванием. Спектр описанных симптомов чрезвычайно широк и включает функциональные (снижение активности, быстрая утомляемость, парализующая слабость), респираторные (одышка, кашель), неврологические (нарушение обоняния и вкуса, расстройства терморегуляции и пр.), сердечно-сосудистые (колебания давления, постуральная тахикардия и пр.), кожные (разнообразные сыпи), желудочно-кишечные (анорексия, диарея), когнитивные («туман в голове», потеря памяти и пр.) и психологические (тревожность, депрессия, панические атаки и пр.) проявления [2, 6, 7].

Комплекс симптомов постковидного синдрома в большинстве случаев очень напоминает синдром системной воспалительной реакции, миалгический энцефаломиелит и синдром хронической усталости [8]. Существует несколько не противоречащих друг другу гипотез, объясняющих развитие постковидного синдрома. Согласно наиболее популярной из них, проявления постковидного синдрома – это результат прямого повреждения органов коронавирусом, а также (при тяжелом течении болезни) последствие интенсивной терапии, ИВЛ, полиорганной недостаточности, бесконтрольного и необоснованного применения лекарств, в частности антибиотиков. Тем не менее большое число симптомов не имеет связи с течением заболевания в остром периоде и объемом оказанной помощи. Другая гипотеза связывает развитие синдрома с гиперкоагуляционным синдромом, микротромбами и продуктами их лизиса, запускающими новую волну системного воспаления. Обсуждается также нейротропность вируса и возникновение разнообразной симптома-

тики вследствие первичного повреждения нейронов головного мозга и крупных нервов. Наконец, пусковым механизмом могут выступать гиперактивация иммунной системы и провокация аутоиммунных реакций.

Исследования свидетельствуют о том, что постковидный синдром поражает значительную часть пациентов, перенесших COVID-19, независимо от их возраста, тяжести заболевания и лабораторных изменений [9,7]. Пожилые люди, в особенности пациенты с обширной поли- и/или коморбидной патологией представляют наиболее уязвимую категорию больных с точки зрения осложненного течения COVID-19 и формирования постковидного синдрома [10]. Приказ Минздрава России и Министерства труда и социальной защиты РФ № 345н/372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» утвердил медицинские показания к оказанию паллиативной медицинской помощи пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями. Однако в ряде случаев необходимость оказания ПМП пациентам, перенесшим COVID-19 и ранее не наблюдавшимся службами специализированной ПМП, ставит вопрос о выработке единого подхода к их выявлению и лечению данной когорты больных.

Мы представляем клинический случай пожилого пациента с коморбидной патологией, ранее не получавшего паллиативную медицинскую помощь, перенесшего COVID-19 и госпитализированного в отделение паллиативной медицинской помощи по поводу персистирующих симптомов и нарушения функций самообслуживания.

Описание клинического случая

Пациент И., 93 лет, с последствиями вирусно-идентифицированной COVID-19 инфекции, поступил в отделение паллиативной медицинской помощи клинического центра Сеченовского университета 10 июня 2021 года. Рост 182 см, вес 66 кг, ИМТ 19,9 кг/м², москвич, проживающий совместно с дочерью. Имеет двух дочерей, взрослых внуков. Инвалид 2-й группы.

Жалобы при поступлении

На момент поступления предъявлял жалобы на общую слабость и беспомощность, кашель с мокротой, одышку при малейшей физической нагрузке, периодические боли в животе, плохой аппетит, запоры.

Анамнез

Болен с апреля 2021 года, когда появились общая слабость, одышка, повышенная температура. На 10-й день заболевания доставлен бригадой скорой медицинской помощи в ковидный госпиталь Москвы в тяжелом состоянии с ухудшением: нарастание одышки, лихорадка, головная боль. При обследовании в стационаре на КТ легких (от 19 апреля 2021 г., в день поступления) выявлены признаки двусторонней интерстициальной инфильтрации легких (КТ-3). Выставлен диагноз: U07.1 – вирусидентифицированная COVID-19 инфекция, пневмония. С-реактивный белок – 164 мг/л; лейкоциты – $8,3 \times 10^9$ /л, гемоглобин – 13,6 г/л, эритроциты – $4,6 \times 10^{12}$ /л.

В госпитале пациенту провели лечение с использованием антибиотиков, противовирусных, жаропонижающих, антикоагулянтов, отхаркивающих, гастропротекторов, седативных средств, кислорода. Положительная динамика проведенного лечения подтверждается КТ легких от 2 июня 2021 года: положительная динамика течения двусторонней полисегментарной вирусной пневмонии (в т. ч. COVID-19) – КТ-3, с тенденцией к разрешению; правосторонний плевральный выпот. От 3 июня 2021 г. С-реактивный белок – 1 мг/л; лейкоциты – $5,5 \times 10^9$ /л, гемоглобин – 12,9 г/л, эритроциты – $4,42 \times 10^{12}$ /л.

Пациент выписан из госпиталя с сохраняющимися жалобами на общую слабость, беспомощность, боли в животе, снижение аппетита, потерю массы тела с рекомендациями к дальнейшему приему мельдония, антикоагулянтов, гастропротекторов, отхаркивающих и антигипертензивных средств.

Пациент нуждался в постоянном постороннем уходе и лечении тяжелых проявлений болезни. Он был госпитализирован в паллиативное отделение 10 июня 2021 года по просьбе дочери из-за нарушения функций самостоятельного передвижения и самообслуживания.

Данные первичного осмотра в отделении паллиативной медицинской помощи

Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – $36,6^\circ\text{C}$. В сознании, когнитивно снижен. Контакт доступен, на вопросы отвечает по существу, MMSE – 13 баллов. Лежачий, с постели не встает, но достаточно активен, может самостоятельно повернуться на бок, с посторонней помощью присаживается, по шкале Карновского 30–40%. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, без патологических высыпаний, по шкале Нортон – 12 баллов. Лимфоузлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Дыхание ритмичное с ЧДД 18–20 в минуту. Сату-

рация 89–91% при дыхании атмосферным воздухом. В легких везикулярное дыхание с жестким оттенком, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные с ЧСС 74 в минуту. АД 120/65 мм рт.ст. на фоне антигипертензивной терапии. Живот мягкий, умеренно болезненный в мезогастральной и левой подвздошной области, болевой синдром приступообразный по ВАШ 3–5/10 на фоне эпизодического приема НПВС. Перитонеальных симптомов нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Мочеиспускание не контролирует, пользуется подгузником. Аппетит снижен. ПЦР-тест на SARS-CoV-2 отрицательный.

Диагноз

Основной: Цереброваскулярная болезнь. Хроническая ишемия головного мозга. ДЭП 3-й ст. Декомпенсация с вестибуло-атактическим синдромом, когнитивными нарушениями. Последствия перенесенной коронавирусной инфекции.

Фон: Гипертоническая болезнь III стадии 1-й степени риск ССО 4. Атеросклероз аорты, коронарных, церебральных сосудов.

Осложнения: ХСН 2 А, NYHA III. Пневмосклероз. Дыхательная недостаточность 2-й ст. Антибиотикоассоциированный колит.

Сопутствующий: ИБС – стенокардия напряжения 2 ФК. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, вне обострения. Хронический гастрит, вне обострения. Гиперплазия простаты. Хронический простатит.

Лечение в отделении ПМП

Медикаментозная терапия

С учетом диагноза и состояния пациента было рекомендовано продолжить прием препаратов, назначенных ранее, с незначительной коррекцией после консультации хирурга, кардиолога и проведенного электрокардиографического исследования:

Бисопролол 5 мг в сутки

Лозартан 25 мг при склонности к гипертензии

Ривароксабан 10 мг в сутки

Амброксол 60 мг в сутки

Омепразол 40 мг в сутки

С целью купирования болевого синдрома при поступлении были назначены НПВС, спазмолитики, применялся М-холинолитик платифиллин с наибольшим положительным эффектом в первые сутки госпитализации. Однако в связи с сохраняющимся болевым синдромом был назначен трамадол в начальной дозе 200 мг в сутки с последующим увеличением до 400 мг в сутки (см. рис.).

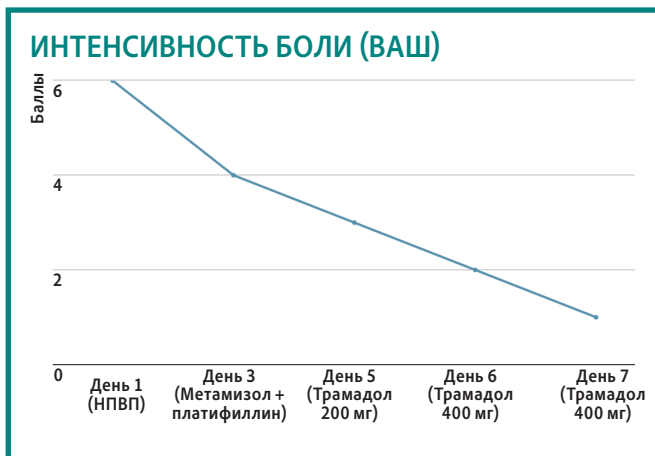


Схема обезболивающей терапии с 1-го по 7-й день госпитализации

Немедикаментозное лечение

Мероприятия по уходу, профилактика пролежней, высаживание. Массаж, вертикализация и занятия лечебной физкультурой с инструктором проводились до 5 суток. Проводились ингаляции увлажненным кислородом в случае, если сатурация снижалась ниже 94% при дыхании атмосферным воздухом. Пациенту была назначена нутритивная поддержка в виде перорального энтерального питания из расчета 30 ккал/кг и 2 г белка на 1 кг массы тела в сутки.

Осуществлялась психологическая и духовная поддержка пациента и его родственников. Дочь пациента ежедневно посещала отца, все события разворачивались на ее глазах. Прогноз заболевания и назначенная терапия обсуждались совместно с пациентом. В планирование лечения включалась внучка больного, врач по специальности.

Родственники не были настроены на перевод больного в специализированную клинику, хотели для него спокойной обстановки и качественного ухода, поддерживали пациента, который также не хотел перевода в реанимационное отделение.

Динамика состояния

Пациент находился в отделении паллиативной медицинской помощи 7 суток. Состояние в течение недели с постепенно нарастающей отрицательной динамикой. Сохранялись общая слабость, некоторое улучшение общего состояния отмечалось на 2–3-е сутки, однако начиная с 4-х суток пациент чувствовал усиление болевого синдрома, стал менее активен. Отмечалась склонность к гипотонии, отказ от приема пищи и снижение активности.

17 июня в присутствии медперсонала пациент скончался.

Обсуждение

С самого начала пандемии COVID-19 стало понятно, что пожилые люди находятся в группе наибольшего риска по заболеваемости и смертности [11, 1]. Метаанализ 46 наблюдательных исследо-

ваний с участием 13 624 пациентов ≥ 60 лет, опубликованных в период с декабря 2019 г. по май 2020 г., подтвердил неблагоприятный характер течения и исходов COVID-19 у пожилых пациентов [12]. В частности, тяжелое течение инфекции отмечалось у каждого второго пациента (51%, 95% ДИ 36–65%), и каждому пятому пациенту требовались реанимационные мероприятия (22%, 95% ДИ 16–28%); смертность составила в среднем 11% (95% ДИ 5–21%). В респираторной поддержке нуждались 84% пациентов, причем 21% из них проводилась инвазивная вентиляция легких. Наиболее частой сопутствующей патологией у пациентов была артериальная гипертензия (48%, 95% ДИ 36–60%), другие сердечно-сосудистые заболевания (19%, 95% ДИ 11–28%) и сахарный диабет (22%, 95% ДИ 13–32%) – наиболее типичные болезни пожилых лиц.

Возраст и сопутствующая патология являются независимыми факторами риска смерти перенесших COVID-19 пациентов после выписки из стационара. В британском исследовании летальность пациентов в течение 28 дней после выписки из стационара составила 13,4%, причем 2/3 из них были старше 75 лет, а у 81% больных имелось два и более сопутствующих заболевания [13]. Помимо возраста и коморбидности, высокий индекс массы тела, повышенный С-реактивный белок, применение антибиотиков ассоциировались со статистически значимой более высокой летальностью пациентов на госпитальном этапе и после выписки.

В иранском исследовании больничная летальность пациентов с COVID-19 составляла 1,9% (25/1078), а после выписки из стационара за год она увеличилась до 9,2% (97/1053). Ведущими причинами смерти были сосудистые и тромбоэмболические события [14]. Возраст выступал в качестве прогностического фактора летальности пациентов с COVID-19 в отдаленном периоде: риск смерти в возрасте 50–60 лет был в 2,03 раза (95% ДИ 1,15–3,58), а в возрасте старше 60 лет – в 3 раза (95% ДИ 1,75–5,16) выше в сравнении с пациентами моложе 50 лет.

В национальном когортном исследовании в Германии (8679 пациентов, т. е. почти 1/3 населения страны) госпитальная летальность пациентов с COVID-19 составила 24,9% (2161 человек), после выписки из стационара в течение 180 дней умерли 29,6% (2566/8679) пациентов, при этом наиболее высокая летальность была среди пациентов старше 80 лет (52,3%, 1472/2817) и после инвазивной ИВЛ (53,0%, 853/1608) [15]. Факторами риска 6-месячной летальности, помимо возраста, были коагулопатии, ожирение (индекс массы тела более ≥ 40 кг/м²) и наличие коморбидной патологии.

Рассматривая влияние сопутствующей патологии, необходимо учесть негативные последствия изоляционных мер, которые дополнительно снизили физическую активность пожилых лиц, усугубляя тем самым малоподвижный образ жизни, а также огра-

ничили доступность стационарной помощи ввиду перепрофилизации отделений для борьбы с COVID-19 [16, 17]. Данные обстоятельства, очевидно, могли ухудшить течение сопутствующих заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистых, и обусловить более тяжелые формы COVID-19.

Согласно наблюдениям, постковидный синдром чаще возникает у молодых совершеннолетних пациентов после перенесенной инфекции легкой или умеренной степени тяжести, которым не требовалась респираторная поддержка или интенсивная терапия [8, 18]. Тем не менее, по некоторым данным, постковидный синдром может поражать до 1/5 пожилых пациентов. Так в проспективном когортном исследовании с участием 279 пожилых людей было установлено, что через 90 дней после выздоровления от COVID-19 у 66 (23,6%) пациентов отмечали наличие как минимум одного симптома, а 9,3% респондентов указали на два и более беспокоящих симптома [10]. Наиболее частыми симптомами в исследуемой популяции были слабость (8,9%), кашель (4,3%), одышка (1,8%), головокружение (1,4%), миалгия (1,1%), anosmia и агевзия (0,8%) и дискомфорт в груди (0,7%).

На практике у пожилого пациента, перенесшего COVID-19, необходимо дифференцировать признаки прогрессирования сопутствующей патологии и симптомы постковидного синдрома. Декомпенсация сопутствующей патологии требует соответствующей патогенетической и симптоматической терапии. Что касается постковидного синдрома, принято считать, что это состояние в большинстве случаев обратимо само по себе, хотя это происходит медленно [8]. У молодых относительно здоровых людей специальной терапии постковидного синдрома часто не требуется, либо используются немедикаментозные способы коррекции, а к фармакотерапии прибегают в случаях резистентных персистирующих симптомов. Пожилые пациенты, у которых постковидная симптоматика отягощает «возрастную» патологию, формируя единый комплекс симптомов, нуждаются в более активной терапии [19].

Подход к лечению постковидного синдрома должен быть индивидуальным в соответствии с группой клинических признаков и симптомов. Эксперты ВОЗ подготовили рекомендации по лечению COVID-19, в которых отдельные главы посвящены терапии пожилых пациентов, реабилитации пациентов, перенесших COVID-19, принципам терапии персистирующих симптомов, паллиативной медицинской помощи для пациентов с COVID-19 [20]. Ряд документов, регламентирующих оказание помощи пациентам, перенесшим COVID-19, разработаны Минздравом РФ: временные методические рекомендации Минздрава РФ о профилактике, диагностике и лечении новой коронавирусной инфекции (COVID-19) [21], временные методиче-

ские рекомендации по реабилитации пациентов с коронавирусной инфекцией [22], приказ Минздрава РФ № 698 от 01.07.2021 о диспансеризации [23]. Тем не менее следует признать, что эффективных протоколов лечения большинства симптомов постковидного синдрома до сих пор нет, они не разработаны.

В представленном клиническом случае у пожилого пациента с симптомами астении отмечались признаки нарастающей декомпенсации цереброваскулярной болезни, усиление абдоминальной боли, предположительно связанной с антибиотикоассоциированным колитом.

В дифференциально-диагностический ряд причин абдоминальной боли у рассматриваемого пациента необходимо включить: антибиотикоассоциированный колит, ишемический колит и постковидный синдром. Применение НПВС с целью обезболивания абдоминальной боли неуточненной этиологии у пациента с ИБС и перенесенным инсультом противопоказано. В связи с этим выбор метамизола – чистого неопиоидного анальгетика, обладающего спазмолитическими свойствами, в комбинации с М-холинолитиком платифиллином оправдано наряду с агрессивной слабительной терапией в связи с исходным запором. Продолжительность курса метамизола не превышала 5 дней (что соответствует рекомендациям по применению препарата) с дальнейшим переходом на слабый опиоид трамадол в увеличивающейся дозе ввиду сохранения болевого синдрома.

Препарат метаболического действия мельдоний был назначен с целью уменьшения проявлений астении. Известно, что препарат обладает стимулирующим действием на ЦНС и повышает физическую активность и устойчивость к нагрузкам. На клеточном уровне препарат восстанавливает равновесие между доставкой и потребностью клеток в кислороде, что положительно сказывается на метаболизме ишемизированного миокарда. За рубежом в ряде стран у паллиативных пациентов с астенией, симптомами вялой депрессии используются психостимуляторы типа метилфенидата (в РФ относится к Списку I наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, оборот которых в РФ запрещен (Постановление Правительства РФ № 681 от 30.06.1998)). У данного пациента с сопутствующей кардиальной патологией, включающей ИБС, неполную блокаду правой ножки пучка Гиса, применение психостимулятора с выраженным адреномиметическим действием было бы нецелесообразно.

Данный клинический случай подчеркивает роль паллиативной медицинской помощи при ведении больных с COVID-19, особенно пожилых, с мультикоморбидной патологией, наиболее уязвимых в отношении осложненного течения новой инфекции. У таких пациентов важно заранее планировать лечение, с учетом его ценностей и целей, насколько

это возможно. В этой связи крайне важно своевременно выявлять пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи на фоне проводимого оптимального лечения соматического заболевания с проведением врачебной комиссии и направлением на паллиативную медицинскую помощь в установленном порядке [24, 25].

Необходимо своевременно обсуждать с пациентом и его семьей прогноз заболевания, и по необходимости готовить их к ожидаемому исходу. Помимо того, ряд похожих пациентов, поступающих в больницы в тяжелом состоянии, отказываются от агрессивного лечения. В западных странах за время пандемии даже появилась практика включения паллиативного врача в бригаду ОРИТ, чтобы предоставить таким пациентам возможность симптоматического лечения и поддерживающей терапии. Паллиативный врач обсуждает с пациентом и родственниками стратегию лечения, может защитить пациента от нежеланного инвазивного лечения – эндотрахеальной интубации, инвазивной вентиляции легких. И что не менее важно – может обеспечить таким пациентам облегчение страданий и умирание в достойной обстановке.

В паллиативной помощи, как междисциплинарном подходе, уделяется большое внимание сестринскому плану ведения таких пациентов. Ввиду когнитивного снижения, наблюдение среднего медицинского персонала за состоянием больного, его комфортом крайне важны. Дегидратация, запор, одышка у пациента могут причинять большие страдания, даже лишнее одеяло, если пациент мерзнет, может иметь для него большое значение. Нельзя забывать, что семья, как система, в которой существует пациент, также нуждается в психологической поддержке и сопровождении, как и он сам, и облегчение душевного состояния родных может положительно сказаться на состоянии больного [26]. Нарушение равновесия существования пожилого человека с рядом хронических заболеваний острым заболеванием, порождает у близких тревогу, страхи и надежды. Предоставляя как пациенту (если позволяет состояние и есть запрос), так и его семье адекватную информацию о течении заболевания и вероятном прогнозе, можно дать им возможность наиболее полноценным образом использовать то время вместе, которое у них есть. Это также может способствовать более здоровому переживанию утраты у родных.

В ближайшей перспективе следует ожидать увеличения количества неонкологических пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, вследствие декомпенсации хронических заболеваний после перенесенной инфекции COVID-19. В связи с чем разбор данного клинического случая является актуальным для понимания актуальности паллиативной медицинской помощи для таких больных и выработки стратегий их ведения.

Литература

1. Tripathy S. *The COVID-19 pandemic and the elderly patient: review of current literature and knowledgebase. J Geriatr Care Res.* 2020;7: 79–83.
2. Mendelson M., Nel J., Blumberg L. et al. *Long-COVID: An evolving problem with an extensive impact. S Afr Med J.* 2020; 111 (1): 10–12.
3. Garrigues E., Janvier P., Kherabi Y. et al. *Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. J Infect.* 2020; 81 (6): e4–e6.
4. Ladds E., Rushforth A., Wieringa S. et al. *Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 “long Covid” patients and draft quality principles for services. BMC Health Serv Res.* 2020; 20 (1): 1144.
5. *COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. NICE guideline [NG188]. Published: 18 December 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/NG188>*
6. Carfi A., Bernabei R., Landi F. *Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. JAMA.* 2020; 324 (6): 603–5.
7. Sykes D.L., Holdsworth L., Jawad N. et al. *Post-COVID-19 Symptom Burden: What is Long-COVID and How Should We Manage It? Lung.* 2021; 199 (2): 113–119.
8. Yong S. J. *Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. Infect Dis (Lond).* 2021; 53 (10): 737–54.
9. Cabrera Martimbianco A. L., Pacheco R. L., Bagattini Á. M., Riera R. *Frequency, signs and symptoms, and criteria adopted for long COVID-19: A systematic review. Int J Clin Pract.* 2021: e14357.
10. Sathyamurthy P., Madhavan S., Pandurangan V. *Prevalence, Pattern and Functional Outcome of Post COVID-19 Syndrome in Older Adults. Cureus.* 2021; 13 (8): e17189.
11. Naveed M., Naeem M., Ur Rahman M. et al. *Review of potential risk groups for coronavirus disease 2019 (COVID-19). New Microbes New Infect.* 2021; 41 (1): 100849.
12. Singhal S., Kumar P., Singh S. et al. *Clinical features and outcomes of COVID-19 in older adults: a systematic review and meta-analysis. BMC. Geriatr* 2021; 21: 321.
13. Navvas J., Varghese R., Selvakannan B. et al. *PI78 COVID-19 post-discharge mortality rate in a London district general hospital. Thorax.* 2021; 76: A186–A187.
14. Pourhoseingholi M.A., Jafari R., Jafari N.J. et al. *Predicting 1-year post-COVID-19 mortality based on chest computed tomography scan. J Med Virol.* 2021;93: 5694–6.
15. Günster C., Busse R., Spoden M. et al. *6-month mortality and readmissions of hospitalized COVID-19 patients: A nationwide cohort study of 8,679 patients in Germany. PLoS ONE.* 2021; 16 (8): e0255427.
16. Yamada M., Kimura Y., Ishiyama D. et al. *Effect of the COVID-19 epidemic on physical activity in community-dwelling older adults in Japan: a cross-sectional online survey. J Nutr Health Aging.* 2020: 1–3.
17. Goethals L., Barth N., Guyot J. et al. *Impact of home quarantine on physical activity among older adults living at home during the COVID-19 pandemic: qualitative interview study. JMIR Aging.* 2020; 3: e19007.
18. Vanichkachorn G, Newcomb R, Cowl CT, et al. *Post-COVID-19 Syndrome (Long Haul Syndrome): Description of a Multidisciplinary Clinic at Mayo Clinic and Characteristics of the Initial Patient Cohort. Mayo Clin Proc.* 2021;96(7):1782-1791. doi:10.1016/j.mayocp.2021.04.024
19. Sudre C.H, Murray B, Varsavsky T. et al. *Attributes and predictors of long COVID. Nat Med.* 2021;27 (4):626–631.

20. COVID-19 Clinical management Living guidance. 25 January 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>.

21. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Временные методические рекомендации Минздрава РФ (версия 11 от 07.05.2021.)

22. Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Временные методические рекомендации Минздрава России (версия 2 от 31.07.2020).

23. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 698н от 01.07.2021 об утверждении порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке.

24. Приказ Минздрава России № 345н, Минтруда России № 372н от 31.05.2019 об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья.

25. Невзорова Д. В., Устинова А. И. Коронавирусная инфекция: медицинские показания к оказанию паллиативной медицинской помощи. «Pallium: паллиативная и хосписная помощь». 2020, спецвыпуск, с. 21–23.

26. Haefner J. An application of Bowen family systems theory. *Issues Ment Health Nurs.* 2014;35 (11):835–841. doi:10.3109/01612840.2014.921257.