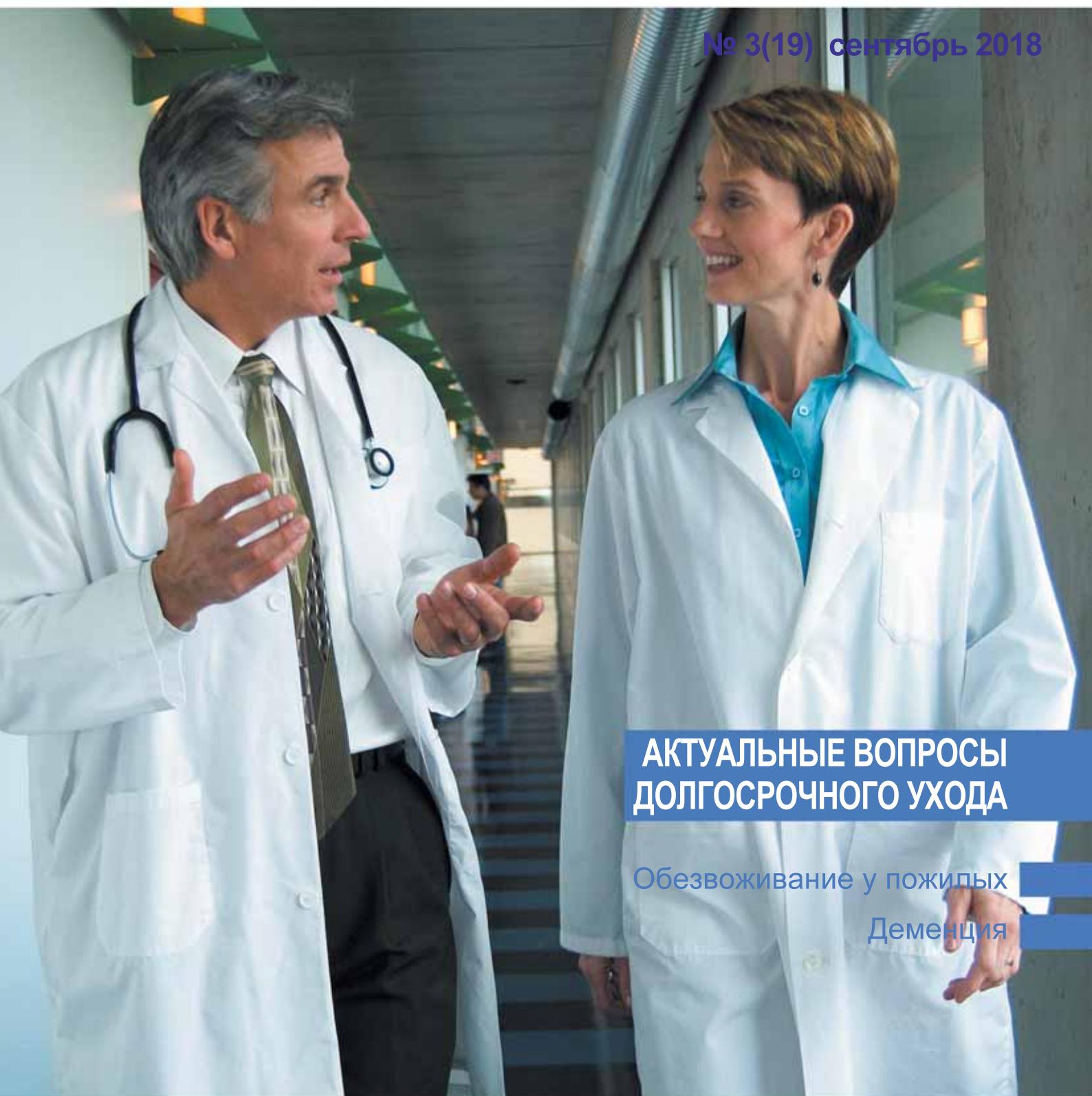


документ

Долгосрочной Опеки

ISSN 2312-5713

№ 3(19) сентябрь 2018



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА

Обезвоживание у пожилых
Деменция

Живите активно!

Недержание ограничивает Вас?
Впитывающие трусы Seni Active – оптимальное
решение для тех, кто ведет активный
образ жизни. Они надежно впитывают влагу,
нейтрализуют запах и надеваются,
как обычное белье.

seni

Впитывающие трусы Seni Active
подходят как для женщин,
так и для мужчин, и доступны
в нескольких размерах и 2-х уровнях
впитываемости – Seni Active
и Seni Active Normal.



Консультации по продукции и заказ бесплатных
образцов по телефону горячей линии Seni:
8-800-200-800-3 (06:00-22:00, кроме выходных
и праздничных дней. Звонки по России бесплатные).
www.seni.ru

Учредитель:

Общество с ограниченной
ответственностью «БЕЛЛА Восток»
Генеральный директор – Е. Горковенко

Юридический адрес:

140300, Российская Федерация,
Московская область, г. Егорьевск
ул. Промышленная, дом 9

Редакция:

Главный редактор – К. Н. Кузнецова

Адрес редакции:

142712, Московская область,
Ленинский р-н, пос. Горки Ленинские,
зона придорожного сервиса автодороги
«МКАД-аэропорт Домодедово»,
владение 7, стр.1
Тел./факс: +7(495) 726-55-25

Адрес для писем и обращений:

115583, г. Москва, а/я 59
fdo@bella-tzmo.ru

Свидетельство о регистрации
средства массовой информации
№ ПИ № ФС 77-57052 от 25.02.2014
выдано Федеральной службой
по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций

Тираж 2000 экз.
Цена свободная
16+

Отпечатано в типографии:
ООО «Издательство «Перо»
109052, г. Москва,
Нижегородская ул., дом 29-33,
строение 27, офис 105

Верстка и редактура:
ООО «Издательство «Перо»
www.pero-print.ru
e-mail: info@pero-print.ru
Тел.: +7 (495) 973-72-28, 665-34-36

форум

Номер 3 (19) сентябрь 2018 г.
Подписано в печать 05.09.2018 г.
Выход в свет 17.09.2018 г.

Использованы статьи из журнала
«MEDI Форум Долгосрочной Опеки»

Перепечатка, копирование или
размножение в любой форме
осуществляются только с разрешения
ООО «БЕЛЛА Восток»

В журнале использованы фото
авторов статей и Pressfoto.ru

Дорогие друзья!

в этом номере поговорим об актуальных
вопросах долгосрочного ухода.

Неумолимая статистика показывает,
что процент пожилых жителей в мире
растет. И, казалось бы, что тут плохого –
продолжительность жизни увеличивается, но, к сожа-
лению, большая часть пожилых находится в том со-
стоянии, когда без посторонней помощи, моральной
или физической, не обойтись.

Родственники, сестры в домах социальной опеки –
это те люди, которые находятся рядом с пожилым че-
ловеком. Но не всегда уделяется должное внимание
тем «незначительным» проблемам, которые в итоге
приводят к серьезным последствиям.

Становится актуальным, когда родственники и да-
же врачи поддерживают употребление алкоголя по-
жилым пациентом, думая, что облегчают ему жизнь
или считают, что больные с деменцией не нужда-
ются в паллиативной помощи. В результате ошибки
приводят к печальному итогу. Об этих и других про-
блемах, на что обратить внимание и как избежать
последствий – расскажут российские и польские спе-
циалисты.

Надеемся, что полученные знания будут полезны-
ми и помогут облегчить жизнь вашим близким и паци-
ентам.

Коллектив редакции благодарит авторов статей.
Если у вас есть о чем рассказать, поделиться опытом
с нашими читателями, то будем рады сотрудничеству.
Пишите нам по адресу: fdo@bella-tzmo.ru

содержание

ТЕМА НОМЕРА

- 3 А. Фурманьска-Марушак
Уход в старости – ожидания и возможности их удовлетворения в нынешних демографических условиях
- 7 Ю. В. Девяткина, А. Н. Комаров
Долгосрочный уход: актуальность и проблемы на пути реализации процесса
- 10 М. Орловска
Пролежни – эффективная профилактика, уход за больными, предрасположенными к возникновению пролежней
- 12 Я. Вуйковска-Мах
Инфекции кожи и мягких тканей у жителей учреждений долгосрочного ухода
- 14 В. В. Фролов
Обезвоживание у пожилых
- 18 Т. А. Гремякова
Деменция и паллиативная помощь

ВАЖНО ЗНАТЬ

- 23 М. Бочарска-Едынак
Заболевание, о котором вы никогда не слышали
- 27 К. Смыла
«Осень жизни» и алкогольная зависимость

ВОЛОНТЕРСТВО

- 32 С. А. Геращенко
Спорт как инклюзивная среда
- 34 Л. Чисиньска
Помогая другим – помогаешь себе

УХОД В СТАРОСТИ – ОЖИДАНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ В НЫНЕШНИХ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Агнешка Фурманьска-Марушак,
доктор экономических наук по дисциплине экономики, Институт социологии,
Университет Николая Коперника в Торуни, Польша

Нынешняя демографическая ситуация в Польше не оставляет никаких иллюзий: удовлетворить ожидания пожилых людей в отношении ухода будет нелегко.

Демографические условия

Старение населения в Польше проявляется в изменениях структуры населения по возрастному критерию, рис.1. Наблюдается снижение доли детей и увеличение доли пожилых людей среди населения в целом. По данным Главного статистического управления (2014), с начала 90-х годов доля людей дорабочего возраста (в возрасте до 17 лет) снизилась более чем на 10 процентных пунктов (с 29,8 % в 1989 году до 19,3 % в 2013 году). С другой стороны, доля людей послерабочего возраста (60 лет и старше в случае женщин и 65 лет и старше в случае мужчин) увеличилась примерно на 6 процентных пунктов (с 12,6 % в 1989 году до 18,4 % в 2013 году).

Прогнозируется дальнейшее количественное уменьшение группы людей дорабочего возраста. По прогнозам Главного статистического управления (2014), доля детей (до 17 лет) в общей численности населения к 2050 году уменьшится примерно на 30 % по сравнению с 2013 годом. Аналогичным образом сохранится тенденция роста числа людей послерабочего возраста, хотя темпы роста, безусловно, замедлятся в связи с последствиями изменений пенсионного возраста. При сохранении возраста выхода на пенсию (60 лет в случае жен-

Удовлетворение потребности пожилых людей в уходе требует применения действий комплексного характера, касающегося не только формального развития сектора долгосрочного ухода, но прежде всего – поддержки семей, осуществляющих опекунский уход за пожилыми людьми.



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА

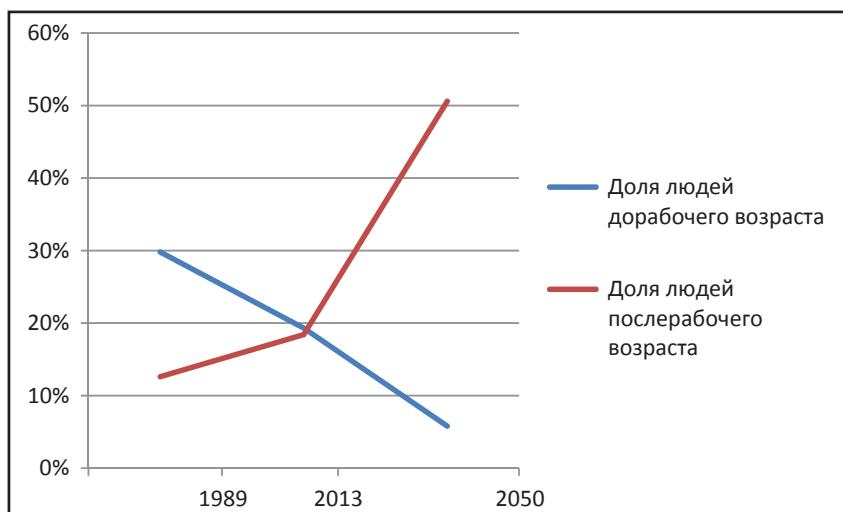


Рис. 1. Изменение структуры населения Польши по возрастному критерию

шин и 65 в случае мужчин), главное статистическое управление прогнозирует, что в 2050 году количество населения этой возрастной группы увеличится более чем на 75 %. В условиях постепенного увеличения периода трудовой занятости до достижения возраста 67 лет (для мужчин это произойдет в 2020 году, для женщин – в 2040 году) прогнозируется, что число людей в так называемом подвижном послерабочем возрасте увеличится на 43 %.

Однако это не меняет факта все возрастающей доли людей в возрасте 65 лет и старше среди населения в целом. В 2013 году эта доля составила неполных 15 % по сравнению с 10 %-ной долей людей старше 65 лет в общей численности населения Польши в 1989 году. Главное статистическое управление прогнозирует, что в 2050 году каждый третий поляк будет старше 65 лет.

Из-за динамичного увеличения продолжительности жизни поляков, связанного с развитием медицины и здоровым образом жизни, меняется также структура населения пожилых людей в возрасте 65 лет и старше. В 2013 году доля людей в возрасте старше 80 лет в группе людей 65+ составила 26,1 %, а к 2050 году составит почти 32 %. В общей популяции населения доля людей в возрасте 80 лет и старше резко возрастет (с 3,9 % в 2013 году до 10,4 % к 2050 году). Это означает, что каждый 10-й человек в Польше будет находиться в возрасте 80 лет и старше и с большой вероятностью будет нуждаться в каком-то из видов помощи для самостоятельного функционирования [4].

Ожидаемая помощь

Ожидания относительно долгосрочного ухода в ситуации, когда он будет необходим, направлены, прежде всего, в сторону семьи. Результаты исследования Евробарометра [2] показывают, что в Европе уход, осуществляемый самими близкими людьми за несамостоятельный человеком дома, является ожидаемым и предпочитается практически половиной европейцев (45 %). Вторым наиболее предпочтительным и ожидаемым вариантом ухода является уход на дому, осуществляемый фирмами, предлагающими опекунские услуги (почти каждый четвертый европеец ожидает такой формы помощи), или уход, осущест-

вляемый специально нанятым для этой цели опекуном (10 % европейцев ожидают такой формы помощи). Получение ухода за пределами своего места жительства (например, в доме для престарелых) или в доме близкого члена семьи (примерно 4 %) пользуется уже значительно меньшим интересом.

На старости лет подавляющее большинство европейцев хотят получать помощь у себя дома. Участие семьи в оказании этого ухода является значительным. Имеются серьезные расхождения в оценке ожиданий относительно ухода предоставляемого семьей за пределами места жительства пожилого человека. Несмотря на то, что дети несамостоятельных пожилых людей были бы рады позаботиться о них у себя дома, настолько пожилые люди менее склонны к совместному проживанию со своими детьми в ситуации, когда появляется потребность в уходе.

Несмотря на то, что в общем смысле долгосрочный уход в Европе опирается в значительной степени на семейных (неформальных) опекунов, существуют большие различия между странами касаемо ожиданий и предпочтений в отношении ухода в старости. На фоне стран Евросоюза выделяется Польша, в которой ожидания и предпочтения относительно ухода за пожилыми людьми, осуществляемого близкими членами семьи на дому у несамостоятельного человека, выразили примерно 70 % поляков. Для сравнения: в Дании этот процент составил немногим более 20 %. Более половины датчан ожидают, что долгосрочный уход на дому будет осуществляться фирмами, предлагающими профессиональные опекунские услуги, а каждый пятый ожидает ухода, осуществляемого специально нанятым для этой цели опекуном. Предпочтения относительно ухода, оказываемого на дому близкими людьми, наиболее часто высказывались, кроме Польши, в Венгрии, Греции, Литве и Болгарии (около 60 % ответов) [2].

Результаты исследования Pol-Senior подтверждают, что в Польше пожилые люди связывают свои ожидания по поводу ухода





с неформальными опекунами (членами семьи, а потом с соседями и друзьями), придавая небольшое значение помощи, получаемой от формальных опекунов, особенно представляющих сектор социальной защиты. Помощь в этом секторе предоставляется главным образом в учреждениях, а не по месту жительства пожилого человека [1].

Доступность официальных услуг долгосрочного ухода, осуществляемых на дому у пожилого человека, как в рамках сектора здравоохранения (например, сестринский долгосрочный уход), так и в рамках системы социальной защиты (опекунские услуги) является ограниченной. Обычно все сводится к выбранным формам помощи, оказываемым лежачим или находящимся в тяжелой материальной ситуации людям, а поддержка семейных опекунов ничтожно мала [3].

Опекунские возможности семьи

Опекунский потенциал польской семьи начинает уменьшаться по причине социально-культурных,

а также демографических изменений. Поскольку увеличение продолжительности жизни и повышение уровня образования среди женщин следует признать успехом цивилизации, он также оказывает влияние на возможность удовлетворения потребностей пожилых людей в уходе.

По данным Главного статистического управления в Польше [5], в 2013 году по сравнению с началом 90-х годов процент матерей с высшим образованием вырос с 6 % до 47 %. Хорошо видно, что молодые люди решают сначала получить образование, и только потом принимают решение о создании семьи и ее увеличении. Это приводит к появлению потомства в более позднем возрасте. С начала 90-х годов произошло смещение наибольшей рождаемости с группы женщин в возрасте 20–24 лет до группы женщин в возрасте 25–29 лет. Наблюдается также значительное увеличение рождаемости среди женщин в возрасте 30–34 лет, а также увеличение рождаемости среди

женщин в возрасте 35–39 лет. Откладывание решения о деторождении может быть связано с сокращением способности иметь больше детей. В будущем это приведет к накапливанию обязанностей по уходу за пожилыми родителями и в отношении маленьких детей. Кроме того, опекунский потенциал снижается из-за небольшого количества детей в семьях и отсутствия возможности разделения обязанностей по уходу между братьями и сестрами.

Кроме того, увеличивается процент внебрачной рождаемости. В начале 90-х годов этот показатель составлял 6–7 %. Однако в настоящее время каждый пятый ребенок рождается во внебрачных отношениях. Это связано с увеличением количества сожительств и матерей, в одиночку воспитывающих детей [5].

Опекунский потенциал семьи также ослабляется заграничными миграциями. Сальдо эмиграций в 2014 году составило 15 тысяч [5]. Опекунские возможности семьи

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА

определяются не только эмиграцией молодых людей, но также трудовой эмиграцией взрослых людей, которые выезжают из страны, чтобы ухаживать за пожилыми людьми в других странах, оставляя членов своих семей, часто тоже нуждающихся в поддержке, в своей стране (явление, называемое «утечкой заботы»).

Кроме того, рост экономической активности среди женщин, в том числе увеличение пенсионного возраста также окажет влияние на возможность ухода осуществляемого семьей. В этой ситуации необходимо охватить поддержкой не только наиболее несамостоятельных пожилых людей, но также людей, осуществляющих за ними уход.

Семья является местом, где естественным образом появляются потребности в уходе, и они удовлетворяются на каждом этапе жизни человека. В случае пожилых

людей, не способных позаботиться о себе самостоятельно, их близкие являются неоценимым источником поддержки не только в материальном измерении, но также социальном и эмоциональном. Маленькие семьи – часто неполные семьи, в которых отношения не углубляются и не укоренились межпоколенчески, могут не отвечать текущим и будущим потребностям в уходе за пожилыми людьми. Необходимы действия, направленные на поддержку семьи в выполнении обязанностей по уходу в отношении пожилых людей, нацеленные на защиту здоровья опекунов, улучшение качества жизни, а также создание новых возможностей для согласования трудовых обязанностей с опекунскими. Также неоценимыми будут мероприятия, расширяющие доступ к долгосрочному стационарному уходу и развитию других форм патронатного ухода. ■

Литература:

1. Блендовски, П., Потребности пожилых людей в уходе // Моссаковска, М., Венцек, А., Блендовски, П. (ред.) Медицинские, психологические, социологические и экономические аспекты старения людей в Польше. – Познань: Термедиа, 2012.
2. European Commission, Health and long-term care in the European Union // Special Eurobarometer. – 2007. – №. 283.
3. Фурманьска-Марушак, А., Вуйтевич, А., Замойска, М. Товары и социальные услуги для пожилого населения. Шансы развития в контексте реалий общества массового потребления. – Торунь: Издательство Университета Николая Коперника, 2014.
4. Главное статистическое управление. Демографическая ситуация пожилых людей и последствия старения польского населения в свете прогноза на 2014–2050 гг. – Варшава, 2014.
5. Главное статистическое управление. Основные сведения о демографическом развитии Польши до 2014 года. – Варшава, 2015.



ДОЛГОСРОЧНЫЙ УХОД: АКТУАЛЬНОСТЬ И ПРОБЛЕМЫ НА ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА

Юлия Владимировна Девяткина, Александр Николаевич Комаров,
Центр ФРМ при ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УДП РФ

С одной стороны, это правильно с учетом профилактики новых случаев и выживаемости. Однако, игнорируя постгоспитальный этап ведения пациента, мы видим увеличение количества сопутствующих заболеваний, что приводит к утяжелению инвалидизации. Опираясь на статистические данные Минздрава России, каждый год от инсульта страдает около полумиллиона человек, из них полностью восстанавливаются только 13–15 %. Крайне важно, что среди выживших больных 75–80 % становятся инвалидами, причем 1/3 из них полностью зависят от окружающих, нуждаются в длительной медико-социальной поддержке.

Значительная часть людей, которые нуждаются в медико-социальной поддержке или же в долгосрочном уходе, не могут получить доступ к таким услугам. В случае болезни или инвалидности человека вопросы долговременного ухода приходится решать родственникам, соседям и знакомым. Родственники, которые много лет в одиночку справляются с тяжелыми обязанностями по уходу, со временем тоже начинают нуждаться в социальной и медицинской помощи.

Оказание такого вида помощи возможно двумя способами. Государство должно предложить, а семья должна выбрать наиболее подходящий для нее вариант, который зависит от культурных, средовых, экономических и семейных особенностей.

Первый способ подразумевает оказание медико-социальных услуг в стационарных учреждениях (больницах и отделениях сестринского ухода, хосписах, отделениях гериатрии, домах-интернатах,

Известно, что ограничение жизнедеятельности после заболеваний является медико-социальной проблемой, как в мире, так и Российской Федерации. Это можно рассмотреть на примере пациентов с инсультом, у которых основной акцент борьбы направлен на профилактические мероприятия (первичная профилактика) и лечение в условиях стационара.



реабилитационных центрах). Он позволяет увеличить временную, трудовую и экономическую адаптацию семьи, особенно в стесненных условиях проживания. Второй способ – оказание медико-социальных услуг на дому. Этот способ приближает к привычной для пациентов среде, что позволяет сохранять и поддерживать устоявшийся уклад жизни, социальные связи, не истощая функциональные резервы на привыкание к новым условиям, что неизбежно при переселении в стационарные учреждения. Уход на дому – не только более гуманный,

но и экономически эффективный с точки зрения затрат.

Государственные органы многих стран оказывают разнообразную поддержку своим жителям по этому аспекту социальной помощи. Например, государственная политика Великобритании в отношении престарелых граждан и инвалидов ориентирована на создание им полноценных условий жизнедеятельности в домашних условиях (формирование безбарьерной среды, контроль качества жизни, профилактика сопутствующих заболеваний). В США 85 % всей системы здравоохранения

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА

ориентировано на развитие помощи на дому и амбулаторную службу. Профессиональные услуги помощи на дому в США предоставляют сертифицированные агентства помощи на дому, которые могут быть частными или некоммерческими, работающими по принципу социально ориентированных государственных частных партнерств. Интересной формой социальной помощи в Германии являются возникшие еще в 1970-х гг. станции социальной помощи, которые, наряду с социальными услугами, должны были улучшить временный уход и особенно специальные услуги по уходу за больными. Данная форма

социальной помощи пользуется большим спросом по сей день и является средством быстрого реагирования на социальные проблемы населения. В середине 1980-х гг. параллельно с социальными станциями начали возникать частные амбулаторные службы по уходу за клиентами. Эти частные службы могут заключать с государственными больничными кассами договоры об обеспечении домашнего ухода за больным или оказании ему хозяйственной помощи. Во многих государствах учреждены координационные механизмы, контролирующие проведение государственной политики в отношении к инвалидам.

В Российской Федерации существует двухканальная система помощи пациентам с ограничением жизнедеятельности. Она включает в себя раздел здравоохранения (геронтология, паллиатив и вновь созданные патронажные отделения в крупных поликлинических объединениях) и социальный раздел, организованный министерством труда и социальной защиты (сопровождение и помощь инвалидам, людям с ограниченными возможностями, престарелым, многодетным семьям, инвалидам детства).

Несмотря на активные усилия государства и комплексный подход, все-таки существует дефицит качественной медико-социальной помощи в рамках долговременной поддержки по двум вышеописанным способам (стационарные формы ухода и домашние).

Существующая на данный момент практика осуществления долговременного ухода характеризуется следующими проблемами:

- отсутствие системы прогнозирования потребностей в уходе – текущие оценки потребности не отражают реальную ситуацию;
- отсутствие единых принципов оценки состояния людей, нуждающихся в уходе, отнесения их в ту или иную группу и правил их дальнейшей маршрутизации, т. е. определения форматов и мест оказания ухода;
- отсутствие единых стандартов осуществления ухода;
- межведомственная разобщенность;
- отсутствие простого доступа к информации о пациентах для специалистов в различных сферах;
- недостаточность стандартных протоколов взаимодействия и коммуникации;
- отсутствие единых стандартов контроля процесса и результатов ухода;
- несбалансированность количества разных типов учреждений, обеспечивающих уход;
- острый дефицит кадров для обеспечения ухода;
- отсутствие единой системы обучения и переподготовки специалистов в области долговременного ухода;



- отсутствие системы поддержки родственников, осуществляющих уход;
- недостаточная информированность семей, задействованных в уходе, о возможности получения помощи.

В рамках федеральной целевой программы по развитию медицинской реабилитации, долговременной поддержки и паллиативной помощи формируются клинические рекомендации и разрабатываются алгоритмы для решения вышеуказанных задач. Такая система будет включать в себя «сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также по поддержке семейного ухода».

Важным принципом выстраивания системы долговременного ухода является сохранение пребывания гражданина в привычной благоприятной среде и приоритетной формой обслуживания гражданина является предоставление ухода на дому, возрастает роль социальных служб в осуществлении долговременного ухода, в том числе с применением стационарзамещающих технологий и различных форм сопровождения граждан, имеющих ограничения жизнедеятельности.

Долгосрочный уход включает широкий спектр помощи в повседневной активности, в которой пациенты нуждаются в течение длительного периода времени. Эта, прежде всего «низкотехнологичная» помощь, призвана минимизировать, реабилитировать или компенсировать потерю самостоятельного физического или психического функционирования. Помощь включает в себя основные виды повседневной активности (ADL), такие как купание, одевание, питание или другие личные потребности. Также помощь может быть оказана с применением различных средств, в том числе инструментальных (IADL – instrumental activities of daily living), включая домашние дела, такие как приготовление еды, уборка, мытье посуды. Последняя включает в себя практическую или надзорную помощь человека или вспомогательных устройств, таких



как трости и ходунки-опоры, ходунки-роллаторы, а также применение различных современных технологий – компьютеризированных напоминаний о необходимости принятия лекарств, системы экстренной помощи, которые предупреждают членов семьи и других лиц об отсутствии отклика от самого пациента. Они также включают такие модификации, как установка специальных скатов (трапов), пандусов, захватов и дверных ручек, которые просты в использовании.

Система долговременного ухода состоит из семи основных элементов:

- выявление реальной потребности в уходе и создание реестра нуждающихся в помощи (типовизации);
- маршрутизация нуждающихся, стандартизация ухода;
- организация взаимодействия вовлеченных ведомств;
- квалифицированные кадры;
- инфраструктура (учреждения и пр.);
- надомный уход и поддержка семей;
- информирование.

Для устойчивой самоподдерживающей и качественно функционирующей системы долговременного ухода вне зависимости от нозологических форм неприемлема директивная форма интеграции, инсталляции и управления процессом. Необходимо научное обоснование каждого способа реализации с отработкой pilotных проектов в рамках деятельности социально-некоммерческих организаций на конкурсной основе с возможностью предоставления государственных грантов. Только таким образом можно отобрать жизнеспособные проекты, понять спрос потребителя и выбрать наиболее экономически эффективную модель. Один из примеров является деятельность автономной некоммерческой организации «Национальный центр развития технологий социальной поддержки и реабилитации "Доверие"» (<http://doverierehab.ru/>), учебного центра дополнительного профессионального образования «Европейский центр долгосрочной опеки» (www.ecdo-russia.ru) а так же проекты, реализуемые Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи (<https://www.pro-hospice.ru/>). ■

ности социально-некоммерческих организаций на конкурсной основе с возможностью предоставления государственных грантов. Только таким образом можно отобрать жизнеспособные проекты, понять спрос потребителя и выбрать наиболее экономически эффективную модель. Один из примеров является деятельность автономной некоммерческой организации «Национальный центр развития технологий социальной поддержки и реабилитации "Доверие"» (<http://doverierehab.ru/>), учебного центра дополнительного профессионального образования «Европейский центр долгосрочной опеки» (www.ecdo-russia.ru) а так же проекты, реализуемые Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи (<https://www.pro-hospice.ru/>). ■

Литература:

1. Организация долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в городе Москве / Научно-исследовательский медицинский центр «ГЕРОНТОЛОГИЯ». – М., 2018.
2. Давыдова, О. В. Опыт социальной работы с пожилыми людьми за рубежом // Среднерусский вестник общественных наук. – 2012.
3. Чалдаева, Д. А., Нигматянова, И. Г. Зарубежный опыт социальной реабилитации инвалидов // Вестник Казанского технологического университета. – 2017.

ПРОЛЕЖНИ – ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА, УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ, ПРЕДРАСПОЛОЖЕННЫМИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПРОЛЕЖНЕЙ

Моника Орловска,
медсестра, Европейский центр долгосрочного ухода, Польша

Пролежни – это всегда актуальная проблема ухода. Она особенно остро касается пациентов с хроническими заболеваниями, длительное время находящихся в постели в обездвиженном состоянии. Лечение пролежней – это очень трудный и длительный процесс. Он требует применения специальных, часто дорогостоящих повязок.



ший результат: ограждаем пациента от страданий, а себя – от работы, связанной с длительным лечением, не говоря о связанных с ним расходах.

Пролежень – это некротическая язва, возникающая в результате нарушения кровообращения, вызванного длительным сдавливанием.

Места, подверженные частому возникновению пролежней

Локализация пролежней в большой степени зависит от положения тела. У пациента, лежащего на спине, местами особо подверженными возникновению пролежней будут:

- область затылка,
- ушные раковины,
- область лопаток,
- локти,
- область крестца и копчика.

В свою очередь у пациента, лежащего на боку это:

- области за ушами,
- область бедра,
- колени, особенно их внутренняя часть (в месте соприкосновения обоих коленей).

Зная места, наиболее подверженные риску возникновения пролежней, мы должны стремиться их обезопасить и укладывать пациента в таком положении, которое обеспечит ему удобство и сведет до минимума риск образования пролежней. Положение тела должно быть наиболее приближено к физиологически удобному. Для того чтобы уложить пациента

в различных позициях, следует использовать разнообразные приспособления для противопролежневой профилактики. Если мы не располагаем специальными профилактическими средствами, то можем использовать подушки, одеяла, и т. д.

Расположение пациента на спине

- Подушка должна поддерживать шейный отдел позвоночника.
- Верхние конечности отведены в плечах под углом 90 градусов, предплечья согнуты в локтевом суставе под углом 90 градусов.
- Под предплечьями необходимо расположить опоры в виде прямоугольных клиньев или продольных подушек. В руку можно вложить предмет в форме валика, например, бандаж, чтобы предотвратить контрактуру пальцев.
- Нижние конечности отведены в бедрах, немного согнуты в коленях, стопа в вертикальном положении. Не следует размещать валики под коленями, поскольку это может привести к застою крови в сосудах, которые располагаются в этой области. Рекомендуется поддержка ног в целях предотвращения их деформации.
- Следует помнить о защите локтей и пяток, этого можно достичь, используя специальные предназначенные для этой цели приспособления, под пятки можно положить валик, который помещается немного выше пяток таким образом, чтобы они оставались поднятыми выше уровня кровати.

Расположение пациента на правом боку

Также как и в случае расположения пациента на спине, необходимо позаботиться об удобстве и о физиологическом положении тела.

Именно по этой причине так много внимания уделяется профилактике. Предупреждение возникновения пролежней требует большого количества времени и тяжелой работы, но благодаря этому мы получаем гораздо боль-

- Кладем больного на бок. Чтобы предотвратить переворачивание больного на спину, нужно положить под спину подушку или одеяло, свернутое в рулон.
- Под левую ногу подкладываем подушку таким образом, чтобы колено находилось на том же самом уровне, что и бедро.
- Под правый локоть и косточку стопы подкладываем специальные диски.

Аналогичным способом укладываем пациента на левом боку.

Укладывая больного в данном положении, всегда следует помнить о том, что больной не должен находиться в одном положении дольше, чем 1,5–2 часа, а при необходимости, положение следует изменять чаще.

Показанием для частого изменения положения является обнаружение покраснения в местах подверженных сдавливанию. По этой же причине человек, осуществляющий уход за больным, при каждом изменении положения должен внимательно осматривать тело больного. Противопролежневая профилактика – это широко понимаемая концепция, включающая в себя все действия, целью которых является предотвращение возникновения пролежней.

Противопролежневая профилактика

- Привлечение и мотивирование пациента к самостоятельной двигательной активности (если это возможно) или у больных с частично ограниченными возможностями – к самостоятельному изменению положения в постели.
- Регулярное изменение положения тела полностью обездвиженных больных (минимум каждые два часа).
- При изменении положения – использование скользящих простыней или, при их отсутствии в домашних условиях, перемещение пациента на тканевой подкладке, в целях предотвращения трения поверхностью кожи о матрас.
- Использование противопролежневых матрасов и приспособлений для укладывания больного в разных положениях.



- Наблюдение за кожей на предмет болезненных изменений, уделение особого внимания местам, подверженным возникновению пролежней.
- Использование постельного и личного белья исключительно из натуральных и не вызывающих аллергии и ссадин тканей.
- Поддержание в чистоте и сухости кожи пациента.
- Использование впитывающих средств, подобранных индивидуально с учетом потребностей больного.
- Контроль над общим состоянием больного, продолжение лечения сопутствующих заболеваний.

Лечение пролежней

Главной задачей людей заботящихся о больных с хроническими заболеваниями является уход, предотвращающий возникновение пролежней. Противопролежневая профилактика, на первый взгляд сложная, в результате является гораздо более простой, чем процесс лечения пролежней.

Когда, однако, дело дойдет до возникновения пролежня, необходимо быстрое выполнение соответствующих действий.

Лечением пролежней занимаются врачи и медсестры. Необходимо помнить, что современные методы

лечения ран, в том числе пролежней, основываются на обеспечении им влажной среды, что является возможным при использовании современных повязок.

Достоинством специальных повязок наряду с их эффективностью является то, что они не требуют ежедневной замены, что снижает риск развития инфекции и риск повреждений новообразованных тканей, как это бывает при частой смене традиционных повязок.

Для того чтобы эффект был удовлетворительным, требуется много терпения и участия со стороны опекунской группы. Лечение пролежней не освобождает также от последующей профилактики. Поэтому также взаимодействие между опекунами больного и медицинским персоналом в этом случае является необходимым условием действенности и результативности лечения. ■

Литература:

1. Krakowiac, P., Ksiazkowscy, D., Modlinyska, A., Хронические заболевания в домашних условиях. – Гданьск, 2011.
2. Стапор, Т. Диабетическая стопа // Меди – лечение ран. – 2011. – С. 30–33.
3. Таларска, Д., Вечорковская-Тобис, К., Швалкевич, Е. Уход за пожилыми и несамостоятельными людьми. – Медицинское издательство ПЗВЛ, 2009.

ИНФЕКЦИИ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ЖИТЕЛЕЙ УЧРЕЖДЕНИЙ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА

Ядвиги Вуйковска-Мах,
кандидат биологических наук, кафедра микробиологии Медицинского колледжа
Ягеллонского университета в Кракове, Польша

Старение общества, связанное с ростом общего числа и доли пожилых людей среди населения, связано также с увеличением спроса на услуги в области здравоохранения и ухода.



В настоящий момент трудно оценить, является ли эта форма ухода проблемой и бременем для всей системы здравоохранения, а также насколько эта проблема серьезна. Однако можно с уверенностью утверждать, что год от года в этом виде ухода и надзора будет нуждаться все большая группа людей пожилого возраста. В Польше, согласно данным Главного статистического управления за 2011 год, показатель доли населения в возрасте старше 65 лет составил 13,5 %, а в 2035 году он составит почти 25 %. По оценкам, 15–25 % людей после 65 лет будут нуждаться в долгосрочном институциональном уходе (англ. Long-Term Care Facilities, LTCF) и/или социальной помощи.

Существует много факторов, способствующих возникновению инфекций, трудно поддающихся лечению у жителей учреждений долгосрочного ухода.

Индивидуальные факторы в основном связаны с ослаблением

иммунитета и иммунного ответа, зависят от старения иммунной системы, связаны с фенотипическими и функциональными изменениями в Т-лимфоцитах: эти изменения не имеют большого клинического значения у здоровых пожилых людей. Тем самым ослабление иммунной системы у пожилых жителей учреждений долгосрочного ухода имеет главным образом вторичный характер, связанный с недоеданием, множеством хронических заболеваний, приемом большого количества лекарств, в том числе снижающих иммунитет человека (иммунодепрессанты). Кроме того, у пожилых людей часто имеются физические или умственные нарушения, которые могут вызывать ограничения в отношении основных санитарных требований (таких как гигиена рук или личная гигиена). У многих пациентов, особенно лежачих, наблюдается атипичный характер инфекций, что затрудняет и задерживает постановку диагноза. Часто также отсутствует контроль над физиологиче-

скими функциями, что значительно увеличивает риск возникновения кожных инфекций и требует частого использования противомикробных препаратов у таких пациентов.

Институциональные факторы связаны с чрезмерным использованием антибактериальных средств, с заражением жителей учреждений долгосрочного ухода микроорганизмами, устойчивыми к лечению, или с несоблюдением календаря необязательной вакцинации. На заболеваемость инфекциями в учреждениях долгосрочного ухода оказывают влияние также текучесть кадров медсестер, уровень занятости, доля людей среди пожилого населения, выписываемых из больниц с инфекцией, интенсивность семейных посещений и преобладание более инвазивных медицинских процедур.

Инфекции кожи и мягких тканей возникают в Польше, к сожалению, часто. В исследовании заболеваемости в Малопольском регионе, в 2010 году была выявлена частота заболеваемости такими инфекциями – риск того, что у пациента есть эта инфекция в день посещения – на уровне 8,8 %.

С какими инфекциями кожи мы обычно имеем дело?

Это прежде всего хронические раны, такие как язвы ног, пролежни и другие. Редко это бывают инфекции, вызванные нарушениями целостности кожных покровов и слизистых оболочек. Инфекции кожи обычно вызываются стрептококки группы А (GAS) или золотистого стафилококка. К сожалению, инфекции, вызванные стрептококками группы А, могут быть причиной эпидемии инфекций кожи и подкожной клетчатки, воспаления горла, воспаления легких или инфекций крови (сепсиса). Серьезной проблемой для персонала учреждений долгосрочного ухода может стать наличие других видов инфекций,

и наиболее часто среди них встречаются эктопаразиты – чесотка.

Частота появления пролежней у жителей учреждений долгосрочного ухода оценивается примерно в 20 % во всем мире, хотя в исследованих, проводимых в последние годы на территории Малопольского региона, их наличие было оценено в 2,2 %. Инфицированные изменения затрагивают глубокие слои мягких тканей, часто связанны с воспалением костного мозга и увеличивают риск смерти (смертность доходит до 50 % при вторичном бактериальном заражении). Лечение в таких случаях является дорогостоящим и требует участия многопрофильной терапевтической группы медсестер, врачей-гериатров, специалистов по инфекционным заболеваниям, хирургов, а также интенсивной реабилитации. К факторам, предрасполагающим к возникновению пролежней, относятся: иммобилизация, сдавливание, переломы, нарушение целостности кожных покровов, риск намокания кожи с ее мацерацией, недержание мочи и/или кала, терапия стероидными препаратами, недоедание и наличие инфекций. И, что не менее важно, перегрузка обязанностями сестринского персонала также имеет значение для увеличения риска возникновения пролежней.

Профилактика возникновения пролежней включает в себя:

- разработку системы регулярного и частого изменения положения тела лежачего пациента;
- применение методов, снижающих действие силы сдавливания и сдвигания;
- поддержание в сухости кожи пациента (частая замена подгузников);
- улучшение общего состояния пациентов с помощью влияния на питание;
- лечение инфекций;
- оптимальное лечение сопутствующих заболеваний.

С целью снижения давления на кожу и его оптимального распределения в местах выступов костей можно использовать различные методы, такие как специальные противопролежневые матрасы, регулируемые реабилитационные кровати или предохранительные накладки из пенного материала. На началь-

ных стадиях лечения пролежней доступны различные повязки, предназначенные для защиты кожи, такие как полиуретановые мембранны, гидроколлоидные повязки, гидрогели, полиуретановые губки, декстрапономер, или сложные повязки. Все чаще для лечения пролежней применяется также вакуумная терапия.

Полезным для обнаружения и мониторинга пролежней, а также для правильности лечения, является ведение пролежневой карты. Контроль над инфекциями охватывает также гигиену рук и использование защитных перчаток. Все пролежневые раны населены бактериями, поэтому при отсутствии клинических симптомов и признаков инфекции не следует использовать антибиотики. В случае наличия признаков заражения пролежневой раны (инфекции кожи, костная инфекция, сепсис) необходимо введение антибиотиков широкого спектра действия парентеральным способом и хирургическая обработка ран в больнице.

Чесотка – это инфекционное заболевание кожи, вызванное клещами. Повреждения обычно очень зудящие, похожие на царапины, сопровождающиеся сильным покраснением кожи и ссадинами, располагающимися у лежачих пациентов в области подмышек, поясницы, ягодиц и промежности, а также, прежде всего, в складках кожи, например, на животе, а у пациентов с недержанием мочи – там, где кожа подвергается раздражению: на животе или в паховой области. Вопреки ожиданиям, у несамостоятельного, лежачего пациента, нуждающегося в помощи при выполнении любых действий, изменения не появляются в межпальцевых пространствах или в области запястий, поскольку у больных в тяжелом общем состоянии типичные симптомы могут не проявляться, что может способствовать развитию больших и длительных эпидемий в учреждениях долгосрочного ухода. В случае подозрения на чесотку следует взять для микробиологического исследования соскоб с пораженного участка и тщательно изучить кожу пациента, то есть оценить наличие так называемого чесоточного зудня в роговом слое

эпидермиса и характерные следы после расчесов (ссадины).

Задокументированный случай чесотки требует немедленного обнаружения вторичных случаев. Лечение обычно нуждается в повторении и – что важнее – координации в масштабе отдела или всего учреждения для обнаружения случаев вторичного заражения (другие жители учреждения долгосрочного ухода, персонал, семьи) с целью их лечения. Поскольку чесотка может передаваться через постельное белье и одежду, окружающее пациента пространство также должно быть тщательно очищено (чистка ковриков и мягкой мебели, очищение поверхности другой мебели, стирка в горячей воде и глажение вещей, которые можно мыть, например, одежду, постельного белья, полотенец). Все наружные средства (мази, пасты, кремы, эмульсии), использованные ранее, необходимо уничтожить как потенциальный источник распространения яиц паразита.

Риск наличия среди пациентов или жителей учреждения людей с симптомами инфекции кожи и мягких тканей требует от местной группы контроля над инфекциями особой заботы об эпидемиологическом состоянии учреждения. Наиболее важными элементами стратегии каждой группы являются:

- интенсивное обучение персонала, жителей и их семей (посетителей) в области гигиены рук;
- регистрация людей с описываемыми симптомами;
- особая личная гигиена больных этой группы;
- использование средств индивидуальной защиты среди опекунского персонала;
- гигиена окружающей среды, контактная изоляция;
- микробиологический надзор за инфекциями;
- надзор за управлением медицинскими отходами. ■

Больше на тему надзора за инфекциями можно узнать здесь:

Я. Вуйковска-Мах, Б. Грыглевска, А. Ружаньска, М. Буланда.
Принципы профилактики и надзора за инфекциями в учреждениях долгосрочного ухода. Практическая медицина. – URL: [www.mp.pl](http://infekcje.mp.pl/wytyczne/show.html?id=93321); <http://infekcje.mp.pl/wytyczne/show.html?id=93321>

ОБЕЗВОЖИВАНИЕ У ПОЖИЛЫХ

Виталий Витальевич Фролков,
врач приемного отделения ГКБ № 21 г. Донецк, Украина

Одним из пятнадцати ведущих гериатрических синдромов является дегидратация. Она развивается, если потеря воды превышает ее поступление в организм и сопровождается нарушением его функционирования. Будучи значимым само по себе, это состояние способствует развитию ортостатической гипотензии и старческой астении, распознаваемой согласно скрининговой шкале FRAIL.



Ф

изиологическая потребность в воде зависит от возраста пациента и составляет: до 65 лет – 30 мл/кг; от 65 до 75 лет – 25 мл/кг; старше 75 лет – 20 мл/кг массы тела. Из напитков исключаются крепкий кофе и чай. В Нидерландах определена норма потребления воды для пожилых

людей в объеме 1700 мл в сутки. Европейское агентство по вопросам безопасности продуктов питания в своих рекомендациях отмечает, что пожилые женщины должны получать 2000 мл воды в сутки, а мужчины – 2500 мл. Баланс поступающей и выводимой жидкости может выглядеть следующим образом: питье – 1300 мл, поступление воды с пищей – 1000 мл, метаболическая вода – 200 мл; диурез – 1400 мл, потери через кожу и при дыхании, в соотношении 60/40 – 1000 мл, с калом – 100 мл.

Прием 30–35 ккал/кг массы тела (с учетом идеальной массы) удовлетворяет потребности большинства пожилых пациентов. Повышение потребления белков и, соответственно, конечное превращение их в мочевину, удаляемую из организма с мочой, ведет к абсолютной необходимости возрастания потерь воды в почках, что требует повышенного ее поступления в организм.

Риза Лавизо Мюрей в своей научной работе определила несколько основных условий, при которых возможен риск дегидратации: возраст старше 85 лет, женский пол, наличие пяти и более хронических заболеваний, употребление пяти и более лекарственных препаратов, прикованность к постели. По данным Volkert и соавторов, у 28 % лиц пожилого возраста и у 41 % людей старческого возраста потребление воды было ниже рекомендованного объема в 1990 мл. Результаты мультицентрового исследования

SENECA study показали, что женщины пожилого возраста употребляют меньше всего воды, не более 1700 мл в сутки. В развитых странах показателям гидратации подопечных уделяется особое внимание даже в заведениях интернатского типа. Если в случае смерти по результатам вскрытия, будут выявлены признаки обезвоживания, ухаживающему персоналу грозит серьезное разбирательство.

С возрастом объем циркулирующей крови снижается примерно до 6,5 % от массы тела у мужчин и 6 % у женщин, поэтому у пожилых людей дегидратация возникает быстрее, чем у молодых. Этому способствуют низкий уровень ренина и альдостерона и/или почечная недостаточность, снижение чувствительности к антидиуретическому гормону.

У пожилых людей, лишенных воды в течение 12 часов, в сравнении с молодыми, отток мочи снижается менее значительно, и гораздо ниже осмолярность мочи. К 70 годам естественным образом число нефронов в почках уменьшается почти на треть, а скорость клубочковой фильтрации после 80 лет приближается к половинной норме молодого организма. Возрастные изменения в сочетании с различными заболеваниями, приводят к развитию хронической болезни почек у каждого третьего в популяции пожилых и старых людей.

Легкая степень дегидратации характеризуется потерей 5 % жидкости (1–2 л) и может сопровождаться минимальными проявлениями. Необходимо учитывать, что у старииков и больных пониженного питания тургор кожи может быть снижен при нормальном состоянии водного баланса; снижение тургора кожи менее выражено у больных с ожирением. К одним из первых

симптомов обезвоживания у пожилых людей относят спутанность сознания и слабость. Из других симптомов отмечают потемнение мочи, дополнительное снижение эластичности кожи, головную боль, сухость во рту, усталость и вялость, резкое изменение артериального давления при вставании, головокружение и учащение пульса. У пожилых людей обезвоживание может проявляться атипичными симптомами: запором, лихорадкой, внезапными падениями.

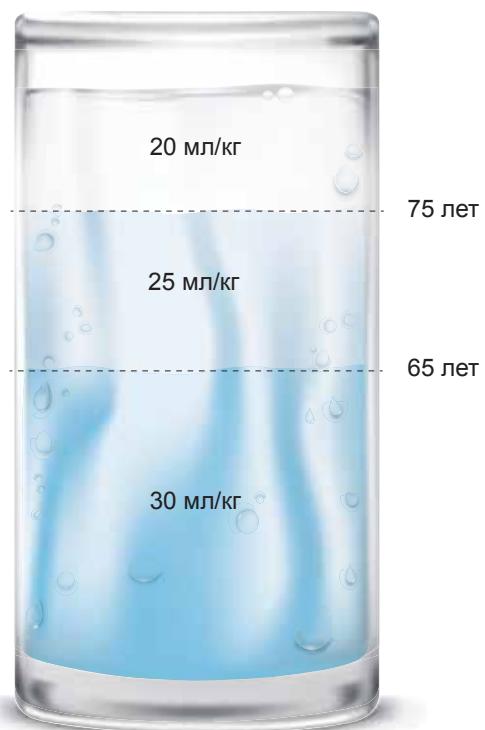
Так как при ожирении удельный вес воды в тканях снижается, то тучные люди испытывают дополнительные сложности при обезвоживании. У лиц с развитием дегидратации даже малых степеней, но на фоне гипертермии, тяжелой сопутствующей патологии, сопровождающейся секвестрацией жидкости в организме (при хронической сердечной недостаточности, циррозе печени), может нарушиться хрупкий баланс работы сердечно-сосудистой системы и наступить смерть, хотя явления шока еще не развились. Необходимо учитывать, что в возрасте 60–69 лет до половины больных имеют одновременно 4–5 заболеваний, а старше 70 лет у двух третьих пациентов более пяти заболеваний.

Первый случай клинически явной дегидратации, с которым пришлось столкнуться при работе в сельской местности, был связан с обезвоживанием изотонического характера, у пожилого мужчины с признаками умеренно выраженной желудочно-кишечной диспепсии. Необычным на тот момент было то, что у пациента развились стойкая артериальная гипертензия, вплоть до третьей степени, с низкой чувствительностью к различным гипотензивным средствам. Хотя для меня артериальная гипертензия не ассоциировалась с проведением инфузационной терапии, тем более с введением натрий-содержащих компонентов, а скорее наоборот, с назначением мочегонных средств из группы салуретиков после некоторых раздумий попросил старшую медсестру амбулатории взять на адрес штатив, чем вызвал ее удивление. Но результат себя оправдал. При дефиците жидкости, превы-

шающей легкую степень дегидратации, общепризнанной является возможность повышения цифр артериального давления за счет продолжающейся активации стрессовой симпато-адреналовой системы с централизацией кровообращения и сгущением крови. При этом снижаются венозный возврат к сердцу, мочеотделение, возрастает минутный объем сердца и повышается частота пульса до 120 ударов в минуту. В данном случае на фоне внутривенного капельного введения изотонических солевых растворов отмечалось быстрое восстановление показателей гемодинамики и увеличение диуреза.

Изотоническая дегидратация с потерей жидкости, электролитный состав которой близок к составу плазмы и интерстициальной жидкости, возникает не только при рвоте, диарее, но и при множественных механических травмах, ожогах, изостенурии. Соответственно, уменьшается объем внеклеточной жидкости и возрастает онкотическое давление. Симптомы обезвоживания тканей проявляются потерей эластичности, тургора кожи, смягчением глазных яблок, наличием продолговатых складок на языке, трещин языка – «лимон на солнце». В связи с тем, что осмотическое давление внеклеточной и внутриклеточной жидкости не меняется, кажда может быть мало выраженной, но может зависеть от резкого уменьшения объема внеклеточного пространства. В качестве компенсаторных механизмов первоначально повышается выработка антидиуретического гормона вазопрессина и активизируется ренин-ангиотензин-альдостероновая система.

При лечении этого вида обезвоживания необходимо восполнить дефицит жидкости и минеральных веществ. Объем инфузии за сутки определяется суммой дефицита воды, физиологической потребности и патологических потерь. Стоит учесть, что в настоящее время часто встречаются фоновые анемии различного генеза, что создает иллюзию отсутствия сгущения крови при обезвоживании. В экстренных случаях объем инфузционной терапии может быть ориентировано определен по гематокриту. Дефицит



Физиологическая потребность человека в воде на разных этапах жизни

воды составляет 0,2 массы тела * (гематокрит больного – 0,4) * 0,4. При циркуляторной недостаточности и шоке дополнительно к кристаллоидным растворам и раствору глюкозы вводят до 20 % плазмозамещающих растворов. Инфузионные растворы также должны корректировать и кислотно-щелочное состояние (при рвоте формируется склонность к выделительному алкалозу, а при поносе – к выделительному ацидозу).

При диарее показан как можно более быстрый переход к оральной компенсации водно-электролитных нарушений при достижении стойкой стабилизации гемодинамики. В настоящее время широко используют пероральные регидратанты третьего поколения, в которые добавлены различные пищевые вещества, тормозящие секрецию (рисовая пудра, шелуха картофеля и разнообразных злаков). Одним из кардинальных клинических показателей достаточной реминерализации является уменьшение частоты и распространенности судорог скелетной мускулатуры.

Истинным обезвоживанием, вододефицитным, является гиперто-

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА

ническая дегидратация. Это состояние возникает, если потери воды превышают потери электролитов. Из эндокринологических заболеваний ведущим примером является несахарное мочеизнурение, при дефиците вазопрессина, когда обильный диурез сопровождается низкой плотностью мочи. Гиперосмолярный синдром может быть обусловлен не только гипернатриемией, но и повышением уровня глюкозы, мочевины и других веществ в плазме крови. При остальных состояниях повышение уровня вазопрессина в стремлении удержать воду является важным компенсаторным механизмом, в частности, при алиментарном ограничении приема воды, значительных потерях жидкости через кожу и дыхательные пути при лихорадке, искусственной вентиляции легких без достаточного увлажнения дыхательной смеси, декомпенсации сахарного диабета, патологии почек, сопровождающейся гипостенурией, применении концентрированных электролитных растворов и средств парентерального питания.

Немаловажно то, что с возрастом классическая защитная реакция в виде чувства жажды при повышении осмолярности плазмы притупляется. Есть мнение, что по-

жилые люди могут путать чувство жажды и голода. Определенный контингент больных лишен возможности контролировать питьевое поведение – постинсультные больные, находящиеся в коматозном состоянии. Согласно статистике, в возрасте 70 лет и старше каждый третий пациент нуждается в постоянной помощи при уходе за собой. Также пожилые люди могут сознательно ограничивать себя в питье, например, в результате рекомендаций врача при сердечной слабости, из опасения отеков или при нежелании лишний раз отправляться в туалет. По данным Н. А. Колпаковой и соавторов, четыре пятых опрошенных больных пожилого и старческого возраста отметили расстройства мочеиспускания.

На практике столкнулся с таким примером. Пожилой мужчина, который, испытывал проблемы урологического характера, поступил по той причине, что ограничивал себя в питье. Результат оказался плачевным. Закономерно возникшее концентрирование мочи с ухудшением показателей уродинамики привело к обострению хронической инфекции мочевой системы и развитию септического состояния, с неблагоприятным исходом. Скорее, парадоксально для боль-

ного, следовало поступить противоположным образом. Увеличение потребляемой жидкости при сохранной функциональной активности почек без образования отеков привело бы к разведению мочи и уменьшению раздражающего действия продуктов выведения на стенки мочевого пузыря, что по мере адаптации органа к растяжению могло способствовать уменьшению числа позывов.

При гипертонической дегидратации повышение уровня натрия и осмолярности плазмы крови приводит к перемещению жидкости из внутриклеточного во внеклеточное пространство и развитию внутриклеточного обезвоживания, клинически проявляющегося как более тяжелая форма, чем внеклеточное. Снижается средний объем эритроцита. Особо страдают наиболее гидратированные клетки головного мозга, состоящего на 85 % из воды. При дефиците воды человек раздражен, у него пропадает ясность мышления, болит голова, звенит в ушах, появляется депрессия. Дегидратация пожилых людей является одним из факторов, приводящих к появлению делирия, может быть предвестником деменции.

Объем инфузии определяется как половинный дефицит воды в сочетании с физиологической потребностью и физиологическими потерями. Дефицит воды составляет $0,6 \text{ Мт}^* (\text{Na}^+ \text{ фактический} - 140)/140$. Дополнительные патологические потери: на каждое дыхание свыше 25 в минуту – 1 мл/кг; на каждый градус свыше 370°C – $0,1^*$ физиологическую потребность. Парентерально вводятся гипо- или изотонические растворы глюкозы с инсулином, из расчета 1 ЕД инсулина на 4 г сухого вещества глюкозы. Возможно подкожное капельное введение растворов в объеме до 1,5 л в сутки, а также энтеральное введение через зонд в кишечник. Дополнительно применяются растворы для нормализации кислотно-щелочного состояния, коллоидные растворы для улучшения реологических свойств крови и предупреждения быстрого перемещения жидкости через гистогематические барьеры, профилактики отека-набухания го-



ловного мозга. Сниженный уровень калия в тканях начинают корректировать при восстановлении диуреза до 30 мл/ч.

Бурное развитие клиники с угнетением клеток головного мозга возможно и при развитии другого типа дегидратации – гипотонической или соледефицитной, когда снижение уровня натрия и осmolлярности плазмы сопровождается перемещением жидкости из внеклеточных пространств с развитием внутриклеточной гипергидратации. Выходу жидкости из сосудистого русла способствует сопутствующий низкий уровень белка в плазме крови. Отмечаются головная боль, обычно в области лба, отсутствие жажды, появление рвоты, резко выраженная слабость. Язык сухой, розовый, возможен металлический привкус во рту. Повышается уровень мочевины в крови, калия и снижается концентрация ионов хлора. Формируется метаболический ацидоз. Общим с изотонической дегидратацией является склонность к быстрому развитию циркуляторной недостаточности в результате значительного снижения объема циркулирующей крови.

Характерным примером гипотонической дегидратации из числа эндокринологических заболеваний является хроническая надпочечниковая недостаточность. Яркий случай из личного опыта связан с пациенткой, у которой адреналовая недостаточность не была диагностирована при жизни. Несмотря на поступление в стационар, возможности диагностического поиска были ограничены. В первую очередь обращали на себя внимание бледность кожных покровов (при болезни Аддисона характерна пигментация), учащенное сердцебиение и стабильно низкие цифры артериального давления. Первоначальным диагнозом исключения было возможное кровотечение. Несмотря на проведение симптоматической терапии, больную не удалось спасти. По результатам вскрытия отмечалась выраженная атрофия коры надпочечников, вероятно, связанная со злоупотреблением алкоголем.

Также гипотоническая дегидратация возникает при недостаточ-



ном поступлении натрия с пищей, назначении мочегонных средств из группы салуретиков, полиурической стадии пиелонефрита, обильном потоотделении с неполноценным возмещением потерь водой, не содержащей электролитов, длительном лечении слабительными и промывании желудка и кишечника водой, при динамической кишечной непроходимости. При сохранении функциональной активности коры надпочечников компенсаторной реакцией является повышение уровня альдостерона, наряду с другими звеньями активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, в ответ на снижение уровня натрия и артериального давления.

Объем инфузии определяется также, как и при гипертонической дегидратации. Основной целью лечения является ликвидация дефицита гипертонической жидкости. Дефицит воды определяется как 0,6 Мт * (1-140/Na⁺ фактический), недостаток солей как 0,2 Мт * (140- Na⁺ фактический). Применяются изотонический и гипертонический растворы хлорида натрия, комбинированные солевые растворы. При выраженному снижении осmolлярности показано внутривенное струйное введение 100–150 мл 7,5 % раствора хлорида натрия.

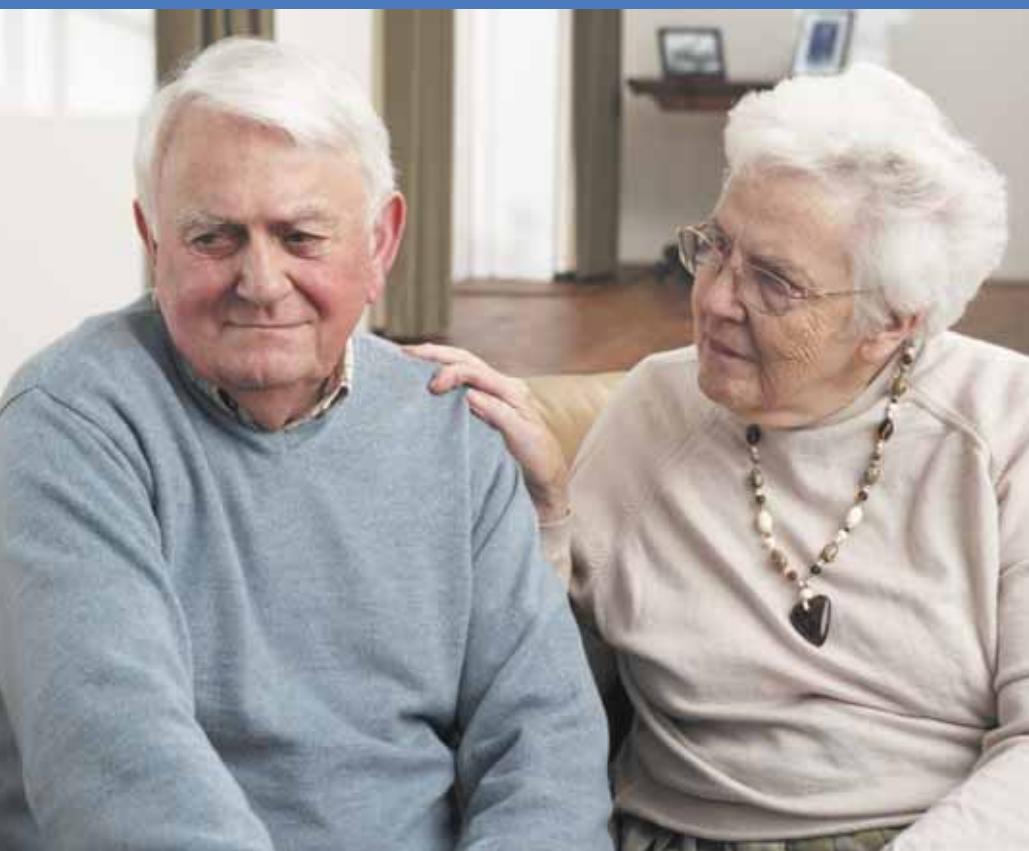
Применимы глюкокортикоиды, так как они задерживают натрий. Если у больного возникает опасность перегрузки объемом, вместе с гипертоническим солевым раствором вводят мочегонное средство фуросемид. Возможно достижение отрицательного водного баланса. Тенденция к повышению уровня хлора в моче означает начало компенсации.

Гипосмоллярный синдром характерен для таких состояний, как хроническая сердечная недостаточность, цирроз печени, нефрит. Низкий уровень натрия в крови может сочетаться с избытком натрия в организме. Отмечается секвестрация жидкости в полостях. Лечение носит индивидуальный характер, с учетом особенностей основного заболевания. При определении баланса водных секторов организма ценная информация получается при проведении биоимпедансометрии. Критерии оптимальности объема инфузии без развития сердечной недостаточности – уровень систолического артериального давления более 100 мм. рт. ст., выделение мочи более 40 мл/час, улучшение метаболических показателей и нормализация центрального венозного давления (120–150 мм. водн. ст.). ■

ДЕМЕНЦИЯ И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

Татьяна Андреевна Гремякова,
доктор мед наук, медицинский консультант, Фонд помощи хосписам «Вера»,
специалист ОМО по паллиативной медицине ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ», Россия

По данным различных литературных источников, около 35,6 миллионов людей страдали деменцией в 2010 г., в 2015 г. их количество составляло уже 47 миллионов, это число, скорее всего, практически удвоится к 2030 г. и утроится к 2050 г. (рис. 1). Новые расчеты, проведенные в 2015 г., на 12–13 % выше представленных в 2009 г. Этот рост заболеваемости во многом обусловлен увеличением количества больных деменцией в странах с низким и средним уровнем дохода.



Эпидемиология деменции

Деменция имеет серьезные экономические последствия: стоимость затрат на лечение и уход за больными в долларовом эквиваленте глобально составляла \$818 млрд, а в 2018 г. прогнозируется на уровне \$1 трлн. Особенностью деменции является то, что она требует интенсивного ухода, превосходящего требования для других заболеваний.

В США лица, обеспечивающие уход за дементными больными, должны оказывать помощь в том, чтобы уложить больного в постель или поднять его, одеть, помочь ему с туалетом и мытьем, контролировать и ликвидировать последствия всех форм недержания, кормить, чего нет с другими видами заболеваний.

Частота распространения деменции возрастает экспоненци-

ально с возрастом, удваиваясь каждые 6,3 года. В Европе и обеих Америках пик заболевания приходится на возраст 80–89 лет, в Азии – 75–84 года, а в Африке – 65–74 года. В целом 10 % случаев смерти у мужчин старше 65 лет и 15 % случаев смерти у женщин старше 65 лет обусловлены деменцией, причем большинство случаев отмечается у людей в возрасте 80–95 лет.

В обзорных данных (США) приводятся сведения о 5,5 млн больных с деменцией и указываются следующие риски развития данного заболевания:

- возраст: каждый десятый в возрасте старше 65 лет (10 %) имеет деменцию;
- пол: почти две трети – женщины;
- национальная/расовая принадлежность: афро-американцы заболевают в два раза чаще, а испанцы – в полтора раза чаще, чем белое население;
- образование: низкий уровень;
- предшествующие заболевания: артериальная гипертония, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, гиперхолестеринемия, прием статинов, гомоцистеинемия, дефицит витамина В12.

Разновидности деменции

Деменция – это синдром, обусловленный заболеванием головного мозга – обычно хроническим или прогрессирующим, при котором происходит нарушение многих высших корковых функций, включая память, мышление, понимание, речь, ориентацию, способность к счету, познанию и рассуждению. Деменция не связана с помрачением сознания. Правильный вариант перевода: «ухудшение контроля над эмоциональным состоянием,



Рис. 1. Ожидаемый рост количества людей, страдающих деменцией, к 2050 г.
Взято с изменениями из Ferri et al. The Lancet 2005. Alzheimer's Disease International (2009), World Alzheimer's Report

деградация социального поведения или мотивации часто сочетаются с нарушениями когнитивных функций, а иногда и развиваются раньше них». Этот синдром выявляется при большом количестве заболеваний, вызывающих первичное или вторичное поражение головного мозга.

Четыре наиболее распространенных подтипа деменции в порядке убывания частоты: болезнь Альцгеймера, сосудистая демен-

ция (Vascular dementia VaD), деменция с тельцами Леви (Lewy Body Dementia DLB) и лобно-височная деменция (Frontotemporal Dementia FTD).

Оценки пропорций случаев деменции, относящихся к каждому из этих подтипов, необходимо интерпретировать с осторожностью, поскольку речь идет о клинических диагнозах, основанных на типичных картинах возникновения и течения болезни.

Стадии развития деменции

Ранняя стадия (легкая форма)

Часто остается незамеченной. Родственники и друзья (а иногда специалисты) воспринимают ее как «старческий возраст», как нормальный компонент процесса старения. Поскольку болезнь развивается постепенно, трудно точно определить момент ее начала. На этой стадии больные:

- становятся забывчивыми, особенно в отношении событий, которые только что произошли;
- могут испытывать затруднение при общении, например, при подборе слов;
- теряют ориентацию в знакомой местности;
- утрачивают представление о ходе времени, включая время суток, месяц, год, сезон;
- испытывают затруднения при принятии решений и обращении со своими деньгами;
- испытывают затруднения при выполнении сложных работ по дому;
- настроение и поведение могут стать менее активными и мотивированными, они теряют интерес к какой-либо деятельности и занятиям, демонстрируют изменения настроения, в том числе

Характеристики разновидностей деменции

(взято с изменениями из International AsD. World Alzheimer Report 2009. London: Alzheimer's Disease International, 2009)

Разновидности деменции	Ранние характерные симптомы	Нейропатологические признаки	Доля среди случаев деменции
Болезнь Альцгеймера*	Нарушения памяти, апатия и депрессия, постепенное начало	Амилоидные бляшки и нейрофибрillaryные клубки в коре головного мозга	50–75 %
Сосудистая деменция*	Сходна с БА, но память страдает меньше, а колебания настроения выражены сильнее, физическая дряхłość, скачкообразное начало	Цереброваскулярная болезнь. Отдельные инфаркты в критических участках, либо более диффузное поражение с множественными инфарктами	20–30 %
Лобно-височная деменция	Изменения личности, колебания настроения, расторможенность, нарушения речи	Нет какого-либо одного характерного патологического признака – поражение ограничено лобными и височными долями мозга	5–10 %
Лобно-височная деменция	Изменения личности, колебания настроения, расторможенность, нарушения речи	Нет какого-либо одного характерного патологического признака – поражение ограничено лобными и височными долями мозга	5–10 %

* Результаты вскрытий указывают на то, что у многих больных деменцией имеется сочетание болезни Альцгеймера и сосудистой деменции, и что такую «смешанную деменцию» диагностируют далеко не всегда.



ле депрессию и тревожность, реагируют чрезмерно раздраженно или агрессивно.

Средняя стадия (умеренная форма)

По мере прогрессирования болезни признаки и симптомы становятся более явными и все более ограничивающими возможности. На этой стадии больные:

- проявляют сильную забывчивость, особенно в отношении недавних событий и имен людей;
- испытывают затруднения в оценке времени, даты, места и событий, могут потерять ориентацию в доме или в обществе;
- испытывают возрастающие затруднения при общении (речь и понимание);
- нуждаются в помощи для ухода за собой (туалет, мытье, одевание);
- не способны справиться с приготовлением еды, уборкой или совершением покупок;
- неспособны к безопасному проживанию в одиночестве без серьезной помощи;
- изменения в поведении могут включать бесцельное хождение, повторение одних и тех же вопросов, повторяющиеся выкри-

ки, навязчивость, нарушенный сон, галлюцинации (слуховые и зрительные восприятия того, чего в действительности не существует);

- могут демонстрировать ненадлежащее поведение дома или в обществе (например, расторможенность, агрессию).

Поздняя стадия (тяжелая форма)

Это стадия почти полной зависимости и отсутствия активности. Нарушения памяти становятся значительными, физические признаки и симптомы – более очевидными. На этой стадии больные:

- обычно дезориентированы во времени и пространстве;
- испытывают затруднения в понимании того, что вокруг них происходит;
- неспособны узнавать родственников, друзей и знакомые предметы;
- не могут принимать пищу без посторонней помощи, могут испытывать затруднения при глотании;
- возрастает потребность в помощи для ухода за собой (пользование ванной и туалетом);
- возможны непроизвольный стул и мочеиспускание;

- трудность в передвижении, пациент может утратить способность ходить или быть прикованным к инвалидному креслу или кровати;
- изменения в поведении могут усиливаться и включать агрессию в отношении лица, осуществляющего уход (нанесение пинков, ударов, пронзительные крики или стоны);
- не способны ориентироваться в доме.

Целесообразность оказания паллиативной помощи дементным больным

Если сравнивать данные доказательной медицины в области оказания паллиативной помощи онкологическим больным и больным с деменцией и другими прогрессирующими хроническими заболеваниями, то сравнение явно не в пользу последних. Прогрессирующая деменция часто не воспринимается как смертельное заболевание, что приводит к неоправданно оптимистичным прогнозам. При приеме в интернат только у 1 % пациентов с прогрессирующей деменцией прогноз продолжительности жизни составлял менее 6 месяцев, при этом в реальности смертность в течение этого периода составила 71 %. Таким образом, зачастую остается непризнанным тот факт, что паллиативная помощь является оптимальным способом ухода за такими пациентами.

Широкое распространение получили непаллиативные медицинские вмешательства: питание через зонд – у 25 %, лабораторные исследования – у 49 %, средства механического удерживания – у 11 %, и внутривенная терапия – у 10 % пациентов с прогрессирующей деменцией.

Заслуживает внимания тот факт, что врачи, в случае выявления у них самих прогрессирующей деменции, хотели бы получать именно паллиативную помощь. Только 2 % выступили за сердечно-легочную реанимацию, 87 % из них указали, что хотели бы отказаться от всех видов лечения, если смерть неизбежна, и 95 % хотели бы отказаться от лечения в случае устойчивого вегетативного состояния.

Только 1 % врачей считают, что медицинские работники, оказывающие помощь, никогда не должны приостанавливать или прекращать поддерживающее жизнь лечение.

Признание природы деменции как неизлечимого и ограничивающего продолжительность жизни состояния создает основу для понимания того, какие проблемы появятся у пациента по мере прогрессирования заболевания, и является стимулом для обеспечения адекватной паллиативной помощи.

Ключевые вопросы, связанные с помощью в конце жизни пациентам с прогрессирующей деменцией, включают выбор оптимального симптоматического лечения (в том числе способов купирования боли и лечения поведенческих расстройств), использование специальных программ (в число которых входит хосписная помощь), а также принятие решений о медицинских вмешательствах. Доказательная база указывает на важность учтывания следующих аспектов.

Агрессивное медицинское вмешательство в рамках лечения пациентов с прогрессирующей деменцией часто оказывается неприемлемым по медицинским причинам, неэффективным, а также может привести к отрицательному исходу, результатом которого будут быстрое угасание всех функций и смерть.

- Сердечно-легочная реанимация (СЛР) оказывается в три раза менее эффективной для пациента с деменцией по сравнению с пациентом, не страдающим когнитивным расстройством. Если больной выживает, то его принимают в отделение интенсивной терапии, однако большинство умирают в течение суток.

- Людей с прогрессирующей деменцией госпитализируют чаще, чем людей без когнитивных расстройств или страдающих более легкой формой деменции. Перевод из интерната в больницу приводит к угасанию всех функций, тенденция сохраняется и после выписки из стационара. У пациентов часто развиваются спутанность сознания, анорексия, недержание мочи и общая слабость. Зачастую для

устранения этих симптомов используется агрессивное медицинское вмешательство.

- Наиболее частой причиной госпитализации являются инфекционные заболевания (чаще всего – пневмония), хотя госпитализация не является необходимым условием для начала лечения. Показатели выживаемости и смертности сразу после госпитализации при лечении в интернате и в больнице находятся примерно на одном уровне, при этом долгосрочные результаты лучше у пациентов, получавших лечение в интернате.

Вероятность смерти от пневмонии увеличивается при нарушении психических функций, а наличие когнитивной недостаточности увеличивает риск летального исхода в семь раз. Вероятность смерти от пневмонии также увеличивается при наличии функциональных нарушений, даже если пациент не изолирован от общества, и, вероятно, эта закономерность будет наблюдаваться и у пациентов в домах сестринского ухода.

- Интеркуррентные инфекции являются широко распространенным и почти неизбежным следствием прогрессирующей деменции по не-

скольким причинам: снижение иммунного ответа, недержание мочи, трудности с глотанием, неподвижность и неспособность рассказывать о симптомах. Терапия антибиотиками не способствует выживаемости и не является необходимой для устранения симптомов. Это связано с тем, что использование антибиотиков может вызвать опасные для жизни и здоровья побочные эффекты. Кроме того, диагностические процедуры, которыми сопровождается применение антибиотиков, усугубляют дезориентацию и дискомфорт пациента.

- Кормление пациентов с прогрессирующей деменцией через зонд не повышает выживаемость, не предотвращает аспирационную пневмонию, недоедание и пролежневые язвы, не снижает риск инфекционных заболеваний и не повышает уровень развития функций пациента или уровень его комфорта.

Качественная паллиативная помощь является эффективной альтернативой агрессивному лечению и напрямую зависит от численности и обученности персонала интерната.



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА

• Пациенты интернатов, в которых созданы специальные отделения для больных деменцией, а также интернатов с большим количеством врачей и среднего медперсонала, в которых обеспечивается лечение с помощью внутривенного введения лекарственных средств и проводится обучение среднего медперсонала, гораздо реже подвергаются госпитализации.

• Простые стратегии, включающие обеспечиваемый надлежащим образом обученным персоналом практический уход (например, массаж, гигиена полости рта, изменение режима питания, кормление с ложки), помогают предотвратить возникновение инфекционных заболеваний и решить проблемы с питанием без применения кормления через зонд.

• Типовые программы лечения медицинских осложнений на местах ведут к уменьшению числа предотвратимых госпитализаций и снижению риска смертности.

• Наличие отделений паллиативной помощи позволяет сократить продолжительность пребывания пациентов с прогрессирующей деменцией в больнице и отделениях интенсивной терапии, а также способствует сокращению объема использования других методов, отрицательноказывающихся на жизни и здоровье больных.

• Хосписная помощь чрезвычайно важна для людей с прогрессирующей деменцией. Положительное воздействие хосписной помощи состоит, помимо прочего, в устраниении болевого синдрома, постоянном наблюдении со стороны лечащего врача, а также отсутствии необходимости госпитализации. Кроме того, высокую важность приобретает социальная поддержка, оказываемая медицинскому персоналу в связи с повышенным количеством депрессивных симптомов и высоким уровнем тревоги, характерным для персонала, осуществляющего уход за такими больными.

• Рекомендации по паллиативной помощи больным с деменцией должны быть доступны врачам и членам семьи больного. При их выполнении отмечается улучшение качества помощи больному в конце жизни.

Хотя совокупность знаний о рисках и пользе методов лечения пациентов с прогрессирующей деменцией расширяется, имеются существенные препятствия для применения этих знаний на практике.

• Врачи склонны к оптимистичному прогнозированию течения болезни у людей с прогрессирующей деменцией и переоценивают эффективность кормления через зонд.

• Персонал, оказывающий помощь пациентам с деменцией, чаще прибегает к методам искусственного поддержания жизни, чем этого хотелось бы здоровым пожилым людям. Близкие пациентов недостаточно хорошо подготовлены для выполнения роли доверенных лиц, ответственных за принятие решений. Они не получают достаточной поддержки со стороны медицинского персонала, хотя в хосписе ситуация оказывается заметно лучше.

Такие цели паллиативной помощи, как улучшение качества жизни, сохранение функциональных способностей и создание максимального комфорта могут считаться уместными и для пациента с деменцией по всей траектории развития заболевания; при этом, с течением времени первостепенность и значимость каждой цели меняется. ■

Литература:

1. World Health Organization. Dementia: a public health priority. – Switzerland, Geneva: WHO, 2012.
2. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2010: The Global Economic Impact of Dementia. – Illinois, USA, and London, UK: The International Federation of Alzheimer's Disease and Related Disorders Societies, Inc., 2010.
3. Колетт, Ж.-Л. Деменция у пациентов паллиативного профиля. 2016.
4. Steen, van der J. T. [et al.], White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care // Palliative Medicine. – 2014. – Vol. 28(3). – P. 197–209.
5. Volicer, L. End-of-life Care for People with Dementia in Residential Care Settings, 2005. – 35 p.
6. URL: <http://www.who.int/features/factfiles/dementia/en/#&gid=1&pid=2>.
7. World Alzheimer Report 2015 The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. – URL: <http://www.worldalzreport2015.org/downloads/world-alzheimer-report-2015.pdf>.
8. Деменция: приоритет общественного здравоохранения // ВОЗ, 2013.
9. Lee, M., Chodosh, J. Dementia and life expectancy: what do we know? // J. Am Med Dir Assoc. – 2009. – 10(7). – P. 466–471.
10. Jellinger, K. A. Clinicopathological analysis of dementia disorders in the elderly – an update // Journal of Alzheimer's Disease. – 2006. – 9 (3 Suppl). – P. 61–70.
11. ALZHEIMER'S DISEASE FACTS AND FIGURES. 2017. – URL: http://www.alz.org/documents_custom/2017-facts-and-figures.pdf.
12. Lorenz, K. A., Lynn, J., Dy, S. M. [et al.] Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review // Ann Intern Med. – 2008. – 148(2). – P. 147–159.
13. Lynn, J., Adamson, D. M. Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age. Rand white paper. – Santa Monica CA, Arlington VA, Pittsburgh PA: Rand, 2003.
14. Gill, T. M., Gahbauer, E. A., Han, L. [et al.] Trajectories of disability in the last year of life // N Engl J Med. – 2010. – 362(13). – P. 1173–1180.
15. Koopmans, R. T., Sterren, van der K. J., Steen, van der J. T. The 'natural' endpoint of dementia: death from cachexia or dehydration following palliative care? // Int J Geriatr Psychiatry. – 2007. – 22(4). – P. 350–355.
16. Mitchell, S. L., Teno, J. M., Kiely, D. K. [et al.] The clinical course of advanced dementia // N Engl J Med. – 2009. – 361(16). – P. 1529–1538.
17. Steen, van der J. T., Deliens, L., Ribbe, M. W. [et al.] Selection bias in family reports on end of life with dementia // J Palliat Med. – 2012. – 15(12). – P. 1292–1296.
18. Steen, van der J. T. [et al.] White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care // Palliative Medicine. – 2014. – Vol. 28(3). – P. 197–209.

ЗАБОЛЕВАНИЕ, О КОТОРОМ ВЫ НИКОГДА НЕ СЛЫШАЛИ

Магдалена Бочарска-Едынак,

доктор мед. наук, клиника неврологии Силезского университета в Катовицах, Польша

Это заболевание было известно уже в XVII веке, когда английский врач Томас Виллис описал его как «скручивание и сокращение сухожилий в ногах» и «чувство беспокойства и зуда». Далее в XIX и XX веках Виттмак, Берди и Оппенхейм считали СБН симптомом истерии и психических расстройств. Только в 1945 году доктор Карл Аксель Экбом дал заболеванию название «синдром беспокойных ног», поэтому в учебниках его можно найти также под названием синдрома Экбома.

Эпидемиология

Заболеваемость среди европейского населения является высокой и составляет от 5 до 15 %. Женщины болеют чаще, чем мужчины (2:1). СБН можно заболеть в любом возрасте, с раннего детства до старости. В свою очередь средний возраст заболевания составляет 26–47 лет. Процесс болезни обычно хронический и прогрессирующий, возможны, однако, ремиссии, то есть периоды отсутствия симптомов.

Патогенез

Мы выделяем две формы СБН: так называемый идиопатический (с неизвестной причиной, 75 %) и СБН вторичный (в ходе других заболеваний, 25 %). Идиопатический СБН чаще всего обусловлен генетически, положительный семейный анамнез составляет от 34 до 92 % пациентов с СБН. Модель наследования еще не до конца изучена. Считается, однако, что это может быть как аутосомно-доминантное наследование (особенно формы с ранним проявлением), так и аутосомно-рецессивное наследование. На данный момент было обнаружено много генов на нескольких разных хромосомах, которые по-

Синдром беспокойных ног (СБН) – тяжелое, хроническое заболевание, затрагивающее 8,1 % поляков. Несмотря на большую распространенность, многие люди не знают, что ихочные проблемы с беспокойными ногами, часто приводящие к хронической бессоннице, являются заболеванием, которое можно эффективно лечить. Поэтому профессор Жак Монплезир назвал этот синдром «самым распространенным заболеванием, о котором вы никогда в жизни не слышали».



тенциально связаны с патогенезом этого заболевания. Считается, что за появление симптомов СБН ответственные несколько генов, различная выраженность которых приводит к разнородной клинической картине. На изменения картины могут дополнительно оказывать влияние факторы окружающей среды или так называемые факторы риска: курение, низкий социально-экономический статус, отсутствие физической активности и донорство крови.

Первичное анатомическое изменение, инициирующее процесс болезни, также остается неизвестным. Озвучено, однако, что причиной СБН являются нарушения передачи в дофаминергической системе центральной нервной системы. Этот процесс может быть тесно связан с нарушениями метаболизма или передачи железа, которое, в свою очередь, является необходимым для синтеза дофамина. В свою очередь, недостаток дофамина влечет неправильную



импульсацию сенсорно-двигательных областей коры головного мозга и спинного мозга.

Вторичный СБН чаще возникает в состояниях, предрасполагающих к дефициту железа: во время беременности, при почечной недостаточности и дефицитной анемии. Может также возникать в процессе других заболеваний, таких как полинейропатия (алкогольная, диабетическая), болезнь Паркинсона, системные заболевания, например, ревматоидный артрит, повреждение спинного мозга, рак, хроническая обструктивная болезнь легких, гипертриоз и гипотриоз, порфирия. К развитию СБН может привести также принятие лекарств, например, антидепрессантов, лигия, антагонистов дофаминовых рецепторов (метоклопрамид), антигистаминных препаратов, кофеина.

Симптомы

СБН является заболеванием, которое диагностируется на основе характеристической клинической картины.

Обязательные критерии, необходимые для постановки диагноза:

- принуждение к движению нижними конечностями, сопровождающее неприятные ощущения или дискомфорт в нижних конечностях или вызванное ими;
- возникновение или усиление вышеупомянутых симптомов в состоянии покоя (сидение, лежание);
- прекращение или уменьшение вышеупомянутых симптомов при начале физической активности, например, ходьба;
- появление или усиление симптомов только в вечернее или ночное время.

Поставить диагноз СБН можно только тогда, когда все четыре вышеупомянутых критерия выполняются. Если какой-то из критериев не выполняется, то мы, вероятно, имеем дело не с СБН, а с другим заболеванием.

Вспомогательные критерии для определения СБН – это хорошая реакция на дофаминергические препараты, наличие так называемых периодических движений конечностей во время сна и положительный семейный анамнез.

Пациенты с СБН испытывают неприятные ощущения в нижних конечностях, которые зачастую не в состоянии охарактеризовать. Чаще всего это онемение, покалывание, жжение, боль, «разрывающее», мука, ощущение ползающих насекомых, «пепси-кола в жилах» или «электричество» в ногах. Эти неприятные ощущения вынуждают больного постоянно двигать ногами, сгибать и выпрямлять ноги в суставах, потирать стопы, держаться, колыхаться. Физическая активность, изменение положения тела, переворачивание в кровати, наконец, подъем с постели и хождение на короткое время ослабляют симптомы. Облегчение также приносят тактильные стимулы, например, массирование, растирание конечностей, горячая или холодная ванна, хождение по холодной напольной плитке. Существенное значение имеет также пора дня, симптомы усиливаются или появляются обычно только вечером и ночью, а утро приносит облегчение.

Осложнения

Наиболее распространенным последствием СБН является бессонница. На нее жалуются около 60 % больных СБН. Это приводит к серьезным нарушениям дневного функционирования, появляется усталость, сонливость в течение дня, нарушение концентрации внимания, ухудшение настроения, депрессия. Хронические нарушения сна негативно влияют на сердечно-сосудистую систему, стимулируя симпатическую нервную систему, тем самым приводят к гипертонии, аритмии и гиперхолистеринемии.

Диагностика

Важнейшим элементом диагностики СБН являются тщательно собранная история болезни и анализ вышеперечисленных диагностических критериев. При неврологическом обследовании часто не наблюдается никаких отклонений, разве что мы имеем дело со вторичным СБН и тогда могут появиться симптомы характерные для вызывающих его заболеваний (например, нарушения ощущений типа «рукавичек» и «носочков»

в случае полинейропатии). СБН следует дифференцировать от других заболеваний, в том числе от миелопатии, радикулопатии, воспаления суставов, акатизии после приема нейролептиков и венозной недостаточности.

В каждом случае СБН следует обязательно провести лабораторный тест на дефицит железа и ферритина (белок, запасающий железо). Полезными могут оказаться также другие исследования на фолиевую кислоту, витамин В12, глюкозу, гормоны щитовидной железы, паратгормон, креатинин, мочевину, электролиты. В отдельных случаях для дифференциации СБН от других заболеваний можно провести исследование нервной проводимости, электромиографии, а при серьезных сомнениях следует направить больного в специализированный Центр нарушений сна с целью проведения полисомнографического исследования или актографии.

Лечение

Процесс лечения СБН в первую очередь опирается на фармакологические методы, то есть на прекращение употребления кофеина, алкоголя, никотина, лекарств, усиливающих симптомы, а также на введение дополнительных занятий с целью отвлечения внимания от тягостных симптомов (например, умственной активности, разгадывания кроссвордов). В случае обнаружения дефицита ферритина следует включить добавку железа (например, 325 мг сульфата железа 3 раза в сутки), далее контролировать ферритин каждые 3–4 месяца до получения его концентрации больше 50 нг/мг (независимо от лабораторных норм).

В фармакологическом лечении СБН используются прежде всего дофаминергические препараты, так называемая леводопа (L-dopa) и агонисты дофаминовых рецепторов (DA). Оба этих лекарственных препарата применяются также при



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА



лечении болезни Паркинсона, но в дозах в несколько раз, или даже в несколько десятков раз больше. Для лечения СБН достаточно минимального одноразового приема вышеупомянутых лекарств в сутки, от которого пациент с болезнью Паркинсона не имел бы никакого результата. Как леводопу, так и агонисты дофаминовых рецепторов (например, ропинирол, прамипексол, пираебидил, ротиготин) применяем в одной вечерней дозе примерно за два часа до сна. Начальная доза (например, 50 мг леводопы, 0,25 мг ропинирола) может быть увеличена в несколько раз, в зависимости от клинического эффекта. Обычно положительный терапевтический эффект появляется уже после принятия первой дозы препарата. Поскольку доза вышеупомянутых препаратов является небольшой, то, как правило, редко появляются какие-либо побочные симптомы, однако в случае СБН существенное значение имеют возможные осложнения длительной

терапии в форме так называемой аугментации и эффекта ее отражения. Аугментацией мы называем раннее, например, днем, появление симптомов СБН и активное их усиление. Эффект отражения это скорее возвращение симптомов позднее, ночью или ранним утром. Для того чтобы избежать обоих осложнений рекомендуется применять прерывистую терапию (лекарство каждую вторую или третью ночь) или в случае ежедневных неприятных беспокойств выбирать скорее агонисты дофаминовых рецепторов, чем леводопу, поскольку эта последняя обладает большим потенциалом для провоцирования аугментации. В случае когда лечение дофаминергическими препаратами является невозможным, или появляются побочные эффекты или осложнения, мы можем выбрать какой-то другой препарат: габапентин (100–300 мг в сутки), опиоиды (коеин 30–60 мг в сутки, трамадол 50–100 мл в сутки), валпроевую кислоту (600 мг в сутки), или исключительно и только в особых случаях бензодиазепины и небензодиазепиновые снотворные препараты (клоназепам – 0,5–2,5 мг в сутки, золпидем 5–10 мг в сутки, залеплон 5–10 мг в сутки).

В терапии вторичного СБН используются аналогичные препараты, как и в случае идиопатического СБН. Следует помнить об одновременном лечении причины заболевания – добавлении железа, гликемической нормализации, запрете употребления алкоголя, добавлении витамина В2 и т. д. Довольно сложной задачей является лечение СБН у пациентов с почечной недостаточностью. Диализы являются неэффективными, дозы препаратов следует подбирать в зависимости от клиренса креатинина и избегать прамипексола (выводимого через почки) и габапентина (только непосредственно после диализа).

СБН является распространенным заболеванием, которое, однако, до сих пор остается не распознаваемым. Пациенты, замечающие у себя симптомы СБН, должны обратиться к своему терапевту или неврологу. Эффективность симптоматической фармакологической

терапии помогает избавить больных от нередко многолетних страданий и хронической бессонницы. Следует, однако, помнить о том, что не все случаи СБН нуждаются в лечении. Первым шагом всегда должны быть нефармакологические методы, а лекарства следует вводить только тогда, когда польза от них превышает побочные эффекты. Они должны применяться в минимальных эффективных дозах и насколько это возможно – в форме прерываемой терапии. Следует также помнить, что ни одно зарегистрированное для лечения СБН лекарство не является возмещающим и решение о его использовании должно приниматься также с учетом экономической стороны вопроса. ■

Литература:

1. Chokroverty, S. [et al.] Restless Legs Syndrome – Introduction // Chokroverty S, Hening WA, Walters A, Sleep and Movement Disorders, Elsevier Science. – Pennsylvania, 2003.
2. Winkelmann, J. [et al.] Clinical characteristics and frequency of the hereditary restless legs syndrome in a population of 300 patients // Sleep. – 2000. – 23 (5). – P. 597–602.
3. Desautels, A. [et al.] Dopaminergic neurotransmission and restless legs syndrome: a genetic association analysis // Neurology. – 2001. – 57 (7). – P. 1304–1306.
4. Bonati, M. T. [et al.] Autosomal dominant restless legs syndrome maps on chromosome 14q // Brain. – 2003. – 126 (6). – P. 1485–1492.
5. Allen, R. A. [et al.] Restless legs: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health // Sleep Medicine. – 2003. – 4. – P. 101–119.
6. Hening, W. A. Current guidelines and standards of practice for restless legs syndrome // Am J Med. – 2007. – 120 (Suppl 1). – P. 22–27.

Адрес для корреспонденции:
доктор мед. наук
Магдалена Бочарска-Едынак,
Клиника неврологии Силезского
медицинского университета,
Центральная клиническая больница,
40-752 Катовице, ул. Медиков, д. 14.

«ОСЕНЬ ЖИЗНИ» И АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Кшиштоф Смыла,

психотерапевт-нарколог, Клиника терапии алкогольной зависимости от алкоголизма и совместной терапии, Польша

Осеня как пора года может быть солнечной и сменяться разнообразием цветов. Это также время сбора спелых фруктов и приготовлений к наступающей зиме. Она ассоциируется со спокойствием и отдыхом после летней жары. С другой стороны, осенью жизнь замедляется и замирает. Растения теряют листья, засыхают, дни становятся все короче, начинает не хватать света, воздух охлаждает, становится ветрено и дождливо. Точно так же старость человека является тем периодом, когда можно наслаждаться плодами и достижениями своей жизни. Старость становится временем подведения итогов, примирения с тем фактом, что пришло время переживания многих потерь, что заставляет людей снова искать и придавать смысл своей жизни. Однако старость – это также переживание боли, грусти и страха. Организм стареет, его жизненные силы ослабевают, снижается иммунитет, и тело потихоньку перестает слушаться. Человек, достигший старости, начинает чувствовать себя некомфортно как в отношениях с самим собой, так и с миром. Старость несет с собой много серьезных и окончательных изменений, а вся ее трагедия заключается в том, что процесс этот необратим. Совершенно иначе, чем в случае осени, когда мы ожидаем прихода весны и возвращения к жизни, человек, вступивший в пору «осени жизни», не может радоваться надеждой, что изменения, вызванные возрастом, обратимы. Осознание этого часто превращается в страх и отчаяние, но может также послужить человеку для более глубокого понимания себя и собственного развития.

По данным Главного статистического управления Польши, число людей, переступивших порог 60 лет, составляет более 8,5 милли-

«Осенью жизни» мы иногда называем старость. Кажется, что это определение очень точно отражает характер последнего этапа в жизни человека, его основной конфликт и особенности.



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА

она (данные с конца 2014 года). Это 22 % от общей численности населения. На протяжении последних десятилетий это число постоянно росло, а прогнозы на ближайшие годы указывают на дальнейшее увеличение численности пожилых людей. По этой причине часто говорится о старении общества. Наибольшее увеличение доли людей пожилого возраста среди населения происходит в высокоразвитых странах и связано с условиями жизни, уровнем здравоохранения, гигиеной, питанием и доступом к различным товарам. Это означает, что в некоторой степени старость является результатом прогресса цивилизации, как выясняется – к сожалению, слишком часто – результатом, с которым сама цивилизация не знает, что делать. Кажется, что культура не успевает должным образом за изменениями, происходящими в структуре населения, что мы можем наблюдать хотя бы на примере факта, что такую большую популяцию, какую составляют пожилые люди, часто обходят стороной в общественной жизни и не замечают. Общество, в котором главной ценностью является полезность человека, может смотреть на пожилого человека как на кого-то, кто не очень нужен. У пожилых людей это выливается в чувство изолированности, ощущение себя ненужным, несущественным. Часто сами пожилые люди чувствуют, что не успевают за техническими и культурными изменениями (хотя в наше время даже молодые люди могут испытывать трудности с адаптацией ко многим изменениям). Реальность, в которой им приходится проводить остаток своей жизни, становится для них все более чужой и непонятной. Это может вызывать страх и привести к отказу пожилых людей от социальной активности.

Образ старости

Старение – это процесс, присущий всем живым организмам. У человека период, называемый старостью, обычно относится к возрасту после 65 лет, однако со смещением границы смертности группа «старых» людей оказывается неоднородной, и мы часто сталкиваемся с делением на подгруппы. Возраст

определяет изменения, которые происходят на somатическом, психологическом и социальном уровнях. В социальной сфере существует разделение на «третий возраст», который характеризует тех людей, которые могут самостоятельно функционировать без посторонней помощи, и «четвертый возраст», когда пожилые люди нуждаются в безусловной помощи.

Изменения, происходящие в somатической сфере, разнообразны, и здесь трудно все их перечислить. Анализируя, однако, мотивы пожилых людей, прибегающих к употреблению алкоголя, важным фактором могут выступать заболевания, сопровождающиеся различными болезненными ощущениями. Хотя пожилые люди имеют высокий болевой порог и стараются принимать боль как постоянного «товарища» своей жизни, тем не менее, хроническая боль влияет на ухудшение самочувствия, усиливает депрессивное состояние и может склонять к употреблению алкоголя.

В психологической сфере старость – это процесс переживания многих потерь, начиная с мысли об уходе из жизни, приближении смерти, продолжая потерей здоровья (ухудшение зрения, слуха, двигательной активности, памяти, качества сна и т. д.), ухудшением жизненных условий, потерей близких людей, и заканчивая потерей самостоятельности и независимости. Пожилые люди подвергаются многим изменениям, которые сами по себе являются источником стресса. Специфичной чертой этих изменений может быть то, что они очень глубоко вмешиваются в сферу функциональности человека и его способности справляться в этой жизни, поэтому тем сильнее могут переживаться как стрессовые (например, ухудшение состояния здоровья, приводящее к потере способности самостоятельно функционировать, людям пожилого возраста свойственно гораздо чаще, чем молодым людям). Другими источниками стресса могут быть горе после смерти близкого человека, например, супруга, плохие материальные условия, одиночество, трудности в повсед-

невной жизни. Хронический стресс, а часто также и хроническая боль могут привести к расстройствам настроения. Старость обычно связана с переживанием депрессии, которая может иметь под собой как органические причины, так и быть реакцией на тяжелую ситуацию. Снижение уровня жизненной энергии и переживание потери портит настроение, усиливает подавленность и печаль. Другим чувством в эмоциональном облике пожилого человека может быть ощущение страха. Старение сталкивает нас с тем, чего мы больше всего боимся, то есть с одиночеством, потерей здоровья, близких людей и с неизбежностью смерти. Перед лицом этой угрожающей конфронтации человек может уйти глубоко в себя, в свое прошлое, пытаться дистанцироваться от своей ситуации и проблем, применять компенсирующие стратегии, такие как лихорадочная деятельность – «как если бы не старел», употреблять алкоголь, может искать поддержки в религиозных практиках, играть в азартные игры и т. д. Кажется, что пожилые люди реже принимают решения о встрече с проблемами лицом к лицу и поиске конструктивных решений, а чаще применяют те, которые заключаются в избегании, подчинении и враждебности.

Пожилых людей может характеризовать тенденция отказа от социальной жизни и некоторого рода усталость от межличностных отношений. Это не означает, однако, что их социальные потребности исчезают. Люди, живущие в полных и хорошо функционирующих семьях, имеющие спутников жизни, могут особенно тяжело переносить такие перемены, как потеря партнера или так называемый синдром опустевшего гнезда. В жизни пожилого человека появляется пустота, особенно если у него нет поддерживающего окружения в виде семьи или друзей. В новой ситуации удовлетворение многих потребностей ставится под знак вопроса. Пожилые люди начинают испытывать нехватку общения и интеграции с другими людьми, что отражается также на чувстве собственной полезности и снижении самооценки.



Фармакологическое и психологическое действия алкоголя

Чтобы понять, каким образом алкоголь взаимодействует с различными изменениями, сопровождающими старение, стоит посмотреть на то, как он работает. Проще говоря, этиловый спирт представляет собой токсичное вещество, относящееся к группе психоактивных веществ, что означает его непосредственное воздействие на центральную нервную систему и влияние на когнитивные функции, а также эмоциональную и поведенческую регуляцию человека, употребляющего алкоголь. Приятные эффекты от употребления алкоголя являются по своей сути интоксикацией организма. Алкоголь действует как подавитель, улучшает настроение, снижает боль и оказывает успокаивающее действие. Эти эффекты известны людям, употребляющим алкоголь, и большинство из них обращаются к алкоголю, чтобы

бы испытать временное улучшение самочувствия.

У пожилых людей с возрастом изменяется соотношение процента воды и жира в организме. Количество воды в организме уменьшается, что приводит к более высокой концентрации алкоголя и быстрой интоксикации. Поэтому можно подвергнуться заблуждению, что человек употребляет алкоголь в умеренных количествах, поскольку количество, которое он выпивает, относительно невелико, а тем временем может произойти значительное увеличение концентрации алкоголя в организме и его высокая вредоносность.

Пожилой человек может быстро получить эффект алкогольного опьянения, выпивая даже небольшие дозы. Это, в свою очередь, может формировать убеждение употребляющего алкоголь пожилого человека и его родственников, что он не употребляет его чрезмерно.

Не учитывая людей, ставших зависимыми от алкоголя до наступления старости, кажется, что пожилые люди начинают чаще прибегать к употреблению алкоголя с целью самолечения, снятия плохого эмоционального состояния и болезненных ощущений. Это похоже на использование большого количества болеутоляющих или психотропных лекарств, в основном успокоительных и снотворных. Пожилые люди часто ищут способ, как справиться с депрессивным настроением и сопровождающим его страхом, с расстройствами сна, болью, или широко понимаемым отчаянием, горем и одиночеством. Им трудно приспособиться к новой ситуации, а употребление алкоголя часто представляется привлекательным решением. Можно посмотреть на отношения пожилого человека с алкоголем как на своего рода сильную эмоциональную связь, которая предлагает тепло, чувство

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА

безопасности, создает ощущение внутреннего спокойствия и примирения с самим собой и своей жизнью.

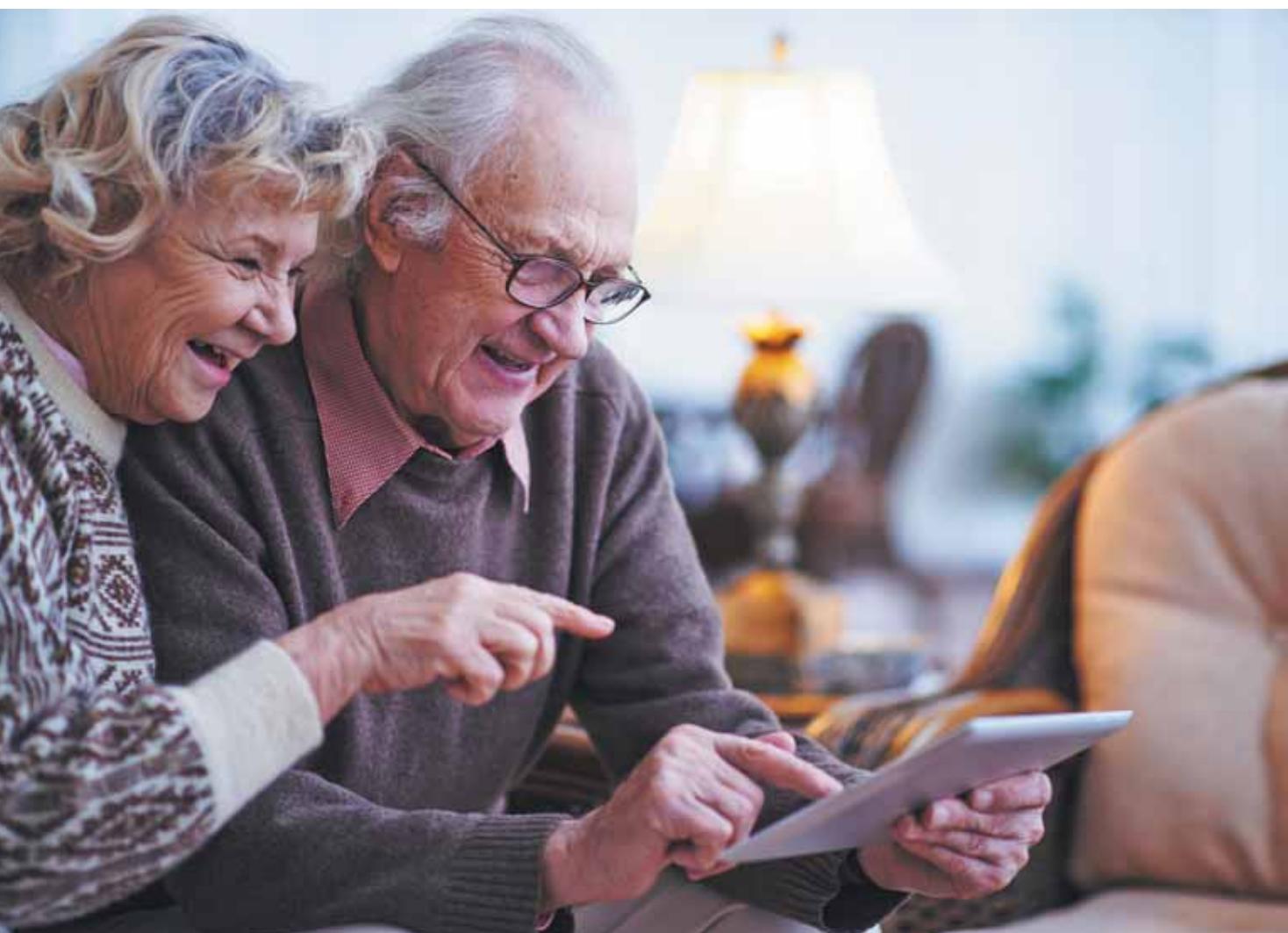
Пожилым людям может быть свойственно убеждение, что в старости они уже не смогут сильно себе навредить. Кажется даже, что многие люди вокруг, в том числе врач и семья, могут разделять это убеждение. Такой подход может служить преуменьшению значения злоупотребления алкоголем, а впоследствии – разрешению употребления и развитию зависимости. В некоторых случаях злоупотребление алкоголем может быть выражением враждебного отношения по отношению к самому себе, характерного для некоторых пожилых людей. Такое отношение характеризуют низкая самооценка и повышенная самокритика, отсутствие принятия себя и собственного старения, депрессивность, негативная

оценка своей жизни, пассивность и одиночество. Если злоупотребление алкоголем наступает после 60 лет, то можно искать причины его понимания в трудностях приспособления к новой жизненной ситуации, в способе переживания проблем, вызванных старением и происходящими изменениями.

Алкогольная зависимость у пожилых людей – проблема, которую не замечают?

Несмотря на то, что пожилые люди составляют значительную группу в обществе, относительно мало в ее контексте говорится об алкогольной зависимости. Отсутствуют терапевтические программы, направленные на таких людей, но также сами пожилые люди могут восприниматься как трудные, упрямые и затвердевшие в своем мышлении, поэтому не желающие никаких изменений в области упо-

требления алкоголя. Эффективность терапевтической программы в большой степени будет зависеть от состояния здоровья пациента, глубины органических изменений в нервной системе, когнитивных способностей или глубины характерологических изменений. Однако на первый план выходит проблема диагностирования. Алкогольная зависимость может трудно поддаваться диагностике по сравнению со многими другими соматическими заболеваниями и психическими расстройствами типичными для периода старости (например, расстройства настроения или синдромы слабоумия). Часто изменения, вызванные зависимостью, могут быть ошибочно приписаны старению или другим соматическим заболеваниям. Кажется, что врачи часто не спрашивают пациента об употреблении психоактивных веществ или сосредотачиваются на



лечении симптомов, а не причин (что может быть особенно заметно в назначении пожилым людям успокоительных и снотворных препаратов с высоким потенциалом возникновения зависимости). Часто создается впечатление, что применяется принцип «химическое успокоение» пациента, благодаря чему он становится менее хлопотным. Между тем за указанными проблемами может скрываться зависимость от веществ, а за зависимостью – проблемы, связанные со старением. Следует, однако, помнить, что люди, ставшие зависимыми от алкоголя в позднем возрасте, – это не единственная группа пожилых людей, имеющих проблемы с алкоголем. Более значительную группу представляют собой зависимые люди с многолетней историей употребления алкоголя, а иногда также и лечения. Эти случаи являются гораздо более простыми в плане диагностирования, хотя бы из-за характерных для зависимости соматических заболеваний (например, цирроз печени, гипертония, хронический панкреатит, полинейропатия).

Пожилые люди в центрах реабилитации

Пациенты с алкогольной зависимостью, находящиеся в пожилом возрасте, зачастую в состоянии пользоваться предложениями терапевтических программ и получают от такой работы над собой большую пользу (при условии, что выполняются соматические и психологические критерии, касающиеся применения терапии). В реабилитационные центры обращаются как люди, имеющие длительную историю злоупотребления алкоголем, так и те, у которых зависимость появилась в более позднем возрасте, когда употребление стало реакцией на трудности адаптации к новой жизненной ситуации. Причины, по которым такие люди обращаются в центры, разнообразны. Иногда это давление беспокоящейся семьи или разных учреждений, таких как социальная защита или куратор, который назначается человеку в связи с судебным обязательством пройти лечение. Бывает и так, что че-

ловек с алкогольной зависимостью обращается в центр после того, как у него обнаружатся серьезные болезненные изменения, вызванные злоупотреблением алкоголем, например, цирроз печени. При этом следует подчеркнуть, что процент пожилых людей, обращающихся за лечением от зависимостей, является самым низким на фоне обращений за другими видами амбулаторной помощи. Кажется, что роль врача в диагностировании зависимости и мотивировании к лечению зависимости, особенно важна, поскольку пожилые люди очень доверяют врачам и могут положительно отреагировать на рекомендацию начать лечение. К сожалению, им может быть трудно принять тот факт, что они стали зависимыми от алкоголя, поскольку они могут опасаться, что это усилит чувство стыда, которое они и так очень часто испытывают. Положительный результат может также дать как индивидуальная, так и групповая терапия, где у пациента есть шанс установить связь, почувствовать уважение к себе и получить признание. Возможно, это в большей степени социальный аспект терапии, нежели работа, основанная на психологическом подходе, играет значительную и лечебную роль в случае пожилых людей. Для пациентов становится привлекательными связи с другими пациентами, простое нахождение рядом с другими людьми, возможность получения поддержки и чувство, что для них есть место в учреждении, и никто их не игнорирует. В случае многих людей участие в терапии дает им понимание, что они все еще могут быть нужны и ценные, что в результате может привести к более позитивному образу самого себя.

В результате старения в мозге происходят органические изменения, что может проявляться в изменении настроения (в основном в сторону депрессии) или разных умственных изменениях, усиливающихся по причине злоупотребления алкоголем. В сочетании с системой убеждений, оправдывающих употребление алкоголя и освобождающих от ответственности, характерной для людей с зависимостью, это

приводит к различным проблемам в терапии, поскольку пожилым людям часто трудно усваивать и синтезировать новую информацию. У них также имеются проблемы с запоминанием различных фактов, а также они могут сопротивляться подведению итогов своей жизни, что может объясняться как ухудшением памяти, психологическими механизмами зависимости, так и защитой от впадения в еще большую грусть. Пожилому человеку может быть сложнее смотреть в будущее по сравнению с молодым человеком, который лечится от зависимости и многое может исправить и начать сначала. Пожилые люди могут быть уверены в том, что многих вещей уже не изменить, а начать заново уже нельзя. В этом случае стоит искать позитивные аспекты в своей жизни, а оценку поддавать последующей проверке. Можно сконцентрироваться на том, что есть «здесь и сейчас», куда можно включить заботу о себе, своем здоровье, у становление удовлетворяющих связей. Сам факт начала лечения от зависимости, желание изменений или поиск других перспектив развития может укреплять убеждение, что еще не все потеряно и у жизни еще есть, что им предложить.

Старость можно рассматривать как кризис в жизни человека, который дает ему шанс для внутреннего развития, поиска равновесия и определения себя по-новому, в абсолютно других обстоятельствах. Я считаю, что важно обращать внимание на потребности пожилых людей, такие как интеграция, потребность в безопасности, ощущение себя нужным и важным. Необходимым является укрепление сильных сторон такого человека и его чувства эффективности при одновременном уменьшении беспокойства и страхов, связанных со старением. Если человек, имеющий зависимость, хочет порвать эту связь, то на том месте, где раньше был алкоголь, он должен создать близкие отношения с самим собой, а также с другим человеком. Наблюдая за пожилыми людьми, складывается впечатление, что такого рода связей им очень не хватает. ■

СПОРТ КАК ИНКЛЮЗИВНАЯ СРЕДА

Светлана Александровна Геращенко,
исполняющая обязанности заместителя директора ГАУСОН РО «Маякинский ПНИ», Россия

Инвалидность – серьезная медико-социальная проблема, актуальная не только для России, но и для мирового сообщества. Она обуславливает появление такой категории населения, как инвалиды – люди с ограниченными возможностями здоровья. Ограничение жизнедеятельности выражается в полной или частичной утрате лицом способностей и возможностей к нормальному функционированию.

стеме реабилитационной работы с получателями социальных услуг в психоневрологических диспансерах. Целью программы является формирование разносторонне физически развитой личности, способной активно использовать ценности физической культуры для укрепления и длительного сохранения собственного здоровья.

Маякинский психоневрологический интернат активно реализует программу по физическому и спортивному развитию своих подопечных. Интернат был основан в 1961 году и на сегодняшний день является одним из крупнейших учреждений данного типа в Ростовской области. Здесь проживают 330 человек – люди пожилого возраста, инвалиды первой и второй групп старше 18 лет, страдающие психическими заболеваниями, частично или полностью утратившие способность к самообслуживанию и нуждающиеся в постоянном уходе. За ними в интернате организован круглосуточный медицинский и социальный уход, созданы благоприятные условия и микроклимат для жизни.

В Маякинском психоневрологическом интернате получатели социальных услуг занимаются различными видами спорта: футболом, настольным теннисом, боулингом, бочче, шахматами и шашками. Ребята участвуют в соревнованиях, проводимых министерством труда и социального развития Ростовской области, министерством спорта Ростовской области и администрацией Родионово-Несветайского района и др.

В 2017 году в региональном футбольном турнире SENI Cup, организованном ООО «белла-Дон» (представительство АО «Торуньский завод перевязочных материалов»), в Ростовской области приняли



Нормативно-правовая база Российской Федерации (Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181-Ф; Протокол № 1 к Конвенции о защите прав человека и основных свобод) предусматривает необходимость интеграции лиц с ограниченными возможностями в полноценную систему жизнедеятельности.

Инклюзия (от inclusion – включение) – процесс увеличения степени участия в социуме всех граждан, и в первую очередь – имеющих трудности в физическом развитии. Он предполагает разработку и применение таких конкретных решений, которые смогут позволить каждому человеку равноправно участвовать в общественной жизни.

Физическая культура и спорт являются составной частью в си-

участие восемь команд. Победителем регионального этапа стала футбольная команда Маякинского психоневрологического интерната – команда «МАЯК».

АО «Торуньский завод перевязочных материалов» при сотрудничестве с обществом долгосрочной опеки и социальной помощи «Дом под солнцем» (Польша) с 2000 года являются инициаторами и организаторами Международной лиги по мини-футболу SENI Cup среди людей с ограниченными возможностями. Турнир организуется для воспитанников психоневрологических интернатов. Одной из задач, стоящих при проведении турниров SENI Cup, является объединение общества и людей с отклонениями в умственном развитии, основанное на принципах взаимного уважения.

Участие в турнире и победы, одержанные на поле, способствуют не только физическому развитию, но и повышают самооценку участников, укрепляя их веру в собственные силы.

Это также уход от повседневной рутины, ведь, помимо спортивных состязаний, организуются различные культурно-развлекательные мероприятия. Это дает возможность участникам турнира найти друзей среди тех, кто борется с подобными заболеваниями и лучше других способен понять их проблемы.

Кроме того, турнир SENI Cup помогает преодолевать различные социальные барьеры:

- языковые – в турнире принимают участие команды из разных стран;
- гендерные, поскольку соревнуются как мужчины, так и женщины;
- возрастные – нет определенной границы «от и до»: соревнуются представители всех возрастных групп – как подростки, так и люди пожилого возраста;
- комплекса неполноценности – каждый из участников имеет отклонения в умственном или физическом развитии и, несмотря на это, доказывает, что инвалидность – не помеха в осуществлении своих стремлений, нужно только захотеть.

Уже сегодня SENI Cup является одним из самых массовых фут-

больных турниров в мире в своей целевой аудитории: среди участников – 2090 психоневрологических интернатов из 12 стран, около 20 000 участников турнира, 500 команд, участниц финального турнира в Польше.

30 июня 2018 года в г. Торунь (Польша) приняли участие команды из различных стран Европы. Из Польши (как хозяйки турнира), Литвы, Латвии, Белоруссии, Украины, Германии, Чехии, Казахстана, Словакии, Венгрии и России. Россию на данном турнире представляли пять команд из Москвы, Санкт-Петербурга, Нижнего Новгорода, Екатеринбурга и Маякинского ПНИ из Ростова-на-Дону. Все команды, прибывшие на турнир, были разделены организаторами на пять категорий (A, B, C, D, E) по возрастающей, в зависимости от состояния здоровья участников и их подготовки. Команда «МАЯК» была определена в группу категории B, в которой также оказались три команды из Польши, команды из Белоруссии, Германии и Казахстана – всего семь участников.

Игры в группе B проходили в упорной и интересной борьбе, силы соперников примерно были равны, о чем говорят результаты матчей, с которыми они заканчивались. Всего команда «МАЯК» на этом турнире сыграла шесть матчей и не проиграла ни одной игры, заняв второе место в своей категории B. Для ребят, которые долго и упорно готовились к этим соревнованиям, было важно приехать и победить, доказать самим себе, что они могут достигать высоких результатов.

Помимо участия в турнире, воспитанники нашего интерната смогли познакомиться с историей и достопримечательностями средневекового города Торунь и привезти домой памятные сувениры, также по пути обратно в Ростов-на-Дону смогли посетить Красную площадь в Москве.

Участие в таких спортивных мероприятиях, возможность увидеть другие города и страны, найти новых друзей – это все позволяет людям с отклонениями в здоровье быть включенными в социум, жить полноценной жизнью. ■



ПОМОГАЯ ДРУГИМ – ПОМОГАЕШЬ СЕБЕ

Люцина Чисиньска,
социальный работник, Учреждение социального обеспечения в Стшельце-Опольском
с филиалом в Шимишове и Леснице, Польша

Деятельность Учреждения социального обеспечения в Стшельце-Опольском с филиалом в Шимишове и Леснице направлена на обеспечение круглосуточного ухода за людьми пожилого возраста, людьми с хроническими соматическими заболеваниями и людьми с ограниченными физическими возможностями. Учреждение социального обеспечения проводит ряд мероприятий, целью которых является улучшение качества жизни жителей, и для совершенствования этой области было наложено сотрудничество с пенитенциарными учреждениями, расположенными в Стшельце-Опольском.

учреждения социального обеспечения с осужденными в актовом зале тюремного учреждения, где был представлен краткий исторический очерк о нашем учреждении, его функционировании и потребностях пожилых людей. Представитель учреждения также поощрял осужденных к работе на благо жителей учреждения в рамках волонтерства, цель которого в отношении осужденных людей – подчеркнуть роль широко понимаемой работы в жизни человека. Основным положением является желание стимулировать заключенных к активному и полезному времяпрепровождению, развитию в них ответственности за собственную работу и ее результаты, выработке навыков сотрудничества с другими заключенными и руководителями, а кроме того – снижению напряжения, возникающего в результате пребывания в условиях тюремной изоляции, а также противодействие следующим из нее актам насилия и агрессии. Во встрече принимали участие многие осужденные, которые проявили интерес к волонтерской работе, задавали вопросы и изъявили желание участвовать в этом мероприятии. Это сотрудничество оказалось попаданием в десятку, поскольку обе институции получают от него неоценимую пользу. Осужденные безвозмездно работают на благо учреждения социального обеспечения, выполняя ряд ремонтно-строительных, уборочных работ, а также работают в мастерской трудотерапии, заполняя свободное время жителям. Организуются также разные совместные проекты, в которых участвуют жители учреждения и осужденные, например, День бабушки и дедушки, Женский день, в которых все художественное оформление было



На первый взгляд, это две разные институции, не имеющие друг с другом ничего общего, однако являющиеся полезными и поддерживающими друг друга. В 2011 году были подписаны соглашения с такими учреждениями в Стшельце-Опольском о направ-

лении на безвозмездной основе осужденных людей для работы в Учреждении социального обеспечения в Стшельце-Опольском с филиалом в Шимишове и Леснице.

Попадание в десятку

В целях налаживания сотрудничества прошла встреча работника

подготовлено осужденными, а учреждение организовало угощение.

Большую финансовую ценность для учреждения социального обеспечения имеют выполненные осужденными ремонтно-строительные работы, которые помогают поддерживать эстетику здания, а тем самым способствуют экономии денег.

Не только физическая, но и моральная помощь

Работа осужденных людей в учреждении социального обеспечения – это работа, выполняемая добровольно и безвозмездно. Нередко работа в тюремных учреждениях, будь то платная или общественная, является первой законной работой, которую выполняют в своей жизни лица, лишенные свободы, поскольку никогда раньше они не имели возможности или желания быть работниками. Очень важно, чтобы человек, задействованный в процессе трудоустройства, чувствовал и понимал необходимость и полезность выполняемой работы, поскольку это оказывает неоспоримое влияние на производительность труда. Особую ценность имеет работа, выполняемая на благо нуждающихся в помощи, которые оказались в трудной жизненной ситуации, тех, кто не в состоянии самостоятельно позаботиться о себе и своем окружении, – это касается пожилых и больных людей, часто одиноких и не имеющих семьи. По этой же причине осужденные, имеющие большое количество свободного времени, здоровые и полные физических сил, могут и даже обязаны участвовать в работе на благо таких людей. Такая работа, а также совместное пребывание должны быть направлены на возникновение сопереживания, устранение эгоизма и агрессии, а также формирование навыка честной и добросовестной работы. В дополнение к ценностям воспитательного характера, работа для осужденных имеет также терапевтическую ценность, поскольку осужденный в процессе трудоустройства рассматривается как работник, что имеет существенное значение для его психического состояния. Работа для человека, лишенного свободы,

также приводит к сохранению и даже развитию как физических, так и умственных сил. Отдельную ценность имеет вовлечение осужденных в совместную работу с другими работниками посредством занятости в отдельных рабочих командах (как с другими осужденными, так и со свободными людьми).

Выполняемая безвозмездно на благо местного самоуправления работа (в данном случае – на благо учреждения социального обеспечения в Стшельце-Опольском с филиалом в Шимишове и Леснице) позволит преодолеть негативные стереотипы о людях, лишенных свободы, как асоциальных элементах, а осужденным позволит проявить альтруистическую позицию. Формирование у осужденных такой позиции и поведения является неоценимым в процессе ре社会化ции.

Жители нашего учреждения утверждают, что ранее не имели контактов с осужденными людьми, однако не испытывали никаких опасений. По их мнению, эти люди внешне ничем не отличаются от якобы свободных людей, а тем более проживающих в учреждении, в котором действуют правила и процедуры. По мнению жителей, осужденные – это люди, измученные судьбой по случайности или втянутые в преступные группы, служащие инструментом для выполнения действий, запрещенных законом. Жители также заметили, что осужденные поначалу вели себя как существа на чужой территории, сторонящиеся контактов с другими, выполняющие доверенную им работу в тишине и спокойствии, но очень тщательно.

Один из жителей выразил мнение, что для него каждый потерпевший человек вызывает жалость, и он хотел бы стремиться облегчить страдания.

В группе наших жителей нашлись также те, кто хотел скрасить время осужденных, приглашая их на кофе, беседу, совместную прогулку, в общество другого человека. Жители также утверждают, что осужденные могут быть примером для них своим усердием, дисциплиной, смирением и пониманием человеческих потребностей.

Стали частью жизни

Одна из жительниц нашего учреждения так высказалась об осужденных, работающих в рамках волонтерства: «Я инвалид, передвигаюсь при помощи коляски, чувствуя себя одинокой, потому что полтора года назад ушел из жизни мой любимый супруг, с которым мы прожили почти 60 лет. По моему опыту и наблюдениям, осужденный человек имеет свою ценность. После смерти мужа мой мир рухнул, я не могла смеяться, радоваться жизни. Благодаря осужденным я заново учусь улыбаться и чувствовать радость, поскольку они вносят радость в нашу грустную жизнь, хотя нам помочь. В последнее время я переживала о том, кто настроит мне телевизор на цифровую передачу, а осужденный сделал это за пять минут. Я нашла у них много хороших качеств, которых недостает нам. Осужденные – это чистые и культурные люди: никогда не войдут в комнату без стука и приглашения, никого не обсуждают, у них много смирения и терпения. Каждый день я нахожу в них что-то хорошее».

Меня очень заинтересовало высказывание еще одной жительницы учреждения, которая говорит о том, что «Учреждение социального обеспечения – это место для людей, которые остались одни, для людей, не справляющихся в жизни самостоятельно, и проводящих здесь остаток своей жизни. В окнах, за которыми мы высматриваем кого-то родного, течет, однако, совсем другая жизнь – мы хотели бы еще принимать в ней участие. Мы мечтаем, что однажды кто-то войдет в нашу печальную жизнь. И так однажды в нашу жизнь вошли осужденные, которые постепенно стали частью нашей общности».

Осужденные приезжают утром, здороваются, ходят по коридорам, разговаривают с людьми, спрашивают о здоровье, самочувствии, позже принимаются за работу, которую выполняют добросовестно и старательно, всегда с улыбкой на лице. Нам приятно, что они делают это для нас. Никогда не проходят мимо нас равнодушно, помогают спуститься по лестнице, провожают до лифта, поднимают костили, когда мы их уронили, и сердцем они

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА



находятся с нами. Именно так мы чувствуем. Можно сказать, что они пришли к тем, никому не нужным, людям и улыбаются им, их не отпускают наша старость, неполноценность. Благодаря им у нас есть прекрасный ухоженный газон вокруг учреждения, а благодаря этому мы видим, как в зеленой травке появляются фиалки и ромашки, замечаем весну, не выходя за территорию. И тогда мы смотрим на этих людей другими глазами. Не единожды мы думаем о них как о самых близких. Мы благодарны им, потому что они не отталкивают нас, а хотят посвятить нам свое время. Когда у нас организуются мероприятия, мы также приглашаем их на чай с тортом. Когда они рядом с нами, мы чувствуем себя как семья, которой нам не хватает. Мы радуемся, благода-

ря их за то, что они с нами. Кроме оказания помощи они также радуют наши сердца. И за это мы благодарим их».

Как следует из высказываний некоторых жителей, идея пригласить осужденных людей для работы в нашем учреждении в рамках волонтерства оказалась неоценимой. Работа, которую они выполняют, является необходимой и нужной не только для жителей, но и для персонала. Это большая помощь, поскольку задания, которые выполняют осужденные, являются важными и требующими больших физических усилий.

Для живущих здесь людей это дар судьбы, выигрыш в лотерее, находка четырехлистника. Неоднократно я была свидетелем взаимной выгоды от отдачи и принятия. Встре-

ча с больными, старыми, неполнопоченными людьми – это прежде всего размышление над жизнью, рефлексия, раздумье, решение. Для осужденных людей это возможность оторваться от их серой действительности, тоска по другому человеку, но также радость от того, что приносишь радость другим. Так в этом уголке человеческого существования было засеяно зернышко чего-то хорошего, таинственного, благодаря чему жизнь приобретает смысл и хочется жить, борясь с болезнями, тоской, невзгодами. Сюда была направлена какая-то неземная энергия, к которой все обращаются и лепят свои раны, недостатки, а позади оставляют переживания, неудачи и слезы. Внезапно все как будто выздоровели, почувствовали себя лучше и помолодели. ■

Редакторы:
Краковяк Пётр
Кшижановски Доминик
Модлиньска Александра

ТЯЖЕЛОБОЛЬНОЙ ДОМА: ЛЕЧЕНИЕ, УХОД, РЕАБИЛИТАЦИЯ

Хронические болезни

seni

Вы можете приобрести эту книгу
в подарок Фонду помощи хосписам ВЕРА
www.hospicefund.ru



Если человека нельзя
вылечить, это не значит,
что ему нельзя помочь

Вера

Сделать пожертвование в фонд можно со счета
мобильного телефона!

Вы можете отправить смс со словом **Вера** и
суммой пожертвования на короткий номер 9333.

Книга «Тяжелобольной дома: лечение, уход, реабилитация. Хронические болезни» в комплекте с DVD-диском

Издание содержит подробную информацию о том, как правильно ухаживать за больными в домашних условиях. Особое внимание уделено лечению, реабилитации и организации ухода при различных хронических и прогрессирующих заболеваниях, в том числе с хроническими ранами и стомой. В книге представлены полезные сведения, касающиеся личной гигиены больного, что особенно важно для тех, кто страдает недержанием мочи и кала, а также организация питания, правил приема лекарственных препаратов, их действия и побочном эффекте. Издание содержит практические правила и рекомендации, которые позволяют опекунам освоить навыки сестринского дела и организовать качественный уход.

Как купить книгу? Вы можете:

- заказать по электронной почте kniga@seni.ru;
- позвонить по телефону горячей линии Seni: 8-800-200-800-3 для приобретения книги наложенным платежом Почтой России (06.00 – 22.00 ч., кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные).

www.seni.ru

г. Москва, Филиал №1 ООО «БЕЛЛА Восток»
142712, Московская область, пос. Горки Ленинские,
зона придорожного сервиса автодороги «МКАД - аэропорт Домодедово»,
владение 7, стр.1

г. Санкт-Петербург, ООО «Гигиена-Север»
196627, г. Санкт-Петербург, п. Ленсовета, Московское шоссе, д.235а

г. Новосибирск, ООО «БЕЛЛА Сибирь»
630024, г. Новосибирск, Кировский район, Северный проезд, д.2/3

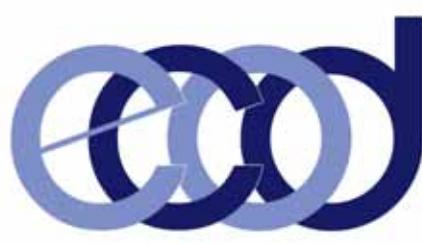
г. Екатеринбург, ООО «Компания БЕЛЛА Урал»
620036, г. Екатеринбург, ул. Суходольская, д.197

г. Нижний Новгород, ООО «БЕЛЛА Волга»
603152, г. Нижний Новгород, ул. Кащенко, д.2

г. Ростов-на-Дону, ООО «белла-Дон»
344065, г. Ростов-на-Дону, ул. 50-летия Ростсельмаша, д.1/52

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Лицензия №76478 от 14 октября 2016 г.



ЕЦДО
Европейский центр
долгосрочной опеки



УЦ проводит подготовку высококвалифицированных и конкурентоспособных специалистов, способных обеспечивать качественный уход за тяжелобольными и пожилыми людьми. Для среднего и младшего медицинского персонала, работников социальной сферы (работников домов-интернатов для престарелых и инвалидов, психоневрологических интернатов, хосписов, благотворительных организаций, а также сиделок и опекунов).

Программа повышения квалификации «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком», 72 часа включает в себя учебные модули:

- ▶ «ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РАБОТЕ С ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ И ЕГО РОДСТВЕННИКАМИ»
- ▶ «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И РАБОТЕ С ХРОНИЧЕСКИМИ РАНАМИ»
- ▶ «ПЕРВАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ В НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ»
- ▶ «БЕЗОПАСНОЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ»
- ▶ «ОСНОВЫ УХОДА ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ИЛИ ПОЖИЛЫМ ЧЕЛОВЕКОМ»

По окончании обучения лицам, успешно освоившим Программу повышения квалификаций и прошедшим итоговую аттестацию, выдаем удостоверение о повышении квалификации установленного образца.

Русская