

ФОРУМ

ISSN 2312-5713

Долгосрочной Опеки

№ 3(11) октябрь 2016



ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

Теория и практика

Движение для оздоровления

seni

НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА И КОМФОРТ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ



Дышащий внешний слой

Паропроницаемый внешний слой позволяет коже «дышать», уменьшая тем самым риск возникновения раздражения кожи.



Нейтрализация неприятного запаха

Антибактериальный суперсорбент не только превращает жидкость в гель, но и нейтрализует неприятный запах.



Эластомерная пряжа без латекса

Все эластичные элементы изготовлены из эластомерной пряжи без латекса, что снижает риск возникновения аллергических реакций у людей, склонных к аллергии на латекс.



Повышенное чувство сухости

Распределяющий слой EDS из нетканого материала обеспечивает более быстрое впитывание и равномерное распределение влаги внутри изделия, что значительно повышает чувство сухости.



Широкий ассортимент впитывающих изделий Seni

позволяет сделать оптимальный выбор
в зависимости от индивидуальных потребностей.



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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ
ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

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 1200 экз.

Цена свободная
16+

Отпечатано в типографии:

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

Верстка и редакция:

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 (11) октябрь 2016 г.
Подписано в печать 14.10.2016 г.
Выход в свет 21.10.2016 г.

Использованы статьи из журнала
«MEDI Форум Долгосрочной Опек»
Фонда «Вместе меняем мир»

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!

Наш осенний номер посвящен актуальной на сегодняшний день теме «Развитие паллиативной помощи». Современная паллиативная медицина является составляющей частью здравоохранения.

Долгом государства является не только финансовая поддержка и развитие данного направления, но и информационная работа со специалистами служб хосписной помощи, работниками медицинских учреждений.

Наши авторы на примерах из практики делятся знаниями и методиками работы по уходу за инкурабельными пациентами, обсуждают тенденции развития паллиативной помощи в России, уровень ее качества и основные принципы при оказании паллиативной помощи детям. Также речь пойдет о том, насколько важна психологическая поддержка не только пациента, человека, но и ухаживающего за ним, а также создание психологического климата среди медперсонала.

В разделе «Теория и практика» вы найдете полезные советы по оптимизации ухода за больными рассеянным склерозом, методики их оздоровления.

Мы начинаем публикацию серии статей о скандинавской ходьбе, цель которых – показать эту форму активности как идеальную для применения в домах социальной помощи гражданам и персоналу.

Выражаем благодарность всем авторам, предоставившим статьи для этого номера!

Если вы готовы делиться опытом на страницах нашего журнала, мы будем рады сотрудничеству!

Редакция журнала
«Форум долгосрочной опеки»
fdo@bella-tzmo.ru

содержание

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

- 6 Глаголев Е.
Что стоит на пути развития паллиативной помощи?
- 8 Муйдинова Д.
Если меня невозможно вылечить, что мне делать дальше?

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ

- 12 Цыплакова Д., Березикова О.
Организация сестринского ухода в ГКУЗ КО «Кемеровский областной хоспис»

ПРИНЯТИЕ И ПОДДЕРЖКА

- 15 Балацкая Н.
Психологическая помощь в паллиативной службе
- 17 Придатченко М.
Паллиативная помощь детям

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

ЭТИОЛОГИЯ

- 22 Чарнота Д.
Заболевание молодых (и не только!)

ОПТИМИЗАЦИЯ УХОДА

- 25 Луба М.
Обращение с больным рассеянным склерозом

МЕТОДИКИ

- 28 Грамовска Х.
Гимнастика для мышления
- 30 Лукавска Б.
Нефакмакологические методы лечения познавательных функций у больных слабоумием

ДВИЖЕНИЕ ДЛЯ ОЗДОРОВЛЕНИЯ

ИНТЕРЕСНЫЕ ПОДРОБНОСТИ

- 32 Гаворска М., Лесь А.
Скандинавская ходьба, или Nordic Walking.
Шагаем за здоровьем



Matoset

Наборы для проведения медицинских манипуляций и процедур:

- наборы перевязочных средств
- процедурные наборы
- наборы для проведения операций
- наборы одноразовых инструментов

Преимущества использования стерильных наборов Matoset:

■ безопасность

- гарантия микробиологической чистоты
- минимизация риска заражений
- гарантия стерильности до момента вскрытия единичной упаковки

■ комфорт в работе

- нет необходимости комплектовать, упаковывать, стерилизовать
- наборы имеют этикетку типа TAG

■ ЭКОНОМИЯ

снижение затрат:

- на приобретение нестерильного материала
- на упаковку для стерилизации, вспомогательные материалы (тесты для стерилизации, этикетки), а также на сам процесс

БЕЗОПАСНОСТЬ И КОМФОРТ В РАБОТЕ

ООО «БЕЛЛА Восток»,
тел.: +7 (495) 726-55-25
www.matopat.ru

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Что сегодня стоит на пути развития качества ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ?

Глаголев Евгений Витальевич,

исполнительный директор, Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи, Россия

Паллиативная помощь в России сегодня развивается семимильными шагами. В государственной программе «Развитие здравоохранения» Минздрав утвердил план: к 2020 году обеспеченность койками должна составлять на 100 тысяч населения – 10 коек для взрослых и 2,08 коек для детей. И если в прошлом году приходилось всего 1,7 паллиативных коек на 100 тысяч взрослых человек, то уже в этом – 4,4. Впечатляющая работа.



Однако паллиативная помощь – не только количество коек соответствующего профиля, это целостный подход к улучшению качества жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с неизлечимым прогрессирующим заболеванием, и включает в себя избавление от физических, духовных и психосоциальных страданий. Если этого нет, то это что угодно, но не паллиативная помощь.

Нередко новые паллиативные отделения открываются на месте сокращаемых отделений другого профиля. Например, больница сокращает места в неврологическом отделении и решает сделать из них паллиативные. Успешно меняется вывеска, назначаются ответственные, но на этом все изменения заканчиваются. Иногда даже пациенты остаются те же самые, что и раньше, совсем не паллиативные. Есть новое отделение, есть отчет

вышестоящему руководству, а о реальной паллиативной помощи речи нет вообще. При этом нахождение на паллиативных койках непрофильных пациентов, как в примере выше, дает повод сказать критикам, что наше государство экономит на своих гражданах, не оказывая им необходимую медицинскую помощь. Это недопустимо.

Существует много проблем на пути развития паллиативной помощи в нашей стране. Территория государства, расположенного в совершенно разных географических и климатических зонах, накладывает свой отпечаток. Да, в таких условиях сложно развивать любую помощь, но возможно. В Порядке оказания паллиативной помощи взрослым и Порядке оказания паллиативной помощи детям предусмотрены разные организационные структуры – стационарные и амбулаторные службы – как раз для этого, чтобы организаторы здравоохранения на местах могли выбрать наиболее подходящий для себя вариант реализации данной концепции. Казалось бы, было бы желание и ресурсы, всё можно сделать. Но нет, всё не так просто.

Сильно влияет на ситуацию отсутствие человеческих ресурсов. Порядки оказания паллиативной помощи определяют и необходимое количество специалистов для каждого варианта организации помощи населению, но их сильно не хватает. Во-первых, существует финансовая проблема укомплектования необходимыми кадрами. Во-вторых, сегодня нет такой специальности, как «специалист паллиативной помощи» ни для врачей, ни для сестринского персонала. Есть краткосрочные курсы повы-

шения квалификации, где за 72 или 144 академических часа преподают паллиативную помощь. За это время можно донести до слушателей только самые основы паллиативной помощи, плюс качество преподавания в некоторых вузах оставляет желать лучшего: я сталкиваюсь с медиками, прошедшими такие курсы и приходящими на стажировку в Первый московский хоспис или на наши образовательные мероприятия, которые в один голос говорят: «То, что нам преподавали в теории, сильно отличается от практики».

Я знаю, что работа в направлении создания специальности и новых кафедр ведется, поэтому есть реальная надежда, что в скором времени мы ситуацию с качеством преподавания улучшим. Но останется вопрос: а кто же будет работать во вновь создаваемых учреждениях паллиативной помощи? На мой взгляд, преподавание основ паллиатива нужно вводить во все учебные медицинские программы, ведь каждый медик столкнется с тем, что его пациента уже нельзя будет вылечить, и он должен, обязан уметь говорить о сложном диагнозе и понимать, что за границей возможности лечения есть ещё много возможностей по достойному уходу за пациентом.

Нехватка финансирования сказывается и на том, что в нашей стране катастрофически не хватает хосписов. А между тем в странах с развитой паллиативной помощью уже давно пришли к тому, что хоспис с количеством коек не более 30 является вершиной развития паллиативной помощи, конечно, только тогда, когда хоспис полностью укомплектован оборудованием, обученным персоналом, выездной службой, обеспечивающей уход на дому (между прочим, десятикратно превышающим количество стационарных коек), развитой волонтерской службой и работой с благотворителями. Да-да, ни в одной стране мира паллиативная помощь не оказывается только за счет государства и только силами штатных сотрудников. Поэтому одной из главных задач организаторов паллиативной помощи является привлечение благотворительных средств и умение привлечь волонтеров к оказанию помощи умирающим людям.



Есть ещё один блок проблем, решить которые значительно сложнее, чем выделить денежные средства и создать хорошую образовательную базу. Мы имеем тяжелое по своему влиянию наследие советской эпохи: стремление бороться за жизнь до конца. Смерть пациента априори рассматривается как проигрыш, поэтому даже там, где нужно остановиться и дать возможность человеку спокойно уйти из жизни, обеспечив достойный уход, этого не происходит. Конечно, это проблема общая и для пациентов, и для их родственников, которые настаивают на продолжении лечения и ищут традиционные и нетрадиционные способы излечения, а предложение врача дать пациенту направление в хоспис или паллиативное отделение рассматривают как отказ медика делать всё возможное для спасения человека.

В тех регионах нашей страны, где благодаря культурным особенностям удалось сохранить культуру отношения к смерти, паллиативная помощь развивается быстрее и лучше, потому что не нужно проходить эту трудную ломку сознания, что смерть естественна, а отсутствие возможности лечения не означает проигрыш. Всем остальным надо понять и помнить, что есть вещи, которые совершенно не зависят от денег.

Мы можем сделать самый лучший с нашей точки зрения центр паллиативной помощи, но сделав его обычным медицинским учреждением, где важны только манипуляции, а сам человек теряется как личность, мы не получим качественного ухода. Больше всего человек в конце жизни ценит от-

ношение персонала. Отношение – основа ухода и залог его высокого качества. Опрятность, доброжелательность, заинтересованность персонала не купишь ни за какие деньги, а ведь без этого не может быть паллиативной помощи. Мы можем обучить и снабдить медиков самыми современными средствами ухода, но они не будут их использовать эффективно (я нередко наблюдаю эту картину) как раз из-за отсутствия должного отношения к пациенту и своей работе. Зачем пациенту специальные безворсовые подкладки под трахеостому, если можно обойтись обычной марлей? Зачем покупать дорогие немецкие назогостральные зонды, когда есть дешевые китайские? Ведь по сути все манипуляции будут выполнены, но в одном случае мы получим высокий риск нагноения трахеостомы или травматичности установки зонда, а в другом – нет. Точно так же нерационально заниматься лечением постоянно образующихся пролежней из-за отсутствия необходимого внимания к пациенту, чем эффективной и более дешевой профилактикой пролежней.

Я предлагаю начать с себя – заглянуть внутрь и задать вопрос: а зачем я здесь? Что конкретно я сегодня принесу на работу, и будет ли это формальное выполнение своих обязанностей или настоящее дело, которому не стыдно посвятить свою жизнь? Думаю, что если честно ответить себе на этот вопрос, то обеспечить качество ухода за пациентом, паллиативной помощи и медицины в целом будет значительно проще, несмотря на знакомые всем трудности. ■

Если меня невозможно вылечить, ЧТО МНЕ ДЕЛАТЬ ДАЛЬШЕ?

Муйдинова Дилноза,

Координатор помощи Первому московскому хоспису, Россия

Каждый из вас, кто читает эту книгу, скорее всего, к концу своей жизни столкнется с неизлечимой болезнью – своей или своих близких.

(Из книги Брюса Клеминсона «Введение в паллиативную помощь»)



Сторонники паллиативной помощи часто начинают свой рассказ с того, что любой человек не вечен и почти каждый в своей жизни столкнется с неизлечимым заболеванием. Поверьте, никто из нас не преследует цели запугать или запрограммировать на худшее своих друзей или родственников. Напротив, мы хотим общими усилиями создать условия, при которых эта неизбежная часть наших жизней не была бы наполнена ошибками, отчаянием, пессимизмом.

Есть реальная история, ставшая уже легендой. В один из лучших московских хосписов зашел врач. До этого доктор много лет работал

по соседству, но ни разу в хоспис не заглядывал.

– Как тут хорошо! – сказал он. – Я не ожидал. И всё бесплатно?

– Да. Это бесплатный государственный хоспис. Направление может получить любой житель Москвы. Вот, пожалуйста, возьмите себе и коллегам эти памятки, инструкции и брошюры о хосписной помощи.

– Нет! Я суеверный. И вообще, лучше я умру на улице, но в хоспис не поеду.

Эта статья именно о том, что человеку не обязательно умирать одному на улице.

Она написана не врачом, не медсестрой и не социальным работником медицинского учреждения. Это

текст не от эксперта и не от авторитетного общественного деятеля.

Все, чем я располагаю, – многолетний опыт координатора в Фонде помощи хосписам «Вера». Вместе с коллегами я каждый день принимаю звонки от людей, отчаявшихся получить, если не шанс на спасение, и даже не действенную помощь, то хотя бы просто совет: как быть и не сойти с ума прежде, чем весь этот ужас закончится.

Сам термин «паллиатив» произошел от лат. *pallium* – покрывало, плащ, то есть покров, оберегающий от всех негативных аспектов человека, который длительно, хронически и неизлечимо болеет.

В качестве эпиграфа к статье приведена цитата из готовящейся сейчас к печати в России книги «Введение в паллиативную помощь». Автор книги – Брюс Клеминсон, координатор образовательных программ по паллиативной помощи центра Мак Милан, член Королевской коллегии врачей общей практики (Великобритания), замечательный специалист, много и самоотверженно помогающий становлению паллиативной помощи в России.

В книге он рассказывает, как происходило становление паллиативной и хосписной помощи в мире, и раскрывает значение и взаимосвязь этих терминов. Паллиативная помощь появилась в Британии, когда Доктор Сесилия Сандерс открыла хоспис Святого Христофора в Лондоне, Англия, в 1967 году. Она назвала свое учреждение «хоспис», потому что ей нравился этот термин и его историческое значение. Тогда никто не задумывался терминах «паллиативная медицина» и «паллиативная помощь».

В 1974 году доктор Бэльфор Маунт провел три месяца в хосписе Святого Христофора, а затем

вернулся в Канаду, чтобы основать первый хоспис в Монреале. Он понял, что единственным разумным способом применить опыт госпожи Сандерс будет интеграция в существующую систему здравоохранения, а не построение новой системы хосписов в Канаде. Он думал, как назвать этот новый вид ухода и придумал термин «паллиативная помощь».

Учитывая предысторию, уместно говорить о том, что нет различия между понятиями «паллиативная» и «хосписная» помощь. Просто «хоспис» – это еще и название учреждения, где оказывается такая помощь.

Важно, что паллиативная помощь не сводится только к медицинской поддержке пациента, а представляет собой весь комплекс усилий – организационных, социальных, психологических, духовных – и это закреплено в определении ВОЗ: «Паллиатив – это не высокотехнологичная медицина, она не ставит целью излечить человека от основного заболевания. Она требует остановиться и увидеть за этим основным заболеванием человека, который умирает раньше, чем мог бы и хотел бы, и ему при этом нужна комплексная профессиональная поддержка – как в стационаре, так

и дома. Паллиативная помощь оказывается не только пациенту, но и его семье и близким людям».

В России первые хосписы появились в 1990-х годах, в сам термин «паллиативная помощь» был законодательно закреплён только в 2011 г. Нам еще предстоит очень много учиться. Хорошо уже то, что нам не придется изобретать велосипед: опыт и достижения мировой паллиативной медицины почти за сто лет вполне реально внедрить и использовать уже сегодня. Пусть опыт западноевропейских стран не всегда применим к России, пусть определения и формулировки могут различаться, нормативно-правовая база разрабатывается с учетом наших реалий, система российских паллиативных медицинских учреждений выстраивается с нуля с учетом особенностей огромной страны, но идея и принципы одинаковы, поскольку независимо от ментальности и культуры, законов и государственной системы здравоохранения человек страдает от неизлечимого заболевания одинаково. Он одинаково смертен.

В книге Брюса Клеминсона описан общий универсальный сценарий того, что мы должны делать, чтобы обеспечить качественный

паллиативный уход. В шести пунктах перечислены все точки обязательного приложения усилий и внимания врача и его команды:

«Нам необходимо:

1. Понять, что пациент неизлечимо болен:

a – иметь понимание течения и исхода заболевания;

b – распознать прогрессирование заболевания (включая рецидив онкологии);

c – понять, когда болезнь вошла в терминальную стадию;

d – понять, когда наступает период умирания.

2. Максимально эффективно облегчить боль и другие симптомы.

3. Общаться с пациентом и его семьей таким образом, чтобы слышать и понимать их сомнения и потребности, не полагаясь целиком на наши собственные суждения.

4. Обеспечить поддержку пациента и его семьи в процессе болезни и в терминальном периоде.

5. Быть готовыми предоставить квалифицированную помощь, необходимую в последние дни жизни пациента.

6. Обеспечить поддержку родным и близким в период горевания.

Решение этих задач требует командной работы».





Все аспекты паллиативной помощи невозможно рассмотреть в одной статье, но я попробую остановиться на основных принципах и проблемах, с которыми сталкиваются пациенты в России. Самое первое – это понимание течения болезни и информирование пациента. Множество людей сегодня при уже даже неплохо работающих хосписах, паллиативных отделениях, выездных службах не получают помощи! И причина этого заключается в банальном незнании.

Лично для меня ужасающим открытием стало осознание того факта, что первая проблема в жизни неизлечимо больного человека – это даже не отсутствие обезболивания или качественного ухода, это отсутствие информации, беспомощность и растерянность. Страшно, что вне зависимости от социального статуса, общей грамотности больного и его семьи все они, часто за компанию с лечащим врачом, находятся в информационном вакууме, и нет ответа на вопрос: что делать дальше?

Объяснение перспектив, разговор о дальнейшем пути, перевод и переход в «паллиатив» – это ответственность, которая в первую очередь ложится на врача, прописывающего это самое паллиативное лечение. Сейчас больной или его родственник получает реальную информацию о том, где он может получить паллиативную помощь, зачастую не от медицинского учреждения, а от сотрудников НКО, хотя информация не секретная и доступна для того медика, от которого пациент ушел ни с чем. Мое личное мнение, что если бы врач поговорил с пациентом не 3 минуты, а 23 или хотя бы 13, то значимость этих дополнительных минут невозможно было бы переоценить. Это не только сэкономленные деньги, нервы, койко-места. Это неискаленные судьбы и души тысяч людей, потому что вместе с пациентом помощь получает (или не получает) – все его близкое окружение, около 10 человек, если умирает взрослый, и 30 – если уходит ребенок.

Пациент и его родственники не знают, что такое паллиативная помощь, и некому поговорить с ними

честно. И я убедилась, что даже если дочь больного учится на медсестру и умеет пользоваться интернетом, то для нее и ее мамы паллиативная помощь, представленная только лишь симптоматическим лечением, вполне себе вписывается в их общие планы на излечение отца.

В 2010 году Фонд «Вера» совместно с Департаментом здравоохранения Москвы стали печатать информационные листки о хосписах для районных онкологов, участковых и других врачей в онкодиспансерах. Мы стремились к тому, чтобы те не оставляли людей без помощи и направляли их в хосписы. Нам, и мне лично, не приходило в голову, что направлять будут, и исправно, но при этом добавляют: «Направление я вам выпишу, но сама я хоспис никому не посоветую. Там же не лечат, там же люди умирают, зачем вам ЭТО надо?»

А в результате очень многие люди сталкиваются со всеми тягостными симптомами, оставшись одни. Им не рассказали о возможностях паллиативной помощи, не сообщили о хосписах и других учреждениях, предоставляющих такую помощь, не рассказали о возможности получить помощь хосписа на дому.

Правильное понимание врачом течения болезни – это крайне важный пункт, от него зависит, какое лечение ждет пациента – агрессивное или заботливое симптоматическое. Опытный врач паллиативной помощи предвидит по текущим симптомам дальнейшее развитие болезни и то, как она поражает организм, и то, как организм отреагирует. Он назначит схему симптоматического лечения, в которой нуждается пациент на текущий момент, и будет корректировать ее в ходе наблюдения.

Очень важно заранее объяснить пациенту и его близким, какие сложности могут их застать дома в связи с прогрессированием заболевания; рассказать, что большинство из таких симптомов можно контролировать и в домашних условиях, но при квалифицированной поддержке выездных служб паллиативных отделений или хосписов. Если семья постоянно находится на связи с врачами, то можно предупредить серьезные проблемы, экстренную

госпитализацию и, конечно, невыносимые эмоциональные переживания.

Дома пациентам помогает выездная служба хосписа. Эти службы не работают как скорая помощь. В Москве для того, чтобы команда из врача и медсестры приехала к больному домой, необходимо состоять на учете в одном из хосписов или в Центре паллиативной медицины. И чем раньше семья свяжется с такими службами, тем лучше.

Врачебный визит обычно происходит при знакомстве, а потом врач хосписа консультирует больного или его родственников по телефону, и с пациентом дальше работают медсестры и социальные работники в зависимости от потребностей. Сестринские визиты также происходят не каждый день, а, например, раз в неделю или чаще – по ситуации.

Госпитализация в стационар производится по желанию и запросу, по медицинским и социальным показаниям. Сроки госпитализации имеют средний показатель – 3 недели. Но в любом случае сохраняется индивидуальный подход, который никак не зависит от денежного и другого вознаграждения, потому что помощь хосписов бесплатна.

Часто пациенту требуется госпитализация для подбора схемы лечения болевого синдрома или других тяжелых симптомов, которые быстро и оптимально купируются в стационаре. После пациент может быть выписан домой.

Не всегда пациенты хотят госпитализироваться в хоспис. И дей-

ствительно, против воли пациента и его близких хоспис не производит ни визитов, ни звонков, ни госпитализацию. В таких случаях в амбулаторной карте должна стоять отметка о том, что звонки и визиты не требуются. Но в любой момент, как только ситуация осложнится, пациент и его родственники имеют право изменить свое решение, вызвать врача и просить о госпитализации. И к такому изменению должны быть готовы все участники.

Мы все должны помнить, что и человек, узнавший о том, что неизлечимо болен, и его родные переживают бурю эмоций, гнев, страдание. В этом состоянии они часто не в силах понять, что происходит. Врачи или медсестры (особенно кабинета паллиативной помощи), сталкиваясь с отрицанием или непониманием со стороны пациента или семьи, должны оставить для них возможность вернуться к этому обсуждению снова и снова – может быть, через 5 минут, 5 дней или 5 месяцев.

Тема паллиативной помощи сложная, требующая постоянного обучения, междисциплинарного подхода, сотрудничества разных специалистов. Но о том, кто, как и где может помочь умирающему человеку, нужно знать всем, потому что для кого-то неизлечимо больной человек – это пациент или клиент, для кого-то – близкий и любимый человек.

Главное – помнить: «Если человека нельзя вылечить, это не значит, что ему нельзя помочь». ■



ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА в ГКУЗ КО «Кемеровский областной хоспис»

Цыплакова Дарья Сергеевна,
Березикова Ольга Александровна,

ГКУЗ КО «Кемеровский областной хоспис», г. Кемерово, Россия

Основной целью сестринского ухода при оказании паллиативной медицинской помощи (далее – ПМП) является обеспечение возможно наилучшего качества жизни пациента. Качество жизни – это субъективное состояние. Идеальное качество жизни индивидуально для каждого пациента.

Основными задачами при организации сестринского ухода являются:

1. Оптимизирование организационной структуры сестринской службы, обеспечивающей координацию и повышение качества оказания сестринской помощи.

2. Определение структуры пациентов, находящихся на стационарном лечении (по локализации основного процесса, по возникновению основных проблем, по возрасту, по наличию сопутствующих патологий).

3. Создание положения о сестринской службе, включающей дифференцированную методологию оказания сестринской помощи.

4. Определение приоритетных потребностей для пациента и планирование работы.

Организационная структура сестринской службы ГКУЗ КО «Кемеровский областной хоспис» (далее – Хоспис) представляет собой линейно-функциональную структуру (см. рис. 1).

С целью совершенствования сестринской деятельности, методической помощи специалистам сестринского дела в штатное расписание Хосписа в 2012 году была введена должность заместителя главного

врача по работе с сестринским персоналом. Введение должности позволило в период интенсивного развития паллиативной медицинской помощи в РФ разработать и внедрить в Хосписе структурированную методологию оказания сестринской помощи, основанной на потребностях пациентов (дифференцированная методология).

Создание дифференцированной методологии предусматривает анализ и систематизацию структуры пациентов. Для осуществления этой задачи специалисты Хосписа располагают данными за длительный период, т.к. в течение 15 лет анализ

структуры пациентов в Хосписе проводится ежегодно. При распределении пациентов по возрасту основной процент составляют группы 50–59 лет (34 %) и 60 лет и старше (44,5 %). При распределении по локализации основного процесса ведущие места занимают злокачественные новообразования ЖКТ, органов дыхания и рак молочной железы. Ведущими проблемами пациентов Хосписа являются ХБС, расстройства ЖКТ, слабость, поведенческие реакции, запор, диарея, одышка, области опухолевого распада, кровотечения, кровохарканье, кахексия, расстройства мочевого выделения.

Общий медицинский уход и паллиативная медицинская помощь в рамках сестринской компетенции в Хосписе планируются и реализовываются на основании основного диагноза, сопутствующих осложнений заболевания, возникающих



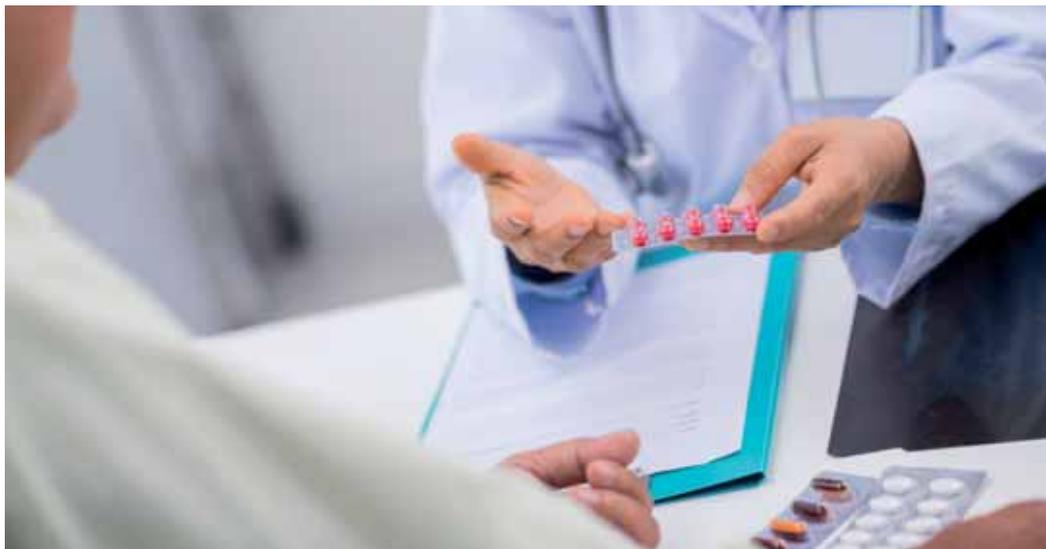
Рисунок 1.

проблем, индивидуальных потребностей и возраста пациента.

В основе методологии ведения инкурабельного пациента в рамках сестринской компетенции при оказании ПМП в Хосписе лежит модель сестринского ухода Доротеи Орэм, включающая 3 группы потребностей:

1. Универсальные (основные) потребности человека.
2. Связанные со стадией развития соответственно возрасту пациента.
3. Связанные с нарушениями со стороны здоровья (анатомические, физиологические, поведенческие).

С учетом специфики оказания ПМП и необходимости определения индивидуальных потребностей пациентов в Хосписе разработана и внедрена индивидуальная карта оценки и динамического наблюдения за состоянием пациента (далее – Карта), совмещенная с Листом врачебных назначений (см. рис. 2). Оценка состояния пациента проводится при поступлении пациента в стационар и далее ежедневно для корректировки плана общего медицинского ухода и оценки качества проведенных мероприятий.



Карта позволяет специалистам Хосписа работать в команде, оперативно реагировать на изменения в состоянии пациента, отслеживать динамику состояния и корректировать лечение тягостных симптомов.

Эффективность сестринского ухода напрямую связана с обеспечением специалистов методическими материалами по ведению пациентов с тягостными симптомами. Для

обеспечения доступности информации и повышения профессиональной квалификации специалистов в Хосписе создано Положение о сестринской службе, в которое вошли должностные обязанности специалистов, медицинская документация, используемая в Хосписе, инструкции по охране труда, фармакологическому порядку, соблюдению санитарно-эпидемиологического режима,

Рисунок 2.

Карта оценки и динамического наблюдения за состоянием пациента

Общая оценка состояния пациента		Определение основных проблем		Вр.	м/с	Определение основных проблем		Вр.	м/с
Сознание		Оценка ХБС (при наличии)				Нарушения целостности кожи		Локализация	
Ясное		Степень тяжести				Пролежни			
Спутанное		ШВО (баллы)				Раны/ распад			
Сопор		Органы дыхания				Опрелости			
Кома		Одышка				Кровотечения			
Режим двигательной активности		Кашель				Безопасность:			
Постельный (не активен)		Кровохарканье				Нарушения слуха			
Постельный (активен)		Трахеостома				Нарушения зрения			
Палатный						Риск падения/травматизации			
Общий		ЖКТ				Поведенческие реакции:			
Способы перемещения, транспортировки		Запор / Диарея				Депрессия			
На каталке/носилках		Тошнота / Рвота				Апатия			
В кресле-каталке		Плохой аппетит/анорексия				Бессонница			
С сопровождением / Ходунки, костыли		Колостома				Тревожность			
Самостоятельно		Стоматит				Возбужденное состояние			
Осуществление личной гигиены									
Самостоятельно (консультативная помощь)		Питание:				Асцит			
Частично компенсирующая помощь		Насогастральный зонд				Гидроторакс			
Полностью компенсирующая помощь		Гастростома/еюностома							
Оценка функционального состояния		Помощь при кормлении				Консультация врача-специалиста:			
		самостоятельно							
АД	Рз	Дисфагия				Беседа с пациентом / родственниками			
ЧДД	Т° тела	Икота				Духовная помощь			
Уровень сахара крови*		Недержание мочи:				Другие замечания/пожелания пациента			
Антропометрия*		Катетер Фолея							
ИМТ (вес, кг/рост ² , м)		Подгузник/ урологич. прокладки							
		Задержка мочеиспускания							

* по назначению врача

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Балацкая Наталья Яковлевна ,

ГБУЗ НСО «Новосибирская районная больница №1»,
отделение паллиативной медицинской помощи, Россия

Работа психолога в ОПП ведется в трех направлениях:

- психологическая помощь incurable пациентам;
- помощь родным и близким пациентов, их поддержка;
- поддержание психологического климата в ОПП, поддержка медицинского персонала ОПП.

Основной задачей онкопсихолога является понижение психоэмоционального напряжения у пациента с возникшей угрозой жизни.

Первое, с чем сталкивается пациент, – это плохая новость. Сообщение плохих новостей – сложная коммуникативная задача. Одна и та же информация разными людьми может быть воспринята неодинаково. Для одного пациента это может быть ожидаемый результат и переход на следующий этап болезни; для другого это удар, стресс, шок. Важно выяснить ожидания пациента.

Иногда возникают вопросы иного плана: а нужно ли пациенту знать о своем диагнозе? Есть ли необходимость сообщать о нем родным?

Деликатное сообщение плохой новости – важнейший момент для пациента. Адекватное сообщение плохой новости открывает путь ко многим аспектам лечения, таким как обсуждение плана лечения, совместное принятие решения, получение информированного согласия и вовлечение семьи в процесс лечения пациента. Если плохая новость подана неудачно, это может увеличить боль и страдания пациента и привести к разочарованию в медицинской помощи.

Второй важный момент для пациента – психологическая адаптация к своему реальному состоянию здоровья. Можно ли говорить о про-

Главной задачей паллиативной помощи является купирование боли и других симптомов, а также решение социальных, психологических и духовных проблем. Психологическая помощь в отделении паллиативной помощи (ОПП) занимает далеко не последнее место.

гнозах, рисках и каким образом? Каковы шансы больного? И т.д.

У пациентов остается много непонятных, нерешенных, нераскрытых вопросов, проблем... Пациенты с диагнозом «рак» очень часто неправильно понимают то, что им говорят, неверно истолковывают серьезность диагноза, стадию заболевания, прогноз, цель лечения.

Важно чтобы обсуждение прогноза привело не к тревожности пациента, а к ее снижению; не к депрессии, а к максимально активной жизненной позиции (насколько это возможно). Здесь нет единого рецепта для всех, необходим только индивидуальный подход, следует принимать во внимание потребности пациента при любом плане лечения, учитывая жизненные ценности пациента, его темперамент, характер, семейное положение, социальный статус, духовную принадлежность и многое другое. Важно сохранять надежду при обсуждении прогноза.

В-третьих, важно обращать внимание на взаимодействие пациентов между собой в палате. Научить пациентов не привязывать к себе состояние соседа, его боли, его переживания, его стадии заболевания, объяснять, что течения болезни у всех совершенно разные, не нужно мерить на себя.

Кроме того мы все относимся к вопросу жизни и смерти совершенно по-разному. Обсуждение вопросов смерти всегда волнительно, неожиданно; всегда вызывает стресс, страх, шок... Быть с пациентом рядом в эту мину-

ту бывает очень необходимо: иногда просто молча держать за руку, иногда, наоборот, нужно оставить его наедине с собой, иногда окружить общением с родными и друзьями.

У меня была ситуация, когда пациентка наотрез отказалась общаться со мной. Когда я заходила в палату, она выгоняла меня, демонстративно отворачивалась, рассказывая мне о том, что у нее все хорошо, у нее хорошая семья, дети, друзья; все ее поддерживают; она не нуждается в моей помощи и поддержке. По ее поведению было понятно, что на самом деле это одинокая женщина, она замкнулась в своей болезни и боится о ней говорить. Я продолжала заходить в палату, объясняя, что захожу пообщаться не только с ней, но и с ее соседками, а с ней просто здоровалась и не более того. Но каждый день к приветствию добавляла каждый раз слово, предложение, рассказ (что-нибудь теплое, душевное). Однажды





я зашла в палату, и рядом не оказалась санитарки, а ей понадобилась помощь, я подошла, помогла сделать все, что нужно было, затем подняла ее ноги на кровать (сама она уже не могла их поднять) и обратила внимание, что кожа ног очень сухая. Я предложила ей нанести крем, она согласилась. Когда я наносила крем на кожу ног, она разговорилась и была удивлена, что я не брезгую ей. Завязался разговор. Женщина навзрыд начала выплескивать свою боль, боль не физическую, а душевную: как она одинока, что дети брезгают ей и не очень довольны тем, что от нее идут запахи. Мы долго разговаривали. После этого знакомства мы общались каждый день и подолгу. Через некоторое время она извинилась, что выгоняла меня, и благодарила, что я не отступилась от нее.

Этот случай подтвердил мои предположения, что помощь нужна всем – словом, теплом, любовью, заботой!!! Это не измеряется никакими благами, количеством денег, статусом.

Если мы не можем вылечить человека, то повлиять на качество жизни, поддержать, помочь преодолеть страх перед болезнью, перед будущим – это в наших силах.

При общении с инкурабельными пациентами психолог сталкивается с гневом, агрессией, страхом, ненавистью, апатией, отрешенностью – и это далеко не весь спектр его переживаний и напряжений, многое зависит от ценностей и воспитания человека, его силы воли и характера.

Очень важно доверие пациента психологу. Если нет доверия, работа в дальнейшем не сложится. Необходимо к каждому подбирать индивидуальный подход, совсем не обязательно с пациентом говорить о болезни – он сам выведет вас на нужную, важную для него тему разговора. Порой это обиды с детства или взаимоотношения с близкими. Иногда пациент говорит о своих ошибках, или высказывает горечь о том, что не успел сделать, жалеет о несбывшейся мечте или незаконченном проекте.

Пациент может быть раздражен, эмоционально неконтролируем, вспыльчив, с переменным настроением. Психолог должен все принимать во внимание и принимать пациента таким.

Психолог должен быть вооружен рядом различных психологических методик при работе с онкологическими пациентами начиная от наблюдения, включая в процессе деятельности методы АРТ-терапии, гештальт, психоанализ и т.д.

Чаще всего беседа занимает лидирующее место, т.к. пациенты ослаблены физически и находятся в лежачем положении.

Иногда имеет место и групповая работа. В палате, где лежат четыре человека, все могут быть вовлече-

ны в работу и одновременно находиться под контролем психолога.

Иногда в направленной психологической работе как таковой и нет необходимости. Важно отвлечь больных от мыслей через творчество: музыку, поэзию, рукоделие, включая в творческую деятельность как самих пациентов, так и близких, медицинский персонал или волонтеров.

Примеры нашего отделения: в палатах поем песни, делаем славянские обереговые куклы, рисуем, играем в лото, собираем пазлы и др. Славянские куклы приобрели некую популярность, т.к. их изготовление – несложный и нетрудоемкий процесс. Делаются куклы без использования ножниц и иголок. Но при этом прорабатываются психологические проблемы безболезненно для пациента, незаметно, играючи идет процесс психодиагностики, психокоррекции и психотерапии.

Особую роль в психологической помощи играют волонтеры. Мы привлекаем к работе с пациентами ОПП и творческие коллективы, которые стали частыми гостями нашего отделения. Это и парикмахеры, которые приносят красоту, опрятность, обновленность внешнего облика. Когда в зеркале видишь новый, свежий, красивый образ, то глаз блещит и жить хочется!

Это и юрист, который поможет решить какую-либо социальную или правовую проблему.

Приходят к нам в отделение студенты медицинского колледжа и других учебных заведений, помогают наводить порядок в палатах, но самое главное: они своим присутствием несут молодость, задор, оптимизм – ЖИЗНЬ!!!

Конечно, психолог сам должен быть сильным, морально устойчивым, оптимистичным, жизнерадостным, эмоционально контролируемым.

Очень сложно в небольшой статье описать работу психолога. Каждый день передо мной проходит новая судьба, новая жизнь, новая история. В связи с этим появляются совершенно новые подходы, методы, новый опыт.

На самом деле я благодарна своим пациентам: это они меня учат ЖИТЬ, ЛЮБИТЬ, прощать и быть благодарной! ■



ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ. РОДИТЕЛИ И СИБЛИНГИ – ПОЗВОЛИТЬ СЕБЕ ПРОСТО ЖИТЬ

Придатченко Марина Александровна,

Учредитель, директор Благотворительного фонда поддержки паллиативных детей “ЖЕЛАНИЕ БЫТЬ!”, Россия

Несколько важных слов о паллиативе:

Паллиатив – это забота не только о ребенке, это забота обо всей семье, обеспечение максимально возможного качества жизни.

Основной постулат паллиативного подхода состоит в том, что жизнь и смерть – это естественные процессы, поэтому мы не вправе как ускорять смерть, так и замедлять ее.

В паллиатив нельзя «отдать на день», это не имеет смысла. Необходимо установить доверительные отношения с семьей ребенка, сопровождать их в течение длительного времени, в том числе после смерти ребенка. Родители не должны чувствовать, что остались один на один со страшной и неразрешимой ситуацией болезни и смерти ребенка.

Нам самим трудно примиряться с чувствами и осознанием того, что ребенок неизлечимо болен, и очень хочется найти что-то, что поможет в этой дикой ситуации, поможет не только нам, но и многим родителям умирающих детей. Только родителям еще труднее: им же нужно оставаться лучшими мамой или папой своему уходящему ребенку. Им надо быстро научиться многим вещам: говорить с ребенком о жизни и смерти, смеяться, когда сил совсем нет, общаться с чиновниками, не больно делать уколы, быстро находить безопасные темы для разговоров с друзьями, чтобы их окончательно не потерять, находить время на других членов семьи,

Каждый родитель хочет видеть своего ребёнка абсолютно здоровым, и когда случается так, что чадо заболевает серьёзной болезнью, для родителей это является настоящим шоком: никто не хочет видеть смерть своего ребёнка раньше своей.

чем-то радовать себя, чтобы все это выдержать.

Паллиативная помощь может быть оказана на разных этапах заболевания, поэтому к паллиативу относится не только помощь умирающим детям.

При постановке диагноза паллиативная команда может оказать социально-психологическую или социальную помощь семье. Врачи же должны рассказать о том, что такое паллиатив, что такое симптоматическое лечение, зачем это нужно (проблема состоит в том, что врачи редко берут на себя разговор о паллиативе). Паллиативная команда может присутствовать при этом разговоре, чтобы у родителей не складывалось впечатление, что их выставляют из больницы, описывая

какие-то неясные перспективы, чтобы они понимали, что они переходят из рук в руки, что их ждут и готовы оказать помощь. Психологи, координаторы, волонтеры могут активно поддержать родителей (прежде всего – за счет активного слушания).

Необходима социально-психологическая поддержка, чтобы родители могли проговорить свои страхи. Родителям очень сложно найти людей, с которыми можно обсуждать вопросы, связанные с возможной смертью ребенка. К тому же, если они находятся дома, то вся семья полностью погружена в эту ситуацию. Процесс умирания может длиться очень долго, и всем членам семьи нужно научиться с этим справляться и с этим жить.





Существует несколько подходов родителей к заболеванию своего ребёнка:

– реалистичный подход. Родители, придерживаясь этого подхода, чётко осознают происходящее с ребёнком, ответственно подходят к его состоянию. При таком подходе между членами семьи складываются адекватные отношения. Конечно, родители и другие члены семьи испытывают беспокойство за здоровье своего ребёнка, но это беспокойство не возводится в ранг патологии;

– пессимистический подход. Родители больного ребёнка утрачивают всяческий интерес к жизни или же фиксируют своё внимание на здоровом ребёнке, если таковой имеется. При таком подходе все в семье являются напряженными, уставшими. Данное поведение можно рассматривать с нескольких позиций, но самым главными являются желание избежать ответственности или же маскировка собственного депрессивного состояния;

– псевдооптимистический подход. Родителями игнорируется вся серьёзность заболевания. При развитии терминального состояния болезни родители впадают в де-

компенсированную депрессию с возможностями суицидальных действий. Конечно, такое поведение не может положительно сказываться на здоровье тяжело больного ребёнка.

Разумеется, заболевание (особенно длительное и тяжёлое) накладывает свои характерологические особенности на всех членов семьи

Родители – это прежде всего супружеская пара, и эта пара должна оставаться ПАРОЙ, быть центром семьи и семейных отношений. Когда рождается ребенок, мать поддерживает его, обеспечивает его жизнь, ставя ребенка на первое место (муж немного отодвигается в сторону). По мере взросления ребенка родителям нужно давать ребенку все больше свободы и при этом восстановить в полной мере супружеские отношения, чтобы ребенок не вставал на место одного из супругов, чтобы пара была парой, а ребенок – ребенком.

Болезнь часто формирует симбиотическую связь, и естественного отделения ребенка от родителей (прежде всего – от матери) не происходит. Возникает регресс (поведение как на более ранней стадии развития), инфантилизация, зависимость от родителей. У родителей может

возникать ощущение полного слияния со своим ребенком, неспособность выделить себя как отдельного человека со своими потребностями и желаниями («я – придаток своего ребенка»). Это не только препятствует развитию ребенка, но и разрушает супружеские отношения: в результате позицию супруга занимает ребенок, мать становится основным опекуном, а отец смещается на периферию, его основной задачей, как правило, становится забота о сиблингах и добыча средств.

Как и у всякого человека, столкнувшегося с болезнью, у матери формируется концепция болезни ее ребенка. Она может сильно отличаться от врачебной: мать может очень избирательно воспринимать информацию – отчасти в связи с реальным эффектом стресса, например, при сообщении диагноза, отчасти из-за самой картины болезни. Мать не всегда слышит своего ребенка: этому препятствует чувство вины, часто иррациональное (за то, что ребенок заболел или не выздоровел), чувство обиды (например, на врачей, выражающееся в самообвинениях или агрессии), усталость, постоянный контроль за состоянием ребенка.

На мать ложится двойная нагрузка: социум вокруг нее резко изменяется (как в момент переезда в больницу, так и в момент возвращения домой), она погружена в эмоциональный коктейль из страха, тревоги, фрустрации, раздражения, чувства вины и т.д. (связанный как с ее ситуацией, так и с ситуацией ребенка), находится в постоянном стрессе за ребенка и за себя, пытается одновременно контролировать и свое состояние, и состояние ребенка. Зачастую мать задвигает себя на задний план, игнорирует свои потребности, полностью сосредоточившись на ребенке. Кроме того, что нужно справляться с эмоциями, которые зашкаливают, нужно решать массу социальных вопросов (достать лекарства, обеспечить лечение, найти деньги, привезти, отвезти и т.п.). Возникает чувство вины, что оставлен другой ребенок (сиблинги). И все это происходит одновременно.

Отец, как правило, получает информацию через мать, и нужно

понимать, что это отфильтрованная информация. Как следствие, отцы часто не владеют всей информацией и делают вполне понятный ход: предлагают матери решить самой. То есть отец испытывает объективные сложности с тем, чтобы принять решение, так как информации недостаточно. Но мать может воспринимать подобные действия как отсутствие поддержки.

В целом, если до болезни ребенка в семье были крепкие отношения, то после болезни ребенка уровень близости сохраняется или даже возрастает. Если же отношения не были налажены, болезнь усугубляет непонимание, и либо семья распадается, либо люди справляются со стрессом, как могут (уход в работу, алкоголизм, измены и т.п.).

Основной принцип паллиативной помощи – это принятие и поддержка родителей, их действий и решений.

Очень велико искушение прийти в семью как человек, знающий, как поступать правильно. Неконструктивное поведение? Исправить. Неправильное (по нашему мнению) решение? Изменить, указать на ошибку. Психологические защиты? Убрать защиты – нужно смотреть в лицо реальности. Но такой подход не срабатывает, не помогает семье. Даже неконструктивные защиты для чего-то нужны, нельзя отобрать их и оставить человека еще более незащищенным перед лицом подобной ситуации.

Каждая семья имеет историю своей жизни, отношений. Это сложнейшая структура, которая и так испытывает огромные перегрузки – к смерти ребенка нельзя быть готовым, это не такой опыт, который можно получить заранее. Сколько бы родители ни сделали, они будут испытывать чувство вины и думать, что еще они могли бы сделать. Как бы они ни поступали (даже если их поведение выглядит неправильным, неадекватным), они пытаются справиться со сложившейся ситуацией как могут, как умеют. Что бы ни делали родители, они поступают так из любви к своему ребенку, и им очень страшно. В любом случае родители находятся в постоянном напряжении 24 часа в сутки, причём выходных, конечно же, нет. Напря-

жение это захватывает все сферы жизни взрослого человека – эмоциональную, физическую, духовную, финансовую.

Если принять все вышесказанное за аксиому, то первый шаг и все последующие шаги заключаются опять же в принятии. Постепенно, по мере того, как растет доверие, у родителей может возникнуть вопрос к психологу или запрос о помощи, желание что-то изменить. Но в любом случае основным критерием является готовность родителей к тому, чтобы сделать следующий шаг, форсировать события бессмысленно.

Принятие – вот основной инструмент.

Надежда, умение сосредоточиться на настоящем, на факте жизни, на полноценном присутствии в жизни ребенка и своей семьи, на качестве этой жизни, на маленьких радостях – это хороший результат.

Очень большое внимание стоит уделять общению больного ребёнка с братьями/сёстрами.

Брат или сестра в английском языке звучит как *siblings*, поэтому и мы будем называть их сиблингами. Этот термин используется в основном в генетике.

Здоровые братья или сёстры играют важную роль в жизни больного ребёнка. Сегодня мы разрабатываем программу поддержки здоровых сиблингов – это и совместные праздники, и поздравления с днем рождения, и посещения культурно-массовых мероприятий, а также кропотливая работа психологов и педагогов.

Как бы то ни было, но здоровый ребёнок в семье, в которой имеется ребёнок тяжелобольной, страдает намного больше. Это случается в связи с тем, что он теряет базовую потребность в любви. Иногда здоровые сиблинги желают тоже заболеть, чтобы на них обратили столько же внимания, или же они желают смерти своему больному брату / сестре, после чего возникает чувство вины.

Психологические проблемы в семьях детей с паллиативными заболеваниями во многом универсальны. Но немаловажно, что наличие в каждой семье собственной истории, способов коммуникации, сформированных паттернов поведения заставляет говорить о существовании



индивидуальных для каждой семьи особенностей проблематики.

Определение групп проблем позволяет выбирать характер психологических реабилитационных мероприятий на каждом этапе. Что касается выбора техник и методов работы, то они могут быть различными в зависимости от клиентских потребностей, этапа и характера переживания травмы, профессиональных предпочтений психолога. Как эффективные зарекомендовали себя методы системной семейной терапии, гуманистического подхода, арт-терапии, когнитивно-имагинативного подхода и др.

Психологическое сопровождение семьи специалистом-психологом заключается в контейнировании тревоги членов семьи, в эмоциональной поддержке, помощи в восстановлении контакта с реальностью. Также важны проработка чувств гнева и вины как у родителей, так и у детей, с учетом специфики и структуры этих чувств у ребенка и взрослого, работа с депрессивными состояниями; работа с детско-родительскими отношениями, направленная на минимизацию эмоциональной изоляции, установление адекватной коммуникации, уменьшение родительской гиперопеки. И, возможно, самый важный аспект – выявление



ресурсных возможностей данной семьи, на которые могут опираться все её члены, затронутые состоянием переживания горя.

При этом от психолога требуется гибкость в выборе техник и подходов, что связано с динамикой актуального клиентского состояния.

На всех этапах ведения паллиативного ребенка ярко прослеживается зависимость эмоционального состояния детей, их способность к адаптации в новых условиях от эмоционального состояния родителей и их стратегий поведения. Семьи, сумевшие адаптироваться к новым условиям, предлагают ребенку альтернативные способы деятельности, не концентрируясь на упущенных возможностях, что благотворно влияет на самооценку ребенка.

Большой положительный эффект в профилактике эмоционального выгорания у родителей оказала возможность совместного группового отдыха паллиативных семей в условиях загородных усадеб с полным пансионом. Во-первых, благоприятные экологические условия, живописность местности полезны для семей, живущих в постоянном серьезном стрессе. Проводимые развлекательные, спортивные мероприятия, выездные экскурсии, возможность пользоваться велосипедами, лыжами, всевозможным инвентарем для настольных игр,

катание на лошадях, посещения бассейна делают нахождение семей в загородных усадьбах разнообразным и увлекательным, способствуют физическому и психологическому укреплению здоровья всех членов семьи. Кроме того, это значительно расширяет опыт возможного проведения досуга для семей, позволяет им в контролируемой медиками, а следовательно, более безопасной обстановке, разрешать себе снимать ограничения, касающиеся физической активности. В этих условиях у родителей снижается чрезмерная тревога за своих детей, они позволяют им быть более самостоятельными, общаться со сверстниками. Это помогает детям сепарироваться, организовывать своё групповое общение, получать тот навык коммуникации, который они пропускают в связи с ограничениями и изоляцией, исходя из специфики заболевания, его лечения, а также ограничивающей родительской позиции. Общение с себе подобными снижает у детей тревогу, связанную со своей непохожестью на других, с возможной неполноценностью, позволяет им чувствовать себя свободно.

Возможность работы с психологом в формате индивидуальных, семейных, групповых (родительских и подростковых) встреч позволяет проработать внутренние и межличностные проблемы, снизить

эмоциональное напряжение, способствует уменьшению фобических и агрессивных реакций у детей, помогает выработать стратегии адаптивного поведения и т.д.

Родители, склонные изолироваться от социума, застрявшие в болезни, занявшие рентную позицию по отношению к социуму, становятся весьма пассивными. Это касается их отношения к организации досуга своего и детского, провоцирует частое недовольство всем и всеми, негативно сказывается на качестве общения с детьми и другими родителями. В итоге ощущение раздражения и общая пассивность не дают использовать все ресурсы, поэтому мы считаем полезным вовлечение родителей в более активную позицию по отношению к своему собственному и детскому времяпровождению. Это дает опыт нового общения с детьми, открывает для них и себя отличные от повседневности способы взаимодействия, позволяет ощутить в себе новые ресурсные возможности, способствует отказу от рентной, зависимой позиции. Такими мероприятиями являются организованные совместно детьми и родителями походы на спектакли, спортивные состязания, мастерские, организованные мастер-классы по валянию, рисованию, декупажу и т.п. для других родителей, вовлечение родителей в организацию экскурсионных поездок (чаще паломнических).

Литература

1. Аралова М.П., Асманян К.С., Поливченко М.Г. Психологическое исследование родительского отношения к дошкольникам в стадии ремиссии острого лимфобластного лейкоза // Материалы первой Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические проблемы детской онкологии». – М.: GlaxoWelcome, 1997. – С. 105–107.
2. Бялик М.А., Моисеенко Е.Е., Николаева В.В., Урядницкая Н.А. Особенности психологической адаптации и лечения детей с онкопатологией // Материалы первой Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические проблемы детской онкологии». – М.: GlaxoWelcome, 1997. – С. 97–99.
3. Варга А.Я. Введение в системную семейную психотерапию. – М.: Когито-центр, 2008.



4. Волкан В., Зинтл Э. Жизнь после утраты: Психология горевания. – М.: Когито-центр, 2007.

5. Гусева М.А., Антонов А.И., Лебедь О.Л., Карпова В.М., Цейтлин Г.Я. Социальные проблемы семей, имеющих детей-инвалидов с онкологическими заболеваниями // Высшее образование для 21 века: 6-я международная научная конференция. Москва, 19-21 ноября 2009 г.: Доклады и материалы. Секция 8. Социальное образование. – М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2009.

6. Дурнов Л.А. Медико-социальная реабилитация в детской онкологии. НИИ Детской онкологии и гематологии ОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва, 1999 г. // Материал конференции доступен в сети интернет (апрель 2010 г).

7. Дурнов Л.А., Бойченко Е.И., Глеков И.В. Клинические лекции по детской онкологии. Часть 1. Учебное пособие для вузов / под ред. Дурнова Л.А.. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004.

8. Добряков И.В., Заширинская О.В. Психология семьи и больной ребёнок. – СПб.: Речь, 2007.

9. Климова С.В., Микаэлян Л.Л., Фарих Е.Н., Фисун Е.В. Основные направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями, в условиях стационара // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2009. – № 1..

10. Лебединский В.В. Нарушение психического развития в детском возрасте. – М.: Академия, 2007.

11. Мирошкин Р.Б., Фисун Е.В., Филиппова Н.Е. Психологическая реабилитация семей с детьми, перенесшими онкологическое заболевание // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2010. – № 3.

12. Михайлова С.Н., Моисеенко Е.И., Сурина И.А., Ясонов А.В., Ясонова Н.А. Социальная адаптация молодежи, перенесшей в детском возрасте онкологическое заболевание // Материалы первой Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические проблемы детской онкологии». – М.: GlaxoWelcome. – 1997. – С. 85–86.

13. Моисеенко Е.И., Писаренко Н.А., Цейтлин Г.Я. Психологическая адаптация семьи с ребенком с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии // Материалы первой Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические проблемы детской онкологии». – М.: GlaxoWelcome. – 1997. – С. 112–115.

14. Обухова Л.Ф. Возрастная психология: учебник для вузов – М.: Высшее образование; МГППУ, 2007.

15. Психологические аспекты оказания паллиативной помощи детям / Белорусский детский хоспис; сост.: А. Г. Горчакова, Л. Ф. Газизова. – Минск: Белсэнс, 2014.

16. Рейнальдо П.Л. Психотерапевтическое лечение фобических состояний и посттравматического стресса. – М.: Маренго Интернейшнл принт, 2001.

17. Русина Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях / Н. А. Руси-

на // Мир психологии: Научно-методический журнал / Академия пед. и соц. наук. 2002. № 4, – С. 152–160.

18. Сидорова В.Ю. Четыре задачи горя // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2001. – № 1–2.

19. Тесленко Б.В., Филиппова Н.Е. Организация работы отделения реабилитации для детей с онкологическими заболеваниями в состоянии ремиссии и их родителей в ФГУ санаторий «Русское поле» // Материалы симпозиума «Актуальные проблемы реабилитации в детской онкологии». – Саров: Саров ЛТД, 2009. – С. 14.

20. Фисун Е.В. Системный подход в психологической работе с онкопациентами и членами их семей». Доступно в сети интернет (апрель 2010 г.)

21. Цейтлин Г.Я. Модель городской/ региональной системы комплексной реабилитации детей с онкологическими заболеваниями. // Материалы симпозиума «Актуальные проблемы реабилитации в детской онкологии». – Саров: Саров ЛТД, 2009. – С. 34.

22. Черников А.В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. ■

ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЛОДЫХ (и не только!)

Чарнота Доминика,

Информационный центр рассеянного склероза при Польском обществе рассеянного склероза в Варшаве, Польша

Рассеянный склероз (сокращенно – SM от латинского названия этого заболевания sclerosis multiplex) является аутоиммунным заболеванием центральной нервной системы — это означает, что иммунная система атакует клетки собственного организма, ошибочно воспринимая их как чужеродные.



В случае рассеянного склероза это клетки миелина, который окружает нервные волокна (аксоны) и выполняет защитную функцию, а также обеспечивает надлежащую передачу нервного импульса. В местах повреждения миелиновой оболочки образуются характерные рубцы (также называемые уплотнениями), их присутствие (видимое при магнитно-резонансном исследовании) является необходимым условием для диагностики SM.

В зависимости от места повреждения больной может испытывать различные симптомы. К ним относятся, прежде всего, нарушения равновесия, мышечная слабость, спастичность (напряженность мышц),

сенсорные расстройства, боль, тремор, нарушение зрения, нарушение речи, дисфункция сфинктера, сексуальные проблемы (ослабление либидо, эректильная дисфункция у мужчин, отсутствие адекватной вагинальной смазки и трудности в испытании оргазма у женщин), расстройства настроения, нарушения познавательной функции, усталость.

Заболевание в основном поражает молодых людей в возрасте 20–40 лет, но также встречается у пожилых людей и детей. Убеждение людей в определенном возрастном диапазоне, приводит к тому, что, к сожалению, людям за пределами этого диапазона диагноз часто ставится слишком поздно.

Считается, что SM болеет один человек из тысячи, то есть в Польше приблизительно 40 000 таких больных.

Содержимое клетки	Поврежденный миелин (демиелинизация)	Нервное волокно (аксон)
Искаженное сообщение		

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ НЕКОТОРЫХ СИМПТОМОВ

Проблемы со зрением часто являются первым симптомом SM (ретробульбарное воспаление зрительного нерва). Больные страдают от частичной или полной потери зрения (как правило, одного глаза), двоения, скотомы, сужения поля зрения, произвольных движений глаз (нистагма).

Нередко также появляются **проблемы с мочевым пузырем**. На начальной стадии заболевания это связано с более частыми, чем обычно, позывами к мочеиспусканию. На более позднем этапе может дойти до произвольного опорожнения мочевого пузыря или, наоборот, к задержке мочи.

Спастичность – симптом, характерный для более поздних стадий заболевания. Это нетипичное напряжение мышц связано не только с проблемами движения и выполнения простых действий (в том числе гигиенических мероприятий), но и с болью и осложнениями, такими как проблемы с позвоночником, речью, глотанием.

Расстройства настроения, к сожалению, как симптом заболевания зачастую игнорируют. В частности, **депрессия** многим людям кажется адекватной реакцией на жизненную ситуацию, в которую попадает человек с рассеянным склерозом, – неизлечимая болезнь и прогрессирующая инвалидность являются слишком понятными причинами подавленного настроения. В то же

время депрессивные расстройства не только влияют на ухудшение субъективно воспринимаемого качества жизни, но могут также привести к прекращению лечения и реабилитации и даже к самоубийству. Больные рассеянным склерозом в семь раз (!) чаще, чем другие, совершают самоубийство. Депрессия в случае SM — не только результат возможной реакции на заболевание, но, прежде всего, один из симптомов, связанных с нарушениями нервной системы. Человек, у которого длительное время подавленное настроение, должен находиться под медицинским наблюдением психиатра.

ОТКУДА? ИЛИ ЭТИОЛОГИЯ

Механизм появления нарушений нервной системы в результате рассеянного склероза в настоящее время достаточно хорошо изучен, однако до сих пор мало известно о самих причинах заболевания. Почему здоровый организм вдруг начинает уничтожать сам себя?

Гипотез много. Интересен тот факт, что частота SM варьируется в зависимости от географической широты (!): чем ближе к экватору, тем ниже заболеваемость. Предположительно это зависит от солнечного света и, таким образом, **выработки витамина D** в организме. Другая гипотеза касается **гормональной сферы**: женщины заболевают почти в два раза чаще, чем мужчины. Кроме того, во время беременности течение заболевания в большинстве случаев облегчается, но в первом триместре после родов наступает ухудшение состояния больной (как правило, только временно.) Что касается родительства, часто возникает вопрос о **факторе наследственности**. Сейчас известно, что нет отдельного гена, отвечающего за возникновение рассеянного склероза (в отличие от болезни Хантингтона). Также известно, что риск заболевания у ребенка больного больше, чем у ребенка здоровых родителей. Однако следует подчеркнуть, что этот риск находится на уровне 3–5 %, что довольно мало.

ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ И ДИАГНОСТИКА

Рассеянный склероз возникает в трех основных формах. Наиболее



распространенной является **ремиттирующе-рецидивирующая** форма, которая касается в основном молодых людей. Она характеризуется внезапным появлением симптомов заболевания (так называемым обострением), которые через некоторое время исчезают. На ранних стадиях ремиссия заболевания, как правило, полная, но со временем нарушения нервной системы становятся настолько серьезными, что симптомы приобретают постоянный характер. В результате течения болезни ремиттирующе-рецидивирующая форма переходит в **вторично-прогрессирующую**, во время которой уже нет обострений, но заболевание неуклонно прогрессирует, только без сильных, внезапных ухудшений.

Первично-прогрессирующая форма встречается реже и больше проявляется у людей среднего возраста.

Этот тип SM сначала протекает без обострений, болезнь развивается постепенно. Первично-прогрессирующая форма обычно диагностируется намного позже появления первых симптомов. Как можно заметить, перечень нарушений, связанных с рассеянным склерозом, длинный, и ни одно из них не является характерным только для этого заболевания. Поэтому часто

больным приходится посещать многих специалистов (таких как офтальмолог, ортопед, гастроэнтеролог, врач-психиатр), пока, наконец, они не попадут к невропатологу и получат правильный диагноз. В случае женщин среднего возраста многие врачи связывают первые симптомы заболевания с менопаузой.

В настоящее время рассеянный склероз диагностируется в основном с помощью **магнитно-резонансной томографии** (наличие очагов демиелинизации мозга и/или спинного мозга), **вызванных потенциалов** (это исследование определяет время, необходимое мозгу для получения информации) и **спинномозговой пункции** (наличие олигоклональных дисков в спинномозговой жидкости).

Ни на одном этапе заболевания нельзя предсказать, как быстро оно будет развиваться. Есть люди, которые болеют в течение многих лет, но без серьезных последствий. А есть такие, которые уже через несколько лет после установления диагноза значительно теряют подвижность. Заболевание может в любое время ускориться или замедлиться.

ОБОСТРЕНИЯ

Обострением считается появление новых или возобновление уже



возникавших ранее симптомов продолжительностью более 24 часов. Симптомы обычно сохраняются 4–6 недель, однако это время может варьироваться от нескольких дней до нескольких месяцев. Обострения могут быть различной интенсивности. В случае резкого ухудшения необходимо стационарное лечение. Чтобы быстрее привести больного в себя, врачи часто принимают решение о назначении стероидных препаратов.

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Рассеянный склероз, к сожалению, до сих пор неизлечим, однако уже в течение нескольких лет доступны лекарства, которые могут облегчить болезнь. К ним относятся бета-интерфероны, глатиромера ацетат, митоксантрон, натализумаб и финголимод (в последнее время одобренный для продажи в странах Европейского союза) — первый оральный препарат от СМ; остальные вводятся в виде инъекций или

инфузий (капельно). К сожалению, большинство этих препаратов предназначено только для людей с ремиттирующе-рецидивирующей формой и возмещается в рамках Программы лечения рассеянного склероза из средств Национального фонда здравоохранения только через 3 года (срок действия программы должен быть продлен до 5 лет).

Даже если больной не имеет права на лечение препаратами, зарегистрированными как препараты от рассеянного склероза, важно, чтобы он находился под постоянным медицинским наблюдением, особенно на поздних стадиях заболевания. Многих негативных последствий и, следовательно, жалоб можно избежать с помощью симптоматических препаратов и соответствующей реабилитации. Больные часто неохотно выполняют физические упражнения, утверждая, что они только ухудшают их состояние. Действительно, повышение темпе-

ратуры тела в связи с напряжением может временно ухудшить симптомы, но следует подчеркнуть, что польза надлежащей реабилитации намного перевешивает временные неудобства. Особенно важными являются упражнения с увеличением амплитуды движения – они препятствуют длительным контрактурам мышц и обеспечивают гибкость суставов.

НАДЕЖДА НА БУДУЩЕЕ

Из-за распространенности и последствий рассеянный склероз является одним из заболеваний, по поводу которых проводится много клинических испытаний во всем мире. В ближайшем будущем может оказаться, что какой-нибудь из испытываемых препаратов не только затормозит развитие болезни, но также будет восстанавливать повреждения нервной системы. ■

ОБРАЩЕНИЕ С БОЛЬНЫМ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Луба Малгожата,

психолог, Информационный центр рассеянного склероза при Польском обществе рассеянного склероза в Варшаве, Польша

У людей с SM наблюдаются большие различия в течении заболевания, симптомах и подвижности. Обычно в начале заболевания больные рассеянным склерозом испытывают обострения (внезапные обострения симптомов) и ремиссии (частичное или полное улучшение). Это означает, что сегодня больной чувствует себя хорошо, может самостоятельно выполнять свои обязанности, а на следующий день нуждается в помощи при выполнении простейших ежедневных действий. Постепенно четкая граница между периодами обострения и ремиссии размывается, и наступает прогрессирующее снижение подвижности. Иногда с самого начала больные не испытывают отчетливых обострений и ремиссий SM. Их состояние здоровья постоянно ухудшается, без периодов значительного улучшения и исчезновения симптомов заболевания.

При тяжелых формах SM симптомы, с которыми должны мириться больной и его опекун, чаще всего такие: обострения заболевания, снижение подвижности (рук и ног), спастичность, тремор, боли, расстройства сфинктера, проблемы с речью и глотанием, эмоциональные проблемы.

ОБОСТРЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Препараты, применяемые при обострении заболевания, — это чаще всего кортикостероиды, которые обычно вводят внутривенно (Solu-medrol) или орально (Medrol, Metypred, Encorton, Dexamethason, Dexaven). Их задача — угнетение иммунной системы с целью подавления воспалительных процессов в организме. Это приводит к частич-

Рассеянный склероз (SM) является нейродегенеративным расстройством, которое у 10–15 % больных протекает тяжело, приводя к значительной инвалидности, обременительным симптомам и необходимости в опеке. Этой группе больных обычно чаще всего приходится пользоваться помощью и поддержкой, которую оказывают дома социальной помощи, дома престарелых, учреждения ухода и опеки, учреждения опеки и медицинские учреждения, медсестры и т. д.



ному или полному исчезновению симптомов, появляющихся в период обострения SM. К сожалению, эффективность стероидов уменьшается в зависимости от длительности заболевания: в первые годы после нескольких дней лечения состояние здоровья человека с SM улучшается, а в последующие периоды такое улучшение может не быть столь же явным или больной может вообще не отреагировать на лечение.

Стероидные препараты имеют такой же эффект, как и допинг. Это означает, что больной, принимающий их, может быть раздражитель-

ным, испытывать трудности при засыпании, из его организма вымываются минеральные вещества (калий, кальций, магний).

КОГДА У БОЛЬНОГО ПРОБЛЕМЫ С УДЕРЖАНИЕМ МОЧИ, ПРОСЛЕДИТЕ, ЧТОБЫ ОН:

» не ограничивал потребление жидкости (редкое питье приводит к загустению мочи и более частым нарушениям деятельности мочевого пузыря);

» носил теплое хлопковое белье;
» избегал ситуаций, в которых мочевой пузырь подвергается холоду;

<p>В то время когда больной принимает стероиды, нужно, чтобы он употреблял молочные продукты (кефир, йогурт, пахту), продукты, богатые калием (курагу, инжир, бананы, картофель, сельдерей, помидоры) и магнием (какао, гречку, фасоль, лесные орехи, овсяные хлопья). При этом следует уменьшить количество соли в пище – соль в сочетании со стероидами в организме задерживает воду и вызывает характерное при применении стероидов увеличение веса.</p>	<p>КОГДА БОЛЬНОЙ ИСПЫТЫВАЕТ ТРУДНОСТИ ПРИ ХОДЬБЕ, ЕМУ ПОМОГУТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> » обеспечение безопасности и устранение препятствий на его ежедневных маршрутах; » подходящая обувь (на плоской резиновой подошве, желательна с застёжкой-липучкой); » поддержка при ходьбе; » регулярная физиотерапия. 	
<p>Иммуносупрессанты являются мощными препаратами, которые используются в лечении рака. При SM применяются в основном митоксантрон и циклофосфамид (реже азатиоприн, метотрексат), которые вводятся внутривенно каждые 1–3 месяца. Такое лечение является так называемой спасительной терапией при значительном ухудшении здоровья пациента.</p>	<p>КОГДА ПРОБЛЕМОЙ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ СПАСТИЧНОСТЬ, ЕМУ ПОМОГУТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> » ношение одежды, которая не жмет; » прохладный душ; » расслабляющие упражнения в воде; » упражнения для релаксации (например, поглаживание, ласковые прикосновения, диафрагмальное дыхание); » растягивание (при растягивании помните, что нельзя прилагать чрезмерных усилий, делать резкие движения, заниматься в холодных условиях, а также если подопечный, возможно, немного устал); » направление от врача на криотерапию или препараты (Baclofen, Lioresal, Sirdalud, Myolastan, Tetraratio, Myopam, Relanium, Mydocalm, Tolperis). 	
<p>Иммуносупрессивные препараты могут увеличить риск инфекции. Важно, чтобы в период сразу после лечения пациент избегал мест, где он может подвергаться риску заболеть, и не использовал никаких вакцин.</p>	<p>КОГДА ПРОБЛЕМОЙ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ ТРЕМОР, ЕМУ ПОМОГУТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> » мотивация и похвала вместо принуждения; » избегание крепкого кофе и чая, алкоголя; » лекарственные средства (например, клоназепам, карбамазепин). 	
<p>ОГРАНИЧЕНИЯ ПОДВИЖНОСТИ, ТРЕМОР, СПАСТИЧНОСТЬ</p> <p>В этой группе симптомов у людей с SM могут возникнуть: слабость или паралич конечностей, нарушение координации движений, ощущение мышечной слабости, повышение мышечного напряжения, мышечные контрактуры и внезапные спазмы, потеря равновесия, тремор конечностей, неустойчивая походка. Такие проблемы могут усугубляться при наличии необработанных инфекций, тяжелых запоров, повышенной температуры. Важно быстро обнаружить и устранить эти причины.</p>	<p>БОЛЬ</p> <p>Боли при SM могут иметь разные причины. При раздражении или повреждении нерва возникает невралгия – острая, резкая боль, которая тянется вдоль конечностей, позвоночника, туловища, затрагивая часть лица. Перенапряжение мышц, суставов, неправильная осанка, малоподвижный образ жизни приводят к костно-суставным болям, напоминающим ревматические заболевания.</p>	<p>ДИСФУНКЦИЯ СФИНКТЕРА</p> <p>При SM распространенной проблемой являются необходимость частого мочеиспускания и недержание мочи, трудности в удержании мочи или кала, неполная дефекация, ощущение постоянных позывов к мочеиспусканию, запоры, инфекции и воспаления мочеполовой системы.</p>
	<p>КОГДА БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛЬ, ЕМУ ПОМОГУТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> » фармакотерапия, предписанная врачом (Amizepin, Tegretol, Neurontil, Gabapentin при невралгии, диклофенак при перенапряжении мышц и суставов); » надлежащая физиотерапия, трудотерапия, иглоукалывание; » избегание действий и факторов, причиняющих боль (тепло, холод, ветер); » упражнения для релаксации (например, диафрагмальное дыхание); » простые операции и упражнения (например, при костно-суставных болях в конечностях – размахивание в разных плоскостях, частая смена положения, при невралгии – теплый компресс). 	

» использовал урологические прокладки или подгузники;

» выполнял упражнения для мышц таза и сфинктера уретры;

» ограничил употребление напитков с кофеином, заменителем сахара и алкоголем.

Если у больного проблемы с частым мочеиспусканием ночью, предложите ему пить по крайней мере за 3 часа до сна.

КОГДА У ПОДОПЕЧНОГО ПРОБЛЕМЫ С ОПОРОЖНЕНИЕМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ПРОСЛЕДИТЕ, ЧТОБЫ ОН:

- » пил 2–3 литра жидкости в день;
- » проконсультировался с урологом, регулярно сдавал мочу на анализ.

КОГДА ПОДОПЕЧНЫЙ СТРАДАЕТ ОТ ПОСТОЯННЫХ ЗАПОРОВ, ПРОСЛЕДИТЕ, ЧТОБЫ ОН:

» старался опорожнять кишечник в одно и то же время каждый день (рефлекс дефекации сильнее всего через 20–30 минут после еды или после употребления горячей жидкости);

» пил по крайней мере 1,5–2 литра жидкости;

» ежедневно принимал средства, смягчающие стул (касторовое масло, парафиновое масло);

» ежедневно ел много клетчатки (например, каши, зерновые хлопья, чернослив, инжир, яблоки, отруби);

» на ночь принимал легкое слабительное (лактолоза, сульфат магния

– горькая соль, глицерин свечи, кора облепихи, листья сенны, Xenna, Alax, Sollievo, Normolax, Radirex, Laxitab, Bisacodyl);

» при необходимости применял свечи, клизмы (Rectanal Enema), средства, вызывающие увеличение объема стула (ColosanEx, Colon C, Xennea, Jeliton).

НАРУШЕНИЯ РЕЧИ И ГЛОТАНИЯ

Самая распространенная проблема людей с SM в этой группе симптомов – дизартрия (невнятная речь, длительные паузы между слогами или словами, впечатление, что человек говорит в нос), реже возникают проблемы при жевании, глотании пищи и слюны.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

У многих людей с SM присутствуют симптомы депрессии (например, печаль, угнетенное состояние, вспышки гнева, чувство бессмысленности, безнадежности, проблемы со сном и аппетитом, суицидальные мысли, колебания настроения, повышенная утомляемость, нарушение внимания). Общаться с такими больными трудно, потому что они могут быть злобными, плаксивыми, могут жаловаться на недостаток энергии, отказываться сотрудничать, провоцировать конфликты. В этой ситуации нужно помнить, что такое поведение вызывается заболеванием, а не плохим отношением.

КОГДА У БОЛЬНОГО ПРОБЛЕМЫ С РЕЧЬЮ И ГЛОТАНИЕМ, ЕМУ ПОМОГУТ:

- » подходящая поза во время говорения и еды (в вертикальном положении, опираясь спиной, не сжимая диафрагму);
- » загустение напитков;
- » искусственная слюна (продается в аптеках без рецепта);
- » простые упражнения для повышения подвижности губ, языка, гортани (например, дуть, громко жевать, двигать языком вверх, вниз, в стороны, «выдаввливать» языком щеки);
- » логопедическая / неврологическая реабилитация.

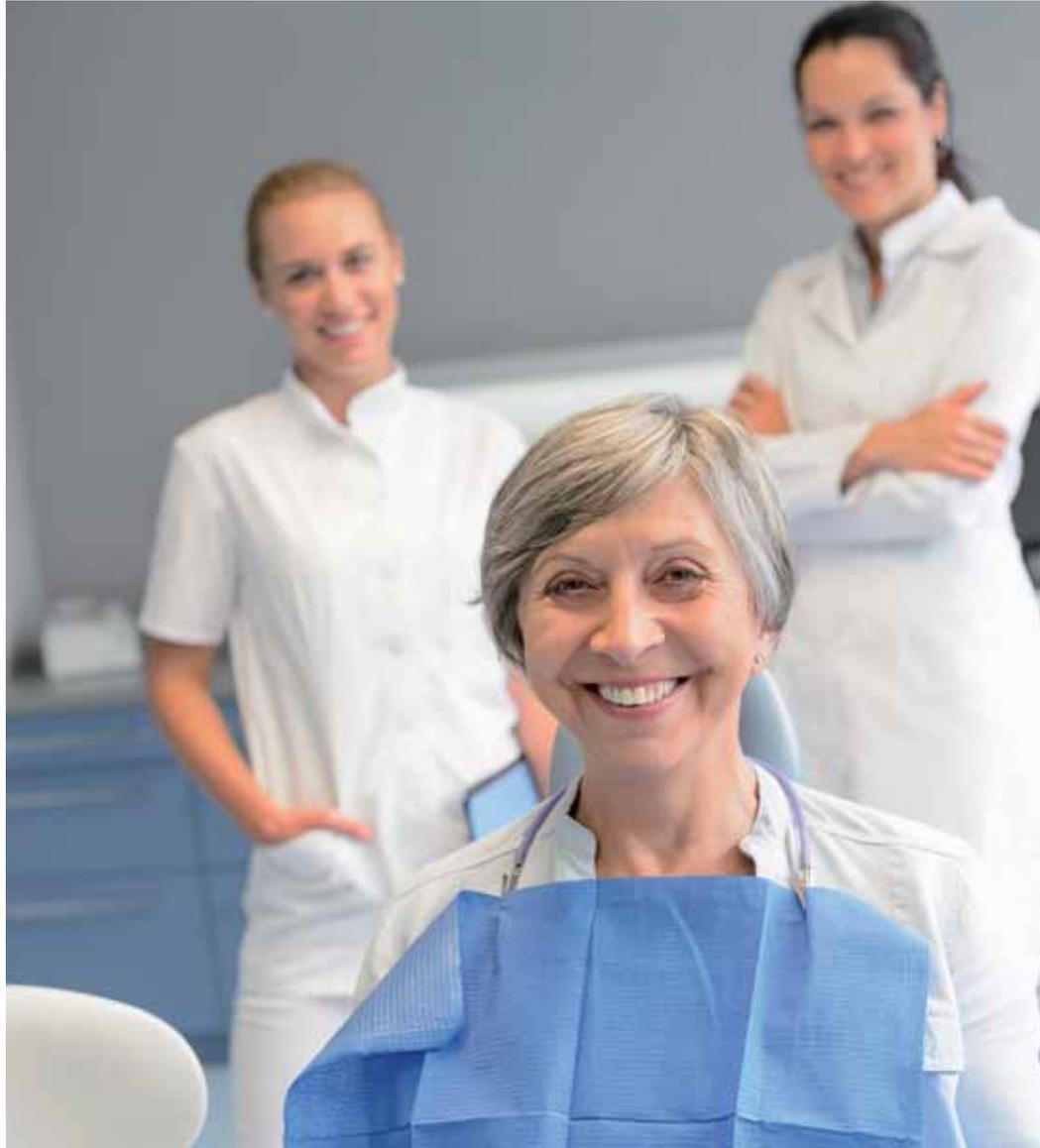
ПРИ ПОДОЗРЕНИИ, ЧТО У ПОДОПЕЧНОГО СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ, НУЖНО СТИМУЛИРОВАТЬ ЕГО:

- » регулярно ложиться спать, регулярно выполнять физические упражнения, регулярно питаться;
- » обратиться к психологу или психиатру (больной должен знать, что для обращения в психиатрические клиники не нужно направление).

ЭТО НЕ ВСЕГДА SM

Наличие неизлечимого заболевания, такого как SM, часто приводит к ловушке, когда все болезни и проблемы со здоровьем подопечного объясняют основным заболеванием.

Нужно помнить, что человек с SM, как и другие люди, подвергается обычной инфекции, заболеваниям позвоночника, сердечным, онкологическим и другим заболе-



ваниям. При оказании правильной опеки нельзя отказываться от регулярных визитов к семейному врачу, который будет проводить обычные медицинские обследования.

Литература:

1. Эмерт М. (2009). Если вы сидите: комплекс упражнений для людей, передвигающихся в коляске, для выполнения дома. Варшава: PTSR.
2. Гаргул Л. Если вы лежите. Комплекс упражнений для лежачих пациентов, для выполнения дома. Варшава: PTSR.
3. Гибсон Б. Э. (2007). Растягиваемся: иллюстрированный сборник упражнений для людей с рассеянным склерозом. Варшава: PTSR.
4. Халпер Дж., Холланд Н. Дж., (ред.) (2009). Рассеянный склероз: как заботиться о себе, чтобы чувствовать

себя хорошо. Варшава: PTSR.

5. Кулицка А., Если вы ходите: комплекс упражнений для людей, не передвигающихся самостоятельно, для выполнения дома. Варшава: PTSR.

6. Петерман-Шварц С. (2009). Рассеянный склероз: 300 советов для облегчения жизни. Варшава: PTSR.

7. Рэдфорд Т. (2009), Руководство для опекунов людей с рассеянным склерозом. Варшава: PTSR.

8. Серия: SM и... боль, тремор, память, недержание мочи, речь, депрессия, спастичность, обострения, поддержка тяжелобольных, проблемы с дефекацией (2006–2009). Варшава: PTSR.

9. Валдох Э. (2009). Если у вас возникли проблемы с речью: комплекс логопедических упражнений для выполнения дома. Варшава: PTSR.

10. Закшевска-Пневска Б. (ред.) (2010). Рассеянный склероз: новое руководство для пациента. Варшава: Медицинское издательство Termedia. ■

ГИМНАСТИКА ДЛЯ МЫШЛЕНИЯ

Грамовска Ханна,

Европейский центр долгосрочной опеки, Польша

В сегодняшнем мире занятых людей большинство устройств призвано облегчить нам жизнь, сделать ее более комфортной. Как правило, они просты и легки в обслуживании (сами включаются и выключаются), а еще могут напомнить, что необходимо сделать какое-то действие. Это все приводит к тому, что жить становится легче, но в то же время наше мышление становится ленивым.



Мозг не напрягается, потому что вычисление делает калькулятор, номера телефонов родных запоминает мобильный телефон, а орфографические ошибки при переписке исправляет компьютер. В

этой ситуации, чтобы не допустить слишком большой потери уровня мышления, мы должны позаботиться о его регулярной гимнастике.

«Ленивое» мышление существенно влияет на ухудшение памяти и тем самым – на качество

жизни. Но причиной все большего ухудшения памяти может быть также солидный возраст, поэтому пожилые люди должны особенно заботиться о поддержании своих умственных способностей.

Для улучшения мышления некоторые принимают медицинские препараты и различного рода стимуляторы, но существуют также простые и к тому же бесплатные способы стимулирования мозга. Ниже представлены некоторые из них.

ДИЕТА

Важным фактором, влияющим на умственные способности человека, является правильная диета. Для четкой работы наш мозг нуждается в первую очередь в глюкозе и кислороде. Глюкозу лучше всего поставляет пища, богатая сложными углеводами (цельное зерно, неочищенный рис, продукты из муки грубого помола). Организм переваривает ее дольше, чем простые углеводы, благодаря чему глюкоза поступает в кровь постепенно.

Также мы должны употреблять пищу, богатую белками, жирами, минералами и витаминами. Стоит позаботиться о том, чтобы употреблять в достаточном количестве витамины группы В (семена подсолнечника, арахис), лецитин (соя, проросшая пшеница), железо (изюм, брокколи), цинк (тыквенные семечки, фасоль), магний (отруби, бананы), калий (помидоры, картофель), фосфор (рыба) и линолевую кислоту (рыбий и растительный жир).

Мы должны также исключить из ежедневного меню искусственные, сильно переработанные продукты питания.

СТРЕСС

Стресс негативно влияет на эффективность мышления. Это происходит из-за того, что глюкоза,

которая должна поступать в мозг, направляется в другие органы и мышцы. В результате функционирование мозга затрудняется, поэтому очень важно снижение стресса при помощи регулярной физической активности и применения расслабляющих методик.

ДВИЖЕНИЕ

Регулярное движение влияет не только на уменьшение стресса, но также и на улучшение физической и умственной кондиции. Многолетние исследования доказывают, что физическая активность положительно влияет на рост нервных клеток и развитие связей между нейронами, что в значительной степени стимулирует мышление, воздействует на улучшение памяти и креативности. Движение стимулирует кровообращение, благодаря чему больше крови поступает в мозг и улучшается его деятельность. Эти знания использовал американский психолог - Пол Деннисон, который разработал методику улучшения работы мозга, заключающуюся в выполнении кинезиологических упражнений.

КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ

Основные преимущества выполнения кинезиологических упражнений заключаются в улучшении функционирования тела, активизировании нервной системы, разрядке напряжений, спровоцированных стрессом и увеличении энергии с помощью специально разработанных движений, интегрирующих работу обоих полушарий мозга.

Переменные движения

Упражнение 1: во время ходьбы на месте правым коленом касаемся левого локтя, и наоборот – правым локтем касаемся левого колена.

Упражнение 2: одновременно поднимаем правую руку перед собой, а левую ногу – за собой, и наоборот.

Упражнения необходимо повторять несколько раз.

Ленивые восьмерки

Это упражнение можем выполнить рукой или носом. Оно заключается в черчении в воздухе лежащей восьмерки / знака бесконечности. Можем представить перед собой лист бума-

ги и двигать головой / рукой так, как будто хотим нарисовать на ней носом / рукой лежащую восьмерку. «Рисовать» начинаем с центра вверх, против движения часовых стрелок. Восьмерку рисуем несколько раз.

Кинезиологические упражнения – это очень хороший метод тренировки умственных способностей, поскольку не требует никаких устройств, а упражнения можно выполнять независимо от места, где мы находимся. Упражнения простые, поэтому их может выполнять каждый, независимо от возраста. Другим простым способом стимулирования работы мозга является преодоление рутины при выполнении ежедневных действий. Если мы большинство действий выполняем правой рукой, давайте попробуем их выполнять левой. Можно, например, использовать левую руку, чтобы почистить зубы, поднять какой-то предмет или закрыть двери.

РЕГУЛЯРНЫЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ

Чтобы максимально долго сохранять хорошие умственные способности, кроме регулярной физической активности мы должны ежедневно делать гимнастику для мозга, выполняя интеллектуальные упражнения. Здесь идеально проявляет себя игра в шахматы, которая требует концентрации, умения предвидеть и планировать, а также помогает стимулировать логическое и аналитическое мышление. Похожая польза также и от приобретающей все большую популярность игры в судоку, которая заключается в решении численных схем. Она не требует выполнения сложных математических расчетов, а лишь (как и игра в шахматы) логического мышления. Тренировать память мы можем также, решая кроссворды и другие головоломки, которые доступны не только в печатной форме, но и в Интернете, например, на сайте www.seni.pl.

Другим хорошим способом тренировки памяти является запоминание, например, номеров телефонов своих родственников, вместо поиска их в записной книжке мобильного телефона.

Много пользы приносит также чтение и изучение иностранных



языков или хотя бы текстов песен либо стихов.

Самое важное правило, которым мы должны руководствоваться, если хотим максимально долго сохранять хорошие умственные способности, – это преодоление монотонности повседневной жизни. Если мы ведем скучную жизнь, закрываемся от нового опыта, наш мозг тоже начинает лениться. Поэтому давайте стараться, чтобы наша жизнь была разнообразной. Новые ситуации, задачи, вызовы заставляют мозг работать, а в результате улучшается его эффективность. И давайте не ждать первых сигналов проблем с памятью. Чем раньше мы начнем тренировать мозг, тем дольше сохраним хорошие умственные способности. ■

НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ СЛАБОУМИЕМ

Лукавска Барбара,

клинический психолог, Учреждение ухода и опеки в Торунь, Польша

«Мы знаем, что слабоумие носит прогрессирующий характер. Отсутствие изменений в состоянии здоровья у 77,8 % больных мы трактуем как достижение намеченной цели нашего взаимодействия. Систематическая работа с больным улучшает не только его познавательные функции, но и настроение, поведение и уровень самостоятельности».



Нарушение познавательных функций является основным клиническим симптомом заболеваний, характеризующихся слабоумием. В той или иной степени они ограничивают нормальное функционирование больного или препятствуют ему. Нарушения затрагивают следующие функции:

ОБУЧЕНИЕ И ПАМЯТЬ:

- » ослабление запоминания информации;
- » значительное ослабление обучения после отвлечения;
- » более быстрое забывание;
- » нарушения непосредственного воспроизведения;
- » нарушения отсроченного воспроизведения;

- » трудности при изложении прочитанного фрагмента, описании события, пересказе содержания фильма;
- » нарушения повторения;
- » нарушения счета;
- » трудности при подборе нужного слова;
- » трудности при выполнении сложных команд;

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ:

- » трудности при планировании;
- » трудности при решении проблем;
- » нарушения оперативной памяти;

РЕЧЬ:

- » нарушения понимания контекста высказывания;
- » нарушения постижения понятий;
- » сложность понимания сложных высказываний;
- » нарушения речи от своего имени;

ВНИМАНИЕ:

- » нарушения устойчивости внимания;
- » нарушения выборочности внимания;
- » удлинение времени реакции;
- » ослабление бдительности;
- » повышенная подверженность отвлечению;

ПРОСТРАНСТВЕННЫЕ И ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ:

- » замедление движений;
- » снижение точности движений;
- » трудности при создании и выполнении плана движений;
- » нарушения пространственной дезориентации, усиливающиеся в сложных ситуациях.

В связи с этими нарушениями работа с людьми со слабоумием

включает различные формы взаимодействия. Они направлены на такие цели, как:

- » улучшение существующих функций и способностей;
- » тренировка нарушенных функций;
- » повышение чувства собственной полноценности у больного;
- » улучшение взаимодействия больного с окружением.

Самый распространенный немедикаментозный метод воздействия на познавательные функции – ПРОКОГНИТИВНОЕ ОБУЧЕНИЕ (тренировка познавательных функций, тренировка памяти).

Это специально разработанная система тренирующих программ, направленных на повышение способностей памяти (кратковременной памяти, оперативной памяти), концентрации внимания и исполнительных функций. Ее целью является улучшение общих интеллектуальных способностей. Тренировку памяти должен проводить специально подготовленный человек. Требуется предварительная оценка степени нарушений познавательных функций для подбора упражнений к уровню пациента. Слишком простые упражнения не имеют эффекта, а слишком сложные лишают больного мотивации.

ПРИМЕРЫ ПРОСТЫХ УПРАЖНЕНИЙ:

Упражнение 1

Среди букв, указанных ниже, найдите и подчеркните спрятанные слова:

КСВЕПОРУСНН**ДОМ**НСЛОВИЛА
ТАВИЕСНСЫРОФКГННУТЫДКАЙ
ХЕЛКИСДЕКЛИДАМАДВСРОВЕФ
КДСЛЦОГИЕНК

Упражнение 2

Из букв, указанных ниже, составьте названия профессий:

СВАНДОИК.....САДОВНИК
ЧВАР.....
ЛСОЯТР.....
СНАХТИКЕН.....
ЯМРКО.....

Упражнение 3

Найдите одинаковые буквы. Если найдете два одинаковых символа, которые расположены рядом, – подчеркните их.

ФГ ФА АД ХЙ АА ДД СС КИ ИИ ЛП
ПВ ЙЙ ВВ НВ ГР СК ФЦ ФФ ЕР РР
НК УЫ ЗХ

Упражнение 4

Что здесь лишнее? (*Рисунки*)

Упражнение 5

Какой автомобиль соответствует каждой ситуации? Почему? (*Рисунки*)

Упражнение 6

Подчеркните пары цифр, сумма которых равна четырем:
1 3 4 2 2 0 4 1 3 1 2 4 2 2 2 5 7 1 4 0
3 1 3 4 1 5 4 2 2 1 1

Упражнение 7

Какое животное больше – слева или справа? (*Рисунки*)

ТРЕНИРОВКА ОРИЕНТАЦИИ В ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ

Заключается в многократном, повторяющемся через короткие промежутки времени вспоминании информации о больном и его окружении. Повторяемая информация должна содержать такие данные, как дата рождения, возраст больного, его настоящее место пребывания, а также основные сведения о родственниках (имена, степень родства, возраст и т. д.).

ТЕРАПИЯ, ОСНОВАННАЯ НА ВОСПОМИНАНИЯХ

Заключается в обращении к переживаниям и опыту из прошлого больного с помощью различных стимулов, таких как: старые фотографии (например, семейные), важные события, ранее использовавшиеся предметы, фильмы, звукозаписи времени юности больного. Необходимо стараться достигать наиболее сохранившихся воспоминаний и поддерживать их.

Такая терапия, в дополнение к воздействию на познавательные процессы, также влияет на настроение, так что необходимо стараться вызывать положительные, приятные воспоминания и избегать неприятных переживаний. Терапия улучшает коммуникативные навыки – и вербальные, и невербальные. Также отмечается ее положительное воздействие как на больного, так и на его опекуна, поскольку она играет большую роль в поддержании ощущения больным своей личности, а опекуны, принимающие участие в проведении такой терапии, могут лучше понять заболевание.

ТРУДОТЕРАПИЯ

Заключается в выполнении действий, которые в прошлом были источником удовольствия для больного. Это могут быть: изготовление предметов своими руками, вязание на спицах и крючком, уход за растениями, работа в огороде, работа по дому или приготовление пищи. Лучше всего проводить их в знакомой среде больного – дома, поощряя больного помогать в повседневных домашних делах. В литературе отмечается важность этой терапии, потому что она удовлетворяет психологические и социальные потребности больных, поддерживает сохранившиеся умения, а также предотвращает возникновение проблем с поведением и дает чувство нужности. Также не последнюю роль играет простота этого метода в использовании.

ПРОВЕРКА ТЕРАПИИ

Заключается в том, что следует внимательно слушать высказывания больного и указывать ему, какие из них имеют смысл и являются существенными, а также необходимо спрашивать о чувствах больного, признавать их и уверять его в их важности. Этого можно достичь, разговаривая с больным, слушая его, уделяя ему время. У людей на тяжелых стадиях заболевания эта терапия ограничивается невербальным общением, то есть заключается в том, чтобы быть рядом с больным, держать его за руку, прикасаться к нему, уверять в своем присутствии.



Таблица 1.

РЕЗУЛЬТАТЫ	ПАЦИЕНТЫ КРУГЛОСУТОЧНОГО СТАЦИОНАРА			ПАЦИЕНТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА		
	УХУДШЕНИЕ	БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ	УЛУЧШЕНИЕ	УХУДШЕНИЕ	БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ	УЛУЧШЕНИЕ
ИТОГО	7	21	3	8	53	3

АРТ-ТЕРАПИЯ (ТЕРАПИЯ С ПОМОЩЬЮ ИСКУССТВА)

Этот тип терапии заключается в выражении эмоций посредством творческой деятельности, такой как рисование, живопись, скульптура, лепка из пластилина или глины, раскрашивание, коллаж. Это позволяет больным, особенно с нарушениями речи, невербально выражать свои эмоции с помощью цвета или формы. Арт-терапия позволяет человеку самостоятельно выбирать материал, цвет и тему работы, что дает своего рода чувство независимости. Активное творчество поддерживает двигательные и мануальные навыки, пространственно-конструктивную способность. Кроме того, арт-терапия стимулирует творческое мышление и помогает поддерживать социальные контакты. У больных с более тяжелыми формами заболевания лечение может сводиться к раскрашиванию картинок, а роль врача – к предложению выбора цветов. Для некоторых больных, особенно с тяжелыми нарушениями движения, внимания и концентрации, использование арт-терапии может быть сложным и приводить к противоположным результатам, поэтому очень важна роль квалифицированного врача,

который сможет подобрать упражнения, соответствующие уровню слабоумия.

МУЗЫКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Заключается в использовании музыки или ее элементов для достижения терапевтического эффекта. Этот вид лечения дает много терапевтических возможностей, таких как пение, игра на инструментах, хлопанье в ладоши согласно ритму или его выстукивание. Музыкальная терапия включает в себя представление больным песен, популярных во времена его молодости (или религиозных песен), совместное пение, танцы или хотя бы хлопанье в ладоши в такт музыке. Такую терапию может самостоятельно применять независимый семейный опекун.

Исследования показали положительное влияние музыкотерапии на настроение, эмоциональное состояние, поведение (музыка успокаивает) и социальное взаимодействие.

Десятилетний опыт проведения описанных выше мероприятий в Центре ухода и опеки г. Торуня показывает, что они эффективно улучшают качество жизни. Более

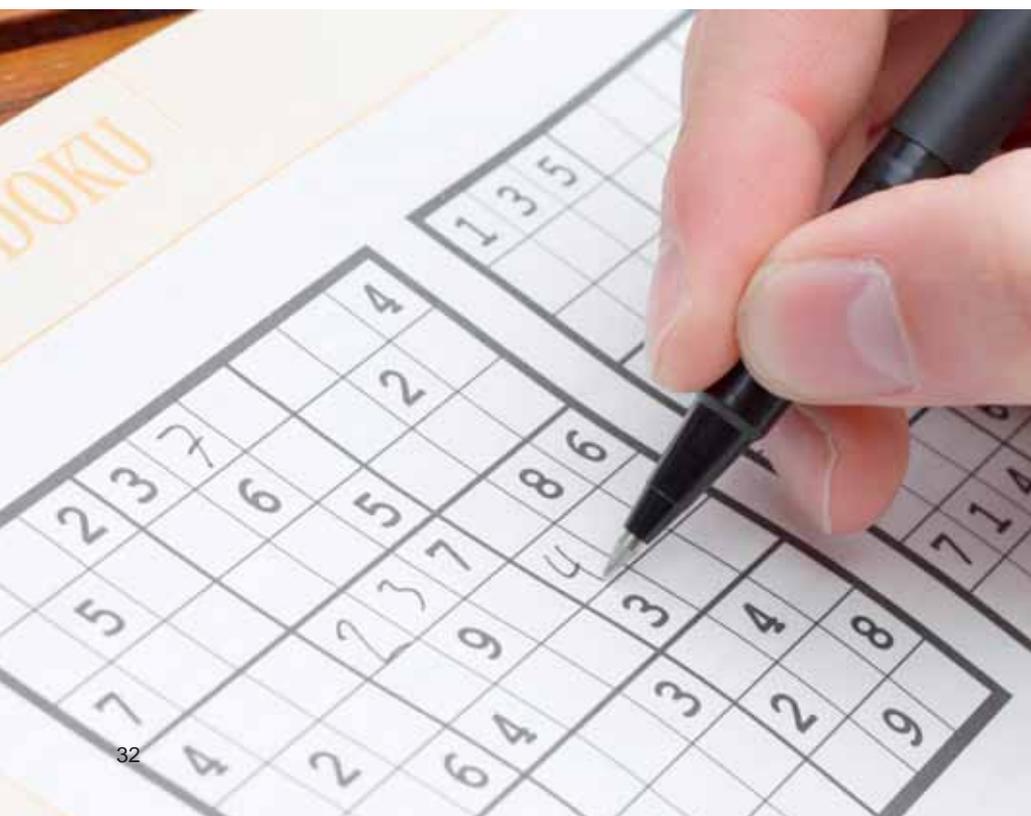
того, в некоторых случаях они способствуют замедлению процесса болезни или даже приводят к временному улучшению. В качестве примера представим результаты работы в 2010 году – см. таблицу 1, в которой приведены следующие данные:

- » УХУДШЕНИЕ – 15,7 %;
- » БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ – 77,8 %;
- » УЛУЧШЕНИЕ – 6,3 %.

Мы знаем, что слабоумие носит прогрессирующий характер. Отсутствие изменений в состоянии здоровья у 77,8 % больных мы трактуем как достижение намеченной цели нашего взаимодействия. Систематическая работа с больным улучшает не только его познавательные функции, но и настроение, поведение и уровень самостоятельности.

Литература

1. Борковска А. (2002). Нейропсихологические дисфункции при слабоумии в общеврачебной практике. Том 2. № 2
2. Олазаран Дж., Рейсберг Б. и др. (2010). Типы терапии при болезни Альцгеймера: систематический обзор эффективности и когнитивные расстройства у пожилых.
3. Лешек Й. (1998). Болезнь Альцгеймера. Volumed, Вроцлав.
4. Лешек Й. (2003). Слабоумие. Теория и практика. Издательство Continuo, Вроцлав.
5. Собув Т. (2010). Психогериатрия: распознавание и лечение психических расстройств у пожилых больных. Continuo. Серия: Психиатрия – неврология.
6. Собув Т. (2007). Работа терапевта с больными слабоумием // Польский обзор неврологии. Том 3. № 2
7. Щудлик А., Либерски П., Барциковска М. (2004). Слабоумие. Издательство Ягеллонского университета.
8. Вудс, Л. Торgrimсен; А. Спектор, Л. Роян, М. Оррелл. (2006). Улучшение качества жизни и терапия стимуляции познавательных процессов при слабоумии // Старение и психическое здоровье. Том 10. № 3. ■



СКАНДИНАВСКАЯ ХОДЬБА, ИЛИ NORDIC WALKING ШАГАЕМ ЗА ЗДОРОВЬЕМ

Гаворска Марта,
Лесь Анна,

*Европейская ассоциация содействия физической активности людей после 50 лет,
Польская федерация скандинавской ходьбы, Польша*

Финская идея эволюционировала: в восьмидесятых годах XX столетия палки использовались также другими спортсменами. Через 10 лет эта форма занятий начала набирать популярность не только в спортивных тренировках, но и среди любителей как рекреационная форма. В Польше из года в год увеличивается количество последователей скандинавской ходьбы – ходят молодые, взрослые и люди пожилого возраста. Скандинавская ходьба полезна для здоровья, проста и безопасна, поэтому ее рекомендуют также достаточно пожилым лицам. «Скандинавская ходьба, или Nordic Walking. Шагаем за здоровьем» – это цикл статей, цель которых – показать эту форму рекреации как идеальную для применения как гражданами, так и персоналу.

Сначала стоит подчеркнуть некоторые достоинства скандинавской ходьбы, то есть естественность формы и ее натуральность. Естественность следует из того факта, что ходьба или прогулка основаны на хождении, которое мы практикуем и совершенствуем с первого года жизни. При обычной ежедневной ходьбе мы часто исключаем работу рук, ограничиваем это движение только работой ног. Техника ходьбы с палками позволяет участвовать в ней всему телу. Таким образом, каждый шаг становится более динамичным и эффективным.

Еще одним важным достоинством скандинавской ходьбы является натуральность этой формы активности. По мнению Наленцкой

Nordic Walking (скандинавская ходьба, то есть ходьба с палками) – это форма движения, изобретенная в Финляндии, где знаменитые тренеры, врачи-опекуны беговых лыжников в поиске способа эффективного тренинга своих подопечных в летний сезон придумали ходьбу с палками без лыж (беговой лыжный спорт на основе спортивной ходьбы).



(2004), двигательная рекреация положительно влияет на нервную систему, уменьшает напряжение и стрессы, улучшает самочувствие и самооценку. Кроме того, ходьба в полезной для организма естественной среде улучшает состояние здоровья, повышает эффективность и работоспособность орга-

низма. Ходьбой с палками можно заниматься везде: у моря, в горах, в лесу, на различной поверхности (мягкой, твердой) и в любое время года. Каждый может выбрать для себя самую благоприятную среду или территорию и наслаждаться разнообразной панорамой. Существенным преимуществом ходьбы



с палками является также факт, что ею можно заниматься как индивидуально, так и в группе.

Скандинавская ходьба оказывает положительное влияние на здоровье и самочувствие человека. Ее рекомендуют как форму активности, особенно для пожилых людей, в том числе страдающих хроническими заболеваниями. Среди болезней, при которых рекомендуется регулярная физическая активность, в том числе скандинавская ходьба, можно отметить артериальную гипертензию, сахарный диабет, остеопороз, ожирение, депрессию.

Артериальная гипертензия возникает у 20 % взрослых людей. Часто она сопровождается ожирением и сахарным диабетом 2-го типа. Самыми частыми причинами повышенного артериального давления являются стресс, неправильное питание и малоподвижный образ жизни. Поэтому нефармакологическое лечение заключается также в изменении того образа жизни, который до сих пор велся (а именно изменение способа питания, повышение двигательной активности). Научные исследования показывают, что у больных небольшой гипертензией длительная и систематическая физическая нагрузка позволяет снизить систолическое и диастолическое артериальное давление в среднем на 10 мм рт. ст. Но нужно помнить, что физическая активность не должна быть слишком интенсивной. Было доказано, что «умеренная, но систематическая физическая активность также снижает артериальное давление и является эффективнее, чем более резкие физические упражнения» (Рославский, 2001). Самая лучшая форма движения при повышенном артериальном давлении – быстрая ходьба (в том числе с палками), а также поездки на велосипеде и рекреационные игры. Что касается частоты физической активности, ею нужно заниматься минимум пять раз в неделю в течение 30–45 минут. Дополнительной пользой от регулярных физических нагрузок является снижение массы тела, улучшение физической эффективности и работоспособности, а также ограничение осложнений повышенного давления в системе крово-

обращения (Рославский, 2001). Помните: нельзя начинать физические упражнения, если подопечный плохо себя чувствует, у него болит голова или его систолическое артериальное давление превышает 200 мм рт. ст. В программе тренировок следует избегать изометрических упражнений, поскольку они могут провоцировать рост давления.

Стоит также контролировать давление и наблюдать за его изменениями, вызванными тренировкой, у лица с артериальным давлением. С этой целью рекомендуется дополнительно мерять давление непосредственно перед тренировкой и после нее, и записывать результат в тренировочном плане.

В Польше **сахарным диабетом** 2-го типа (инсулинонезависимым) больны около 2 миллионов человек (около 5 % населения), и более половины из них даже не знают об этом. В случае с пожилыми людьми, которые больны сахарным диабетом 2-го типа, снижение восприимчивости к инсулину связано также с отсутствием физической нагрузки. Факторами риска сахарного диабета 2-го типа являются: ожирение (способствует резистентности к инсулину), повышенное артериальное давление, повышенный уровень холестерина, пожилой возраст (после 60 лет), заболевания поджелудочной железы, генетическая предрасположенность. Сигналы болезни: слабость, чувство усталости, чувство жажды, выделение большого количества мочи, судороги мышц, покалывание и длительный период заживления ран. Риск возникновения сахарного диабета 2-го типа может быть снижен во многих случаях при помощи специальной диеты и увеличения физической активности. Американское диабетологическое общество (American Diabetes Association – АДО) рекомендует для поддержания нормальной массы тела делать физические упражнения кислородного характера минимум 2,5 часа в неделю (достаточно быстрой непрерывной ходьбы), потреблять умеренное количество жиров, принимать с пищей соответствующее количество балластного вещества и цельных зерен. Как уже ранее отмечалось, существенную роль

в профилактике и лечении сахарного диабета играет регулярная физическая активность. Благодаря физическим упражнениям и другим формам активности устраняются возникшие углеводные нарушения, работающие мышцы потребляют больше глюкозы, снижается масса тела у лиц, страдающих ожирением, происходит профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы, предотвращается или задерживается развитие сахарного диабета 2-го типа. Поэтому рекомендуется, чтобы нагрузка была умеренной, поскольку слишком интенсивные упражнения могут вызвать гипогликемию (значительное снижение концентрации глюкозы в крови) и ее опасные последствия. В связи с этим физическая активность может длиться около 60 минут после еды. Лица, страдающие сахарным диабетом, и инструкторы, которые проводят с ними занятия, должны знать симптомы гипогликемии, потому что в случае их возникновения необходимо немедленно прекратить физическую нагрузку и дать больному сахар. К типичным симптомам гипогликемии относятся: голод, потливость, плохое самочувствие, потемнение в глазах, страх, ажитация, ускорение сердечной деятельности, покраснение/побледнение кожи лица. Нетипичные симптомы: слабость, сонливость, апатия, нарушение когнитивных функций, падение настроения, сердцебиение, боли в сердце, судороги. АДО предупреждает также лиц, страдающих сахарным диабетом 2-го типа, и их инструкторов, что больные диабетом (2-й тип), занимаясь физическими упражнениями, в том числе скандинавской ходьбой, должны соблюдать особую осторожность в вопросах защиты стоп (избегать возникновения волдырей и ран). Для этой цели они должны пользоваться соответствующей обувью и стельками. К тому же в соответствии с рекомендациями АДО как сами больные, так и ведущие занятия, должны обращать внимание на поддержание соответствующего водного баланса организма в ходе тренировки, особенно в условиях высокой температуры, поскольку обезвоживание может негативно

действовать на гликемию и сердечную деятельность. Рекомендуется выпить 0,5 л жидкости за два часа перед тренировкой, а также восполнить жидкость в организме по мере надобности во время тренировки. Так же, как и в случае с повышенным артериальным давлением, рекомендуемая физическая активность у лиц, страдающих сахарным диабетом 2-го типа, должна происходить согласно определенному режиму, минимум пять раз в неделю, по 30–40 минут. При этом следует помнить, что больные, начинающие выполнять физические действия, должны сначала постепенно ее дозировать, то есть начинать с 10-минутной ходьбы или даже простой прогулки пять раз в неделю. Менее интенсивная, но регулярная физическая нагрузка будет намного полезнее для пожилых людей, чем интенсивные, но кратковременные упражнения. Как говорил Кшимень с кафедры Клиники гастроэнтерологии и болезней обмена веществ АМ, регулярное выполнение упражнений может снизить концентрацию общего холестерина, холестерина фракции LDL и триглицеридов, а также уменьшить количество осложнений сахарного диабета.

Остеопороз – это уменьшение костной массы и изменение структуры костной ткани.

Можно его разделить на три вида: после менопаузы (у женщин – после менопаузы, возникший в результате прекращения функции яичников и дефицита вырабатываемых ими гормонов), возникающий у лиц пожилого возраста (характерны переломы ребер, шейки бедренной кости, переломы позвонков) и вторичный (как результат длительной неподвижности и неправильного питания). Регулярная физическая активность оказывает благотворное влияние на величину костной массы, потому что механические раздражители предотвращают ее чрезмерную потерю. Регулярная нагрузка стимулирует увеличение мускульной силы, улучшает двигательную координацию, а впоследствии предотвращает падения и риск перелома костей. Результаты эпидемиологических исследований подтвердили также влияние двигательной активности



на снижение показателя переломов шейки бедренной кости и положительное значение в эффективности заместительной гормональной терапии (Арден 2000).

Среди рекомендуемых форм физической активности отмечаются ходьба, а также скандинавская ходьба (ее плюс – использование палок, которые являются дополнительной опорой и могут предотвращать спотыкания, падения, влияют на улучшение координации: глаз–рука–нога), езда на велосипеде, плавание и упражнения с нагрузкой. В случае возникновения остеопороза среди занимающихся тренировкой, инструктор / физиотерапевт должен помнить, что следует избегать игр в теннис, в бадминтон, волейбол и других, требующих от игрока резких движений, поворотов позвоночника, подпрыгивания и прыжков.

Ожирение и лишний вес в Польше имеются почти у 50 % населения (данные 2008 года). Ис-

следования, проведенные в Wake Forest University School of Medicine, показали, что лишний вес и ожирение увеличивают риск инвалидности в пожилом возрасте как у женщин, так и мужчин, а чем дольше человек имеет проблемы с лишними килограммами, тем выше этот риск. Даже те лица, у которых в пожилом возрасте правильный вес, но которые имели проблемы с лишним весом или ожирением в прошлом, более подвержены ограничениям физической формы. По мнению научных работников, это может следовать из факта, что похудение пожилых людей преимущественно невольное и связано с различными хроническими заболеваниями.

Лишние килограммы оказывают нагрузку на суставы, утрудняют выполнение упражнений и способствуют развитию хронических заболеваний, то есть сахарного диабета 2-го типа, остеоартроза или болезни сердца, которые непосредствен-

но приводят к ограничению физической формы. В развитых странах растет количество лиц с лишним весом и ожирением; это может означать, что в следующие годы, вероятнее всего, произойдет драматическое снижение двигательной способности у пожилых людей. Одним из основных элементов комплексного лечения ожирения и предотвращения лишнего веса является физическая активность. Регулярная активность оказывает полезное влияние на снижение массы тела, увеличение энергетических затрат, приводит к росту мышечной и костной массы, снижает артериальное давление (при отдыхе и нагрузке), а также улучшает психическое здоровье и общее самочувствие (Плева, Маркевич, 2006). Скандинавская ходьба как одна из самых простых форм физической активности позволяет сбрасывать лишние килограммы при участии 90 % мышц всего тела. Ольгерд Бойке

(президент Польской федерации скандинавской ходьбы) утверждает даже, что во время ходьбы с палками можно привести в движение 95 % мышц всего тела, при условии, что во время ходьбы вы будете улыбаться.

Преимуществом скандинавской ходьбы в профилактике лишнего веса и ожирения является значительная затрата энергии (больше, чем во время простой прогулки или даже бега). Ходьба с палками может быть до 40 % более эффективной, чем простая прогулка. Во время скандинавской ходьбы можно сжечь от 240 до 600 ккал (в зависимости от массы тела). Польза от снижения массы тела следующая: улучшение самочувствия, снижение артериального давления, продление жизни, снижение риска сердечных заболеваний и системы кровообращения, уменьшение жировой ткани, снижение риска возникновения сахарного диабета, улучшение качества сна. Поэтому противодействию лишнему весу и ожирению у людей молодого и среднего возраста может быть хорошей стратегией предотвращения или замедления развития физической неспособности в пожилом возрасте.

Депрессия – это психическое расстройство, касающееся в основном лиц пожилого возраста (старше 65 лет). Количество пожилых людей, страдающих этой болезнью, составляет 15 % в годовой шкале. Депрессию пожилого возраста называют «синдром вечного несчастья». Симптомы, связанные с этой болезнью, следующие: нехватка энергии, отказ от общения с общественностью, бессонница, чувство грусти чаще, чем чувство радости. Терапия больных депрессией заключается в периодическом фармакологическом лечении. Фактором, который значительно содействует психотерапии, является двигательная активность. Регулярная активность, в том числе групповая, возвращает человека к общественной жизни, создает удобный момент для возобновления общения. Систематичность двигательной активности определяет ритм действий человека, что способствует определению и достижению целей. Скандинавская ходьба, к тому

же, дает возможность общения с природой, переключения. Во время ходьбы с палками происходит значительное снижение веса, что может влиять на улучшение самочувствия тренирующихся больных и рост чувства собственного достоинства. У лиц пожилого возраста в результате перемен, связанных с изменением места жительства, а также с потерей самостоятельности в выполнении ежедневных действий, пропадает мотивация к деятельности. Эффектом систематической ходьбы может быть возвращение желания жить, а также чувства мотивации к изменению образа жизни на более активный.

Ферстл, австрийский учитель и поэт, говорил, что то, насколько ценным является здоровье, «мы узнаем по тому, что болезней много, а здоровье только одно». Поскольку оно у нас одно, о нем нужно заботиться и ценить его. Одно из главных условий сохранения хорошего здоровья – регулярная двигательная активность. Как говорил Коздронь (2006), в предложениях домов следующие: нехватка энергии, отказ от общения с общественностью, бессонница, чувство грусти чаще, чем чувство радости. Терапия больных депрессией заключается в периодическом фармакологическом лечении. Фактором, который значительно содействует

психотерапии, является двигательная активность. Регулярная активность, в том числе групповая, возвращает человека к общественной жизни, создает удобный момент для возобновления общения. Систематичность двигательной активности определяет ритм действий человека, что способствует определению и достижению целей. Скандинавская ходьба, к тому же, дает возможность общения с природой, переключения. Во время ходьбы с палками происходит значительное снижение веса, что может влиять на улучшение самочувствия тренирующихся больных и рост чувства собственного достоинства. У лиц пожилого возраста в результате перемен, связанных с изменением места жительства, а также с потерей самостоятельности в выполнении ежедневных действий, пропадает мотивация к деятельности. Эффектом систематической ходьбы может быть возвращение желания жить, а также чувства мотивации к изменению образа жизни на более активный.

Ферстл, австрийский учитель и поэт, говорил, что то, насколько ценным является здоровье, «мы узнаем по тому, что болезней много, а здоровье только одно». Поскольку оно у нас одно, о нем нужно заботиться и ценить его. Одно из главных условий сохранения хорошего здоровья



– регулярная двигательная активность. Как говорил Коздронь (2006), в предложениях домов социальной помощи содержится много подвижных занятий, но среди них отсутствуют занятия рекреационного характера, которые выполнялись бы пенсионерами систематически. Но чтобы иметь возможность предложения и выполнения систематических занятий, следует сблизить значения двух понятий: воспитание до рекреации и через нее, и продемонстрировать роль различной окружающей среды в процессе воспитания до рекреации и через нее (Воланьская, 1997). Воспитание до рекреации – это привлечение заинтересованности в участии в рекреации, а воспитание через рекреацию – это управление воспитательным процессом не только через определение задач, но и через участие в рекреации. Дома социальной помо-

щи являются институциями промежуточного воспитания. Это значит, что они могут играть значительную роль в процессе воспитания своих подопечных и персонала, например, при помощи скандинавской ходьбы. Убеденность персонала в пользе и простоте этой формы, а также активные занятия ею могут в результате увеличить участие пожилых людей, жителей домов социальной помощи, в двигательной рекреации, а также изменить предложение домов социальной помощи, которое существовало до сегодняшнего дня.

Литература

1. Арден Н. Факторы риска развития остеопороза // Остеопороз: актуальное состояние осведомленности / под ред. Н. К. Арден. Т.Д. Спектор.

2. Коздронь Е. Организованная двигательная рекреация женщин пожилого возраста в городской среде. Предложение программы и анализ полезных эффектов. Варшава: AWF, 2006.

3. Коздронь Е. (научная ред.). Основы теории и методики двигательной рекреации: справочник для инструктора двигательной рекреации. Общая часть. Варшава: ТККФ, 2008.

4. Наленцкая Д. Природная среда как рекреационное пространство // Фитнес на природе. Методический справочник для инструкторов фитнеса // под ред. Д.М. Опока. Варшава: ТККФ, 2004.

5. Рославский А. Движение продлевает молодость. Варшава: PZWL, 2001. ■



II Конференция с международным участием «РАЗВИТИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ И ДЕТЯМ»

29 ноября – 1 декабря 2016 г.
г. Москва



ОРГАНИЗАТОРЫ:

Фонд помощи хосписам «Вера» и Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи.

**Крупнейшее в России образовательное обучающее мероприятие,
посвященное развитию паллиативной помощи.**

В программе* лекции и мастер-классы ведущих российских и мировых специалистов, в том числе:

- «Современное состояние паллиативной помощи в России», главный внештатный специалист по паллиативной медицине Минздрава РФ Диана Невзорова;
- «Правовые аспекты назначения наркотических обезболивающих», д.м.н., профессор Василий Падалкин;
- «Паллиативная помощь при ВИЧ», ведущий специалист ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, профессор Василий Шахгильдян;
- «Виды боли и механизмы возникновения боли», врач паллиативной медицины, тренер и преподаватель Брюс Клеминсон (Великобритания);
- «Тренинг эффективной коммуникации с пациентами и родственниками. Сообщение психотравмирующей информации», врач-психиатр, руководитель отделения психиатрии и психологической реабилитации Европейского Медицинского Центра, член образовательного комитета Международного Общества Психонкологии (IPOS), заведующая кафедрой психиатрии European Medical School Наталья Ривкина;
- «Ключевые принципы и технологии нутритивной поддержки в паллиативной медицине», профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии Уральской Государственной Медицинской Академии Илья Лейдерман.

Участие бесплатное, число участников ограничено.

Обязательная электронная регистрация на сайте: <https://palliative-conference.ru/>

* В программе конференции возможны изменения.



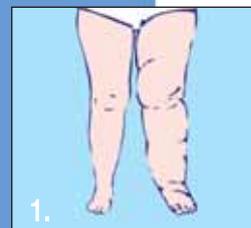
Наборы matopat - помощь в лечении лимфатического отёка

Терапевтический эффект:

- уменьшение лимфатического отека
- поддержание положительных эффектов ручного лимфатического дренажа
- повышение эффективности работы сердечно-сосудистой мышцы (увеличение объема транспортированной крови и лимфы)
- ускорение регенерации фиброзной ткани
- уменьшение активности воспалительного процесса в коже

Набор matopat для терапии лимфатического отёка включает в себя:

- трубчатый бинт - защищает кожу под компрессионным бинтом
- легкая и пушистая подкладка - заполняет пространство под компрессионной повязкой, защищает кровеносные сосуды и нервные окончания от излишнего сдавливания и повреждения, впитывает пот и отделяемое, снижает риск возникновения раздражения кожи
- набор компрессионных бинтов - обеспечивает постоянное поверхностное давление и увеличение оттока крови и лимфы во время терапии
- гипоаллергенный пластырь - для фиксации компрессионной повязки



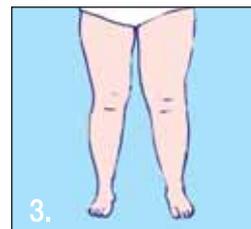
1.

ДО ЛЕЧЕНИЯ



2.

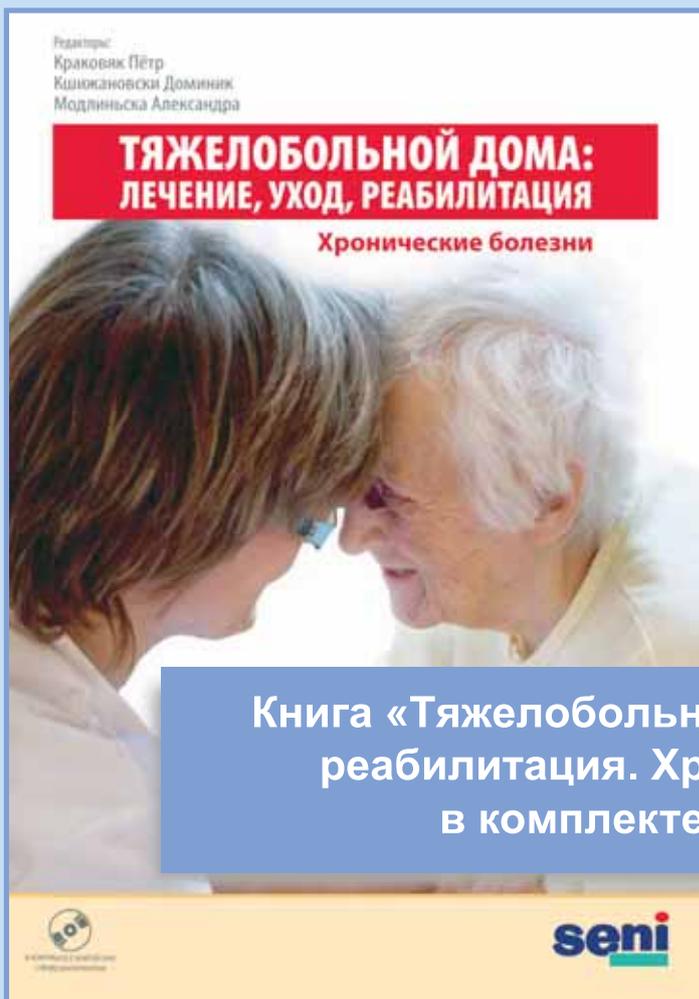
ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ



3.

ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Перед использованием, пожалуйста, проконсультируйтесь с врачом или специалистом по реабилитации.



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



Фонд помощи
хосписам

Вера

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

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 действию 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