

ОБУЧЕНИЕ, ОСНОВАННОЕ НА АНАЛИЗЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ



Руководство для преподавателей

под редакцией Е. В. Фроловой

РОСОМЕД
2021

ОБУЧЕНИЕ, ОСНОВАННОЕ НА АНАЛИЗЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ

Руководство для преподавателей

под редакцией Е. В. Фроловой

РОСОМЕД

Москва, 2021

УДК 616-053.9

ББК 57.4

026

026 Обучение, основанное на анализе клинических ситуаций / Е. В. Фролова, З. В. Лопатин, О. И. Фролова, М. Р. Цуцунава, С. Насиров, А. И. Петрова, К. И. Трипутина, Д. С. Дьячкова-Герцева, М. А. Ярошенко, Е. С. Лаптева, А. Х. Бадаев, К. Консон / под ред. Е. В. Фроловой. — Москва : РОСОМЕД, 2021. — 144 с., ил.

ISBN 978-5-6043452-3-8

Настоящее руководство освещает основные теоретические и практические аспекты обучения, основанного на анализе клинических ситуаций в гериатрии. В книге предложены конкретные клинические ситуации, в которых участвует медицинская сестра, и представлены анализ ситуаций и план их решения. Описан современный международный и отечественный опыт в данной области медицинского образования, особенности комплексного подхода в гериатрии. Руководство предназначено для преподавателей кафедр гериатрии, сестринского дела и других специалистов, применяющих интерактивные обучающие технологии в учебном процессе. Данное издание является первым в своем роде на русском языке.

УДК 616-053.9

ISBN 978-5-6043452-3-8



ISBN 978-5-6043452-3-8

© РОСОМЕД, 2021
© Бадаев А. Х., 2021
© Дьячкова-Герцева Д. С., 2021
© Консон Клаудия, 2021
© Лаптева Е. С., 2021
© Лопатин З. В., 2021
© Насиров С. Ф., 2021
© Петрова А. И., 2021
© Трипутина К. И., 2021
© Фролова Е. В., 2021
© Фролова О. И., 2021
© Цуцунава М. Р., 2021
© Ярошенко М. А., 2021

Содержание

Вступительное слово (Е. В. Фролова)	4
Глава 1. Обучение, основанное на изучении клинических случаев, или кейс-метод. (З. В. Лопатин, Е. В. Фролова)	8
Глава 2. Холистический подход в медицине (Е. В. Фролова)	19
Глава 3. Клиническая ситуация 1. Как помочь Ангелине Петровне? (Е. В. Фролова, О. И. Фролова)	26
Глава 4. Клинический случай 2. История болезни Виктора Сергеевича (М. Р. Цуцунава, С. Ф. Насиров)	35
Глава 5. Клиническая ситуация 3. Владимир Петрович поступает на долгосрочное обслуживание (А. И. Петрова, К. И. Трипутина)	43
Глава 6. Клиническая ситуация 4. История ухудшения состояния Марии Ивановны (М. Р. Цуцунава, Д. С. Дьячкова-Герцева)	51
Глава 7. Клиническая ситуация 5. История супружеской пары, нуждающейся в долговременном уходе (А. И. Петрова, М. А. Ярошенко)	61
Глава 8. Клиническая ситуация 6. Почему Кирилл Николаевич ведет себя неправильно? (Е. С. Лаптева, Е. С. Канунникова)	78
Глава 9. Клиническая ситуация 7. Возможна ли успешная реабилитация Ирины Александровны? (Е. С. Лаптева, А. Х. Бадаев)	88
Заключение (Е. В. Фролова)	95
Перечень QR-кодов ссылок на видеоматериалы	96
Список использованной литературы	98
Приложения	105

Вступительное слово

Эта книга — продукт совместной работы норвежских и российских партнеров. Мы работаем вместе уже много лет. Университет Осло и Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова сотрудничают в области паллиативной помощи, гериатрии, сестринского дела.

Мы благодарим от всей души Норвежское агентство международного сотрудничества и поддержки образования (The Norwegian Agency for International Cooperation and Enhancement of Higher Education — <https://diku.no/en/>) за поддержку в создании этой книги.

Авторский коллектив выражает благодарность Общероссийской общественной организации «Российское общество симуляционного обучения в медицине» и лично председателю президиума правления РОСОМЕД за поддержку и издание книги «Обучение, основанное на анализе клинических ситуаций».

Сотрудничество между Университетом Осло, медицинским факультетом и Северо-Западным государственным медицинским университетом имени И. И. Мечникова (СЗГМУ) началось в 2013 году. В Университете Осло уже более 30 лет преподается академическое сестринское дело и основана первая докторская программа по сестринскому делу в Норвегии в 1993 году. 730 кандидатов получили степень магистра в области сестринского дела и 50-степень доктора философии в области сестринского дела в Университете Осло.

Программа Университета Осло играет центральную роль в продвижении профессии медсестры в Норвегии и обеспечении квалифицированных преподавателей в различных колледжах медсестер по всей стране. В России нет формализованного магистерского образования в области сестринского дела и нет возможности получить докторскую степень для медсестер, кроме как в области общественного здравоохранения. В СЗГМУ есть медсестры, обучающиеся в магистратуре общественного здравоохранения и докторантуре по программам общественного здравоохранения. В настоящее время создана программа бакалавриата, в соответствии с ней учится несколько групп бакалавров сестринского дела. В России нет курсов или программ непрерывного образования по сестринскому делу в гериатрии. Университет им. И. И. Мечникова взял на себя задачу восполнить пробел в российской системе здравоохранения и попросил сделать это приоритетом партнерства с Университетом Осло. Мероприятия и ожидаемые результаты предлагаемого проекта “Треугольник знаний NORUS — Knowledge Cooperation Advancing Training and Intercultural Competence in Geriatric Nursing Care Through Leadership, Education and Research exchange in Norway and Russia” (Сотрудничество в области дополнительной подготовки и межкультурной компетенции в сестринском деле в гериатрии через лидерство, обучение и исследовательский обмен в Норвегии и в России) определенно принесут пользу обоим институтам и, в конечном счете, обоим странам. Участниками проекта с рос-

сийской стороны стали кафедра семейной медицины и кафедра гериатрии, пропедевтики и управления сестринского дела.

Идея подготовить специальную монографию для преподавателей, посвященную инновационным методам обучения, принадлежала норвежским партнерам. Активными участниками и вдохновителями стали профессор медицинского факультета Университета Осло, руководитель Центра стабильного образования в здравоохранении Кристин Хегген (Professor, Faculty of Medicine, University of Oslo Director, Centre for Sustainable Healthcare Education (SHE) Kristin Margrete Heggen), и профессор Марит Киркеволд, руководитель Департамента Сестринского дела Университета Осло (Professor, Head

Department of Nursing). Наши норвежские партнеры готовят такую же книгу на норвежском языке. Запланирована и подготовка совместного издания на английском языке, которое будет доступно преподавателям разных стран.

Что такое обучение, базирующееся на анализе клинических ситуаций, или кейс-метод, в преподавании медицины, вы узнаете в первой главе. Но здесь мне хотелось бы объяснить, почему именно гериатрия, почему сестринское дело.

Гериатрия — царство медсестер. Это давно известный факт, 90% усилий по уходу за гериатрическими пациентами приходится на работу медсестер. Однако пока еще их обучение недостаточно активно развивается в нашей стране. У нас есть отдельные университеты,



Университет Осло, Норвегия



СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

кафедры, где обучают сестринскому делу в гериатрии. Цель нашего совместного проекта как раз и состоит в том, чтобы развить это направление, используя научные исследования и инновационные методики преподавания.

Некоторые из основных текущих исследовательских проектов в Университете Осло связаны с обучением магистров,

подготовленных медсестер, особенно в гериатрии, и внедрением новых моделей гериатрической помощи в общинных службах в домах престарелых, службах ухода на дому и новых инновационных моделях передовой сестринской практики. Отделение сестринского дела Университета Осло также проводит исследования по оценке потребностей хрупких пожилых людей, получающих

услуги по уходу на дому, и внедрению инновационных лично-ориентированных методов ухода в домах престарелых.

Результаты исследований, накопленный практический опыт, опыт преподавания легли в основу этой книги. С ее помощью мы хотели бы усовершенствовать преподавание сестринского дела в гериатрии, внедрить инновационные методы обучения, и надеемся, что эта книга будет полезна не только преподавателям сестринского дела, но и тем, кто обучает студентов в медицинских вузах, на кафедрах гериатрии.

Книга состоит из 9 глав. В первой главе описана суть метода обучения, базирующегося на клиническом случае. Мы сочли необходимым также описать возможности использования симуляционных технологий в преподавании на основе кейс-метода. В второй главе мы рассказываем о холистическом подходе в медицине, так как этот подход лежит в основе гериатрического осмотра и самой гериатрии. Семь глав посвящены описанию собственно гериатрических пациентов в различных ситуациях, требующих сестринского вмешательства. Каждый клинический случай сопровождается учебными целями, вопросами для изучения и ключевыми признаками. Приведены приложения, которые можно использовать при оценке состояния пожилого человека, проведении гериатрического осмотра. Вы найдете

также специальные QR коды, используя их, можно получить возможность ознакомиться с учебными видеофильмами, иллюстрирующими использование кейс-метода. Список литературы, использованной при подготовке книги, содержит как российские, так и зарубежные источники.

В подготовке книги участвовали сотрудники кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности СЗГМУ им. И. И. Мечникова, заведующая кафедрой Лаптева Екатерина Сергеевна, ассистент Цуцунава Марина Рагимовна, доцент Петрова Алла Ивановна, начальник учебного управления СЗГМУ им. И.И. Мечникова Лопатин Захар Вадимович. К подготовке материалов были привлечены студенты и бакалавры сестринского дела, ординатор кафедры семейной медицины и аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения. Описания гериатрических пациентов предоставила К. Консон, магистр общественного здравоохранения, представитель государства Израиль, прикрепленная к кафедре семейной медицины для подготовки кандидатской диссертации.

Надеемся, что книга будет интересна всем читателям, не только преподавателям, но и студентам, медицинским сестрам, работающим с пожилыми пациентами.

Профессор Е. В. Фролова

**Коллектив авторов ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова
Минздрава России**

1. **Бадаев Алдар Хонгорович**, студент — бакалавр по специальности «Управление сестринской деятельностью», 3 курс
2. **Дьячкова-Герцева Дарья Сергеевна**, аспирант кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением
3. **Канунникова Елизавета Сергеевна**, студентка бакалавр по специальности «Управление сестринской деятельностью», 3 курс
4. **Консон Клаудия**, магистр медицины (МА) по специальности «Менеджмент в здравоохранении», супервизор по сестринскому уходу (Южный Департамент Министерства здравоохранения Израиля)
5. **Лаптева Екатерина Сергеевна**, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности
6. **Лопатин Захар Вадимович**, канд. мед. наук, начальник учебного управления, член правления РОСОМЕД
7. **Насиров Саид Фадаил Оглы**, студент по специальности «Лечебное дело», 2 курс
8. **Петрова Алла Ивановна**, канд. мед. наук, доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности
9. **Трипутина Ксения Игоревна**, студентка бакалавр по специальности «Управление сестринской деятельностью», 2 курс
10. **Фролова Елена Владимировна**, д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры семейной медицины
11. **Фролова Ольга Ивановна**, клинический ординатор кафедры семейной медицины по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»
12. **Цуцунава Марина Рагимовна**, BSc (бакалавр в профессиональной практике), магистр в области здравоохранения (MS), ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности
13. **Ярошенко Марина Андреевна**, студентка бакалавр по специальности «Управление сестринской деятельностью», 2 курс

Глава 1. Обучение, основанное на изучении клинических случаев, или кейс-метод

Инновации вчера — традиции сегодня. Активные обучающие технологии в медицине

Педагогические технологии обучения медицинского персонала непрерывно развиваются, что находит отражение в образовательных программах различных уровней подготовки врачей и медицинских сестер. Современные требования, которые предъявляет профессиональное сообщество к специалистам, меняются — врач должен не только обладать знаниями и навыками, но и взвешенно принимать решения, обладать системным клиническим мышлением, и находить рациональные стратегии диагностики и лечения пациентов. Кейс-метод является одной из разновидностей интерактивного обучения. Сегодня педагогов и студентов уже не удовлетворяет преподавание, основанное на простом переносе знаний от учителя к ученику. Особенно это характерно для преподавания медицины. Традиционное обучение, когда в одной лекции или в тематическом практическом занятии студенту преподносятся основы той или иной патологии, не мотивируют обучающегося к расширению кругозора, к работе с литературой, а самое главное, он остается беспомощным в принятии клинического решения. Однако подходы к лечению быстро меняются, а больной, как правило, страдает

не одной болезнью, или, говоря иным языком, имеет много проблем.

Поэтому требуется изменение парадигмы преподавания, обеспечивающее эффективное взаимодействие участников обучения. Преподаватель становится не только источником знания, это ментор и модератор, который стимулирует к самостоятельному изучению материала, активно участвует в процессе познания на одном уровне с обучающимся. Для достижения цели — формирования запланированных компетенций, необходимы другие методы, нежели традиционные технологии подачи материала (чтение лекций или подготовка реферативных работ). Компетенция — интегральная характеристика обучающегося, то есть динамическая совокупность знаний, умений и навыков, способностей и личностных качеств, которую он должен продемонстрировать после завершения части или всей образовательной программы.

В медицинском образовании использование интерактивных технологий реализуется с помощью методов активного обучения. Обучающийся становится равноправным участником образовательного процесса — как преподаватель. Теперь он может самостоятельно принимать решения и аргументировать свою позицию, в то время как при традиционном подходе такая возможность отсутствовала. Модель, когда

преподаватель является носителем информации, уже не актуальна, поскольку информация стала гораздо более доступна, чем 10 лет назад, и теперь задача преподавателя — направить поиск решения задач в нужном направлении, а не транслировать знания.

В педагогической практике выделяют два типа активного обучения: имитация профессиональной деятельности (неигровая и игровая) и неимитационные методы обучения.

Неигровые методы имитации профессиональной деятельности включают анализ конкретных ситуаций, разбор клинических случаев, или кейсов, поиск решений с использованием алгоритмов действий и проблемно-ориентированное обучение.

Игровые методы имитации профессиональной деятельности — это:

- ролевая игра;
- тренинг в активном режиме;
- виртуальная симуляция реальных ситуаций;
- симуляция в условиях профессиональной деятельности.

Неимитационные методы: стажировки, семинары, реферативные работы, дискуссии, конференции.

Проблемно-ориентированное обучение (Problem-Based Learning — PBL) — методика построения образовательного процесса, в основе которой лежит «проблема», ситуация, требующая поиска оптимального пути решения. Как правило, задача строится таким образом, что может быть несколько верных путей решения, и нет однозначно правильного ответа. Отсутствие четкого алгоритма

действия побуждает обучающегося изучить не только саму проблему, но и факторы, влияющие на исход принятого решения, подойти к ситуации с различных точек зрения: врач/пациент/родственник. Описание проблемы должно обеспечить обучающегося необходимой информацией, однако намеренно могут быть упущены ключевые данные, позволяющие применить стандартные алгоритмы решения. Представить проблему наиболее структурно позволяет кейс-метод.

Кейс-метод (Case-Study, case-based learning, case based education) — активная образовательная технология, позволяющая представить и изучить ситуацию на основании структурированных данных.

Кейсы предполагают достоверное изображение человека (лиц) в сложной ситуации (ситуациях), сконструированной для конкретных педагогических целей. Существенными являются две особенности: работая с кейсами, учащиеся должны взаимодействовать как между собой, так и с преподавателем, с коллегами, работающими удаленно, с классом, с коллегами, создающими и интерпретирующими ситуацию. Вторая важная особенность — развитие проблемного подхода у учащихся. Кейсы могут потребовать решения различных проблем, например, применение концепций к реальной жизненной ситуации; соединение концепций и междисциплинарных идей; изучение ситуации с разных точек зрения; размышление о том, как человек подходит к проблеме или решает ее; принятие решений; разработка проектов; рассмотрение этических аспектов ситуаций.

Кейс-метод как технология проблемно-ориентированного обучения ставит перед обучающимся ряд задач:

- исследовать ситуацию;
- разобраться в сути проблемы;
- предложить возможные решения;
- выбрать лучшее решение.

Кейсы основываются на реальном фактическом материале или же приближены к реальной ситуации. Достижение максимальной реалистичности в образовательном процессе при использовании кейс-метода осуществляется с помощью создания симулированных условий. Обучающийся не просто изучает ситуацию, а самостоятельно проживает ее. При этом используется не только теоретическое обоснование решения проблем, но и закрепление необходимых практических навыков. Познание через освоение практических навыков является ключевым принципом практико-ориентированного обучения. Такой принцип используется для закрепления теоретического материала и его использования в повседневной деятельности специалиста, способствует развитию самостоятельности в принятии решений как в стандартных, так и нестандартных ситуациях. До недавнего времени подготовка специалистов осуществлялась в реальных клинических условиях. Формирование навыков зависело от наличия ситуации или пациента с конкретным заболеванием, доступных для обучающегося, что не всегда было возможным, и часть навыков оставалась только знаниями об этих навыках. Сегодня вовлечение в процесс обучения достигается с помощью симуляционных образовательных технологий.

Симуляционные образовательные технологии — активная педагогичес-

кая методика, позволяющая моделировать реальные ситуации. Использование этого метода обучения дополняет кейс-метод, погружая обучающегося в проблему конкретного случая.

Различают несколько последовательных этапов разработки кейсов, они же являются и типами кейсов:

- Теоретический кейс
 - Ситуационная задача (сжатый кейс)
 - Классический кейс (развернутый кейс)
- Виртуальный кейс
 - Аудиозаписи
 - Видеозаписи
 - Программное обеспечение (компьютерная модель)
- Практический (симулированный) кейс
 - Робот-симулятор пациента
 - Стандартизованный пациент

Кейс может быть статическим, когда данные, представленные исходно, не дополняются, и динамическим, когда в зависимости от принятого решения на основании исходного условия обучающимся становятся доступны новые данные. Динамический кейс может включать 2–3 этапа решения. Следует учитывать, что увеличение этапности решения ведет к смещению акцента с конкретной проблемы на второстепенные условия.

Независимо от технологии представления кейса для обучающихся, его подготовка осуществляется поэтапно. В первую очередь следует определить учебную задачу, решению которой посвящен кейс. Учебная задача ставится

на основании учебного плана и должна быть направлена на формирование профессиональной компетенции специалиста.

Кейс-метод малопродуктивен в отношении скорости получения новой информации, однако преимуществом является комплексный подход к изучению теоретического материала и освоению практических умений и навыков. Кроме того, правильно составленный кейс формирует самостоятельность в принятии решения, навык аргументации и работы в команде.

После определения учебной задачи, формулируется цель, которую достигнет обучающийся после решения данного конкретного кейса. Цель является более конкретным определением результата, который будет достигнут.

В соответствии с целью осуществляется подбор материала кейса. Однако, в медицине не всегда клинический опыт и имеющиеся данные о пациентах соответствуют учебной цели, поэтому может потребоваться коррекция цели после сбора первичного материала кейса или дополнение кейса вымышленными результатами и описанием ситуации. Таким образом, формируется ситуационная задача или сжатый кейс.

Сжатый кейс отражает основные положения, которые помогают решить проблему. Преимущество такого типа кейсов — возможность широкого поиска решения, поскольку обучающийся не ограничен жесткими рамками описания ситуации. Ситуация имеет допущения, то есть несколько путей решения проблемы, обеспечивая возможность творческого подхода к проблеме.

Классический кейс представляет собой развернутое и детальное описание конкретной ситуации, его объем может достигать 20–30 страниц, а материалы — избыточны. Обучающийся перед принятием решения должен определить важность информации и выявить ключевые материалы для аргументации своей точки зрения.

Виртуальные кейсы разрабатываются на основании текстовых кейсов. По содержанию это классические кейсы, которые могут быть представлены фрагментами аудиозаписей, короткометражными или полноразмерными видеоматериалами, программами, визуализирующими ситуацию в зависимости от принятия решений на каждом этапе кейса.

Для симуляции кейса требуется высокая детализация ситуации, иногда с учетом возможных сценариев развития в случае принятия решений на промежуточных этапах.

Таким образом, разработка практического кейса включает в себя вышеперечисленные этапы: постановка учебной задачи, определение цели, краткое содержание кейса, детализация кейса, визуализация кейса и симуляция описанной ситуации. Практический кейс подразумевает участие обучающегося не только как наблюдателя за ситуацией, а непосредственного участника кейса.

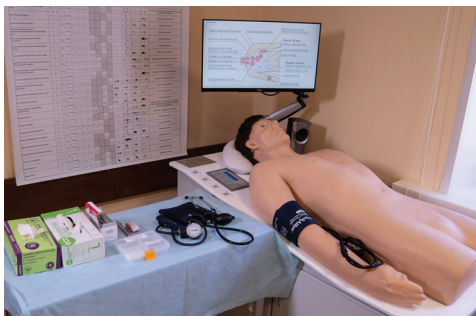
Для проведения клинического симулированного сценария наполнение кейса должно быть максимально приближено к реальным условиям. Например, ситуации в стационаре включают использование истории болезни от момента госпитализации до настоящего момента. Если

сценарий имеет несколько вариантов развития клинической ситуации (сложный сценарий), то каждый возможный вариант дополняется результатами лабораторных исследований и моделями поведения родственников или самого «пациента».

Роль пациента могут выполнять роботы-симуляторы высокого уровня реалистичности. Поэтому при подготовке таких кейсов, заранее программируют оборудование в соответствии со сценарием ситуации, а для технического сопровождения привлекают технических сотрудников, обеспечивающих обслуживание оборудования.

Симуляционные технологии позволяют сформировать не только профессиональные, но гибкие навыки медицинского персонала, такие как эмпатия, активное слушание, презентация, управление беседой, принятие решений в нестандартных ситуациях. Гибкие навыки (Soft Skills) — навыки, которые не являются профессиональными, однако влияют на развитие личностных качеств, необходимых специалисту для продуктивной деятельности.

Для представления кейсов привлекаются стандартизованные пациенты.



Симулятор кардиологического пациента с системой контроля

Стандартизованный пациент — человек, который играет роль пациента по сценарию, описанному в кейсе.

Кейс с участием стандартизованного пациента включает описание обстановки, в которой находятся обучающиеся и пациент, историю и поведение пациента, траекторию сценария и дополнительные материалы (амбулаторная карта, результаты исследований и пр.)

Для достоверности симуляции создаются специальные условия в помещении: расстановка мебели, освещение, предметы интерьера. Важным фактором является поведение стандартизованного пациента, поэтому подготовке этого человека необходимо уделить внимание. С этой целью могут использоваться аудиозаписи, видеоролики реальной си-



Симуляционная система отработки навыков выполнения ультразвукового исследования органов грудной и брюшной полостей

туации, которая будет смоделирована, сценарий поведения. Роль пациента не ограничивается заранее подготовленными материалами, т. к. реальное общение с обучающимся может иметь любую траекторию коммуникации, импровизация в беседе должна соответствовать документальным данным, если они предусмотрены кейсом. Занятие может быть построено как на индивидуальном общении пациент-обучающийся, так и в группе.

Включение симуляционного кейса в практическое занятие или тренинг

Помимо методической подготовки, необходимо техническое обеспечение помещения для симуляции. Помещение должно быть изолированным, с мебелью, указанной в кейсе и оборудованием для выполнения манипуляций, если оно предусмотрено ситуацией. В кабинете должна быть установлена система аудио- и видеофиксации для дальнейшего разбора действий обучающегося.

Структура занятия с применением симуляционных образовательных техно-

логий может выглядеть следующим образом:

- инструктаж;
- решение симуляционного кейса
- ознакомление с ситуацией в процессе симуляции;
- решение проблемы;
- дебрифинг.

Брифинг, или инструктаж

Перед решением симуляционного кейса обучающимся следует представить информацию о ходе занятия, его этапах, изложить учебные задачи и цели тренинга. Дать краткое описание методике решения кейса с привлечением стандартизованного пациента, описать правила взаимодействия и сформулировать задачу. В случае, если для выполнения задания требуется использовать



Тренажер для отработки навыка измерения артериального давления



Виртуальный ассистент «ТьюторМэн» для отработки навыка измерения артериального давления

симуляционное, медицинское или иное оборудование, проводится краткий инструктаж по его использованию и технике безопасности.

Ознакомление с ситуацией в процессе симуляции

Симуляция условий профессиональной деятельности максимально приближает обучающегося к реальной обстановке. Перед решением кейса (началом симуляции), в состав которого включены дополнительные материалы в виде документации, следует предоставить возможность обучающемуся изучить данные в течение ограниченного времени. Это позволит сэкономить время непосредственно симуляции и повысит реалистичность процесса, т. к. медицинские работники имеют доступ к медицинским сведениям, как правило, заранее. Если кейс не предусматривает большого количества материалов или их изучение входит в симуляцию, время на ознакомление не требуется.

Особенностью симуляции профессиональных ситуаций являются ограничения, которых нет при решении теоретических кейсов, когда обучающиеся могут дискутировать в процессе решения про-



Палата интенсивной терапии. Тренажер для навыков оказания экстренной помощи «Аполлон»

блемы, использовать ресурс времени и источники информации. Ограничения создаются самой ситуацией, обучающийся находится вне зоны комфорта, в дефиците времени и ресурсов.

Решение проблемы

Для определения верной траектории развития ситуации, обучающийся должен выполнить поиск и определить проблему, которая представлена в данном кейсе. Решение, которое принимает обучающийся на основании полученной информации непосредственно в момент симуляции, может быть не единственным верным или неверным, однако должно стремиться к наиболее оптимальному в конкретном случае. Такой подход проблемного обучения



Палата интенсивной терапии. Укладка для оказания экстренной помощи



Стоматологический кабинет. Тренажер для отработки стоматологических манипуляций



Стоматологический кабинет. Набор инструментов для удаления зубов

направлен как на формирование профессиональных компетенций специалиста, так и гибких навыков. Успех не всегда определяется принятием самого оптимального решения, но и процессом взаимодействия со стандартизованным пациентом, окружением, поведением обучающегося в ситуации, степенью готовности принимать решение в условиях неопределенности. Решение, которое принимает обучающийся, желательно зафиксировать письменно.

Дебрифинг, или заключительное обсуждение

Заключительный этап кейса — разбор действий обучающегося при поиске и принятии решения, а также самого решения и его аргументации. Дебрифинг — структурированное и организованное групповое обсуждение ситуации. С точки зрения групповой вовлеченности в процесс обучения, этот этап является самым информативным образовательным компонентом кейса.

Дебрифинг проводится с использованием видеозаписи и включает в себя групповую работу: обсуждение, аргументация действий и решения обучающегося.

Преподаватель не участвует активно в обсуждении, а модерирует дискуссию: обеспечивает тайминг, и делает акценты на важных деталях. В разборе не допускается критика действий со стороны преподавателя, его задача побудить к углубленному изучению проблемы и самостоятельному поиску правильного решения.

Дебрифинг проводится структурно в следующей последовательности:

1. Мнение обучающегося о собственных действиях

Разбор следует начинать с мнения обучающихся, которые являлись непосредственными участниками в роли врача или медицинской сестры. Следует обсудить ощущения обучающегося от окружающей обстановки, с какими трудностями пришлось столкнуться и как они были решены. Чтобы получить структурированную обратную связь можно задать вопросы: «Как Вы себя чувствовали в данной ситуации, насколько было комфортно в обстановке?», «Что вызвало затруднения при анализе ситуации?», «Как удалось или не удалось справиться с трудностями?». Эмоциональная оценка кейса важна не только

участникам симуляции, но и для преподавателя. Именно первые впечатления отражают степень проработки кейса на подготовительном этапе и реалистичность моделируемой ситуации.

Удовлетворенность участника симуляции собственными действиями позволяет обратить внимание группы на оценку ситуации изнутри, а для самого обучающегося определить какие темы нуждаются в дополнительном изучении. Удовлетворенность может быть связана не только с уровнем владения материалом, но и эмоциональной готовностью к выполнению профессиональной деятельности, понять, какие гибкие навыки следует развивать. Вопросы должны быть открытыми, например: «Как Вы оцените свою работу при решении данного кейса?».

2. Альтернативные варианты действий

В первую очередь, участник симуляции должен предложить возможные траектории решения кейса, которые, по его мнению, могли быть правильными, либо наоборот, что могло привести к дальнейшим ошибкам. Можно задать вопрос: «Хотели бы Вы что-то изменить в своих действиях?», «Что могло привести к ошибочному решению кейса?». Обсуждение альтернативных путей решения проблемы вовлекает всех участников группы в обсуждение. При этом участникам следует объяснить, что обсуждение ведется относительно выполненных действий, а не в отношении мнений других участников группы. Вопросы могут быть следующими: «Как Вы поступили бы в данной ситуации?», «Почему в этой ситуации мы видим такой исход кейса?»

3. Мнение обучающегося об оптимизации решения симуляционного кейса

Участники уже имеют представление о событиях, которые произошли в смоделированной ситуации, и могут предположить, что можно улучшить, и, где сделать акценты, какие данные были упущены или на них не обратили внимание. Для этого можно поделить группу на подгруппы 3–4 человека и попросить каждую подгруппу аргументированно ответить на вопросы: «Что нужно сделать по-другому?», «Каких действий следует избегать?», «Как следует поступить в данной ситуации?»

4. Аргументированные мнения участников группы

Обучающиеся от каждой подгруппы высказывают заключительные суждения о решении данного кейса и аргументируют свой ответ информацией из литературных источников, личным опытом, моральными или религиозными убеждениями.

5. Завершение

В завершении участникам следует ответить на вопрос: «Что нового Вы узнали на занятии?». Затем преподаватель озвучивает исходную учебную задачу и цель предложенного кейса. Необходимо оценить, насколько они достигнуты, какие компетенции обучающиеся приобрели или усовершенствовали. Повторить основные аспекты симуляционного кейса, детали, вызвавшие затруднения, проблему кейса, подчеркнуть ее актуальность. Сделать заключение по дебрифингу: ключевые идеи, которые способствовали дискуссии в группе. Преподаватель может дать рекомендации по изучению дополнительной литературы по теме кейса и указать в целом, на что обратить внимание, чтобы не до-

пустить ошибок и принять наиболее рациональное решение в профессиональной деятельности.

Оценка обучающихся с помощью симулированного кейса

Оценка должна осуществляться в соответствии с учебными задачами, которые формулируются при составлении кейса. Для оценки следует использовать оценочный лист, который может быть частью кейса.

Можно оценить следующие виды активности:

- Степень владения практическим навыком

Проблема, которая представлена в кейсе, может иметь практическое решение. Например, требуется выполнить алгоритм отоскопии, аускультации, внутривенной инъекции и т.п. Практические навыки легко структурировать в алгоритмы и последовательности действий, и представить в виде оценочного листа.

Оценочный лист представляет собой пронумерованную таблицу с алгоритмом выполнения задания. Алгоритм содержит от 10 до 20 пунктов, которые обучающийся должен выполнять последовательно или непоследовательно в отдельных случаях. Увеличение количества пунктов оценочного листа, с одной стороны, выявляет более детальные ошибки, а с другой — может привести к снижению объективности со стороны преподавателя, так как оценить большое количество параметров за время выполнения задания очень трудно и требует дополнительной подготовки.

Оценка отдельных действий может осуществляться в различной градации баллов от 0 до 10, от 0 до 5, от 0 до 2. При невыполнении или выполнении критически важных действий, которые могут привести к неблагоприятному исходу, оценка далее может не проводиться. Использование электронных оценочных средств облегчает расчет и суммирование баллов по каждому алгоритму, анализ групповых результатов, составление отчетов и формирование баз данных.

- Гибкие навыки

Гибкие навыки труднее систематизировать и оценить, т. к. они не имеют четкого алгоритма действий, что негативно сказывается на объективности оценки. Тем не менее, оценочный лист может содержать общие пункты, например, перечень техник, которые обучающийся должен использовать в процессе общения с пациентом. Навык командной работы можно оценить по таким компонентам, как адресное обращение, контроль выполнения команд, обратная связь с участниками команды и пр.

- Групповая вовлеченность

Вовлеченность обучающихся в образовательный процесс можно оценивать на всех этапах занятия. Если задачей занятия является групповое обсуждение проблемы, то в начале занятия следует указать, что преподаватель планирует оценивать вовлеченность обучающихся в решение кейса. Критерии вовлеченности в решение симулированного кейса можно описать как: степень активности в групповом решении задач, аргументация собственных суждений, предоставление контраргументов, стремление к поиску наиболее правильного реше-

ния, обеспечение эффективной коммуникации с другими обучающимися.

Заключение

Различные исследования и опросы показывают, что работа по кейс-методу повышает активность и вовлеченность студентов, развивает их способность генерировать идеи и обосновывать решение проблем. Они также развивают позитивные отношения со сверстниками, учатся командной работе. Однако преподаватели отмечают, что препятствием для внедрения кейс-метода может быть увеличение времени на подготовку занятия, разработку и обсуждение кейса, оценочных материалов. В Университетах может быть создан банк кейсов, которыми могут пользоваться преподаватели разных кафедр и отделов.

Глава 2. Холистический подход

В Древней Греции ученым по имени Гераклит было сформулировано понятие «Холизм», или холистический. Он сказал «Из одного — всё, из всего — одно». Понятия «холизм» и «холистический» происходят от греческого слова «холон», означающего «цельность», «целостность». В современной медицине понятие «холистический подход» означает, что лечить надо не болезнь, а человека в целом.

Каждый медицинский работник, когда-либо занимавшийся проблемами пожилых, знает, насколько сложно бывает оценить состояние такого больного, понять основную причину ухудшения его здоровья, найти с ним контакт и основать взаимодействие, назначить эффективное лечение и контролировать его действие. Почему так происходит? Чем отличается работа медицинской сестры в гериатрии от обычной сестринской деятельности?

Традиционный подход в медицине мы называем «болезнь — ориентированным». Это означает, что, если у больного есть жалобы, мы обследуем его, ставим диагноз и назначаем лечение. Если у человека обнаруживается одно заболевание, или даже два, мы можем назначить лечение и добиться выздоровления или улучшения. У гериатрических пациентов все не так.

У пожилых пациентов имеются нарушения функции многих органов и систем.

Однако проявления этих нарушений не всегда представлены в виде легко узнаваемых признаков заболевания. Кажущиеся источником симптомов и проблем системы и органы на самом деле таковыми не являются. Например, одинокая 80-летняя женщина имеет признаки сердечной недостаточности, и врач назначает ей лечение мочегонными препаратами. Это очевидная общепринятая рекомендация. Но у нее, кроме того, есть заболевания суставов, которые ограничивают ее возможности к передвижению, она двигается медленно, и из-за этого не успевает дойти до туалета через захламленный коридор вовремя. Мокрое белье, которое замечает социальный работник и сама пациентка, заставляют думать о недержании мочи. Но это ошибочный вывод. И кажущаяся источником проблем мочевыделительная система на самом деле не является таковой. И мы не сможем устранить это псевдонедержание, если не узнаем про другие проблемы пациентки, не спросим ее про лекарства, которые она принимает, не оценим ее бытовые условия и не измерим ее мобильность с помощью специальных тестов. Это и есть холистический подход, оценка пожилого человека в целом, всех его проблем, не исключая социальные, бытовые, духовные, эмоциональные.

У пожилых людей нарушение способности к передвижению, ухудшение в пси-

хической сфере могут быть первыми признаками острого заболевания, что совсем иначе проявляется у молодых пациентов. Наиболее частым и распространенным примером может быть клиническая картина пневмонии, проявившаяся у пожилого человека спутанностью сознания или делирием. Острая инфекция мочевыводящих путей дебютирует недержанием мочи. В первом случае поражение респираторной системы проявляется симптомом мозговой дисфункции, а во втором — инфекционное заболевание приводит к дисфункции уретры или мочевого пузыря.

Еще один факт — атипичные проявления болезней в гериатрической популяции. Пневмония может не вызывать кашель, инфаркт миокарда не сопровождается болями в грудной клетке. В некоторых случаях отсутствие эффекта от лечения может стать указанием на ошибочный диагноз.

Традиционные программы обучения в медицинских вузах и колледжах, составленные в соответствии с современными образовательными стандартами, ориентированными на достижение студентами ряда необходимых компетенций в части диагностики заболеваний, все еще акцентированы на выполнении физикального осмотра пациента, данные которого должны быть зафиксированы в медицинской документации. Однако эти данные не содержат информацию о том, имеется ли у пациента какое-либо нарушение функционирования. Например, может ли пациент передвигаться без посторонней помощи? Может ли пациентка сама надеть и снять одежду? Сохранены ли функции тазовых органов?

При банальном физикальном осмотре, даже тщательно выполненном, дефицит многих функций не выявляется врачами, что не дает возможности разработать мероприятия по их улучшению, восстановлению или сохранению. При этом существует целый ряд стандартизованных инструментов и методов для оценки функций пожилых пациентов, которые используются гериатрами различных стран. Для гериатра оценка функционального статуса должна стать важнейшим аспектом оценки состояния пациента.

У пожилых пациентов часто отмечается несколько основных и сопутствующих заболеваний, состояние, которое мы называем полиморбидность. Полиморбидность осложняет лечение, так как нередко врачи стремятся назначить препараты для каждого зарегистрированного заболевания. Однако, несмотря на обилие обследований, которые проводятся таким пациентам, самое главное — понять, насколько функциональные нарушения будут влиять на эффективность терапии. Безусловно, очень важны данные о величине фракции сердечного выброса у пациента с застойной сердечной недостаточностью, или доле гликозилированного гемоглобина у больного сахарным диабетом, результаты магнитно-резонансной томографии (МРТ) у пациента с лакунарным инфарктом головного мозга, либо сведения об уровне снижения объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) при ХОБЛ, но ни один из перечисленных параметров не отражает степень нарушения функционирования пациента. Каждое сочетание заболеваний уникально, вот почему важно оценивать и функциональный статус пациента в каждом конкретном случае.

Поясним этот тезис на примере. Известно ли нам, насколько когнитивные нарушения выражены у пациента с сердечной недостаточностью, и повлияют ли они на регулярный прием лекарственных препаратов? Больным с сердечной недостаточностью медсестра должна рекомендовать следить и фиксировать объем выпитой и выделенной жидкости. Но если у пожилого пациента есть когнитивные нарушения, насколько точно он сможет это делать? Значит, прежде, чем назначать или рекомендовать какие-либо немедикаментозные меры лечения, необходимо понимать, каков у пациента когнитивный статус.

Если у пациента есть сахарный диабет, и мы знаем его показатели гликозилированного гемоглобина, ему назначено введение инсулина самостоятельно. Но у него есть еще и остеоартроз кистей. Сможет ли пациент с нарушенной вследствие артроза функцией кисти самостоятельно вводить инсулин, назначенный ему эндокринологом по поводу диабета? Ответ на этот вопрос можно получить, если подойти к этому человеку с позиции холистической оценки: оценить функцию кисти, спросить, есть ли у него кто-то, кто поможет с инъекциями, а если нет, обратиться в органы социальной защиты для организации помощи.

Показателем тяжести течения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) является значение $ОФВ_1$. Для лечения назначается использование ингалятора, который эффективен только при соблюдении специальных правил. Но способен ли одинокий слабовидящий человек должным образом использовать ингалятор, предназначенный для лечения ХОБЛ?

Как же учесть все эти особенности пожилых людей? Чему отдать предпочтение при обследовании? Как обеспечить адекватный гериатрический уход?

Первое правило — понять, насколько сохранена функция человека, насколько он способен быть независимым в повседневной жизни. А если есть нарушения функционального статуса, то следует подумать, что привело к этим нарушениям: когнитивные проблемы, или недостаточное питание, или проблемы с суставами, возможно, падения или хронические заболевания.

Второе правило — понять и выделить проблемы пожилого человека, существующие в виде гериатрических синдромов. Болезни пожилого возраста отличаются хроническим характером с атипичным течением, частыми обострениями патологического процесса и длительным периодом восстановления. Возникающие у пожилых людей нарушения различных функций организма способствуют развитию так называемых гериатрических синдромов. Что такое гериатрический синдром и чем он отличается от диагноза заболевания?

Термин «гериатрический синдром» был впервые введен в 1909 году и стал ключевым понятием в гериатрии. В середине XX века врач из Великобритании Бернард Исаак выделил четыре синдрома, которые он назвал «гериатрическими гигантами» — immobility (ограничение мобильности), instability (трудность поддержания равновесия), incontinence (недержание) и intellectual impairment (когнитивные нарушения). Первоначально ГС определяли как «периодически развивающиеся у людей пожилого возраста состояния, которые могут быть

спровоцированы инсультом и часто связаны с последующим функциональным снижением».

Одно из последних определений ГС — это «клинические состояния, развивающиеся в пожилом возрасте, широко распространенные и многофакторные, не вписывающиеся в категорию заболеваний, но связанные с множественными сопутствующими заболеваниями и ассоциированные с неблагоприятными исходами, которые могут быть скорректированы только при использовании многомерного подхода» Таким образом, гериатрический синдром — многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов (смерти, зависимости от посторонней помощи, повторных госпитализаций, потребности в долгосрочном уходе) и функциональных нарушений. В отличие от традиционного клинического синдрома, гериатрический синдром не является проявлением патологии одного органа или системы организма, а отражает комплекс изменений в нескольких системах. Возникновение одного гериатрического синдрома повышает риск развития других гериатрических синдромов. Вот почему в гериатрии так важен холистический, или целостный подход.

В результате развития и взаимодействия гериатрических синдромов многие престарелые люди, теряя со временем способность к независимой жизни, остро нуждаются в длительной медико-социальной помощи. Это, прежде всего, немощные старики — так называемые «хрупкие» пациенты, то есть те, кто испытывает трудности при выполнении повседневных действий, неспособны

к самообслуживанию или имеют значимые когнитивные нарушения. Объем медико-социальной помощи в виде долговременного ухода определяется степенью зависимости пожилого человека от помощи окружающих лиц в повседневной жизни.

Впервые на необходимость организации особой помощи пожилым людям обратила внимание Марджори Уоррен, в 1943 году в Лондоне. Работая в госпитале во время войны, когда потребность в койках была крайне острой, она заметила, что попавшие в отделение госпиталя пожилые люди лежат очень долго, плохо выздоравливают, им трудно подобрать лечение. Марджори Уоррен предложила разделить пожилых людей на 5 групп.

- пожилые люди с **хроническими заболеваниями**, но относительно мобильные, которые **могут обслуживать себя самостоятельно** и могут требовать помощи только при подъеме по лестницам;
- пациенты с хроническими заболеваниями и **недержанием мочи**;
- пациенты с хроническими заболеваниями и недержанием мочи, **прикованные к кровати**;
- пациенты с **деменцией или спутанностью сознания**, требующие кроватей со ограничителями для их собственной безопасности, но **не буйные и не раздражающие других пациентов**;
- пациенты с деменцией, требующие изоляции от других пациентов.

Так впервые был применен способ оценить пожилых пациентов на основе сохранения или нарушения их функционального статуса. М. Уоррен предложила ввести такую специальность,

как гериатр, а также, учитывая обилие проблем у каждого пожилого человека, создать многопрофильную команду, состоящую из медсестер, терапевтов, физиотерапевтов, социальных работников, а также врачей других специальностей, специально подготовленных для работы с пожилыми людьми. Кроме того, она предложила оборудовать пространства клиник для пожилых пациентов с учетом их потребностей и безопасности. Таким образом, взаимодействие специалистов в многопрофильной команде было призвано обеспечить целостный, холистический подход.

Модель лечения пожилых пациентов, предложенная Марджерии Уоррен, базировалась на: уходе за ногами, уходе за зубами, коррекции зрения, коррекции питания, нормализации сна, профилактике снижения способности к самообслуживанию в повседневной жизни.

В дальнейшем концепция М. Уоррен была развита современными гериатрами. Для оценки состояния пожилых людей, учитывая их мультиморбидность, множественность проблем и необходимость в консультации многих специалистов, стали применять так называемую комплексную гериатрическую оценку.

Комплексная гериатрическая оценка (КГО) включает в себя оценку существования пациента в целом ряде областей жизнедеятельности, так называемых доменов. Как правило, рассматривают четыре основных домена, характеризующих состояние пожилого пациента: анамнез и физический статус, а также функциональный, психоэмоциональный и социальный статусы. Оценка состояния пациента в каждом из этих доменов позволяет выявить полный

биопсихосоциальный характер проблем человека, а также спланировать и осуществить вмешательства с целью решения этих проблем. Иначе говоря, КГО представляет собой процесс, обеспечивающий и координирующий комплексный план лечения, реабилитации, поддержки пациента и, в случае необходимости, долговременного ухода за ним. Собственно говоря, использование КГО и отражает целостный, холистический подход к пожилому человеку. Одновременно регулярно проводимое обследование состояния пациентов во всех перечисленных доменах служит основанием для вынесения суждения о качестве предоставленной гериатрической помощи.

В этой работе важная роль принадлежит медицинской сестре. Она чаще и дольше контактирует с пожилыми пациентами, организуя и осуществляя гериатрический уход. Она выявляет многие проблемы пожилых пациентов и информирует о них членов мультидисциплинарной бригады.

В качестве примера приведем историю пациентки, в которой роль медсестры должна была оказаться основной.

Женщина 90 лет была выписана из нейрохирургического отделения и обратилась за помощью к врачу общей практики. Она сообщила, что неделю назад упала в магазине, зацепившись ногой за коврик, разбила лоб и получила сотрясение головного мозга. Ее доставили в больницу. В стационаре ей было проведено обследование, которое выявило перелом костей носа, а также выраженную анемию (содержание гемоглобина в крови составляло 90 г/л).

Теперь она хотела получить рекомендации по дальнейшему лечению, если оно необходимо. Изучение записей в ее медицинской карте показало, что у нее в течение почти 25 лет наблюдения в клинике было обнаружено несколько заболеваний. Изредка у нее повышалось артериальное давление, 10 лет назад было обнаружено снижение функции щитовидной железы и значительное повышение холестерина в крови. Много лет ее беспокоит головокружение. Ей проводили исследование состояния черепа и головного мозга, но не обнаружили причин для головокружения. В целом ей назначалось более 10 препаратов, но она не хотела их принимать, так как у нее болел желудок из-за таблеток. Ее направляли на консультацию к гастроэнтерологу, и даже к психотерапевту, потому что у нее было много жалоб, но врач общей практики не мог ей помочь. При этом причина анемии была совершенно не ясна, у пациентки не было заболеваний, которые могли бы привести к такому снижению гемоглобина.

Здесь мы сталкиваемся с типичной проблемой пожилых людей. Если не применить холистический подход, такой больной будет направлен к различным консультантам, которые назначат множество препаратов, но никто из консультантов не учтет взаимодействие препаратов и возможное воздействие лекарств на другие системы и органы. Так возникает проблема фрагментарности оказания помощи пожилому человеку.

Медицинская сестра была направлена врачом к пациентке домой,

чтобы оценить ее условия жизни и питания. Медицинская сестра использовала для оценки состояния пожилой женщины несколько общепринятых гериатрических инструментов — анкет и опросников. Она обнаружила, что женщина практически не ест мяса, потому что у нее плохие зубные протезы, а молоко и яйца она не любит. Таким образом, у нее развилась недостаточность питания, на которую никто не обратил внимания ранее. Головокружение, которое ее беспокоило так долго, вероятно, было связано с недостатком в пище белка и анемией. Медицинская сестра предложила ей есть мясо и обрабатывать его с помощью блендера. Но пациентка наотрез отказалась, потому что она не умела им пользоваться. Эта проблема озаботила медсестру, и она заподозрила снижение когнитивных способностей у подопечной. Она расспросила ее с помощью опросника Лутона (Инструментальная активность в повседневной жизни), и выяснила, что больная не может оплачивать счета, плохо ориентируется в незнакомых местах, и не пользуется дома приборами. Следующий шаг — оценка когнитивных способностей. Вот здесь выяснилось, что у пациентки деменция умеренной степени тяжести. Она одинока, и ей, конечно, потребуется помощь социального работника.

Так была выяснена причина анемии, головокружения, и лечение было направлено на устранение недостаточности питания, помощь по дому, обеспечение безопасности быта, чтобы предотвра-

тить возможные падения в будущем. Если бы несколько лет назад был использован холистический подход, проведена комплексная гериатрическая оценка и разработан план мероприятий для ухода за этой больной, вероятно, можно было бы предотвратить падение и возникшие повреждения. Следует заметить, что нельзя исключить вторичный характер когнитивных нарушений, раз у больной есть такая тяжелая анемия, и снижение функции щитовидной железы. Известно, что и та, и другая патология могут приводить к развитию когнитивных нарушений.

В целом, проблемы пожилого возраста представляют собой сложное сочетание личных, бытовых, социальных и медицинских вопросов, поэтому помощь, необходимая пожилым людям должна быть комплексной, направленной на поддержание здоровья и функциони-

рования в длительной перспективе. Эта помощь должна учитывать воздействие на качество жизни ослабленного хроническими заболеваниями и гериатрическими синдромами пациента не только биологических, но также психологических и социальных факторов.

Лечение пожилых пациентов осуществляется наиболее эффективно через командный подход. Очевидно, что больные с функциональными нарушениями нуждаются в услугах различных медицинских специалистов. Гериатр является лидером этой команды. Интерпретация и интеграция данных, полученных от всех членов команды, на основе холистического подхода, разработка плана мероприятий, в котором учтены состояние здоровья пациента, прогноз, характер социальной поддержки и его личные ценности составляют основу эффективного ухода.

Глава 3. Клиническая ситуация 1.

Как помочь Ангелине Петровне?

Эта история рассказывает об одинокой женщине, утратившей независимость, не справляющейся с уходом за собой, страдающей от одиночества, забывчивой, которая в силу всех нарушений уже не может обеспечить себе питание и безопасность.

Ключевые черты данного случая: диагностика взаимосвязанных гериатрических синдромов, лишивших пациентку автономии, и трудности с обеспечением присмотра и ухода, необходимость взаимодействия с социальной службой.

Ангелина Петровна Муравьева, 1939 года рождения. Вдова, трое детей, проживает в однокомнатной квартире одна. Дети навещают раз в неделю по субботам, привозят продукты, помогают маме в быту.

Последнее время перестала выходить на улицу. Ангелину Петровну посетила медсестра, которая была вызвана соседями, так как в течение 2 недель Ангелина Петровна не выходила из квартиры. Во время осмотра квартиры Ангелина Петровна выглядела встревоженно, была обеспокоена, была одета в свою одежду, которая ей на несколько размеров велика. В доме пыль, спертый запах, не прибрано, в холодильнике недостаточно пищи на 24 часа, не было достаточно лекарственных препаратов для постоянного приема.

Во время беседы пациентка сообщила, что ей сложно выходить на улицу за продуктами и лекарствами. В квартире много ненужной мебели, которая мешает свободному передвижению и может спровоцировать падения. У Ангелины Петровны были обнаружены гематомы в височной области, а в разговоре выяснилось, что за неделю у нее было 3–4 падения, после которых она с трудом поднималась. Жалуется на общую слабость, сонливость и усталость.

Вопросы для разработки и решения случая

1. Опишите, как начать и провести гериатрический осмотр этой пациентки.
2. Определите, нуждается ли она в экстренной госпитализации.
3. Определите основные проблемы этой пациентки.
4. Определите основные гериатрические синдромы этой пациентки.
5. Используйте для осмотра и оценки соответствующие методы и стандартизованные гериатрические инструменты.
6. Какие специалисты нужны для проведения комплексной гериатрической оценки?
7. Подготовьте на основе мультидисциплинарного подхода программу ухода за этой пациенткой.
8. Опишите, как обеспечить безопасность пациентки, если она останется дома.

Учебные цели

После изучения этого случая обучающиеся будут знать

1. Определение и содержание понятия «гериатрический осмотр».
2. Определение и диагностику функционального статуса пожилого человека.
3. Правила общения с пожилым человеком.
4. Определение синдрома «падения» и какое влияние на организм пожилого человека они оказывают.
5. Как выявить и оценить риск падения.
6. Определение и диагностику недостаточности питания.
7. Что такое когнитивные нарушения и как их выявить.
8. Особенности психоэмоционального статуса пожилых людей.
9. Как оценить психоэмоциональный статус пожилого человека.

После изучения данного случая обучающиеся будут уметь

1. Провести гериатрическую оценку пожилого человека.
2. Оценить функциональный статус пожилого человека.
3. Определить зависимость от посторонней помощи.
4. Установить контакт с пожилым человеком и общаться с ним.
5. Оценить риск падений.
6. Оценить безопасность быта пожилого человека.
7. Оценить характер питания пожилого человека.
8. Оценить когнитивный статус пожилого человека.
9. Оценить психоэмоциональный статус пожилого человека.

Решение кейса

Опишите, как начать и провести гериатрический осмотр

Комплексная гериатрическая оценка (КГО) — многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека, с целью разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня его функциональной активности.

Основными задачами КГО являются:

- 1) определение основных проблем, ухудшающих функциональный статус и качество жизни пациента;
- 2) определение степени тяжести старческой астении;
- 3) разработка плана мероприятий, направленных на разрешение/устранение этих проблем.

Гериатрический осмотр проводится с целью выявления гериатрических синдромов, он может быть проведен врачом и медицинской сестрой, он не такой подробный, как КГО и не требует участия многих специалистов.

1. **Внешний осмотр** включает оценку поведения, мимики, жестов, походки, опрятности в одежде. В нашем случае следует отметить беспокойное, тревожное поведение, неуверенную походку.
2. При тщательном **сборе жалоб** и анамнеза обращаем особое внимание на:
 - снижение массы тела;
 - повторные падения (медсестрой были обнаружены гематомы в ви-

сочной области и в разговоре выяснилось, что за неделю у нее было 3–4 падения);

- нарушения ходьбы;
- уменьшение физической активности (во время беседы пациентка сообщила, что ей сложно выходить на улицу за продуктами и лекарствами);
- отказ от еды (была одета в свою одежду, которая ей на несколько размеров велика, необходимо выяснить связано ли это с отказом от принятия пищи, или с тем, что в холодильнике недостаточно пищи на 24 часа);
- появление неопрятности в одежде;
- снижение способности к самообслуживанию (В доме не прибрано, в холодильнике недостаточно пищи на 24 часа).
-

3. Тщательный **анализ лекарственного анамнеза**. (У пациентки не было достаточно препаратов для постоянного приема).

Необходимо выяснить перечень реально принимаемых лекарственных препаратов (наименование, доза, кратность, путь введения, длительность приема). Просим пациентку показать принимаемые лекарственные препараты, оценить возможность самостоятельно их принимать, уделяя внимание состоянию когнитивных функций, сохранности функций кисти, остроты зрения и мотивации.

Тщательный анализ лекарственного анамнеза и выявление полипрагмазии необходимы для всех пациентов пожилого и старческого возраста и особенно важны у пациентов с высоко вероятным синдромом старческой астении (СА).

У пациентов пожилого и старческого возраста значительно повышается риск нежелательных лекарственных реакций. Наличие полиморбидности, наблюдение у разных специалистов приводит к полипрагмазии. Полипрагмазия ассоциирована с повышением риска неблагоприятных исходов (прогрессирование СА, когнитивных нарушений, падения, зависимость от посторонней помощи, смерть).

4. **Объективный осмотр**. Измеряется вес и рост пациентки, а также рассчитывается индекс массы тела, так как непреднамеренное снижение массы тела является одним из важнейших клинических проявлений старческой астении и недостаточности питания (синдрома мальнотриции) в пожилом возрасте. Снижение роста может быть признаком остеопороза и/или компрессионных переломов тел позвонков.

5. **Осмотр кожных покровов**. Выявляются признаки ксероза, микоза, опрелостей, пролежней, злокачественных образований кожи. Наличие гематом может свидетельствовать о падениях или жестоком обращении с пожилым человеком (в данном случае врачом были обнаружены гематомы в височной области).

6. **Осмотр ротовой полости**, оценка наличия и состояния зубов. Проблемы ротовой полости могут быть причиной мальнотриции и снижения массы тела (наличие зубов, признаки ксеростомии, парадонтоза, злокачественных образований полости рта). Если пациент носит протезы, рекомендуется провести осмотр ротовой полости без протезов и уточнить,

есть ли неприятные ощущения при их использовании, болезненность, неполное прилегание, трудности при пережевывании пищи.

7. Оценка сердечно-сосудистой системы:

- аускультация сонных артерий и сердца, наличие систолического шума над сонными артериями (признак стеноза сонных артерий) и над аортальным клапаном (признак стеноза аортального клапана);
- измерение АД на обеих руках, для дальнейших измерений использовать руку с более высоким уровнем САД (измерять АД нужно не менее трех раз в положении лежа и рассчитывать среднее значение двух последних измерений);
- измерение ЧСС (выявление брадикардии и нарушений ритма сердца);
- оценка пульсации на артериях нижних конечностей (признак атеросклероза артерий нижних конечностей).

Патология сердечно-сосудистой системы может быть как причиной гериатрических синдромов (падения, когнитивные нарушения), так и проявлением хронических заболеваний, влияющих на функциональный статус пациента и прогрессирование старческой астении.

8. Оценка состояния суставов: объема движения, болезненности и крепитации при движении, наличия деформации. Особое внимание рекомендовано обращать на состояние и функционирование кисти.

Патология суставов может быть причиной хронического болевого синдрома, приводить к снижению мобильности

и повышению риска падений. Функциональные возможности кисти значительно влияют на возможности пациента в самообслуживании. Помимо осмотра и оценки объема движений кисти следует уточнять, может ли пациент мыть и сушить волосы, вставить ключ в замочную скважину и повернуть, надеть свитер, резать ножом продукты.

9. Оценка 10-летнего риска остеопоротических переломов с использованием инструмента FRAX. (<https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=rs>, Приложение 7).

10. Оценка состояния зрения и слуха (аудиометрия) с целью выявления сенсорных дефицитов. Сенсорные нарушения (снижение зрения и слуха) затрудняют выполнение повседневных задач, повышают риск когнитивных нарушений, депрессии, падений, социальной изоляции, ухудшают прогноз для жизни пожилых людей.

11. Выявление атаксии, постуральной неустойчивости, тремора, ригидности мышц, которые могут указывать на наличие заболеваний нервной системы.

12. Оценка статуса питания по краткой шкале оценки питания с целью выявления синдрома мальнутриции.

Функциональный статус пациента

Зависимость от посторонней помощи в повседневной жизни требует организации ухода за пациентом. Снижение мобильности является причиной инвалидизации, когнитивного снижения, падений, госпитализаций, а также общей смертности. Мышечная слабость —

один из ключевых компонентов синдрома старческой астении и ассоциируется с ней сильнее, чем с хронологическим возрастом.

Функциональный статус пациента можно оценить на основании оценки базовой (шкала Бартел) (Приложение 1) и инструментальной (шкала Лоутона) (Приложение 2) функциональной активности, мобильности пациента и мышечной силы с использованием краткой батареи тестов физического функционирования, теста «Встань и иди» и кистевой динамометрии. Рекомендовано оценивать риск падений по шкале Морсе. В нашем случае функциональный статус пациентки значительно снижен, она сама признает, что не может использовать домашние приборы, боится выходить на улицу, давно не принимала душ.

Когнитивные нарушения

При оценке когнитивных функций используется целый спектр инструментов, от простых скрининговых тестов, которые могут быть выполнены предварительно проинструктированной медицинской сестрой, до подробного нейропсихологического тестирования, проводимого врачами-специалистами или нейропсихологами в кабинетах нарушения памяти.

Когнитивные функции пациента можно оценить с использованием Краткой шкалы оценки психического статуса, теста рисования часов, Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (включает тест рисования часов), батареи лобных тестов (Приложения 3, 4).

Проявленная пациенткой забывчивость при поиске записной книжки, невоз-

можность вспомнить номера телефонов детей и названия лекарственных препаратов свидетельствуют о когнитивном снижении.

Эмоциональный статус

Депрессия снижает качество жизни и функциональную активность пожилых пациентов, повышает риск смерти. Для скрининга депрессии у пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется использование Гериатрической шкалы депрессии и Шкалы оценки здоровья PHQ-2 (Приложение 5).

Для выявления депрессии у пациентов с умеренной или тяжелой деменцией рекомендовано использовать Корнельскую шкалу депрессии.

При выявлении признаков депрессии у пациентов пожилого и старческого возраста следует выяснить наличие суицидальных мыслей и планов для определения необходимости консультирования у психиатра.

Социальный статус

Индивидуальный план ведения пациента, разрабатываемый на основании КГО, направлен на планирование долговременной помощи и ухода за пациентом со старческой астенией при тесном взаимодействия и медицинских и социальных служб. Социальный статус пациента частично оценивают все участники гериатрической команды, но наиболее полную оценку проводит специалист по социальной работе. При проведении КГО уточняют данные об уровне образования, профессии, семейном статусе пациента, с кем проживает пациент, к кому обращается за помощью в случае необходимости, оценивают безопасность быта, выявляют признаки

пренебрежения, самопренебрежения и жестокого обращения с пожилым человеком.

Очевидно, что пациентка страдает от одиночества: она вдова, у неё трое детей, которые редко ее навещают, проживает в однокомнатной квартире одна. Необходима оценка потребности в социальном уходе.

Лабораторные и инструментальные исследования

Проведение комплекса лабораторных и инструментальных исследований проводится с целью диагностики состояний, потенциально влияющих на течение старческой астении и/или имеющих сходные клинические проявления (анемии, сердечной недостаточности, сахарного диабета, хронической болезни почек, синдрома мальнутриции, нарушения функции печени и щитовидной железы, электролитных нарушений). Данные состояния ассоциированы с высоким риском развития и прогрессирования синдрома СА и других гериатрических синдромов, их коррекция потенциально может улучшить течение СА.

Всем пациентам пожилого и старческого возраста, особенно с высоко вероятной старческой астенией, рекомендовано:

- определение креатинина сыворотки с расчетом СКФ по формуле СКД-ЕРІ для оценки функционального состояния почек и выбора режима дозирования лекарственных средств;
- проведение общего анализа крови. Оценка наличия анемии (по уровню гемоглобина) в виду ее высокой распространенности у пациентов со старческой астенией. Анемия даже

легкой степени влияет на увеличение риска смерти, повышает заболеваемость, снижает качество жизни, связана с развитием депрессии, делирия у госпитализированных больных, ухудшением функционального статуса, когнитивными нарушениями;

- оценить функцию щитовидной железы (исследование концентрации тиреотропного гормона в сыворотке);
- оценить уровень общего белка и альбумина сыворотки. Снижение концентрации общего белка и альбумина сыворотки у пациентов с синдромом СА является признаком белково-энергетической недостаточности и мальнутриции. Низкий уровень общего белка и альбумина сыворотки тесно связаны с прогнозом жизни пациента с СА;
- исследование уровня витамина 25(ОН)D3 сыворотки, так как он является сильным независимым прогностическим маркером течения и исходов синдрома СА.

Определите, нуждается ли пациентка в экстренной госпитализации

Показанием к госпитализации может служить неотложное состояние, характеризующееся серьезным нарушением функционирования определенной системы, что угрожает последствиями для всего организма (например, острое нарушение кровообращения, выраженная дыхательная недостаточность, генерализация инфекционного процесса, судорожного синдрома, нарушение сознания и др.). Пациентка не нуждается в экстренной госпитализации, так как признаков таких состояний у нее нет.

Определите зависимость от посторонней помощи

Оценка зависимости от посторонней помощи проводится при оценке функционального статуса. Используются анкеты Бартел, Лоутона, тесты оценки физического функционирования, мобильности. Пациентка нуждается в посторонней помощи, так как у нее выявлен дефицит самоухода, сниженная мобильность, низкая оценка инструментальной активности. Сама пациентка признает, что ей сложно выходить на улицу за продуктами и лекарствами.

Определите основные гериатрические синдромы этой пациентки

Основные гериатрические синдромы, которые можно предположить у данной пациентки:

Соматические: синдром мальнутриции, падения и нарушения ходьбы.

Психические: депрессия, нарушения поведения и адаптации. Возможно, когнитивные нарушения

Социальные: утрата возможности самообслуживания, зависимость от помощи других, социальная изоляция, нарушение семейных связей.

Используйте для осмотра и оценки соответствующие методы и стандартизованные гериатрические инструменты

Для проведения гериатрического осмотра необходимы следующие условия:

- время (~ 60 мин);
- ровная поверхность пола 10 метров (с разметкой 3 и 6 метров), если проводится оценка скорости ходьбы;
- секундомер;
- тонометр;
- фонендоскоп;
- сантиметровая лента;
- ростометр;

- весы;
- динамометр;
- кушетка;
- комфортная и доброжелательная обстановка;
- тишина;
- удовлетворительное самочувствие пациента.

• Для определения функционального статуса необходимо наличие базовой шкалы (шкала Бартел) и инструментальной шкалы (шкала Лоутона).

• Для оценки когнитивных функций необходимо наличие Краткой шкалы оценки психического статуса, теста рисования часов, Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (включает тест рисования часов, батареи лобных тестов).

• Для оценки эмоционального статуса потребуется Гериатрическая шкала депрессии и Шкала оценки здоровья (RHQ9).

Какие специалисты нужны для проведения комплексной гериатрической оценки?

Для проведения комплексной гериатрической оценки необходима мультидисциплинарная команда: врач — гериатр, медицинская сестра (имеющая подготовку по гериатрии), специалист по социальной работе, при необходимости — инструктор-методист по лечебной физкультуре, другие специалисты (например, врач диетолог, врач-невролог, психолог). В нашем случае потребуется осмотр офтальмолога, сурдолога, диетолога. До осмотра врачом-гериатром ряд тестов, измерений и оценок по шкалам выполняется подготовленной медицинской сестрой.

Подготовьте на основе мультидисциплинарного подхода программу ухода за этой пациенткой

Основной целью оказания медицинской помощи данной пациентке является восстановление способности к самообслуживанию, функциональной активности и независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, улучшение качества жизни.

1. Контроль веса. По данным исследований ИМТ в пределах 25–29,9 кг/м² является оптимальным для пожилых пациентов.
2. Физическая активность. Занятия в группе с инструктором по ЛФК в сочетании с самостоятельными тренировками дома.
3. Соблюдение водного баланса, полноценное регулярное (4–5 раз в день) сбалансированное питание. Суточное потребление белка должно быть в пределах 1,2–1,5 г/кг/сут и равномерно распределено в течение дня. В каждый прием пищи необходимо включать 25–30 г высококачественного белка. В увеличении мышечной массы важную роль также играет время приема пищи после физической нагрузки — в первые 30–40 минут после занятий. Соотношение углеводов и белков в этот прием пищи должно быть 3–4:1.

При развитии недостаточности питания суточная калорийность рациона должны быть увеличена до 3000 ккал в сутки. При необходимости, к обычному рациону питания добавляются гиперкалорические смеси для энтерального питания (сиппинг) — в том случае, если будут выявлены показания к назначению активной нутриционной поддерж-

ки (например, наличие относительно быстро прогрессирующей и значимой потери массы тела, составляющей более, чем 2% за неделю, 5% за месяц, 10% за квартал или 20% за 6 месяцев, или имеющиеся исходно признаки гипотрофии: ИМТ < 19 кг/м², объем плеча < 90% стандарта (менее 26 см у мужчин и 25 см у женщин), гипопроотеинемия (< 60 г/л), гипоальбуминемия (< 30 г/л), выраженная абсолютная лимфопения < 1200 мкл.)

4. Организация безопасного быта.
5. Контроль за количеством принимаемых препаратов и их дозой.
6. Когнитивный тренинг.
7. Социальная адаптация: посещение Школ Третьего возраста или других специализированных досуговых центров для пожилых.
8. Необходимо организовать регулярное посещение социального работника, особенно для контроля приема лекарственных препаратов, обеспечения помощи по дому, приготовления пищи, сопровождения в прогулках и посещении магазинов. В данном случае потребуются привлечь помощь детей. Для этого попросить у пациентки разрешения с ними связаться.

Опишите, как обеспечить безопасность пациентки, если она останется дома

Одна из самых серьезных проблем, которой стоит остерегаться дома — это риск падения. Следствием падений становятся тяжелые переломы рук и ног, в том числе самый распространенный — перелом шейки бедра, после которого сложно восстановиться, в результате пожилые люди становятся маломобильными.

Для обеспечения безопасности рекомендуется:

- обеспечить хорошую освещенность в помещении;
- убрать загромождённые излишней мебелью помещения, убрать мебель с выступающими острыми углами и ножками;
- убрать с пола мелкие предметы, которые могут стать причиной падения: коврики, провода, предметы декора, детские игрушки;
- при возможности удалить выступающие межкомнатные пороги или сделать их пологими;
- обеспечить пациентку облегающей обувью на нескользящей подошве;
- по возможности оборудовать помещение поручнями на уровне бедер пациентки;
- положить все необходимые вещи на те полки шкафов, до которых не нужно наклоняться или тянуться, примерно на уровне талии;
- все выключатели перенести на комфортную для пациентки высоту;
- при необходимости, обеспечить пациентку эргономичным вспомогательным средством передвижения — ходунками, тростью, костылями;
- в ванной поместить нескользящий резиновый коврик, а ножки стула

для мытья оборудовать силиконовыми нескользящими заглушками, установить рядом с ванной и унитазом горизонтальные поручни;

- в спальне установить осветительные приборы рядом с кроватью, чтобы до них не надо было тянуться;
- держать номера телефонов экстренных служб, напечатанные крупным шрифтом, около всех телефонных аппаратов;
- поставить телефон так, чтобы в случае падения до него легко можно было дотянуться;
- подумать о возможности покупки для пациентки сигнального устройства, которое можно носить с собой и которое привлечет внимание, в случае падения.

Заключение

При решении кейса студентке удалось сосредоточиться именно на проблемах пациентки, применив известные гериатрические инструменты. Проанализирован обширный список гериатрической литературы. Самую большую трудность вызвало обеспечение ухода: как помочь одинокому пожилому человеку, как привлечь и заставить детей оказывать помощь матери, как контактировать с социальными службами.

QR-код страницы с видеороликом по данному кейсу



Как сканировать QR-код? Откройте на смартфоне или планшете приложение для сканирования QR-кодов (если его нет – скачайте). Наведите камеру на QR-код. На некоторых телефонах, например, Apple, приложение не требуется – достаточно просто навести камеру на код. На экране появится интернет-ссылка. Перейдите по ссылке и дождитесь загрузки страницы с видео.

При чтении файла на электронном устройстве для перехода к видеоролику достаточно кликнуть по QR-коду – ссылки активны.

Глава 4. Клиническая ситуация 2. История болезни Виктора Сергеевича

Это история пожилого человека, у которого декомпенсация хронических заболеваний произошла в учреждении долговременного ухода

Ключевые черты данного случая — необходимость самостоятельной оценки медсестрой соматического статуса и действия лекарственных препаратов, включая побочные эффекты.

Виктор Сергеевич, пенсионер 73 лет, москвич. Вдовец, у него 2 детей — сын Никита, 46 лет. Живет в Туле с семьей. Навещает отца раз в месяц. Дочь — Антонина, 42 года. Живет в Москве с семьей. Приходит раз в неделю с внуками. Виктор Сергеевич находится в условиях долговременного ухода в гериатрическом центре уже 8 месяцев. У Виктора Сергеевича установлены следующие диагнозы:

- Гипертония
 - Хроническая Сердечная Недостаточность
 - Деменция в начальной форме
 - Аденома предстательной железы
- Ему назначены лекарства:*
- Тамсулозин (Альфа Блокатор)
 - Бисопролол (Бета Блокатор)
 - Фуросемид (Мочегонное)

Передвигается самостоятельно, но в последние три недели наблюдается одышка, «переводит дух» чаще обычного. Две недели назад

был осмотрен кардиологом. Получил назначение и начал прием нового лекарства, в связи с подозрением на ухудшение сердечной недостаточности:

Периндоприл (Ингибитор АПФ)

Полторы недели назад у Виктора Сергеевича развился сухой кашель, без мокроты. Температура тела в норме. Особенно беспокоит кашель по ночам. Пациент перестал спать.

Вопросы

1. Основная проблема пациента.
2. Какова цель долгосрочного ухода за пожилыми людьми?
3. Каковы показания для долгосрочного ухода?
4. Каковы задачи медицинской сестры в обеспечении долгосрочного ухода?
5. Что должна знать медицинская сестра о полипрагмазии? (Что такое полипрагмазия? Как можно ее выявить? Как определять возможные побочные эффекты назначенных препаратов?)
6. Каковы особенности применения препарата Периндоприл?
7. Какой диагноз следует исключить у пациента, учитывая проявившиеся симптомы — сухой кашель без мокроты, который усиливается по ночам, на фоне нормальной температуры?

8. Какие инструменты может использовать медсестра для сбора данных при деменции?
9. Какой план ухода можно разработать для конкретного пациента? Какая информация необходима для составления такого плана?
8. Применять известные инструменты для оценки когнитивных способностей (при деменции).
9. Демонстрировать практические навыки (измерение АД, взвешивание, контроль выпитого-выделенного).

Учебные цели

После изучения данного случая студент будет знать:

1. Суть концепции «долгосрочный уход в гериатрии».
2. Показания для долгосрочного ухода.
3. Суть понятия «полипрагмазия».
4. Особенности сестринского ухода за пациентами с АГ, ХСН, деменцией и потенциальные проблемы, связанные с указанными диагнозами.
5. Особенности применения препаратов бисопролол и периндоприл.
6. Признаки пневмонии.
7. Имеющиеся инструменты для оценки когнитивных способностей (при деменции).

После изучения данного случая студент будет уметь:

1. Определять основные понятия («долгосрочный уход в гериатрии», «полипрагмазия»).
2. Устанавливать показания для долгосрочного ухода.
3. Устанавливать особенности применения препарата периндоприл.
4. Оценивать наличие полипрагмазии.
5. Определять взаимодействия и нежелательные эффекты препаратов, о которых необходимо информировать врача.
6. Выявлять симптомы пневмонии.
7. Разрабатывать сестринский план ухода.

Решение кейса

Основная проблема пациента

Основная проблема этого пациента — ухудшение качества жизни, снижение мобильности в связи с наличием одышки, кашля и невозможность полноценно отдохнуть ночью. Это ухудшение произошло неожиданно, остро. До появления признаков ухудшения состояния пациент сохранял подвижность, независимость.

Долгосрочный уход в гериатрическом центре

Долгосрочный уход включает широкий спектр повседневной помощи, в которой в течение длительного периода времени нуждаются пациенты пожилого и старческого возраста.

Система долговременного ухода представляет собой комплексную программу поддержки для каждого человека с дефицитом самообслуживания, частично или полностью утратившего способность к самостоятельному уходу, которая обеспечивает максимально возможное качество жизни с сохранением жизненных потребностей, а также независимости, автономности, возможности самореализации, активной деятельности, человеческого достоинства.

Показаниями для помещения в условия долгосрочного ухода являются утрата интеллектуальных и профессиональных способностей, ухудшение

здоровья, наличие болезней, связанных с ухудшением памяти или с ее потерей (Болезнь Альцгеймера), но в основном — неспособность осуществлять самообслуживание, утрата независимости.

Для определения необходимости в уходе следует установить степень потери функциональных способностей, а также потребности пациента в уходе. Для оценки уровня функционирования человека используются опросники и шкалы, разработанные и адаптированные (верификация) с учетом национальных, культурных, правовых и иных особенностей. Известной является шкала Бартел, применяемая в процедуре признания человека нуждающимся (Приложение 1).

Согласно современным нормативным документам, определение потребности в уходе и показания к помещению в учреждения долговременного ухода осуществляются на основании оценки следующих способностей человека:

- Способность к самообслуживанию — способность самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе осуществлять личную гигиену;
- Способность к самостоятельному передвижению — самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и перемене положения тела;
- Способность к ориентации — способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, к определению времени и места нахождения;

- Способность к общению — способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации;
- Способность контролировать свое поведение — способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм.
- Пациент В. С. был помещен в условия долгосрочного ухода, так как не может себя обслуживать, выполнять повседневную бытовую деятельность.

Что должна знать медицинская сестра о полипрагмазии

Термин «полипрагмазия» (от 'poly' — много и 'pragma' — предмет, вещь) означает одновременное и нередко необоснованное назначение множества лекарств или лечебных процедур. В амбулаторных и стационарных условиях больным чаще всего одновременно назначают более двух лекарственных препаратов (ЛП). Причем врач не всегда знает, что действительно принимает пациент и в каких дозах, часто имеет место дисконплаентность. Дисконплаентность — это отсутствие приверженности рекомендациям врача. Полифармакотерапия может возникать не только из-за большого количества сопутствующих заболеваний и состояний у пациента, но и ввиду неправильного выбора ЛП, когда больной принимает однонаправленные, взаимоисключающие или необязательные медикаменты. Однако в данном случае полипрагмазия может быть обоснована, так как клиническая практика и результаты многих мультицентровых исследований показали, что применение монотерапии в лечении АГ редко приводит к достижению целевых

уровней АД, увеличивает риск развития нежелательных явлений и снижает приверженность пациента к лечению.

Медицинская сестра должна знать, с какими проблемами может быть связана полипрагмазия. Например, существует обратная связь между полипрагмазией и нерегулярным ритмом кишечника, при этом нерегулярный ректальный ритм повышает риск полипрагмазии почти в 2 раза по сравнению с регулярным ритмом кишечника. Японские исследователи показали, что замедление циркадианного ритма кишечника до частоты 1 раз в 2 дня приводило к повышению риска кардиоваскулярной смертности на 21%, а при частоте стула 1 раз в 4 дня — к повышению риска сердечно-сосудистой смертности на 39%.

Установлено, что полипрагмазия, как и полиморбидность, является фактором риска падений лиц старших возрастных групп. По результатам большого исследования из Нидерландов, при использовании более 4 лекарственных средств одновременно риск падения увеличивался в 1,3 раза по сравнению с пациентами, получающими менее 4 лекарств. Определенную роль может сыграть медицинская сестра, которая будет учитывать вероятность падения при разработке плана ухода за данным пациентом и включать соответствующие вмешательства. Для этого, вероятно, она должна знать так называемую «светофорную систему» препаратов, индуцирующих падения. Британской гериатрической ассоциацией была разработана светофорная система, где ряд препаратов, которые часто применяются в клинической практике, на основании рандомизированных клинических

исследований разделены на 4 группы в соответствии с цветами светофора (еще есть оранжевый цвет) по отношению к риску падений. Если препарат попадает в «красную группу», это не означает, что его надо отменить, но на него надо обратить внимание, может быть, скорректировать дозу, или заменить на другой препарат, чтобы снизить риск падений.

Полипрагмазия повышает вероятность суммирования возможных побочных эффектов отдельных лекарственных средств и проявления отрицательного взаимодействия лекарственных препаратов на организм. Нежелательные лекарственные взаимодействия, связанные с полипрагмазией, наиболее часто встречаются при лечении гериатрических пациентов; поэтому при выборе комбинированного медикаментозного лечения для гериатрических пациентов важно учитывать и особенности фармакокинетики и фармакодинамики применяемых лекарственных средств.

Главной особенностью пожилого возраста является повышенная частота побочных эффектов лекарственных препаратов, чему способствуют частые сопутствующие заболевания, риск лекарственного взаимодействия, а также изменение реакции на лекарственные средства.

Наиболее часто принимаемыми пожилыми людьми препаратами являются снотворные, слабительные, мочегонные, гипотензивные средства и средства для лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Побочные действия лекарств могут быть причиной появления наиболее типичных симптомов.

Медсестра должна разъяснить пациенту и/или его родственникам цели назначенного врачом лечения, а также алгоритм приема лекарств, возможные альтернативы и побочные эффекты.

Участие медсестры в проведении лекарственной терапии должно состоять в следующем:

- медсестра должна фиксировать время назначения врачом каждого лекарственного препарата,
- лекарственные препараты должны быть подготовлены непосредственно перед их раздачей,
- раздача лекарств пациентам производится только той медсестрой, которая подготовила эти препараты к раздаче,
- при выдаче лекарств медсестра должна правильно идентифицировать пациента,
- запись о выдаче лекарства делается медсестрой сразу же после его выдачи пациенту (дата, время суток, подпись медсестры).

Медсестра должна оценивать эффективность воздействия лекарственных препаратов на состояние пациента, фиксируя в документации жалобы пациента, клинические проявления (наличие/отсутствие боли, снижение/повышение АД или пульса и пр.), лабораторно-диагностические показатели. Необходимо помнить об ухудшении состояния, связанного с побочными эффектами препаратов (у Виктора Сергеевича таким ухудшением стал кашель, вызванный, скорее всего, приемом периндоприла), которые могут быть описаны в инструкции по приему лекарства, а также симптомах, появившихся из-за индивидуальных особенностей реакции организма на прием препарата. Могут появиться также ток-

сические осложнения, вызванные передозировкой (сознательной — для «усиления эффекта» или повторный прием уже принятой дозы из-за забывчивости). Важно учитывать ухудшения состояния, вызванные эффектом взаимодействия нескольких препаратов, как в данном случае: одновременное применение таких препаратов, как **тамсулозин (Альфа Блокатор) + бисопролол (Бета Блокатор)** может привести к такому побочному эффекту, как брадикардия и потеря сознания. Эти данные должны быть занесены в план ухода за пациентом.

Особенности ухода за конкретным пациентом

В связи с тем, что данный пациент принимает мочегонные средства, следует остановиться на такой функции медицинской сестры, как контроль выпитого/выделенного.

Диуретические препараты широко применяются на практике для лечения артериальной гипертонии, а также коррекции водно-электролитных нарушений при сердечной недостаточности. Для оперативного контроля за лечением, выбора диуретика и подбора его дозы проводится исследование диуреза, которое, в классическом исполнении, подразумевает определение как количества выделенной мочи, так и объема потребленной жидкости. Это позволяет выявить задержку воды в организме — основного показателя к приему диуретика, а также выбрать режим его индивидуального дозирования, обеспечивающего поддержание водного баланса. На практике исследование диуреза проводится традиционно с помощью оценки суточного, дневного и ночного объем выпитой жидкости и выделенной мочи.

Суточное мониторирование диуреза проводится с 3-х часовыми интервалами классического исследования по Зимницкому, а также в упрощенном варианте с выделением лишь 4-х интервалов времени суток, различавшихся по функциональной активности пациентов: утренний (3 часа); полуденный (6 часов); вечерний (7 часов) и ночной (8 часов). Количество выделенной жидкости оценивается по объему выделенной мочи или изменению веса тела в случаях, когда имеются методические сложности измерения мочи, а также при повышенном потоотделении в жаркую погоду. Пациенты должны вести тщательный учет потребленной жидкости, на основе чего осуществляется оценка водного баланса организма. В соответствии с оригинальным методом Зимницкого, диурез измеряется процентным соотношением выделенного объема мочи к потребленной жидкости.

Начальная стадия деменции также определяет некоторые особенности ухода за конкретным пациентом. Деменция — приобретенное снижение памяти и других когнитивных функций в такой степени, при которой прогрессивно затрудняется повседневная деятельность, возрастает зависимость от посторонней помощи, снижается качество жизни. Как известно, на ранней стадии развивается забывчивость, нарушается способность к ориентации в знакомой местности, теряется счет времени. На этой стадии при своевременной диагностике деменции можно удлинить период активной жизнедеятельности и затормозить скорость потери памяти. Учитывая крайне тяжелые последствия прогрессирования деменции, в настоящее время все больше внимания уделяют ранней диагностике и лечению когнитивных расстройств.

Первичная профилактика предусматривает выявление и контроль факторов риска с целью предотвращения развития и прогрессирования КН. Наиболее хорошую доказательную базу имеют мероприятия, направленные на коррекцию, в частности, АГ, мерцательной аритмии, патологии сердца. Из огромного количества тестов для оценки когнитивных функций наиболее применяемыми и признанными во всем мире являются тест Mini-Cog, тест рисования часов, Краткая шкала оценки психического статуса и тест на речевую активность. Суть теста Mini-Cog — в следующем: пациенту предлагают запомнить и произнести за инструктором следующие слова: лес, хлеб, окно, стул, вода. Затем пациент проходит тест рисования часов, и далее ему предлагают вспомнить слова, которые он заучивал и повторил за инструктором. Тест рисования часов: пациента просят нарисовать циферблат с нанесенными на нем числами и указать какое-нибудь время, например, 11 ч 10 мин. Если обследуемый не вспомнил 5 слов из теста Mini-Cog и(или) итоговая оценка теста рисования часов ≤ 14 баллов, обязательно проводят обследование по краткой шкале оценки психического статуса (Mini Mental State Examination — MMSE, Приложение 4) и тестирование на речевую активность.

По мнению некоторых авторов, в целях наибольшей эффективности реабилитационных и профилактических мероприятий при долговременном уходе за пациентами с деменцией следует организовать обучение всех медицинских работников выявлению деменции и медикосоциальной помощи таким больным, а также увеличить период активной независимой жизнедеятельности пациен-

та с деменцией за счет своевременного назначения комплекса лечебных и реабилитационных мер, что снизит нагрузку, обусловленную длительным уходом за больными деменцией.

Диагноз, который следует исключить у пациента, учитывая проявившиеся симптомы — сухой кашель без мокроты, который усиливается по ночам, на фоне нормальной температуры

Данные симптомы диктуют необходимость исключить диагноз внебольничной пневмонии (ВП), которая относится к числу наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваний. Основными факторами, определяющими риск развития и прогноз при ВП, являются пожилой возраст, прием некоторых лекарственных препаратов, а также сопутствующие заболевания. Одним из ведущих факторов риска тяжести течения и неблагоприятного исхода ВП является хроническая сердечная недостаточность (ХСН), диагностированная у данного пациента. Клиническая картина ВП у лиц старших возрастных групп крайне разнообразна и может меняться от классической (манифестной) до атипичной (стертой). Классическая триада симптомов ВП (лихорадка, кашель, одышка) отмечается не более чем у трети пациентов.

В ранней диагностике пневмоний у пожилых пациентов возрастает значимость комплекса таких неспецифических симптомов, как слабость, снижение настроения, аппетита, двигательной активности. Эти признаки могут сопровождаться субфебрильной температурой или же температура тела остается в пределах нормы. Нередко пневмония у пожилых людей дебютирует делирием.

Однако наиболее вероятным представляется развитие у данного пациента побочных эффектов препарата периндоприл. Этот препарат относится к классу ингибиторов АПФ, и классическим побочным эффектом при его приеме является развитие сухого кашля.

Третьей причиной развития сухого кашля по ночам может быть собственно сердечная недостаточность, которая имеется у пациента. Описано, что он задыхается при ходьбе, и кардиолог подозревает сердечную недостаточность. Для дифференциальной диагностики причины кашля следует отменить периндоприл, и пронаблюдать за пациентом в течение недели. Если кашель исчезнет, это будет свидетельствовать о побочном эффекте препарата. В этом случае надо сообщить врачу о необходимости замены на гипотензивный препарат другого класса.

План ухода

№ п/п	Проблема	Вмешательства
1	Риск развития ортостатической гипотензии	Проводить активную ортостатическую пробу. Измерять жизненные показатели (АД, пульс). Обеспечить адекватную гидратацию — объяснить необходимость употребления достаточного количества жидкости
2	Риск падения, высокий	Провести обучение по вопросам: диеты; физических упражнений; создания благоприятной окружающей среды; факторов риска развития заболеваний; изменения привычек и культурных традиций, отрицательно действующих на здоровье. Обеспечить безопасность пациента в учреждении: выявить физические источники опасностей в окружающей пациента обстановке (отсутствие опор, ограждений кроватей, скользкий пол, плохое освещение, неподходящая обувь, нарушения зрения, нарушения питания, когнитивные нарушения, патология ног и пр.)
3	Запор, риск развития	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проводить оценку частоты опорожнения кишечника и характер каловых масс (объем, запах, цвет, консистенцию, форму, наличие слизи, гноя и крови). 2. Обучить пациента режиму дефекации, создавать для этого комфортную уединенную обстановку, помогать больному пользоваться судном, усаживаться на стульчак. 3. Оценить рацион и исключить продукты, блюда и напитки, оказывающие вяжущее действие и замедляющие опорожнение кишечника. При отсутствии противопоказаний, в рацион включают богатые растительной клетчаткой и стимулирующие опорожнение кишечника пищевые продукты. 4. Объем употребляемой жидкости увеличить до 2–2,5 л в сутки за счет воды, некрепкого чая, фруктовых и овощных соков
4	Риск брадикардии	Оценка риска потенциальной угрозы безопасности пациента. Контроль пульса каждые 2 часа
5.	Сухой кашель	Сообщить врачу о возможном побочном эффекте периндоприла у пациента. Разъяснение пациенту причины. Замена препарата
6.	Нарушения сна	К нормализации сна приведет улучшение состояния сердечно-сосудистой системы и правильный подбор препарата

Заключение

Студенты справились с решением трудного случая. Все проблемы пациента были выявлены. Были идентифицированы возможные причины ухудшения состояния, проведен дифференциальный диагноз. Разработан план ухода, включая анализ лекарственной терапии.

Глава 5. Клиническая ситуация 3.

Владимир Петрович поступает на долгосрочное обслуживание

История Владимира Петровича, одинокого пенсионера, склонного к нездоровым привычкам, страдающего хроническими заболеваниями.

Ключевая черта данного случая — прием нового пациента в учреждении долговременного ухода, особенности приема и первичный план ухода.

Владимир Петрович, 1946 года рождения. Всю жизнь работал шахтером. Овдовел, имеет двоих детей. Жил один, в кооперативной квартире на 4 этаже без лифта. Самостоятельно преодолевал лестницу, передвигался свободно. Последнее время уходил из дома, бродяжничал, выпивал, страдал нарушением сна. Социальными службами был направлен в геронтологический центр на долгосрочное проживание, в прошлом месяце поступил на стационарное социальное обслуживание. Ранее у него были диагностированы следующие заболевания:

1. Сахарный диабет 2 типа более 20 лет.
2. Ишемическая болезнь сердца около 20 лет.
3. 20 лет назад перенес инфаркт миокарда
4. Страдает алкоголизмом, заядлый курильщик

Вопросы

1. Укажите актуальные и потенциальные проблемы пациента.
2. Как должен быть определен физический, функциональный и когнитивный статус пациента?
3. Как должен быть проведен первичный прием на стационарное социальное обслуживание?
4. Каков первичный план сестринского ухода?
5. Как должен быть оценен риск падения пациента? Необходимо ли в данном случае проводить профилактику падений, и каким образом?
6. Какие рекомендации необходимо дать пациенту в связи с сахарным диабетом 2 типа?
7. Какие рекомендации необходимы пациенту с ишемической болезнью сердца?

Учебные цели

После изучения данного случая студенты будут знать

1. Инструменты, необходимые для определения функционального и когнитивного статуса пациента.
2. Компоненты оценки физического здоровья пациента.
3. Как определяется психоэмоциональное состояние пациента.
4. Алгоритм первичного приема пациента на стационарное обслуживание.

5. Как составляется план сестринского ухода.
6. Особенности сестринских вмешательств при нарушении сна.
7. Особенности сестринских вмешательств при дефиците общения и дефиците знаний о ЗОЖ.
8. Особенности сестринских вмешательств при дефиците самообслуживания.
9. Риски, связанные с падением пациента.
10. Основы информации по обучению пациента с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа.

После изучения данного случая студенты будут уметь

1. Определять функциональный и когнитивный статус пациента.
2. Определять уровень физического здоровья пациента.
3. Составлять первичный план сестринского ухода.
4. Определять актуальные и потенциальные проблемы пациента, перенесшего инфаркт миокарда и страдающего сахарным диабетом 2 типа.
5. Определять психоэмоциональное состояние пациента.
6. Проводить первичный прием пациента на стационарное социальное обслуживание.
7. Разрабатывать первичный план сестринского ухода.
8. Устанавливать риски, связанные с падением пациента.
9. Проводить профилактику падений.
10. Оказывать помощь пациентам с дефицитом общения, самообслуживания, знаний о здоровом образе жизни.

Решение кейса

Актуальные и потенциальные проблемы пациента

Актуальные проблемы пациента

Курение, алкоголизм, нарушение сна, дефицит общения, ослабленная способность обслуживать себя самого дома, дефицит знаний о здоровом образе жизни. Не принимает необходимые лекарственные препараты. Вероятно, есть недостаточность питания.

Потенциальные проблемы пациента

В связи с сахарным диабетом 2 типа могут возникнуть: сухость во рту, полидипсия (жажда), полиурия, похудание, полифагия (повышенный аппетит), слабость, кожный зуд, пиодермия, фурункулез, пролежни. Может наблюдаться головная боль, раздражительность, боль в области сердца, в икроножных мышцах.

Больной перенес инфаркт миокарда, страдает диабетом, следовательно, ему понадобится постоянный прием лекарственных препаратов, которые он пока принимал нерегулярно.

Наличие алкогольной зависимости может привести к нарушению поведения в процессе отвыкания от приема алкоголя.

Как должен быть определен физический, функциональный и когнитивный статус пациента?

Для оценки функционального состояния пациента необходимо провести комплексную гериатрическую оценку (КГО), которая включает оценку физиче-

ского и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека с целью разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня его функциональной активности.

Для определения физического здоровья проводится

1) Антропометрия — измерение веса и роста, оценка толщины жировой складки, оценка силы мышц с помощью динамометрии.

Динамометрия проводится с помощью электронного или механического динамометра.

Динамометр берут в руку циферблатом внутрь. Просят пациента вытянуть руку с динамометром прямо вперед, а вторую руку опускают вниз вдоль туловища. С максимальной силой сжимают динамометр в течение 3–5 секунд. Для получения более точных результатов рекомендуется проводить трехкратное измерение силы сжатия на правой и левой руке. Время отдыха между подходами — не менее 30 секунд. Для оценки результатов фиксируется наилучший результат на каждой руке. (Приложение 11).

2) Сенсорные нарушения (снижение зрения и слуха) затрудняют выполнение повседневных задач, повышают риск когнитивных нарушений, депрессии, падений, социальной изоляции, ухудшают прогноз для жизни пожилых людей.

Оценка зрения

Оценка зрения необходима для того, чтобы восполнить возможный дефицит

самообслуживания, а также для профилактики падений и сохранения качества жизни. Для определения остроты зрения вблизи используется таблица Розенбаума. Таблица используется при хорошем освещении на расстоянии 36 см от глаз. Результат проверки регистрируется отдельно для каждого глаза с очками и без. Также для оценки качества жизни у пожилых людей с нарушением зрения используется опросник. (Приложение 13, 14).

Оценка слуха проводится с помощью аудиометрии, при первичном гериатрическом осмотре как правило, с помощью речевой аудиометрии, то есть теста на шепотную речь.

3) Ортостатическая проба для оценки риска падений.

Ортостатическую пробу необходимо проводить в помещениях с комфортными условиями при отсутствии внешних шумов и неярком освещении. Первое измерение артериального давления (АД) необходимо провести после семи минут пребывания пациента в горизонтальном положении. Затем пациента просят принять вертикальное положение, и проводится второе измерение на первой минуте в положении стоя и последнее измерение АД необходимо провести после трех минут нахождения пациента в положении «стоя».

Пробу принято считать положительной при снижении систолического артериального давления более чем на 20 мм рт. ст. или на 30 мм рт. ст. и более, если оно изначально было 160 мм рт. ст. и выше, или независимо от исходного уровня — если систолическое артериальное давление снизилось до 90 мм

рт. ст. и менее; также проба положительна при снижении диастолического артериального давления более чем на 10 мм рт. ст. при переходе тела из горизонтального в вертикальное положение.

4) Оценка состояния питания.

Питание можно оценить с помощью антропометрических методов оценки статуса питания и краткой шкалы оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA) (Приложение 8).

5) Оценка нарушений сна.

Для оценки нарушения сна определяется индекс выраженности бессонницы (инсомнии), с помощью опросника (Приложение 12).

6) Оценка болевого синдрома.

Интенсивность боли оценивается пациентом, как слабая — в пределах от 0 до 40%, умеренная боль — от 40% до 70%, сильная боль — от 70% до 100%. Так же используется опросник для выявления нейропатической боли DN4 (Приложение 6).

Для определения функционального статуса проводится:

1) Краткая батарея тестов физического функционирования (THE SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY, SPPB).

Краткая батарея тестов физического функционирования — это тест, включающий оценку скорости ходьбы, проверку равновесия и тест с подъемом со стула. Эти тесты фокусируются на функции нижних конечностей, поскольку сила их, как было показано, коррелирует с мобильностью, инвалидностью и исходами пациентов, включая госпитализацию, институционализацию и смертность.

Максимальная сумма баллов за данный тест составляет 12 баллов. Результат ≤ 7 баллов является критерием диагностики синдрома старческой астении.

2) Для определения психоэмоционального состояния проводится:

а) Оценка когнитивного статуса

Тест Мини-Ког используется как скрининговый метод для выявления тяжелых когнитивных нарушений. Его проведение требует немного времени, при этом показатели его чувствительности и специфичности очень высоки (Приложение 3).

б) Оценка эмоционального статуса.

Гериатрическая шкала депрессии. Пациент отвечает на вопросы (ответы да, нет) в соответствии со своим эмоциональным состоянием в последние 2 недели. (Приложение 5)

Как должен быть проведен первичный прием на стационарное социальное обслуживание?

Помещение пожилого человека в учреждение долговременного пребывания может восприниматься им и его родственниками весьма болезненно. Для облегчения процесса этой жизненно важной перемены персоналу следует действовать бережно и профессионально.

Процесс адаптации к новым условиям должен осуществляться при участии членов семьи пациента и/или других, значимых для него людей. У Владимира Петровича нет родственников, поэтому его прием в учреждение долгосрочного

обслуживания должен быть проведен с максимальной чуткостью.

При поступлении нового пациента его размещение в учреждении осуществляется медицинской сестрой по согласованию с руководителем учреждения. При первичном приеме необходимо получить информацию о его состоянии (необильный, нуждается в постоянном уходе и наблюдении, имеет когнитивные нарушения и т. п.), если она есть в сопроводительном медицинском заключении. Медсестра выясняет у пациента или сопровождающих его лиц особенности передвижения, какие дополнительные устройства он использует, пользуется ли он очками, слуховым аппаратом, носит ли зубные протезы. Регистрируется также медицинская информация о перенесенных заболеваниях, лечении, которое получает поступающий на проживание человек. Уточняется наличие вакцинации (от гриппа и пневмококковой инфекции), курение, алкоголь, прием психотропных препаратов (с указанием количества потребления), физическая активность (магазины, домашняя работа, прогулки (ежедневно, еженедельно, редко, совсем не выходит) и т. п.), наличие проблем с коммуникацией, наличие инконтиненции (недержания мочи и/или кала: подтверждает/отрицает), случаи падений, в т. ч. с травматическими исходами (количество и обстоятельства падений за последний год).

При поступлении в отделение с новым пациентом проводится ознакомительная беседа. Беседу проводит старшая или, по ее поручению, дежурная медсестра (далее — медсестра) отделения. Медсестра представляется пациенту и знакомится с ним и его семьей (или

другими сопровождающими пациента лицами), а также информирует пациента и сопровождающее лицо о внутреннем распорядке учреждения; информирует о порядке проведения первичного и последующих сестринских и врачебных обследований, подчеркивая необходимость получения сведений обо всех важных обстоятельствах жизни пациента и о необходимости проведения регулярного скрининга основных функций; информирует о составе мультidisциплинарного коллектива (МДК), принимающего участие в наблюдении за пациентом (врач, медсестра, соцработник, младший персонал и др.); договаривается о возможных способах коммуникации с родственниками на случай особых обстоятельств (по телефону или с помощью интернета).

После опроса и получения информации медсестра проводит осмотр пациента, включая осмотр кожных покровов, скрининг основных функций, когнитивный осмотр, краткую оценку функционального статуса. После осмотра формируется список основных проблем пациента и создается первичный план сестринского ухода.

Как должен быть оценен риск падения пациента? Необходимо ли в данном случае проводить профилактику падений, и каким образом?

Оценить риск падения пациента, находящегося на стационарном обслуживании, можно с помощью шкалы падений Морсе (Morse Fall Scale) (Приложение 19). С возрастом снижается контроль баланса, мышечная сила (саркопения), способность ходить и проприоцепция. У данного пациента с сахарным диабетом (СД) существует

Первичный план сестринского ухода

Проблема	Сестринские вмешательства
1. Нарушение сна (частые просыпания, беспокойный сон)	<p>Медсестра выслушает пациента, вместе с ним постарается выяснить причину тревожного сна.</p> <p>Медсестра побеседует с пациентом и выяснит привычки пациента (когда привык ложиться, условия в комнате, где спит, постель и т. д.). Предложит пациенту лечь спать в то же время, что и дома, исключить телепередачи.</p> <p>Поможет пациенту устроить комфортную постель (с достаточной жёсткостью, при необходимости подложить под матрац щит, добавить одеяло или подушку).</p> <p>Вести контроль за проветриванием палаты перед сном, оставлять открытой форточку в тёплое время года, так как без притока свежего воздуха сон не будет полноценным.</p> <p>Если воздух сухой, то повесить мокрое полотенце.</p> <p>Оценить питание пациента. Исключить на ночь обильную пищу, кофе, курение.</p> <p>Обучить пациента упражнениям для расслабления мышц.</p> <p>По назначению врача обеспечить приём седативных препаратов, анальгетиков, фитопрепаратов (ароматерапия).</p> <p>Обучить приемам релаксации</p>
2. Дефицит общения	<p>Медсестра проведет беседу по поводу временной зависимости от окружающих.</p> <p>Добьется доверительных отношений в результате общения.</p> <p>Снизит тягостное ощущение зависимости.</p> <p>Повысит самооценку пациента, привлекая его как участника при проведении личной гигиены</p>
3. Ослабленная способность обслуживать себя самого	<p>Медсестра будет ежедневно помогать пациенту в осуществлении утреннего туалета (умывание, чистка зубов, бритье).</p> <p>Медсестра будет ежедневно помогать пациенту поддерживать причёску.</p> <p>Медсестра будет оказывать помощь в смене белья.</p> <p>Медсестра будет поощрять пациента в стремлении к самообслуживанию</p>
4. Дефицит знаний о здоровом образе жизни	<p>Провести беседу с пациентом о необходимости оздоровления.</p> <p>Составить план мероприятий по оздоровлению пациента (двигательной активности, правильного питания, психической саморегуляции).</p> <p>Познакомить пациента с людьми, ведущими ЗОЖ.</p> <p>Обеспечить литературой о здоровом образе жизни (ЗОЖ)</p>

дополнительный диапазон потенциальных факторов риска: уровень гликемии, частота гипогликемии, ретинопатия, полинейропатия, когнитивные нарушения, вегетативная дисфункция с ортостатической гипотензией, вестибулярная дисфункция, высокий индекс массы тела и др.

Профилактику падений проводить необходимо, так как у данного пациента

падения могут явиться результатом осложнений СД и ИБС.

Профилактику необходимо проводить, используя многофакторную оценку риска падений, воздействие на модифицируемые и частично модифицируемые ФР, образовательные программы и физические упражнения. Пожилые люди, выполняющие физические упражнения, менее склонны к падениям, поэтому

неотъемлемым компонентом мероприятий, направленных на профилактику падений, является комплекс физических упражнений.

В случае Владимира Петровича важно выяснить, насколько он склонен к блужданиям. Блуждания развиваются при наличии деменции. В анамнезе у Владимира Петровича отмечена склонность к бродяжничеству. Склонность больного к блужданиям может создать опасные ситуации, в том числе и падения. Для предотвращения таких ситуаций необходимо понять причину: это могут быть боль, галлюцинации, выполнение несуществующих обязательств, побочные эффекты лекарственных препаратов.

Важной мерой профилактики синдрома падений может быть применение технических средств реабилитации, в том числе самых простых — тростей. Медсестра должна убедить пациента в том, что не стоит стесняться пользоваться тростью, так как при внезапном головокружении, встрече с неровностями напольного покрытия и при других обстоятельствах именно трость поможет не утратить опору и избежать падения с последующей травматизацией.

Также считается, что улучшенный гликемический контроль в долгосрочной перспективе предотвратит развитие осложнений СД и, как ожидается, падения.

Какие рекомендации необходимо дать пациенту в связи с сахарным диабетом 2 типа?

Рекомендации по питанию:

Пациентам с сахарным диабетом 2 типа рекомендуется ограничение калорийности рациона (гликемический контроль, контроль липидов и арте-

риального давления). Максимальное ограничение жиров (прежде всего, животного происхождения) и сахаров; умеренное (в размере половины привычной порции) — продуктов, состоящих преимущественно из сложных углеводов (крахмалов) и белков; неограниченное потребление продуктов с минимальной калорийностью (в основном, богатых водой и клетчаткой овощей). Рекомендуется употреблять углеводы в составе овощей, цельнозерновых, молочных продуктов, включать в рацион продукты, богатые моно- и полиненасыщенными жирными кислотами (рыба, растительные масла), допустимо умеренное потребление некалорийных сахарозаменителей. Учитывая пребывание пациента в стационарном учреждении, можно быть уверенным, что основной рацион его будет составлен с учетом заболеваний. Однако проживающим разрешено получать передачи, они нередко просят работников купить им какие-то продукты и закуски, если питание кажется однообразным. Поэтому занятия по обучению правильному питанию провести необходимо.

Необходимо исключить употребление алкогольных напитков. Как правило, в учреждениях долгосрочного проживания алкоголь полностью исключен, но все же известны случаи нелегального приобретения и употребления алкоголя. Следует чаще контролировать поведение Владимира Петровича, его безопасность и внешний вид. Рекомендуется привлечь психолога к наблюдению за пациентом, для лечения алкогольной зависимости.

Надо вовлечь пациента в занятия физическими упражнениями, дать ему рекомендации по физической активности (ФА).

Регулярная ФА при СД 2 типа улучшает компенсацию углеводного обмена, помогает снизить и поддержать массу тела, поэтому необходимо составить для пациента индивидуальный комплекс физических упражнений. Рекомендуются аэробные упражнения продолжительностью 30–60 минут. Кроме того, регулярная активность будет важным компонентом профилактики падений, и улучшения качества сна.

Заключение

Решение данного случая имеет ряд особенностей: необходимость описать прием пациента на постоянное проживание в учреждение долгосрочного ухода, обучение пациента принципам здорового образа жизни.

QR-код страницы
с видеороликом
по данному кейсу



Глава 6. Клиническая ситуация 4.

История ухудшения состояния Марии Ивановны

Сложная история болезни пожилой женщины, чье состояние значительно ухудшилось после перенесенного инсульта

Ключевые черты данного случая — необходимость сосредоточиться на особенностях ухода за больным, перенесшим инсульт, и страдающим болевым синдромом, пролежнями, последствиями пареза.

Кейс 4

Мария Ивановна, 1936 года рождения. Вдова, имеет дочь. Более 6 лет проживает в учреждении длительного ухода. При поступлении была мобильна, сама себя обслуживала, требовалась частичная помощь при купании. Дочь часто навещает Марию Ивановну.

Причина поступления в учреждение: в связи со снижением инструментальных функций, семьей было принято решение поместить ее в учреждение длительного ухода.

Хронические диагнозы:

Два месяца назад был повторный инсульт (ишемическая болезнь головного мозга 1 степени с поражением правосторонней доли головного мозга). В результате инсульта ярко выраженная слабость левой стороны тела.

Была госпитализирована в стационар общего типа в течение 3 не-

дель. Вернулась в учреждение со следующими диагнозами и проблемами:

- ярко выраженные симптомы ослабления левой стороны тела;
- дезориентация в пространстве и во времени;
- нарушение целостности кожи в области левой пятки (пролежень 3 степени размером 2 × 4 см);
- выраженный болевой синдром в области поврежденной левой конечности. Боль возникает во время перевязки.

Вопросы

1. Какие проблемы определяются у пациентки и какие сестринские вмешательства потребуются для их решения?
2. Что включает в себя уход за пациентами, перенесшими инсульт, и какие проблемы чаще всего возникают у пациентов?
3. Какими инструментами должна воспользоваться медсестра для установления статуса пациента?
4. Как определяется понятие «зависимость»?
5. Что представляют собой пролежни 3 степени?
6. Какие инструменты может использовать медсестра для определения степени болевого синдрома?

7. Какие нефармакологические средства может использовать медицинская сестра для купирования боли?
8. Что представляет собой долговременный вид помощи?

Учебные цели

После изучения данного случая студенты будут знать

1. Понятия «долговременный вид помощи», «зависимость пациента».
2. Основные проблемы, связанные с перенесенным инсультом.
3. Характеристики пролежней 3 степени.
4. Инструменты, используемые для установления статуса пациента (индекс Бартел).
5. Шкалы, используемые для оценки степени боли.
6. Нефармакологические средства для купирования боли.
7. Риски, связанные с дезориентацией пациентки.
8. Особенности ухода при выраженных симптомах ослабления левой стороны тела
9. Особенности ухода при наличии пролежней на пятке
10. Особенности ухода при дезориентации пациента в пространстве и времени
11. Особенности ухода при выраженном болевом синдроме в области поврежденной левой конечности
4. Применять индекс Бартел для оценки функционального статуса пациента.
5. Определять основные проблемы пациента, перенёсшего инсульт.
6. Определять пролежни 3 степени.
7. Проводить оценку на предмет определения мальнутриции.
8. Приводить примеры нефармакологических вмешательств для купирования боли.
9. Устанавливать риски, связанные с дезориентацией пациента в пространстве и времени.
10. Формулировать проблемы, основанные на реакциях пациента на основное заболевание.
11. Разрабатывать план ухода с применением научных данных.
12. Разрабатывать план ухода при выраженных симптомах ослабления левой стороны тела.
13. Разрабатывать план ухода при наличии пролежней 3 ст.
14. Разрабатывать план ухода при дезориентации пациента в пространстве и времени.
15. Разрабатывать план ухода при выраженном болевом синдроме в области поврежденной левой конечности.

Будут уметь

1. Определять понятия «долговременный уход», «зависимость пациента».
2. Объяснить связь между зависимостью пациента и объемом сестринской работы.
3. Определять назначение индекса Бартел.

Решение кейса

Что представляет собой долговременный вид помощи?

Как указано в описании ситуации, пациентка проживала в учреждении долговременного ухода. **Долгосрочный уход** включает широкий спектр повседневной помощи, в которой в течение длительного периода времени нуждаются пациенты пожилого и старческого возраста.

Пожилые, особенно люди старческого возраста, нуждаются в патронажных услугах, долговременных, кратковремен-

ных видах помощи, а также в периодическом или постоянном уходе. Однако, при всем многообразии потребностей пожилых и старых людей, в том числе в медицинской и социальной помощи, большинство специалистов выделяют потребности в долговременных видах помощи — гериатрической медицинской помощи и патронажных услугах (помощь на дому, по месту жительства, в домах по уходу), потребности в кратковременных видах помощи (стационарной, реабилитация). В среднем доля лиц в возрасте 65 лет и старше, пользующихся формальными услугами по долгосрочному обслуживанию, составляет в настоящее время 4/5, в том числе лиц в возрасте 80 лет и старше — 1/2 от общего числа пользователей.

В Российской Федерации законодательно закреплены рекомендации проводить оценку способности к самообслуживанию граждан, обратившихся за получением социальной помощи (Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ (последняя редакция). Статья 8).

Понятие «зависимость пациента»

Инструменты, которыми должна воспользоваться медсестра для установления статуса пациента

Понятие зависимости определяется как невозможность осуществления повседневных форм жизнедеятельности и потребность в дополнительной внешней помощи в течение по крайней мере шести месяцев. Зависимость пациента отражается в режиме двигательной активности, назначаемом врачом, и напрямую влияет на объем сестринской работы/ухода.

Для определения уровня функционирования человека используются опросники и шкалы, разработанные и адаптированные (верификация) с учетом национальных, культурных, правовых и иных особенностей. Известной является шкала Бартел (Приложение 1), применяемая в процедуре признания человека нуждающимся. Опросник Д. Бартел состоит из 10 шкал, касающихся ограничения возможностей самостоятельного передвижения или самообслуживания. Суммарная оценка по опроснику может составлять от 0 до 100 баллов.

Уход за больными с инсультом

Как указано в описании ситуации, пациентка перенесла повторный инсульт. **Ишемический инсульт** представляет собой высоко инвалидизирующее заболевание. После него только 20% больных возвращаются к прежнему уровню социально-бытовой и трудовой активности. Около 80% пациентов требуют постоянной медико-социальной поддержки, а 25–30% остаются глубокими инвалидами. Все это приводит к заметному снижению качества жизни.

Наиболее частым симптомом ишемического инсульта в каротидном бассейне является гемипарез, однако у данной группы пациентов имеется сложный двигательный дефект, различный по характеру и степени выраженности. Двигательный дефект может развиваться как первично вследствие самого инфаркта, так и вторично при нарушениях связей, задействованных в моторных кругах. Изменение баланса процессов возбуждения и торможения, которые происходят на разных уровнях двигательного анализатора, отражаются в неустойчивом восстановлении нарушенных двигательных паттернов.

Уход за больными с инсультом считается сложным по ряду причин: высокая физическая нагрузка, большая ответственность перед пациентом и его родственниками — сначала за спасение жизни, а затем за возможность утраченных функций. Неврологические и эмоциональные нарушения негативно влияют на качество жизни человека и его составляющие: физическую и социальную независимость. Ограничения нормального существования для пациентов важнее самой болезни.

Грамотно организованная реабилитационная программа и уход за пациентами с инсультами значительно повышает качество жизни. В связи с этим, основные задачи медицинской сестры заключаются в определении нарушенных потребностей и проблем пациентов; привлечении пациентов к самоуходу; организации ухода за пациентом; обучении родственников; контроле навыков ухода у членов семьи пациента.

Анализ основных проблем пациента при инсульте показал, что чаще всего медсестры сталкиваются с такими проблемами как нарушение целостности кожи, профилактика пролежней, риск развития пневмонии и аспирации, питание и гидратация, нарушение функции тазовых органов, дефицит самоухода, риск травматизации, дезориентация и психомоторное возбуждение, дефицит знаний по уходу у родственников пациента.

К ранним амбулаторным осложнениям инсульта, которые развиваются в первые 3 месяца, относятся пролежни, стойкая или аспирационная пневмония, тромбоз ветвей легочной артерии, инфекции мочеполовых органов,

тромбоз глубоких вен нижних конечностей, нарушение функции толстого кишечника, травмирование или вывих плеча парализованной руки, контрактуры мышц сгибателей кисти. Поздние амбулаторные осложнения инсульта, которые развиваются позже 3 месяцев, включают стойкое снижение силы и управляемости в руке и ноге на одной стороне тела, болезненные контрактуры в суставах парализованных конечностей, нарушение речи и глотания, прогрессирующее снижение когнитивных функций и развитие сосудистой деменции, постинсультную депрессию, хронические болевые синдромы (плечо, спина), постинсультный паркинсонизм, постинсультная эпилепсия. Эти данные должны учитываться при организации сестринского ухода.

Уход при ярко выраженных симптомах ослабления левой стороны тела

В данном случае одной из проблем пациентки является ярко выраженные симптомы ослабления левой стороны тела. Как было сказано выше, гемипарез является одним из наиболее частых симптомов ишемического инсульта. Для управления данным симптомом следует уделить внимание правильному позиционированию, то есть, приданию правильного положения лежащему пациенту после инсульта для предотвращения развития контрактур и профилактики различных осложнений со стороны дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата.

Главные принципы лечения положения пациента с инсультом: максимально возможная симметричность — выравнивание ключевых точек (плечи, лопатки, таз); равномерная поддержка всех сегментов тела; бережное отношение

к плечу парализованной руки; основное правило позиционирования заключается в том, что пациент лежит на любом боку, но не на спине. Ухаживающий персонал должен знать основные требования к правильному позиционированию пациента при положении лежа на спине, лежа на здоровом боку, лежа на стороне парализованных конечностей, на спине в постели с приподнятым изголовьем (положение Фаулера).

Уход при дезориентации в пространстве и во времени

Как показывают исследования, наличие нарушения сознания или дезориентации при выписке связано с заметно худшими исходами после ишемического инсульта. Дезориентация во времени увеличивает риски падений в позднем возрасте, которые сопровождаются переломом шейки бедра. Дезориентация во времени в структуре сосудистой, лобно-височной деменции и Болезни Альцгеймера является важным препятствием для контролирования поведенческих и эмоциональных расстройств. Ухаживающий персонал должен знать, что дезориентированные больные, особенно в состоянии психомоторного возбуждения, представляют опасность для себя, окружающих и медицинского персонала. Очень важно предвидеть возникновение острой психотической реакции (появление страха, злости, раздражительности, отталкивание, беспокойство, крики, ругань, швыряние предметами). Медсестра в таком случае должна быть спокойна, говорить медленно, пытаться напомнить пациенту, кто он и почему здесь находится, прислушиваться к словам пациента, пытаться поддерживать беседу, избегать внезапных движений, не угрожать пациенту и воздерживаться от каких-либо обещаний. При необходимости надо по-

звать на помощь; при этом рекомендуется находиться между пациентом и выходом, чтобы была возможность быстро покинуть палату. Физическое ограничение должно использоваться как крайняя мера и только — специально обученным персоналом.

Нарушение целостности кожи в области левой пятки (пролежень 3 степени размером 2 × 4 см)

Длительное пребывание больных с ОНМК в лежачем положении при ненадлежащем уходе способствует образованию пролежней. При поступлении пациента в стационар медсестра должна проводить оценку риска развития пролежней в течение 2 часов после поступления, используя шкалу Ватерлоо. При возникновении значительных изменений в состоянии пациента риск оценивается заново. У больных, находящихся в коме, оценка риска проводится ежедневно. Пятки являются вторым по распространенности анатомическим расположением пролежней. Как показывают исследования, пролежни на пятке остаются клинической проблемой для медсестер и медицинского персонала в целом, а также причиной боли и физического страдания пациента. С точки зрения биомеханической инженерии не устранимые деформации (например, неподвижное положение лежа на спине) мягких тканей задней части пятки, несущей нагрузку, вызывают прогрессирующее повреждение клеток и тканей из-за потери гомеостаза в клетках, поскольку цитоскелет и клеточные мембраны пораженных клеток теряют целостность и функциональность. Недавние биомедицинские исследования показали, что первые признаки повреждения клеток могут появиться в течение нескольких минут.

Профилактика должна быть своевременной и применяться ко всем группам пациентов, подверженным риску. Меры по профилактике пролежней (далее — ПП), зависящие от контекста, должны быть включены в лечение пациента с самого начала цепочки оказания помощи.

Использование многослойных профилактических повязок для предотвращения пролежней пятки является относительно новой концепцией профилактики, обычно направленной на минимизацию риска пролежней на пятке за счет механической амортизации и уменьшения трения на границе раздела повязки и опоры. Появляется все больше свидетельств того, что одежда из ткани с низким коэффициентом трения может обеспечить дополнительные преимущества в предотвращении язв на пятках при использовании в дополнение к стандартным клиническим и технологическим стратегиям профилактики пролежней, поскольку ткани с низким коэффициентом трения поглощают силы трения прежде, чем они смогут значительно деформировать чувствительные ткани пятки.

Однако наличие пролежней третьей степени у пациентки говорит об отсутствии профилактической работы и о нарушении основных принципов позиционирования пациентки во время госпитализации. Третью стадию пролежней характеризует разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; возможны жидкие выделения из раны. Вследствие коагуляционных процессов в центре пролежень выглядит как кратер, иногда темного цвета с отечными и гиперемизированными окружающими тканями.

Пролежни III (и IV степени) требуют интенсивного лечения, поскольку их осложнения могут быть опасными для жизни. Эти раны являются катаболическими (что означает, что они расходуют много энергии). Катаболическая природа указывает на серьезную потерю жидкости и белка, что может привести к гипопроteinемии или мальнутриции. Ежедневно из-за дренирующей раны может теряться до 50 граммов протеина.

Основой лечения пролежней на пятке I–III стадии является разгрузка и надлежащий уход за раной. Задачей лечения является удаление некроза хирургическим путем, очищение пролежневой язвы от гнойного экссудата и остатков некроза, абсорбция отделяемого и предохранение заживающей раны от высыхания. Своевременная некрэктомия и вскрытие гнойных затеков и полостей позволяют быстрее очистить пролежень и уменьшить интоксикацию. Формирующийся при пролежнях влажный некроз не имеет ограничений и быстро распространяется на соседние, плохо кровоснабжающиеся, ткани. В этих условиях ожидать самостоятельного отторжения некротических тканей ошибочно, поэтому проводится иссечение тканей до появления капиллярного кровотечения. Даже при внешней картине сухого некроза преобладает смешанная форма, когда под струпом выявляется влажный некроз и гнойное расплавление. При смешанных формах оптимальным методом является секвенциальная некрэктомия.

Основой дальнейшего лечения является санация образовавшейся пролежневой язвы в стадии воспаления с использованием местных антисептиков и других препаратов. Кроме антибактериаль-

ных препаратов, для местного лечения пролежней (бактерицидные и фунгицидные средства) применяют: а) некролитические препараты (коллагеназа, дезоксирибонуклеаза, трипсин, химотрипсин, террилитин); б) дегидратирующие — гипертонические препараты; в) средства, улучшающие микроциркуляцию (препарат Актовегин® 5%-я мазь, гель 20%-й, крем 5%-й); г) противовоспалительные средства (дексаметазон, гидрокортизон, преднизолон); д) стимуляторы репаративных процессов (препарат Актовегин® мазь). Комплексное применение этих препаратов совместно с антибактериальной терапией позволяет добиться стабилизации состояния больного, купирования септического состояния и быстрого очищения язвы.

Устранение неприятного запаха из пролежневых язв достигается применением в качестве перевязочного материала 0,75%-го метронидазол геля. При обильном отделяемом из язвы используют повязки, как и при лечении II-й стадии. Для язв с минимальным отделяемым применяются гидрогелевые повязки, которые позволяют реже перевязывать пациентов, меняя повязки 1 раз в 3–5 дней.

Выраженный болевой синдром в области поврежденной левой конечности.

Боль возникает во время перевязки

Боль представляет собой особую проблему. Распространенность боли, особенно хронической, в высокой степени связана с возрастом, наиболее тяжело поражая самое старшее поколение. Болевые синдромы и мышечная спастичность являются одними из основных факторов, снижающих эффективность реабилитации пациентов после инсуль-

та. Среди основных постинсультных болевых синдромов выделяют, в частности, боли в плече.

Профилактика боли в плечевом суставе включает проведение определенных мероприятий:

- правильное позиционирование пациентов: при положении на пораженном боку — выведение лопатки вперед; при положении на здоровом боку — поддержка паретичной руки подушкой; при положении пациента на спине — поддержка плечевого сустава подушкой;
- избегание давления на паретичную руку при пересаживании и подъеме пациентов: выведение лопатки вперед при расположении пациента на больном боку; поддержка паретичной руки подушкой при расположении пациента на здоровом боку; поддержка плечевого сустава подушкой при расположении пациента на спине;
- раннее использование пассивных движений в паретичной руке в пределах физиологического объема движений;
- проведение занятий ЛФК в сочетании с чередующимся тепловым и холодным воздействием на область плечевого сустава;
- поддерживающие приспособления: подлокотник, прикрепленный к обычному креслу или креслу-каталке; доска из прозрачного материала, чтобы пациент видел плечи и руки (преимущества: поддержание слабой руки, предотвращение подвывиха плечевого сустава; недостатки: замедление восстановительного процесса, способствование развитию мышечной спастичности).

Обезболивание

Одним из современных направлений в области обезболивающих вмешательств является изучение влияния кинезиологического тейпирования на гемиплегическую боль в плече и ее интенсивность, а также на мышечную активность и активный диапазон движений. Кинезиологический тейп — это эластичная хлопчатобумажная лента с включением нейлоновых нитей. На одну из сторон ленты нанесен гипоаллергенный акриловый клей. Он обладает высокими адгезивными свойствами, что позволяет тейпу держаться на коже человека в среднем 3–5 дней и не отклеиваться даже после контакта с водой. Тейпирование позволяет опосредованно, через кожу, влиять на расположенные в ней рецепторы и нервные окончания, оказывая мощное нейро-рефлекторное воздействие. Также тейп позволяет работать с фасциями — поверхностной и, через ее связи, с более глубокими. Через один из эффектов — эффект декомпрессии — тейпирование влияет на улучшение локальной микроциркуляции, лимфооттока. Соответственно, результатом подобных воздействий является, в частности, уменьшение боли. Как показало одно из исследований, кинезиологическое тейпирование эффективно снижает боль в плече и подвывих, а также увеличивает мышечную активность и активный диапазон движений плеча у пациентов с гемиплегической болью после инсульта.

Более приемлемым и простым средством для уменьшения мышечной боли является согревание (грелка, бутылка с горячей водой, завернутая в полотенце), при этом необходимо следить за состоянием кожи во избежание ожога на стороне поражения.

Задачи медицинской сестры

Для адекватной оценки степени тяжести состояния, уточнения объема обезболивающей терапии, анализа эффективности проводимого лечения, определения степени нетрудоспособности и качества жизни пациента необходимо количественное измерение боли. Оценка боли может быть составляющей независимой сестринской практики.

В настоящее время для анализа болевых ощущений предложены разнообразные опросники, шкалы и таблицы. Для оценки боли у пожилых пациентов рекомендуется использовать вербальную оценочную шкалу, так как в ней используются знакомые слова (слабая боль, легкая боль, умеренная боль, сильная боль, боль настолько сильная, насколько она может быть). Однако любая оценка должна быть дополнена информацией со стороны родственников или лиц, ухаживающих за больным.

Сестринский менеджмент боли традиционно должен начинаться с диагностики, которая включает в себя сбор полного анамнеза и подробный осмотр пациента. Интенсивность боли оценивают при каждом осмотре с помощью шкал (Приложение 6). Целью оценки боли является предоставление точных данных о месте и интенсивности боли, а также эффективности мер, используемых для ее лечения. Если пациент способен самостоятельно оценить и описать боль, это считается золотым стандартом и надежным методом оценки боли и реакции на лечение.

Боль количественно может быть оценена с помощью таких шкал, как числовая шкала боли (NRS) или визуально-аналоговая шкала (VAS) в покое и с провокации-

ей (во время глубокого дыхания, кашля). Оба инструмента считаются надежными и достоверными. У пациентов, которые не в состоянии достоверно сообщить о боли из-за измененного уровня сознания, могут быть использованы другие методы. Они не специфичные, но тем не менее являются надежными. Сюда относятся поведенческая шкала боли (BPS) и Critical Care Pain Observation Tool (CPOOT). Методы сочетают в себе оценку выражения лица, движения, синхронизацию с аппаратом ИВЛ. Опросник боли Мак-Гилла и его сокращенная и дополненная версия SF-MPQ-2, по данным многих исследований, доказал свою эффективность в многомерной оценке болевого синдрома. Сокращенная версия рекомендована для оценки как острой, так и хронической боли.

Шкала **Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain (MOBID)** создана для использования персоналом домов престарелых и предназначена для определения боли у пожилых пациентов с деменцией. Шкала основана на оценке поведения пациента при выполнении стандартизованных движений различных частей тела и оценке болевого поведения, связанного с кожей, внутренними органами и головой.

Боль во время перевязки

Перевязка — важный элемент стандартного ухода за раной. Основное назначение раневой повязки: а) обеспечение временного защитного физического барьера, б) поглощение дренажа раны и в) обеспечение влаги, необходимой для оптимизации реэпителизации.

Боль в ране может возникать из-за самой раны, продолжающегося лечения раны и упреждающей боли,

которая возникает у некоторых пациентов в результате негативного опыта лечения. В частности, боль, вызванная снятием и наложением повязок, была определена как основная причина боли как с точки зрения пациента, так и с точки зрения медицинских работников.

Отрасль по уходу за ранами производит перевязочные материалы, которые помогают уменьшить болевые ощущения, и медицинские работники должны выбрать наиболее подходящую повязку для конкретного пациента и раны, а не использовать подход «один тип повязки для всех». Медсестры могут использовать выписанные по рецепту анальгетики, но если увеличить число немедикаментозных вмешательств, таких как своевременное музыкальное сопровождение и создание дружелюбной и комфортной больничной обстановки, боль и беспокойство пациентов уменьшатся.

План ухода за пациенткой

Учитывая симптомы, с которыми пациентка вернулась в учреждение длительного ухода, следует разработать следующий план ухода:

Проблема 1. Риск развития контрактур конечностей слева

Сестринские вмешательства

Основное положение пациентки — на боку, менять положение в соответствии с оценкой риска развития пролежней по шкале Ватерлоо.

Парализованные конечности несколько раз в день укладывать на 20–30 мин в следующее положение: парализованная рука отведена и разогнута в локтевом суставе с разогнутыми пальцами;

парализованная нога слегка согнута в тазобедренном и коленном суставах за счет небольшого валика.

Проблема 2. Риск падения (из-за дезориентации)

Сестринские вмешательства

1. Обеспечить контроль за пациенткой, если назначен строгий/постельный режим.
2. Обеспечить сопровождение пациентки, если назначен соответствующий режим двигательной активности (палатный, общий).

Проблема 3. Наличие пролежней пятки 3 ст.

Сестринские вмешательства

1. Проводить оценку боли по шкале (ВАШ).
2. Проводить перевязки в соответствии с назначением врача /хирурга.
3. Проводить оценку по соответствующей шкале на предмет мальнутриции.
4. Использовать рекомендации ГОСТа 56819 2015 при организации питания пациентки.
5. Вести документацию в соответствии с рекомендациями ГОСТа 56819 2015.
6. При наличии боли оказывать психологическую поддержку.

Проблема 4. Боль в плечевом суставе

Сестринские вмешательства

1. Проводить оценку боли по шкале (ВАШ).
2. Правильное позиционирование пациентов: при положении больного на пораженном боку — выведение лопатки вперед; при положении больного на здоровом боку — поддержка паретичной руки подушкой; при положении пациента на спине — поддержка плечевого сустава подушкой.
3. Проводить пассивные движения в паретичной руке в пределах физиологического объема движений.
4. Обеспечить поддерживающие приспособления: подлокотник, прикрепленный к обычному креслу или креслу-каталке; доска из прозрачного материала, чтобы пациент видел положение своих ног, прикрепленная на подлокотники кресла; повязки и манжеты для плеча и руки с целью поддержать слабую руку и предотвратить подвывих плечевого сустава.
5. При наличии боли предлагать согревание (грелка, бутылка с горячей водой, завернутая в полотенце); следить за состоянием кожи во избежание ожога на стороне поражения.

QR-код страницы с видеороликом по данному кейсу



Заключение

В решении кейса нашли отражение все сложные проблемы ухода за пациенткой, перенесшей инсульт. Отражены новейшие технологии в лечении болевого синдрома, подробно описаны сестринские вмешательства при всех проблемах пациентки.

Глава 7. Клиническая ситуация 5. История супружеской пары, нуждающейся в долговременном уходе

Елена, 48 лет, обратилась в органы социальной защиты по месту жительства ее родителей и в поликлинику к участковому врачу за помощью для своих престарелых родителей.

Папа Елены **Илья Константинович (85 лет)**, и мама Елены **Вера Леонидовна (80 лет)** проживают в Кирове в 3-х комнатной квартире на 4 этаже без лифта. Дочь проживает в Москве, работает бухгалтером в частной компании, замужем, имеет троих детей, семья среднего достатка.

Елена прилетела в Киров из-за неудовлетворительного состояния здоровья родителей, о котором ей стало известно из звонка соседей родителей по лестничной площадке. Приехав к родителям домой после полугода с момента последней встречи, она обнаружила, что мама с папой последние 3 месяца не выходили на улицу. Выяснилось также, что у папы происходили неоднократные падения, завершавшиеся многочисленными ушибами мягких тканей нижних конечностей с продолжительным болевым синдромом. Привычная одежда папы стала ему велика. Мама страдает с детства сколиозом и артритом, передвигается по комнате, держась за мебель. В холодильнике нет свежих продуктов,

включая хлеб, которых родителям хватало бы на 24 часа. Соседи по лестничной клетке — единственные люди, которые помогают по мере их возможностей и сил, так как являются также пожилыми людьми. Дочь не знала о сложившейся ситуации, так как родители не хотели ее беспокоить. В кухне было большое количество грязной посуды, в спальне был несвежий спертый запах, в том числе запах мочи.

Вопросы

1. Что такое гериатрический осмотр пациента? С чего следует его начать?
2. Что такое дефицит самоухода? Как определить, есть ли у пациента дефицит самоухода?
3. Что такое старческая астения? Как определить наличие старческой астении у пациента?
4. Каким образом можно определить возможность перемещаться и передвигаться безопасно?
5. Что такое недостаточность питания? Каким образом определить статус питания пациента?
6. Особенности психоэмоционального статуса пожилых людей? Как оценить эмоциональный статус пожилого человека?
7. Особенности общения с пожилым человеком.

8. Что такое когнитивный статус? Как его определить у пациента?
9. Каким образом можно определить, какой объем социально-бытовой помощи и ухода требуется пациенту? Что такое «долгосрочный уход»?
10. Каким образом определить риск падений пациента?
11. Каким образом можно определить риск получения переломов у пациента?
11. Что такое болевой синдром? Как оценить болевой синдром у пациента?
12. Какие проблемы определяются у Ильи Константиновича и какие сестринские вмешательства потребуются для их решения?
13. Что такое «недержание мочи»? Чем вызвано недержание мочи у пожилых женщин?
14. Как пожилым людям, страдающим от артрита, сохранить подвижность суставов?
15. Какие проблемы определяются у Веры Леонидовны и какие сестринские вмешательства потребуются для их решения?
6. Способы оказания сестринской помощи при дефиците самоухода у пациента.
7. Факторы риска падений.
8. Применение вспомогательных устройств для передвижения пожилых людей.
9. Компоненты долгосрочного ухода.
10. Инструменты, используемые для установления функционального статуса пациента.

После изучения данного случая студенты будут уметь

1. Грамотно использовать гериатрические термины.
2. Проводить оценку пожилого человека.
3. Общаться с пожилыми людьми.
4. Оценивать риск падений и переломов.
5. Проводить оценку болевого синдрома.
6. Оценивать безопасность передвижения пожилого человека.
7. Определять статус питания пожилого человека.
8. Оценивать когнитивный статус пожилого человека.
9. Оценивать психоэмоциональный статус пожилого человека.
10. Определять какой объем социально-бытовой помощи и ухода требуется пациенту.
11. Применять анкету Индекс Бартел.
12. Разрабатывать план ухода при риске падений пациента.
13. Разрабатывать план ухода при болевом синдроме у пациента.
14. Разрабатывать план ухода при мальнуртиции.
15. Разрабатывать план ухода при недержании мочи.
16. Разрабатывать план ухода при артрите.
17. Разрабатывать план ухода при плохом психоэмоциональном состоянии.

Учебные цели

После изучения данного случая студенты будут знать

1. Понятия «гериатрический осмотр», «старческая астения», «болевой синдром», «недержание мочи», «когнитивный статус», «долгосрочный уход», «дефицит самоухода».
2. Начальные этапы проведения гериатрического осмотра.
3. Особенности психоэмоционального статуса пожилых людей.
4. Особенности общения с пожилым человеком.
5. Причины недержания мочи у пожилых женщин.

18. Разрабатывать план ухода при социальной изоляции.

19. Разрабатывать план ухода при недостаточной деятельности по ведению домашнего хозяйства.

Решение кейса

Что такое гериатрический осмотр пациента? С чего следует его начать?

Гериатрический осмотр-исследование, направленное на выявление физикальных, функциональных и психосоциальных особенностей людей пожилого и старческого возраста.

Как начать гериатрический осмотр пациента?

Оценка состояния пожилых людей, как правило, отличается от стандартного медицинского осмотра. У пожилых пациентов, особенно очень старых и немощных, сбор анамнеза и физикальное обследование могут быть произведены в разное время, возможно в два приема, так как такие пациенты быстро утомляются.

Знание медицинского работника о повседневных заботах пожилого пациента, его социальных обстоятельствах, психических функциях, эмоциональном состоянии и чувстве благополучия помогает сориентироваться и вести разговор. Просьба описать пациентами обычный день раскрывает информацию об их качестве жизни, психических и физиологических функциях. Этот подход является особенно полезным во время первой встречи. Пациентам должно быть предоставлено время для того, чтобы говорить о вещах личного, важного для них значения. Медицинские работники должны также спросить, есть ли у паци-

ентов конкретные проблемы, такие, как страх ухудшения жизни. В результате взаимопонимание может помочь врачу лучше общаться с пациентами и членами их семей.

Обследование психического состояния необходимо провести в начале беседы, чтобы определить его адекватность и волевой резерв; это обследование должно проводиться тактично и так, чтобы пациент не смущался, не обижался и не становился в позицию защиты.

Медицинский работник должен спросить разрешения пациента, прежде чем пригласить родственника или опекуна для присутствия при беседе и должен объяснить, что такие беседы являются обычным событием. Если происходит разговор только с попечителем, то пациента следует занять какой-либо полезной деятельностью (например, заполнение стандартизированной оценочной анкеты, ответы на вопросы другого члена междисциплинарной группы и так далее).

Если имеются какие-либо подозрения или сомнения, медицинский работник должен осторожно разобраться в ситуациях злоупотребления пациентом медицинскими препаратами и фактах жестокого обращения со стороны опекуна.

При сборе анамнеза заболевания следует спросить о расстройствах, которые прежде были более обычными (например, ревматическая лихорадка, полиомиелит), и о применении устаревших методов лечения (например, наложении пневмоторакса для лечения кавернозного туберкулеза, применении препаратов ртути для лечения сифили-

са). История иммунизации (например, столбняка, гриппа, пневмококковой инфекции), побочные реакции на иммунизацию, результаты теста кожи на туберкулез (проба Манту). Если пациенты вспоминают, что им были сделаны операции, но не помнят, какие, то необходимо запросить выписку из истории болезни.

Опрос и обследование должны быть систематизированы по принятой традиционной схеме с учетом каждой из областей тела и систем органов (системный опрос), помогающей выявить даже те нарушения и часто встречающиеся расстройства, о которых пациенты могли забыть упомянуть.

Пациентов или членов семьи нужно попросить принести на первое посещение все лекарства и пищевые добавки, а также делать это периодически при следующих визитах. Таким образом, можно убедиться, что пациенту назначены определенные лекарственные препараты и они у него есть, однако обладание ими не гарантирует правильное выполнение рекомендаций по их приему. Необходимо подсчитывать количество таблеток в каждой упаковке при каждом посещении больного. Если кто-то другой, а не сам пациент, контролирует прием препаратов, то необходима беседа с этим человеком.

Необходимо попросить больного продемонстрировать свое умение читать этикетки, открыть упаковку и узнавать препараты. Пациентов следует предупредить, чтобы они не помещали свои препараты в одну емкость.

Курильщикам табака следует посоветовать бросить курение, и, если они

по-прежнему продолжают курить, рекомендовать не курить в постели, потому что пожилые люди склонны засыпать при курении.

Пациенты должны быть проверены на наличие признаков употребления алкоголя, расстройство, которое часто упускается из вида в пожилом возрасте. Признаки алкоголизма включают: смятение при встрече с врачом, гнев, враждебность, запах алкоголя в выдыхаемом воздухе, нарушение равновесия и походки, дрожь, периферическую нейропатию и недостаточность питания. Могут помочь скрининговый опросник и вопросы о количестве и частоте потребления алкоголя.

Медицинский работник должен получить информацию о жилищных условиях пациентов, особенно, где и с кем они проживают, доступность их жилья и какие виды транспорта для них доступны. Эти факторы оказывают решающее влияние на их способность получать питание, помощь по здоровью и другие возможности жизнеобеспечения. Несмотря на нередкие трудности по организации посещения пациента на дому, именно это посещение может предоставить решающую информацию. Например, можно получить представление о питании по содержанию холодильника и о способности к поддержанию личной гигиены по состоянию ванной комнаты. В случае посещения родителей Елены было обнаружено, что холодильник пуст, нет никакого запаса продуктов.

Определяется количество комнат, номера и типы телефонов, присутствие дыма и детекторов угарного газа, состояние водоснабжения и системы отопления, доступность лифтов, лестниц, конди-

ционера. Многие факторы риска могут быть легко устранены, например, вероятность падения можно оценить по плохому освещению, скользкой ванне, незакрепленным коврам, сношенной обуви на приподнятом каблуке и т.п. Ценную информацию можно получить при рассказе пациента о своем типичном времяпровождении, включая такие виды деятельности, как чтение, просмотр телепередач, работа, занятия спортом, увлечения, и взаимодействию с другими людьми.

Медицинский работник должен расспросить о следующем:

- о частоте и характере социальных контактов (например, друзья-сверстники или более молодые), семейных контактах, религиозных или духовных мероприятиях;
- вождении и доступности других видов транспорта;
- об отношениях с опекунами, родственниками, соседями или общественными структурами, их доступности для пациента и степени оказываемой ими поддержки;
- возможности и способности членов семьи помочь пациенту (например, их занятость, здоровье, время в пути до места проживания пациента и т. д.);
- отношении пациента к членам семьи и их отношении к пациенту (в т. ч. их уровень заинтересованности в помощи и готовность помочь);
- Принимается во внимание семейное положение пациентов. Вопросы о сексуальных интересах и возможности сексуального удовлетворения должны быть заданы очень чутко и тактично, но являются обязательными. Определяют количество партнеров и активность половой

жизни, оценивают риск заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП). Многие сексуально активные пожилые люди не знают об увеличении заболеваемости ЗППП у пожилых людей и не следуют, или даже не знают о безопасных сексуальных практиках.

- Пациентам должен быть задан вопрос об их уровне образования, местах службы, известных воздействиях радиоактивности или асбеста, о нынешних и прошлых увлечениях. Обсуждаются экономические трудности, возникшие после выхода на пенсию, объем фиксированного или иного дохода после смерти супруга (и) или гражданского мужа (жены). Финансовые проблемы или проблемы со здоровьем легко могут привести к потере дома, социального статуса или независимости. Пациентов надо спросить о прошлых отношениях с врачами; нередко долгосрочные отношения с врачом могут быть утрачены, потому что врач либо вышел на пенсию, либо умер, или пациент поменял место жительства.

Все интересы пациента, рекомендованные меры для его дальнейшего жизнеобеспечения должны быть закреплены документально. Так, например, у пациентов уточняют, закреплены ли их права в случаях, если они станут недееспособными, и, если ничего не было сделано, пациентам порекомендуют закрепить документально эти отношения. Важно, возможно ли обсудить с пациентом и его окружением цели ухода; а затем, когда обстоятельства потребуют принять медицинские решения, а предшествующая документация окажется недоступна или не связана с данными

обстоятельствами, можно будет принять соответствующие решения.

Что такое дефицит самоухода? Как определить, есть ли у пациента дефицит самоухода?

Модель дефицита самоухода Д. Орэм основана на принципах самоухода (самопомощи), которые Д. Орэм определяет, как деятельность по сохранению жизни, здоровья и благополучия, которую люди начинают и осуществляют самостоятельно.

Пациент. Больного рассматривают как единую функциональную систему, имеющую мотивацию к самоуходу. Человек осуществляет самоуход независимо от того, здоров он или болен, те есть его возможности и потребности в самоуходе должны быть в равновесии.

Потребности в самоуходе Д. Орэм разделяет на три группы.

1. Универсальные: достаточное потребление воздуха; достаточное потребление жидкости; достаточное потребление пищи; достаточная возможность выделения; сохранение баланса между активностью и отдыхом; время пребывания в одиночестве, сбалансированное с временем, проведенным в обществе других людей; предупреждение опасностей для жизни, нормальной жизнедеятельности и хорошего самочувствия; желание соответствовать определенной социальной группе (социальному статусу) в соответствии с индивидуальными способностями и возможностями.
2. Связанные со стадией развития (от рождения до старости).
3. Связанные с нарушениями здоровья,

приводящие к изменениям: анатомическим, физиологическим, а также поведения и образа жизни.

Источники проблем пациента. К потребности в сестринской помощи приводит дефицит в самопомощи и самообслуживании — неспособность осуществлять заботу о себе.

Цели и задачи ухода. Следует создать условия для того, чтобы больной смог осуществлять самоуход, направленный на достижение и поддержание оптимального уровня здоровья.

Роль медицинской сестры. Д. Орэм видит медицинскую сестру как учителя и контролера. Она дополняет возможность пациента осуществлять самоуход.

Направленность сестринской помощи. Сестринская помощь направлена на выявление потребностей пациента, причин дефицита самоухода. При определении направления помощи медицинская сестра должна:

- установить уровень требований пациента к самоуходу;
- оценить его возможности для осуществления этих требований;
- оценить степень безопасности больного при осуществлении им самоухода;
- оценить перспективы осуществления самоухода в будущем.

Способы оказания сестринской помощи. Медицинская сестра выполняет следующие функции:

- делает что-либо за больного;
- руководит и направляет его действия;
- оказывает физическую и психологическую поддержку;

- создаёт условия для обеспечения возможностей самоухода (самопомощи);
- обучает больного и его родственников.

Необходимым условием осуществления сестринской помощи является желание и возможность пациента принять эту помощь.

Выделяют три системы помощи.

1. Полностью компенсирующую — применяется в тех случаях, когда пациент находится в бессознательном состоянии, либо он не способен к обучению.
2. Частично компенсирующую — применяется по отношению к пациентам, временно утратившим способность осуществлять отдельные аспекты самоухода.
3. Консультативную (обучающую) — применяется при необходимости обучения пациента (родственников) навыкам самоухода.

Оценка качества и результатов ухода.

Результатом ухода должно стать достижение больным оптимального уровня самопомощи. Даже в том случае, если медицинская сестра с полностью компенсирующей системы помощи перешла на частично компенсирующую, поддерживающую пациента при самоуходе, можно считать сестринское вмешательство эффективным. Таким образом, сестринская помощь может быть направлена как на расширение возможностей самоухода, так и на изменение потребностей в ней (выздоровление).

Как определить, есть ли у пациента дефицит самоухода?

Для определения уровня функционирования человека используются

опросники и шкалы, разработанные и адаптированные с учетом национальных, культурных, правовых и иных особенностей. Известной является шкала Бартел, применяемая в процедуре признания человека нуждающимся (Приложение 1).

Что такое старческая астения? Как определить наличие старческой астении у пациента?

Старческая астения («хрупкость», шифр по МКБ-10 R54) — ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого являются медлительность и/или непреднамеренная потеря веса, общая слабость, уязвимость по отношению к стрессовым факторам, как физическим, так и психоэмоциональным.

Каким образом можно выявить старческую астению?

Для этого можно использовать скрининговый опросник «Возраст не помеха» (Приложение 10). Заполнять опросник может сам пациент, либо медицинская сестра или немедицинский персонал (например, волонтеры).

Интерпретация результатов

При ответах на вопросы анкеты за каждый ответ «Да» начисляется 1 балл. В случае, если пациент набрал:

- 5 и более баллов — старческая астения высоко вероятна и показана консультация гериатра с проведением комплексной гериатрической оценки и составлением индивидуального плана ведения пациента;
- 3–4 балла — умеренная вероятность старческой астении, целесообразно выполнение краткой батареи тестов физического функционирования

и теста Мини-Ког в условиях гериатрического кабинета;

- 0–2 балла — наличие у пациента синдрома старческой астении маловероятно.

Каким образом можно определить возможность перемещаться и передвигаться безопасно?

Пожилые люди составляют значительную часть населения, и их численность возрастает. По мере старения увеличивается риск падений и, соответственно, получения травм. Падение может быть первым проявлением не выявленного заболевания. Профилактика падений имеет важное значение, поскольку они могут способствовать значительному росту смертности и заболеваемости, приносить страдания пожилым людям и их семьям и требовать от общества значительных затрат, связанных с госпитализацией и помещением больных в дома ухода.

Чтобы определить риск падений, можно, если пациент способен передвигаться, использовать тест «Встань и иди». Тест делится на 4 раздела:

- а) вставание со стула без подлокотников — проверяется сила квадрицепса, а не мышц рук. Внимательно наблюдать за пациентом, чтобы он не помогал руками, проверять так же стабильность позы во время подъема со стула;
- б) перемещение: следить за положением ступней, походкой, толчком ноги;
- в) поворот: следить за стабильностью туловища;
- г) усаживание на стул — наблюдать, нет ли произвольного отклонения во время этого движения.

Дополнительные диагностические пробы для определения равновесия и нарушений походки — Проба Берг; Проба Тинетти.

У матери Елены уже наблюдались нарушения походки из-за артрита и сколиоза, теперь эти нарушения усилились. Следовательно, ее риск падений нужно определить обязательно.

Что такое недостаточность питания? Каким образом определить статус питания пациента?

Мальнутриция — это синдром недостаточности питания из-за недостаточного поступления питательных веществ или нарушения метаболизма.

Недостаточность питания означает стойкий дефицит или недостаточное всасывание одного или нескольких важных питательных веществ, которые обычно поступают в организм с надлежащим рационом.

Для того, чтобы определить статус питания, необходимо использовать антропометрические методы оценки статуса питания, а также краткую шкалу оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA) (Приложение 8).

Особенности психоэмоционального статуса пожилых людей

Психологические и физиологические изменения тесно взаимосвязаны. Некоторые психологические характеристики пожилых людей (например, негативное восприятие действительности), могут являться следствием физиологических изменений в организме.

Старение проявляется в психологических и физиологических изменениях:

- может снижаться физическая и умственная работоспособность,
- труднее вырабатываются новые условные рефлексы, угасают старые,
- замедляются и становятся менее точными движения, изменяется походка,
- пожилые вынуждены больше времени тратить на подготовку и больше контролировать собственные действия.

Положительным вариантом адаптации считают принятие самим пожилым человеком изменившейся жизненной ситуации, достаточное общение и повседневную активность, сохранение интереса к жизни, расширение и изменение окружения и привычной жизненной сферы.

Каким образом можно определить эмоциональный статус пациента?

Для того, чтобы определить эмоциональный статус пациента, необходимо использовать гериатрическую шкалу депрессии. (приложение 5)

Пациент отвечает на вопросы в соответствии со своим эмоциональным состоянием в последние 2 недели.

Интерпретация результатов

- При результате 0–4 балла — депрессия отсутствует.
- ≥ 5 баллов — вероятная депрессия.

Особенности общения с пожилым человеком

Психическая активность пожилых лиц падает. Они быстро устают. Нужно внимательно следить за тем, как ведет себя пожилой человек и, обнаружив первые признаки усталости, давать ему возможность отдохнуть, «перевести дыха-

ние». Внимание стариков легко отвлекается внешними причинами, и тогда они теряют нить разговора, часто забывают, о чем только что шла речь. Поэтому важно при общении создать такие условия, чтобы ничто не отвлекало их от разговора. Плохо воспринимается быстрая речь с короткими промежутками между словами. Надо говорить достаточно медленно, с перерывами между словами. Нельзя «проглатывать» окончания слов и говорить «взахлеб».

Выражение лица должно быть приветливым и доброжелательным. Пожилые люди с трудом участвуют в групповой беседе, если одновременно говорят несколько человек, они плохо понимают смысл происходящих разговоров, не сразу включаются в разговор, отвечают на заданный вопрос. Поэтому, когда медики или социальные работники им что-то говорят и советуют, они не могут сразу запомнить данные рекомендации и назначения и от этого начинают волноваться, раздражаться и, в результате, еще хуже понимают и запоминают. Характерны попытки избежать ситуаций, требующих напряженного мышления, подменять интеллектуальные усилия различными двигательными приемами — покачиванием головы, почесыванием в затылке, растягиванием речи. Если пожилой человек говорит с Вами с раздражением, ни в коем случае не отвечайте ему тем же. В тяжелом разговоре не думайте, что грубая правда — это хорошо. Отвечайте мягко, постарайтесь отвести разговор от темы, вызывающей у пожилого человека раздражение или неприятное чувство.

Пожилые люди тяжело переживают, если заболевают. Беспокоятся, тревожатся, паникуют, впадают в депрессию.

Боятся, что не хватит денег на лечение, что окажутся беспомощными, зависимыми от других. Страх увеличивается при помещении в больницу, в которой все незнакомо, непонятно и кажется враждебным и агрессивно настроенным. Страх и стресс, в свою очередь, ухудшают память, когнитивные (познавательные) функции. Пожилые плохо адаптируются к изменениям внешних условий, не в состоянии запомнить распорядок дня, расположение помещений, распоряжения врачей и сестер, их имена. От этого замыкаются, уходят в себя.

В больнице важно психологически поддерживать пожилого человека, не оставлять его одного, чаще напоминать ему, что его не оставят в беспомощном положении, показывать и объяснять, где в отделении находится туалет, столовая и др. Пожилые люди нуждаются в поощрении своих действий. Желательно чаще подтверждать правильность их действий и поощрять успехи. «Вы сегодня увереннее двигаетесь с тростью!», «Как Вы хорошо сегодня сели на кровать!», «Вам эта кофта очень к лицу!».

Расспросы пожилых людей об их прошлом очень благотворно действуют на них. Попросите рассказать пожилого человека о его, детстве, местах, где он жил в юности, о прошлой работе, интересах. Очень хорошо вместе рассматривать старые фотографии мест, где он родился, жил, трудился, особенно те, на которых он изображен в силе, при исполнении социально значимой работы. Это всегда способствует повышению самоуважения пожилого человека. Однако пожилые люди должны чувствовать Вашу действительную заинтересованность в рассказываемых событиях, Ваше

желание пережить то, что когда-то он пережил и переживал. Если он не поверит Вашей заинтересованности, то, скорее всего, замкнется в себе, и Вы надолго потеряете его доверие. Пожилые люди охотно играют в игры, в том числе простые, в какие мы все играли в детстве: мозаики, лото, домино, пазлы. Если им организовать рабочее место, они охотно шьют, плетут, вяжут, вырезают, рисуют и т. д. Очень любят играть вместе, друг с другом, общаться с животными, собирать цветы, плести венки.

Большое оживление в жизнь пожилых людей, особенно тех, кто много времени вынужден проводить в постели или кресле, вносят прогулки на кресле-каталке, пешие — с помощью ходунков или в сопровождении попутчика — по коридорам больницы или дома-интерната, а лучше по улице, во дворе или в саду.

Что такое когнитивный статус? Как его определить у пациента?

Когнитивный статус-психические способности. Это восприятие, анализ информации об окружающей действительности, внимание, память и речь.

Тест Мини-Ког используется как скрининговый метод для выявления тяжелых когнитивных нарушений. Его проведение требует немного времени, при этом показатели его чувствительности и специфичности очень высоки (Приложение 3).

Также можно использовать тест рисования часов. Тест рисования часов чаще используется в комплексной оценке когнитивных нарушений. Пациенту дают чистый лист бумаги и карандаш. Необходимо попросить пациента нарисо-

вать круглый циферблат часов со всеми цифрами и установить время 11 часов 10 минут. Максимально пациент может получить за тест 10 баллов.

Каким образом можно определить, какой объем социально-бытовой помощи и ухода требуется пациенту? Что такое «долгосрочный уход»?

Долгосрочный уход—это комплексная программа поддержки граждан пожилого возраста и инвалидов, частично или полностью утративших способность самообслуживания.

Долгосрочный уход включает широкий спектр помощи в повседневной активности, в которой пациенты пожилого и старческого возраста нуждаются в течение длительного периода времени. Эта, прежде всего, «низкотехнологичная» помощь призвана минимизировать, реабилитировать или компенсировать потерю самостоятельного физического или психического функционирования. Чтобы определить объем социально-бытовой помощи и ухода, который требуется пациенту необходимо выполнить опросник (Приложения 16, 18).

Что оценивается при определении нуждемости в уходе?

- Способность к самообслуживанию — способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе осуществлять личную гигиену.
- Способность к самостоятельному передвижению — способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие

тела при передвижении, в покое и перемене положения тела.

- Способность к ориентации — способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, к определению времени и места нахождения.
- Способность к общению — способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.
- Способность контролировать свое поведение — способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм.

Каким образом определить риск падений и переломов пациента? Профилактика падений

Падения могут привести к серьезным последствиям, включая травмы различной степени тяжести и переломы костей, болевому синдрому, нарушению функциональной активности, потери уверенности в повседневной деятельности, потере независимости и автономии, и даже смерти. Важно определить риск падений у пациента, т. к. это поможет создать условия для предупреждения получения травм. Для того, чтобы определить риск падений, необходимо использовать шкалу Морсе (Приложение 19), если пациент находится в условиях стационарного наблюдения, или самозаполняемый опросник оценки риска падений (Приложение 17).

В свою очередь, падения могут привести к переломам, которые в пожилом возрасте переносятся достаточно тяжело. В качестве оценки риска переломов используется шкала FRAX. Шкала FRAX применяется у женщин в период пост-

менопаузы и мужчин в возрасте 50 лет и старше. Данная оценочная шкала позволяет определить 10-летнюю вероятность основных остеопоротических переломов (клинически значимого перелома позвоночника, перелома дистального отдела предплечья, перелома проксимального отдела бедра или перелома плеча) и отдельно вероятность перелома проксимального отдела бедренной кости (Приложение 7).

Профилактика падений

Акцент должен быть сделан на предотвращение или снижение числа последующих падений, вызванных падениями травм и осложнений, в то же время на поддержание как можно большего количества функций пациента и его независимости, насколько это возможно. На регулярном медицинском осмотре или профилактическом обследовании пациенты должны быть опрошены о случившихся за последний год падениях и проблемах с равновесием или передвижением.

Пациентам, которые сообщают о единственном падении и не имеют проблем с равновесием, должна быть предоставлена общая информация о снижении риска падений. Она должна включать в себя безопасное использование лекарственных средств и снижение вредного воздействия окружающей среды.

Для пациентов, которые сообщают о более чем одном падении или имеют проблемы с равновесием или походкой, необходимо провести оценку падения для определения факторов риска и возможностей для его снижения.

Физиотерапия и физические упражнения

Пациенты, которые падали чаще, чем один раз, должны быть переведены на физиотерапию или тренировочную лечебную программу. Физиотерапия и лечебная программа могут выполняться на дому, если пациенты имеют ограниченную подвижность.

Физиотерапевты назначают тренировочные программы для улучшения равновесия, походки и исправления определенных проблем, способствующих риску падения.

Более общие лечебно-тренировочные программы в лечебных заведениях или местах проживания в сообществе могут также улучшить равновесие и походку. Самыми эффективными программами по снижению риска падения являются те, которые:

- подбираются индивидуально в зависимости от конкретной проблемы;
- предоставляются квалифицированным специалистом;
- включают в себя достаточно упражнений для тренировки равновесия и координации;
- предусмотрены для выполнения в течение длительного времени (например, ≥ 4 мес).

Вспомогательные устройства

Некоторые пациенты получают пользу от использования вспомогательных устройств (например, трость, ходунки). Пользование тростью может быть адекватным для пациентов с минимальным односторонним снижением мышечной силы, ослаблением суставов, но ходунки, особенно колесные, больше всего подходят пациентам с повышенным риском падений, при слабости в обеих ногах или нарушении координации (хо-

дунки на колесиках могут быть опасны для пациентов, не могущих адекватно себя контролировать).

Медицинское ведение пациента

Использование препаратов, которые могут увеличивать риск падений, должно быть приостановлено или дозировки должны быть сведены к минимуму. Пациенты должны оцениваться на наличие у них остеопороза и, если остеопороз диагностируется, они должны пройти лечение для уменьшения риска возникновения переломов, которые могут произойти в будущем в результате падений.

Если определяется какое-либо другое специфическое расстройство как фактор риска, необходимы целевые вмешательства. Уменьшение боли, физиотерапия, а иногда операция по замене сустава могут снизить риск для пациентов с артритом. Замена на подходящие соответствующие линзы или хирургическое вмешательство, особенно по удалению катаракты, могут помочь пациентам с нарушениями зрения.

Медицинская сестра может дать следующие рекомендации

- регулярные физические тренировки для укрепления мышц и костей;
- убрать дома вещи, которые могут способствовать падению;
- необходимые вещи хранить в легкодоступных местах;
- на полу использовать нескользкие циновки;
- в ванной сделать ручки и перила;
- лестницу и прихожую держать хорошо освещенной;
- при использовании лекарств обязательно интересоваться у врача о возможном действии их на кости

(не вызывают ли они их ломкость);

- носить удобную обувь с нескользкой подошвой; использовать ортопедические стельки для компенсации статической недостаточности стопы; при выраженной неустойчивости походки использовать трость или костыли.

Что такое болевой синдром? Как оценить болевой синдром у пациента?

Болевой синдром — патологическое состояние, сопровождаемое появлением острых болезненных ощущений в различных участках тела.

Оценить болевой синдром можно с помощью специальных шкал (Приложение 6). Таким образом можно получить информацию о характере боли.

Интенсивность боли оценивается пациентом, как слабая — в пределах от 0 до 40%, умеренная боль — от 40% до 70%, сильная боль — от 70% до 100%.

Наблюдать за пациентом в течение пяти минут, прежде чем оценить его поведение. Оценка каждого элемента поведения представлена в таблице.

Что такое «недержание мочи»? Чем вызвано недержание мочи у пожилых женщин?

Недержание мочи — это непроизвольная или неконтролируемая потеря мочи. При регулярном повторении это считается отдельным заболеванием. Риск возникновения недержания увеличивается с возрастом, но оно бывает и у молодых. Женщины более подвержены этому заболеванию, чем мужчины. Недержание мочи является распространённой проблемой, вызывающей эмоциональные и психологические расстройства.

Недержание мочи у пожилых женщин встречается часто. Причины связаны с различными проблемами по части неврологии, гинекологии, урологии. Дискомфорт затрудняет ежедневную активность, которая и без этого страдает. Данные статистики говорят, что проблема встречается у 15% пожилых, проживающих дома, и у 70% жителей домов престарелых. Женщины страдают вдвое чаще мужчин.

Из-за риска непроизвольного выделения мочи женщины избегают общения, погружаются в депрессию и обрастают комплексами. Близкие люди помогут, если объяснят, что проблема является болезнью, и стесняться ее не нужно. Наоборот, собравшись с духом, нужно посетить врача и постараться сделать все возможное, чтобы выздороветь.

Недержание у пожилых женщин связано с естественным старением организма. Вдобавок органы женской мочеполовой системы подвергаются нагрузкам при родах и чувствительны к оперативным вмешательствам. Непроизвольное выделение мочи делят на следующие виды:

- **стрессовое.** Происходит на фоне сдавливания брюшной полости, напряжения мышц живота. Кашель, чихание, смех, поднятие тяжестей — причины, из-за которых выделяется моча;
- **ургентное.** Характеризуется внезапным сильным позывом, который невозможно сдержать. Провоцируется журчанием воды и другими раздражителями;
- **полное.** Моча выделяется бесконтрольно в любое время, даже во сне.

Самым распространенным является стрессовый вид недержания у пожилых женщин, он может возникнуть после 50 лет вследствие ослабления мышц.

Лечится ли недержание мочи у пожилых женщин и как именно?

Лечением недержания мочи у пожилой женщины занимается уролог и другие специалисты с учетом причин. В комплексную терапию могут включить устранение провоцирующих факторов, лечение сопутствующих заболеваний, укрепление мышц мочевого пузыря и повышение его чувствительности к наполнению.

Специальная гимнастика укрепит тазовые мышцы. Упражнения Кегеля полезны в любом возрасте.

Как подобрать лекарственные средства, эффективные при недержании мочи у пожилых?

Лечение недержания мочи у пожилой женщины назначается с учетом тяжести патологии и причин. Заниматься самолечением при недержании у пожилых женщин нельзя ни в коем случае. Следует сразу обратиться к врачу, который соберет анамнез, выявит причины патологии, подберет подходящие средства при недержании мочи у пожилых женщин и назначит адекватное случаю лечение. Если диагностика выявила анатомические отклонения, назначается операция. Когда консервативное лечение не дает результатов, также планируют операцию. Это быстрая процедура, в ходе которой под местным наркозом устанавливают синтетическую петлю для поддержки пузыря.

Как пожилым людям, страдающим от артрита, сохранить подвижность суставов?

Бытует мнение, что физические упражнения противопоказаны пожилым людям, больным артритом. Но исследование, в течение двух лет проводившееся американскими учеными, показало, что регулярные физические упражнения, напротив, помогают людям, страдающим от артрита, сохранить подвижность суставов. Исследователи настаивают на том, что пожилым людям с диагнозом «артрит» необходимы 20 минутные физические упражнения три раза в неделю.

Прежде чем приступать к занятиям физкультурой, пожилым людям желательно проконсультироваться с врачом. В любом случае из списка упражнений нужно исключить те, которые требуют быстрых движений, резких наклонов туловища и головы (при наличии склеротических изменений в кровеносных сосудах это может вызвать головокружение, потерю равновесия, падения и травмы). Необходимо избегать и упражнений, сопровождающихся задержкой дыхания (они повышают давление в сосудах головного мозга, затрудняют приток крови к сердцу). Осторожно надо относиться к бегу трусцой — это серьезная нагрузка на позвоночник и суставы ног. А вот ходьба, напротив, очень полезна (начинать ее рекомендуется с небольших, до 2 км, дистанций). Самым простым и универсальным способом держать себя в форме является обычная утренняя гимнастика. Важно только выполнять ее регулярно и превращать свой образ жизни из пассивного в активный постепенно: нельзя год сидеть без движения, а, к примеру, летом компенсировать это занятиями спортом.

По окончании занятий физкультурой должно появляться чувство приятной усталости, хорошее настроение. Однако не всегда можно доверять своим ощущениям — во время занятий и после них нужно подсчитывать пульс, если он слишком частый (превышающий индивидуальный критический порог), — уменьшать нагрузку.

В комплекс утренней гимнастики для пожилых людей должны входить 6–10 упражнений, каждое из которых повторяется примерно 5 раз (между упражнениями — паузы по 5–10 секунд).

План ухода за Ильей Константиновичем

Проблема 1. Риск падения

Сестринские вмешательства

1. Обеспечить наблюдение за пациентом, в случае помещения пациента в стационар или дом ухода;
2. Пациент должен быть переведен на физиотерапию или тренировочную лечебную программу. Физиотерапия и лечебная программа могут выполняться на дому, если пациенты имеют ограниченную подвижность. Физиотерапевты назначают тренировочные программы для улучшения равновесия, походки и исправления определенных проблем, способствующих риску падения;
3. Обучение использованию вспомогательных устройств (например, трость, ходунки).

Проблема 2. Болевой синдром из-за неоднократных падений

Сестринские вмешательства

1. Проводить оценку боли по шкале.
2. При наличии боли предлагать согревание (грелка, бутылка с горячей

водой, завернутая в полотенце); следить за состоянием кожи во избежание ожога на стороне поражения.

3. Введение обезболивающих препаратов по назначению врача.

Проблема 3. Мальнутриция
Сестринские вмешательства

1. Определение статуса питания пациента.
2. Контроль выполнения рекомендаций диетолога, клинического фармаколога, и других специалистов, которые определяют питание пациента.
3. Обеспечение достаточных поступлений питательных веществ, клиническое питание (искусственное питание, специальная нутритивная поддержка, парентеральное, энтеральное питание или их комбинация), применение пероральных биологически активных добавок к пище.
4. Обеспечить наличие продуктов — связаться с социальными работниками, детьми, чтобы продукты питания были в наличии.

Проблема 4. Плохое психоэмоциональное состояние
Сестринские вмешательства

1. Определение психоэмоционального статуса пациента.
2. Беседа с родственниками пациента. Объяснение Елене важности контакта с родителями, обучение эффективному общению.

Проблема 5. Социальная изоляция
Сестринские вмешательства

Беседа с родственниками пациента. Объяснение Елене важности контакта с родителями, обучение эффективному общению. Помощь в выборе эффектив-

ного долгосрочного социального обслуживания для пожилых людей.

Проблема 6. Недостаточная деятельность по ведению домашнего хозяйства
Сестринские вмешательства

Помощь в выборе пансионата для пожилых людей.

План ухода за Верой Леонидовной

Проблема 1. Недержание мочи

1. Снять стрессовое состояние у пациента с помощью беседы.
2. Научить пациента максимально себя обслуживать, то есть помочь ему адаптироваться к вынужденному состоянию, чаще беседовать, разговаривать с пациентом.
3. Усилить мероприятия по уходу за кожей с целью профилактики пролежней.
4. Установить диету с преобладанием продуктов, богатых клетчаткой, блюда с пониженным содержанием соли и специй, проводить регулярное опорожнение кишечника, заниматься с пациентом физкультурой, проводить массаж мышц конечностей, заниматься с пациентом дыхательной гимнастикой, обучить членов семьи уходу за больным; определение возможных последствий: пациент должен быть вовлечен в процесс лечения.
5. До проведения необходимого лечения научить пациентку использовать впитывающее белье.

Проблема 2. Артрит
Сестринские вмешательства

1. Контроль выполнения лечебной физкультуры;

2. Введение препаратов по назначению врача.

Проблема 3. Плохое психоэмоциональное состояние

Сестринские вмешательства

1. Определение психоэмоционального статуса пациента.
2. Беседа с родственниками пациента. Объяснение Елене важности контакта с родителями, обучение эффективному общению.

Проблема 4. Социальная изоляция

Сестринские вмешательства

Беседа с родственниками пациента. Объяснение Елене важности контакта с родителями, о проблеме одиночества пожилых людей.

Проблема 5. Недостаточная деятельность по ведению домашнего хозяйства

Сестринские вмешательства

Беседа с родственниками пациента о том, что эта пожилая пара уже не может самостоятельно вести домашнее хозяйство. Помощь в выборе социального обслуживания для пожилых людей.

Заключение

Решение кейса оказалось непростым, так как пациентов было двое, и хотя проблемы у них были во многом схожие, тем не менее, существует разница в потребностях помощи. Выявлены проблемы пациента, подробно описаны особенности общения с пожилыми людьми.

Глава 8. Клиническая ситуация 6. Почему Кирилл Николаевич ведет себя неправильно?

История о том, как пожилому человеку потребовалась специализированная помощь, и чем это было вызвано.

Кирилл Николаевич 88 лет, пенсионер, проживает один в двухкомнатной квартире в городе. Овдовел 3 года назад, детей нет. Последние 2 года 3 раза в неделю посещал клуб ветеранов. Полностью себя обслуживал, за медицинской помощью практически не обращался.

Кирилл Николаевич вышел обнаженным на улицу рядом с детской площадкой, в результате чего обеспокоенные соседи вызвали полицию. Полиция с уговорами попыталась вернуть Кирилла Николаевича домой (адрес сообщили соседи, так как сам он был дезориентирован). Квартира была заперта, поэтому была вызвана бригада МЧС. Кирилл Николаевич начал проявлять агрессию (вербально и физически). В результате полиция вызвала бригаду скорой помощи, и Кирилл Николаевич был доставлен в психиатрическую больницу. Там ему был установлен диагноз прогрессирующая деменция (вероятно болезнь Альцгеймера). Кирилл Николаевич пробыл в больнице около месяца, где ему было подобрано лечение. Из больницы информация о нем была направлена в органы социальной защиты по месту жи-

тельства, так как срок госпитализации подходил к концу.

Вопросы

1. Какие предположительные сестринские диагнозы на момент госпитализации пациента можно установить на основании представленной информации?
2. Какие дополнительные сведения необходимы для формулирования диагноза?
3. Как определить объем необходимой помощи при выписке?
4. Каковы действия органа социальной защиты при получении обращения из психиатрической больницы?

Учебные цели

После изучения данного случая, обучающиеся будут знать:

1. Основные определения гериатрических синдромов (деменция, делирий, недостаточность питания).
2. Особенности психоэмоционального статуса пожилого человека.
3. Методы оценки психоэмоционального статуса пожилого человека.
4. Методы оценки функционального статуса пожилого человека и потребности в помощи окружающих.
5. Методику оценки статуса питания пожилого человека.
6. Законодательные акты, регламенти-

рующие социальную помощь пожилым с деменцией.

После изучения данной задачи студенты будут уметь

1. Давать определения основных понятий (деменция, делирий, недостаточность питания, зависимость от посторонней помощи).
2. Устанавливать схему преемственности при оказании медицинской помощи пожилым людям с диагнозом «прогрессирующая деменция».
3. Определять трудности и проблемы при обеспечении ухода за пациентами с деменцией.
4. Использовать шкалы для определения степени зависимости пациентов от посторонней помощи, степени мальнутриции.
5. Разрабатывать план ухода за пациентом с деменцией.
6. Разрабатывать программы для обучения родственников пациента с деменцией.

Решение кейса

Определение диагноза пациента

Согласно данным, представленным в описании пациента, можно думать о нескольких нарушениях. Во-первых, это деменция.

Деменция — это синдром, обычно хронический или прогрессирующий, при котором происходит деградация когнитивной функции в большей степени, чем это ожидается при нормальном старении. Диагноз деменции ставится, если у больного имеются нарушения памяти и других высших мозговых функций (мышления, речи, выполнения целенаправленных действий, узнавания и т. д.) которые приводят к нарушению

самообслуживания и ограничивают повседневную активность.

По степени социальной адаптации, способности к самообслуживанию и нуждаемости в обслуживании различают 3 степени тяжести деменции:

Ранняя стадия деменции часто остается незамеченной, так как развивается постепенно. Общие симптомы включают: забывчивость; потерю счета времени; нарушение ориентации в знакомой местности. сохраняется способность жить самостоятельно, соблюдать личную гигиену, умственные способности не затронуты.

По мере прогрессирования деменции к средней стадии признаки и симптомы становятся более явными и все более суживающими возможности. Они включают: забывчивость в отношении недавних событий и имен людей; нарушение ориентации дома; возрастающие трудности в общении; потребность в помощи для ухода за собой; поведенческие трудности, включая бесцельное хождение и задавание одних и тех же вопросов.

При тяжелой степени активность в повседневной жизни нарушена; развивается почти полная зависимость и пассивность. Нарушения памяти становятся значительными, а физические признаки и симптомы более очевидными. Симптомы включают:

- потерю ориентации во времени и пространстве;
- трудности в узнавании родственников и друзей;
- возрастающую потребность в помощи для ухода за собой;
- трудности в передвижении;

- **поведенческие изменения, которые могут усугубляться и включать агрессивность.**

Чем раньше начаты профилактика и лечение, тем лучше прогноз и для больного, и для его семьи, тем больше шансов задержать прогрессирующее снижение мыслительных способностей пожилого человека с помощью фармакологических препаратов.

Судя по описанным в истории событиям, у Кирилла Николаевича деменция средней степени тяжести, поскольку налицо поведенческие нарушения: дезориентация, агрессия, нарушения памяти.

Деменция является основным фактором риска делирия в пожилом возрасте. В отличие от деменции, делирий представляет собой нейрофизиологический синдром, включающий клинические признаки изменения сознания, внимания и мышления. Делирий характеризуется острым началом, неустойчивым течением и снижением способности пациента получать, обрабатывать, запоминать и воспринимать информацию.

В данном случае у нас нет информации о течении заболевания во времени, однако, судя по описанному эпизоду, нарушение сознания развилось остро.

Принято считать, что делирий является не заболеванием, а клиническим синдромом. Этиологические факторы делирия разнообразны; как правило, делирий обусловлен сочетанием разных факторов. К наиболее частым причинам развития делирия относятся:

- Прием лекарственных средств (в особенности, холиноблокаторов, нейролептиков, бензодиазепинов,

психотропных и опиоидных препаратов);

- Дегидратация (недостаточное потребление жидкости);
- Инфекция и гипоксия в результате сердечной недостаточности и/или обострения хронической обструктивной болезни легких. Чаще всего делирий вызывается патофизиологическими последствиями острых соматических заболеваний, их осложнений и побочных действий применяемых медикаментозных препаратов. Развитие делирия может быть обусловлено комбинацией немодифицируемых факторов (предсуществующая деменция или серьезное соматическое заболевание) и дополнительных, часто модифицируемых факторов (прием седативных средств, инфекции и т. д.).

Имеющиеся в литературе данные свидетельствуют также об общности целого ряда факторов риска развития делирия и так называемой вторичной деменции, значительная часть которых в той или иной степени сопряжена с возрастом пациентов.

Делирий характеризуется:

- затруднением концентрации, застреванием (фиксация) или переключением внимания (невнимательность);
- дезориентированностью во времени и, иногда, пространстве, а также в собственной личности, способность к самооценке снижена, утрачена способность к логичным суждениям; возможны галлюцинации, бред и паранойя;
- нарушение адекватного восприятия повседневных событий и уста-

новленного распорядка дня, существенное нарушение ритма сна-бодрствования и пищевого поведения;

- возможны раздраженность, ажитированность, гиперактивность и встревоженность либо спокойствие, отчуждение, замкнутость (что может быть ошибочно принято за депрессию) и сонливость;
- возможно нарушение речи (неразборчивость, повторения слов и неологизмы, афатические ошибки или речь становится полностью непонятной).

Выраженность симптомов делирия может меняться в течение минут или часов, они могут становиться менее выраженными днем и усугубляться в ночное время.

Большинство признаков можно наблюдать у описанного в клиническом случае пациента: дезориентированность, вербальная и физическая агрессия. Диагностика делирия требует применения специальных опросников (Приложение 15).

Делирий и деменция — это различные, по сути, нарушения, но иногда их дифференциальная диагностика является затруднительной. В обоих случаях нарушаются когнитивные функции, однако следующие признаки позволяют различить их:

- Делирий затрагивает в основном внимание, обычно развивается при остром заболевании или в результате токсического воздействия (иногда представляющего угрозу для жизни) и часто является обратимым.
- Деменция влияет в основном на память, как правило, вызвана анато-

мическими изменениями в головном мозге, имеет более медленное начало и обычно необратима.

У пожилых пациентов с нарушениями памяти необходимо рассматривать возможность как делирия, так и деменции. Для улучшения распознавания и ранней диагностики делирия используйте следующие инструменты:

- метод оценки спутанности (Confusion Assessment Method, CAM (Приложение 15)

или

- четырехфакторный оценочный тест на когнитивные нарушения и делирий 4AT — краткий инструмент для оценки делирия.

Особенности психоэмоционального статуса пожилых людей

Особенностями психоэмоционального статуса данного пациента является агрессия (вербальная и физическая), связанная с деменцией и болезнью Альцгеймера. Различные поведенческие и психопатологические симптомы у больных деменцией оказывают значительное влияние не только на качество жизни самих пациентов, но и на лиц, ухаживающих за ними. Психопатологические нарушения при деменции представлены бредовыми расстройствами и галлюцинациями, иллюзиями, депрессией и тревогой, в то время как поведенческие симптомы включают в себя психомоторное возбуждение (беспокойство, гиперактивность, крики, нарушения сна и т. д.), физическую и вербальную агрессию. Психотические симптомы, возбуждение и агрессия являются симптомами, которые наиболее часто приводят к попаданию пациентов с деменцией в психиатрические стационары.

Состояние хронической нестабильности настроения исследуют с помощью теста «Склонность к циклотимности» (www.azps.ru). О ярко выраженной циклотимии свидетельствовали 10–12 утвердительных ответов, о наличии циклотимной тенденции — 9–5 утвердительных ответов, об отсутствии циклотимии — менее 4 положительных ответов. Оценку уровня невротизации определяют с помощью методики диагностики уровня невротизации Л. И. Вассермана (1980). Самочувствие, активность и настроение оценивают по методике САН В. А. Доскина с соавторами (1973).

Шкалы/опросники для оценки психоэмоционального статуса пожилого человека

1. Опросник PHQ-2 (Patient Health Questionnaire) (Приложение 5)

Общий балл ≥ 2 свидетельствует о наличии склонности к депрессивному состоянию

Источник: The Patient Health Questionnaire (PHQ-2) — Overview

URL: http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq2.pdf

Используется также широко известная Гериатрическая шкала депрессии 15 (Приложение 5). Оценка по шкале > 5 баллов свидетельствует о подозрении на депрессию.

Различия субъективной оценки психоэмоционального состояния пожилых людей, живущих в семье и домах престарелых

У основной массы пожилых людей, живущих в семьях и доме престарелых, отмечается низкий уровень одиночества, им чуждо чувство изолированности, за-

терянности, тоскливости. Они обладают эмоциональной зрелостью, уверенностью в себе, они дружелюбны и общительны.

Большинству пожилых людей, проживающих в семьях, присуще: благоприятное самочувствие, высокий уровень активности, уровень настроения выше среднего. Это свидетельствует об устойчивом эмоциональном фоне, основу которого составляют хорошие отношения с родными и близкими, удовлетворенность жизнью, уверенность в завтрашнем дне, участие в воспитании внуков, активная социальная позиция.

Основной массе пожилых людей, проживающих в доме престарелых, присуще: благоприятное самочувствие, высокий уровень активности, настроения выше среднего. Следовательно, комфортные условия проживания, наличие дружеских связей, положительного взаимодействия с окружающими и уверенности в своевременной медицинской помощи позволяют лимитировать отсутствие родственных связей и страданий от соматических заболеваний, которые являются закономерными спутниками старости.

Законодательные акты, регламентирующие социальную помощь пожилым с деменцией. Объем необходимой социальной помощи и условия ее предоставления

Важное место в сфере социальной поддержки граждан старшего поколения занимает система социального обслуживания граждан. Государство гарантирует гражданам право вне зависимости от пола и возраста на получение социальных услуг в порядке и на условиях, которые установлены Федеральным за-

коном «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

Наиболее востребованной гражданами формой предоставления социальных услуг, приближенной к их потребностям и одновременно экономически выгодной, является предоставление социальных услуг на дому. Такая форма социального обслуживания должна компенсировать отсутствие родственного ухода, невозможность для членов семьи предоставлять уход и попечение своим старшим родственникам, но при этом сохранить им проживание в привычной для них среде.

В соответствии с Федеральным законом от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» граждане пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) и инвалиды (в том числе дети-инвалиды), нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию и (или) передвижению, имеют право на социальное обслуживание, осуществляемое в государственном и негосударственном секторах системы социального обслуживания.

Федеральный перечень гарантированных государством для граждан пожилого возраста социальных услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания, утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 25 октября 1995 г., № 1151

(Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ). В частности, выше указанным документом предусмотрены такие услуги как

- надомные, к которым относятся: доставка продуктов на дом; приобретение медикаментов, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости; содействие в получении медицинской помощи, в том числе сопровождение в медицинское учреждение; уборка помещения и другие надомные услуги (например, содействие в обеспечении топливом); содействие в организации юридических услуг;
- специализированные медицинские услуги на дому, которые получают, в частности, психически больные лица в стадии ремиссии.

Социальное обслуживание на дому является одной из основных форм социального обслуживания, направленной на максимально возможное продление пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов в привычной социальной среде в целях поддержания их социального статуса, а также на защиту их прав и законных интересов.

На реализацию прав больных для получения социальных услуг в значительной мере влияет медико-социальная экспертиза. Однако, по мнению специалистов, нынешнее состояние медико-социальных экспертиз не отвечает возрастающим запросам на соответствующие услуги как граждан, так и разных заинтересованных структур (пенсионных, страховых, судебных, работодателей и др.).

Схема ведения пациента после выписки

Снижение когнитивных функций — актуальная проблема не только системы здравоохранения, но и социальной службы. Значительные расстройства памяти (такие, как деменция) существенно снижают качество жизни как самого пациента, так и его семьи, нарушают профессиональную и общественную деятельность человека, а в ряде случаев приводят к стойкой утрате трудоспособности, инвалидности и полной зависимости от посторонней помощи.

Такие пациенты, как Кирилл Николаевич, с диагнозом «Прогрессирующая деменция», которые после курса лечения в стационаре возвращаются домой, нуждаются в так называемой геронтопсихиатрической помощи. Во многих странах накоплен значительный опыт создания и работы специализированных форм и видов помощи лицам пожилого и старческого возраста, разработаны принципы ее осуществления и показания к ее применению; появились также системно организованные структуры, обеспечивающие взаимосвязь и преемственность деятельности звеньев геронтопсихиатрической помощи, а также комплексное медицинское и социальное обслуживание лиц пожилого и старческого возраста.

В нашей стране специализированная геронтопсихиатрическая помощь осуществляется лишь в условиях подразделений психиатрических стационаров и интернатов Министерства здравоохранения и социальной защиты. При этом основная часть лиц пожилого и старческого возраста, страдающих психическими расстройствами, лишена возможности получить амбулаторную специализированную помощь. Пожи-

лые психически больные, обращающиеся в психоневрологические диспансеры, как правило, не выделены в отдельную группу специализированного обслуживания, а обслуживаются на общих психиатрических участках.

Все проводившиеся в течение последних лет мероприятия по улучшению отечественной психиатрической помощи больным были направлены главным образом на расширение стационарных форм помощи (увеличение числа мест в психоневрологических интернатах) и практически не затрагивали внебольничное обслуживание пожилых больных.

Сегодня необходимым остается актуализация деятельности системы оказания психиатрической помощи на всех этапах: первичная медико-санитарная помощь; гериатрическая помощь (кабинеты поликлиники); первичная специализированная медико-санитарная помощь (кабинеты или центры геронтопсихиатрической помощи); полустационарные подразделения, ориентированные на данную возрастную группу, в структуре психиатрической службы; профильные геронтопсихиатрические и соматогериатрические отделения в структуре психиатрических больниц.

По мнению ведущих специалистов, акцент в развитии психиатрической помощи лицам пожилого и старческого возраста должен быть смещен в сторону внебольничных форм. Это диктуется как экономической целесообразностью, так и современной гуманистической установкой на предотвращение социальной дезадаптации, неизбежно возникающей у пожилых больных при длительном пребывании в стационаре.

Непосредственно перед выпиской из психиатрического стационара учреждение отправляет телефонограмму во все психоневрологические диспансеры (далее — ПНД) города и области. В случае, если пациент по каким-то причинам не может посещать ПНД, должен быть организован патронаж на дому.

Методы оценки функционального статуса пожилого человека

В связи с особенностями протекания болезни Альцгеймера, отражающимися на психоэмоциональном статусе, данному пациенту требуется функциональная оценка, тем более учитывая тот факт, что пациент проживает один. В целом функциональная активность складывается из физической и интеллектуальной способности человека, его желания и мотивации выполнять определенные действия, а также из существующих социальных и личных возможностей обеспечения активности.

В гериатрии используют несколько видов тестирования. Важнейший тест называется «Активность в повседневной жизни», или «Activity in Daily Living (ADL)» (Приложение 1). Он существует в нескольких модификациях: базисной, инструментальной, физической.

Базисная модификация (BADL) сфокусирована на способности пациента выполнить гигиенические процедуры, самостоятельно принимать пищу. Инструментальная активность (IADL) включает более сложные действия: умение оперировать деньгами, совершать покупки и т. д. (Приложение 2). В условиях общей врачебной практики рекомендуется применять такие методики, как тест на способность выполнять основные функции, объективная оценка физиче-

ского функционирования, скорость походки, проба на удержание равновесия (тандемный шаг).

Способы оценки проблем, связанных с питанием

Для пожилых людей характерна мальнутриция или недостаточное питание, которая является фактором риска заболеваемости и смертности среди людей старшей возрастной группы. Пациенты, страдающие деменцией, часто имеют недостаточность питания. Они забывают поесть, утрачивают способность совершать покупки. Приготовление еды тоже представляет сложность, в особенности пользование кухонным оборудованием и приборами. Поэтому риск наличия мальнутриции у Кирилла Николаевича очень велик.

Одной из наиболее часто используемых анкет для оценки пищевого статуса является опросник по оценке питания — Mini Nutritional Assessment, MNA (Приложение 8), разработанный специально для людей пожилого возраста и рекомендованный Европейской ассоциацией клинического питания для скрининга и оценки пациентов с риском развития мальнутриции, или недостаточности питания.

Вопросник MNA состоит из 2 разделов: скрининговой и оценочной. В скрининговую часть включено 6 вопросов, максимальное количество баллов составляет 14. Если респондент при ответе на первую часть опросника не набирает 11 баллов, проводится более подробный опрос по второй оценочной части опросника. По окончании тестирования выносится заключение. Респонденты, которые набрали менее 17 баллов, имеют неполноценное

питание; от 17,0 до 23,5 балла — находятся в зоне риска по причине неправильного питания; 24,0 и выше балла — имеют нормальный пищевой статус. Подобное тестирование, а также антропометрическую оценку следует провести пациенту, чтобы отслеживать его состояние. Как правило, у больных с деменцией и когнитивными нарушениями очень быстро начинает развиваться белково-энергетическая недостаточность. Они забывают вовремя принимать пищу, утрачивают вкусовые ощущения, у них снижается аппетит. Поэтому каждые три месяца необходимо взвешивать пациента, оценивать у него признаки недостаточности питания, проверять запас свежих продуктов.

Школа для родственников больных деменцией

Востребованность такой формы социального обслуживания, как уход на дому, влечет за собой наличие очередности на получение социальных услуг на дому. В связи с этим возникает потребность в развитии различных технологий стимулирования граждан на обеспечение ухода за своими пожилыми родственниками.

Семья часто оказывается в полном неведении о дальнейших перспективах своего существования с учетом появившихся новых задач ухода за членом семьи, страдающим деменцией. Это обуславливает развитие синдрома эмоционального выгорания у родственников в процессе ухода за больным. Занятия в школе родственников больных деменцией должны устранить дефицит информации о болезни и быть направлены на обучение методам ухода и общения с тяжелобольным членом семьи.

Уход за пациентом с прогрессирующей деменцией и профилактика

При уходе за данным пациентом медработники должны учитывать особенности, снижающие уровень социально-психологической адаптации таких пациентов:

- высокая аффективная загруженность, высокий уровень тревожно-депрессивных переживаний;
- изменение личности, возникающее на фоне возрастных изменений и объективного органического процесса;
- нарастание внутриличностной конфликтности и повышение конфликтности в системе отношений пациентов;
- нарушения в защитно-компенсаторной сфере.

Прогрессирование болезни и возникновение у больного нарушений поведения создают членам семьи гораздо больше трудностей, чем недостаточность когнитивных функций, и является наиболее частой причиной госпитализации. В связи с этим особую значимость приобретают проблемы адаптации такого человека к условиям проживания в семье и его реабилитации в амбулаторных условиях.

Учитывая тот факт, что у данного пациента возможно проявление агрессии, неадекватных поступков, уход за ним будет сопряжен с трудностями, однако есть приемы, которые облегчают ситуацию:

- соблюдение режима, способствующего простоте и организации повседневной жизни;
- тренинг, направленный на улучшение памяти;
- программы, основанные на прослушивании музыки, регулярных занятиях танцами;

- программы, направленные на повышение активной деятельности больных дома (в частности, приготовление пищи) и др.
- Обогащение жизни событиями, которые вызывают эффект исцеления через культурные и духовные аспекты искусства в процессе творчества (искусства, музыки, танца, драмы, юмора, литературы, поэзии, духовности и культурных ритуалов) могло бы оптимизировать условия реабилитации больных, в частности нейрокогнитивной реабилитации.

План ухода за пациентом с прогрессирующей деменцией

Проблема	Сестринские вмешательства	Ожидаемые результаты
Дефицит самоухода	Организовать помощь в проведении мероприятий личной гигиены. Проводить оценку функционального статуса (для определения объема необходимой помощи) (шкала базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел) ADL	Отсутствие проблем, связанных с дефицитом самоухода (мацерация, опрелости, педикулез и др.)
Риск развития пролежней	Проводить оценку риска развития пролежней по шкале Ватерлоо. Напоминать/помогать пациенту менять положение каждые два часа (в кровати, в кресле)	Отсутствие пролежней
Риск мальнутриции	Проводить оценку по шкале на предмет мальнутриции (краткая шкала оценки питания (MNA). Организовать своевременный прием пищи /жидкости	Отсутствие последствий дегидратации, недоедания
Риск травматизма для ухаживающего персонала/родственников из-за отсутствия необходимой информации о психоэмоциональных особенностях пациента с болезнью Альцгеймера	Проводить оценку когнитивных функций. Соблюдать установленный режим дня. Предлагать тренинги на укрепление памяти. Организовать обучение для ухаживающего персонала /родственников	Отсутствие травматизма

Заключение

Решение кейса потребовало сбора и анализа новой информации, в частности, особенности ухода за больными деменцией средней степени тяжести, с поведенческими нарушениями. Следует отметить детализацию информации, ее адаптацию к конкретному пациенту.

Глава 9. Клиническая ситуация 7. Возможна ли успешная реабилитация Ирины Александровны?

История пациентки, которая могла потерять независимость, если бы вовремя не отправилась на реабилитацию, и рассказ о том, как это организовать.

Ирина Александровна, 84 года, проживает в Люберецком районе Московской области. Она овдовела 5 лет назад, дочь постоянно проживает в Америке, сын живет в Москве. По профессии — искусствовед, вела активный образ жизни, посещала местный клуб ветеранов, занималась общественной деятельностью, имела широкий круг друзей. Передвигалась самостоятельно без использования технических средств.

Она шла с работы вечером домой и у подъезда собственного дома поскользнулась, упала и потеряла сознание. Ирина Александровна была обнаружена прохожими и на машине скорой помощи доставлена в больницу. В приемном покое больницы было установлено, что в результате падения Ирина Александровна сломала шейку правого бедра. В течение 24 часов с момента поступления в больницу ей была проведена успешная операция по замене тазобедренного сустава. После операции Ирина Александровна была переведена в общую палату отделения ортопедии для прохождения первичной реабили-

тации, где она пришла в сознание и попросила сообщить сыну о том, что находится в больнице. Сыну было сообщено о случившемся. По истечении 7 дней со дня перевода в общую палату сыну Ирины Александровны лечащий врач рекомендовал подыскать место для прохождения реабилитации от 21 до 90 дней для восстановления двигательных функций.

Сын Ирины Александровны обратился в поликлинику по месту ее жительства для получения консультации о прохождении рекомендованной ортопедом реабилитации.

Вопросы

1. Есть ли у Ирины Александровны показания к реабилитации?
2. Что должен предпринять участковый терапевт в ответ на обращение сына Ирины Александровны?
3. Есть ли возможность прохождения реабилитации дома?

Учебные цели

После изучения клинического случая студенты должны знать

1. Причины падения в пожилом возрасте.
2. Нормативные акты, регламентирующие организацию медицинской реабилитации.

3. Суть концепции «реабилитация», «первичная реабилитация».
4. Особенности реабилитации в домашних условиях.
5. Роль медицинской сестры при проведении реабилитации в условиях дома пациентки.

Студенты должны уметь

1. Обосновывать актуальность профилактики падений в пожилом возрасте.
2. Оценивать риск падения пожилого человека.
3. Консультировать пациентов/родственников по вопросам организации медицинской реабилитации пациентов.
4. Консультировать пациентов по вопросам профилактики повторных падений.
5. Применять современные методики для оценки качества жизни пациентов с искусственным суставом.

Решение кейса

Падения в пожилом возрасте

Падение — это происшествие, при котором человек внезапно оказывается на земле или другой низкой поверхности. Падения классифицируют в зависимости от факторов, с которыми они связаны, и наличия травм. В 50% случаев после падений утрачивается способность к самостоятельному передвижению; 20% случаев смерти в возрастной группе старше 85 лет связаны с предыдущим падением; от 20 до 30% падений приводят к возникновению ран, переломов, травм головного мозга. У пожилых людей риск падений и ассоциированных с ними переломов выше, чем в молодом и среднем возрасте. Переломы шейки бедренной кости яв-

ляются одним из наиболее частых повреждений опорно-двигательного аппарата у пожилых людей. При этом перелом шейки бедренной кости возникает наиболее часто при падении пациента с высоты собственного роста. Выявление факторов риска переломов и поиск способов их предотвращения является важным направлением современной травматологии. Необходимо снижение индивидуального риска и разработка эффективного плана профилактики падений и переломов для каждого пожилого человека.

Как предотвратить падения?

1. Необходима идентификация пациентов с высоким риском падений и переломов (скрининг).
2. Комплексная многофакторная оценка идентифицированных пациентов и направление их для соответствующей коррекции выявленных потенциально модифицируемых факторов риска падений и переломов.

Этиологические факторы падений включают внутренние предрасполагающие факторы (связанные с человеком) и внешние (связанные с окружающей средой).

Высокий риск падения у лиц пожилого и старческого возраста связан с повышением АД и приемом препаратов для его снижения, неустойчивостью походки, нарушениями слуха и зрения, наличием деменции и депрессии. Недостаточный контроль АД может приводить к развитию ортостатической гипотензии, когда АД падает у пожилого человека при переходе в вертикальное положение. Таким образом, для оценки риска падений надо учитывать все выше перечисленные синдромы.

Риск падений часто бывает обусловлен факторами окружающей среды, что обосновывает необходимость широкого внедрения различных программ профилактики падений для лиц пожилого и старческого возраста, а также комплекса мер, направленных на создание безопасной среды проживания.

Для определения риска падений необходимо задать пожилому человеку 3 вопроса:

1. Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?
2. Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда встаете или идете?
3. Бойтесь ли Вы падения?

Положительный ответ на любой из этих вопросов свидетельствует о повышенном риске падения и требует объективной оценки походки, силы и равновесия пациента.

Главным этиологическим фактором переломов и повреждений в результате падений является остеопороз. Остеопороз — это системное заболевание, которое развивается очень часто в пожилом возрасте и обусловлено многими причинами: нехваткой кальция в пище, недостатком витамина D, гормональными нарушениями вследствие менопаузы у женщин. Риск возникновения перелома рассчитывается по шкале FRAX (Приложение 7) (<https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=rs>). В ней учитываются пол, возраст, вес человека, курение, наличие определенных заболеваний и наследственный фактор. Шкалу можно применять у людей от 40 до 90 лет. Этот прогноз позволяет предпринять необходимые меры профилактики,

чтобы избежать переломов или повторных повреждений.

По данным статистики, примерно 30% пациентов после 65 лет умирают через год после получения травмы. Смертельные случаи могут быть обусловлены слишком долгим постельным режимом. Постоянное вынужденное отсутствие двигательной активности провоцирует образование пролежней, венозных нарушений, тромбозов в глубоких сосудах.

Фатальными осложнениями лечения переломов у пожилых можно считать гипостатические осложнения. К таковым исследователи относят тромбоэмболические и инфекционные, поскольку, наряду с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности, именно они становятся наиболее частой причиной гибели пострадавших.

Учитывая наличие у большинства пациентов пожилого возраста психоэмоциональных нарушений, процессы выздоровления и реинтеграции значительно замедляются. Необходимость в постоянном уходе и осознание, что человек является обузой для окружающих, усугубляет депрессию.

Выбранная хирургическая тактика лечения и сроки оперативного лечения оказывают значительное влияние на последующую реабилитацию данных пациентов и возврат их к прежнему уровню активности. Таким образом, учитывая тот факт, что данной пациентке была проведена «успешная операция по замене тазобедренного сустава», можно прогнозировать более быстрое выздоровление и гарантировать оптимальные функциональные результаты.

Безусловно, ей показана реабилитация.

Суть концепции «Реабилитация»

Вопросы реабилитации больных с травмами и их последствиями остаются актуальными. Реабилитационные услуги гражданам пожилого возраста — это действия реабилитационных служб, направленные на улучшение самочувствия граждан, восстановление или продление их способностей к бытовой, общественной и трудовой профессиональной деятельности, адаптацию к условиям проживания. Технология выбора и предоставления реабилитационных услуг представляет собой систему следующих реабилитационных мероприятий:

- обследование граждан;
- проведение индивидуальной оценки потребности в мероприятиях по реабилитации;
- постановка диагноза;
- уточнение реабилитационного потенциала;
- проведение реабилитации;
- мониторинг (наблюдение);
- оценка эффективности реабилитационных воздействий.

Реабилитационные услуги предоставляются комплексно, последовательно и непрерывно.

Реабилитационные направления определяют новый подход к восстановительному лечению больных. Основная цель реабилитации — восстановление нарушенной анатомической целостности сегментов и их функций. Услуги по медицинской реабилитации направлены на компенсацию нарушенных или возобновление утраченных функций организма, продление способностей граждан пожилого возраста к выполнению определенных видов деятельности. Они включают в том числе, восстановитель-

ную терапию, лекарственное обеспечение, санаторно-курортное лечение и динамическое наблюдение.

В целом, при переломе шейки бедра работа ведется по следующим направлениям:

- обезболивающие мероприятия;
- профилактика гиподинамии;
- физические упражнения (тренировки на тренажерах, занятия в бассейне);
- психотерапия;
- диетотерапия;
- массаж.

Восстановительный процесс после хирургического лечения включает расширение двигательного режима, физические упражнения, массаж, дозированную ходьбу, тренировки по навыкам самообслуживания, соблюдение правильного режима нагрузки на конечность. Разработчики программ реабилитации подчеркивают, что каждый пациент нуждается в индивидуальной программе реабилитации с дифференцированным подходом, в которой участвуют физиотерапевт, инструктор ЛФК, психолог, психотерапевт.

При составлении различных вариантов программ реабилитации соблюдается, как правило, этапность.

Стандартная схема реабилитационных мероприятий после операции выглядит следующим образом:

I этап — постельный. Все упражнения на этом этапе направлены на преодоление болезненности при элементарных движениях оперированной конечности сначала в положении лежа (сгибание стопы вперед-назад-наружу, сжимание ягодиц, движение прямыми ногами по-

очередно пяткой вперед, смещая таз, дыхательная гимнастика, упражнения на турнике, прикрепленном к кровати), постепенное поднятие тела в положение сидя и обучение ходьбе с помощью четырехопорных ходунков с постепенным переходом к обучению ходьбе на костылях;

II этап — переход от костылей к трости, во время которого выполняется комплексная реабилитация с применением индивидуальных программ (с 2 нед. до 12 нед.). Цель — восстановление тонуса мышц, амплитуды движений в суставе, постепенный переход к полной опоре на оперированную конечность, нормализация походки. Продолжаются изометрическая гимнастика, динамические упражнения, массаж, электростимуляция мышц, занятия на велотренажере;

III этап — этап закрепления двигательных навыков без применения трости с выполнением обязательных регулярных упражнений в течение всей жизни. Этап начинается с 4-го месяца после эндопротезирования. Он нацелен на поддержание тонуса мышц и движений на восстановленном суставе.

Эффективная реабилитация невозможна без нормализации психоэмоционального состояния больного, перенесшего операцию и на некоторое время оказавшегося обездвиженным. В ходе индивидуальных сеансов с психотерапевтом выясняется причина подавленности и проводится работа в направлении ее преодоления.

Организация реабилитации

Организация медицинской реабилитации регламентируется Приказом Министрства здравоохранения Россий-

ской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О Порядке организации медицинской реабилитации».

Организация медицинской реабилитации осуществляется в соответствии с профилем заболевания пациента для определения индивидуальной программы реабилитации пациента, осуществления текущего медицинского наблюдения и проведения комплекса реабилитационных мероприятий.

В рамках оказания первичной медико-санитарной помощи медицинская реабилитация может осуществляться в выездной форме. Выездная бригада медицинской реабилитации оказывает плановую реабилитационную помощь пациентам на основании решения врачебной комиссии по реабилитации медицинской организации.

В медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях, медицинская реабилитация осуществляется на основе взаимодействия с врачами-терапевтами участковыми. В амбулаторных условиях врачи-терапевты участковые, в частности, определяют наличие медицинских показаний и противопоказаний для проведения пациентам медицинской реабилитации; определяют этап реабилитации (второй или третий), определяют медицинские организации для проведения медицинской реабилитации.

Вопросы, которые врач-терапевт участковый должен обсудить с пациентом/его родственниками

Условиями направления пациента на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях являются следующие: полное обследование, отсутствие необходи-

мости круглосуточного медицинского наблюдения и использования интенсивных методов лечения, наличие способности к самостоятельному передвижению (или с дополнительными средствами опоры) и самообслуживанию, отсутствие необходимости соблюдения постельного режима и индивидуального ухода со стороны среднего и младшего медицинского персонала. В противном случае пациент должен быть направлен в реабилитационный центр.

Учитывая тот факт, что сыну данного пациента было рекомендовано «подыскать место на период реабилитации», речь шла о реабилитационном центре. При направлении в реабилитационный центр пациент представляет направление на консультацию и госпитализацию, выписку из медицинской карты стационарного больного с указанием основного и сопутствующих заболеваний, результатов клинико-диагностических, бактериологических и других исследований, проведенного лечения, перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и целей проведения реабилитационных мероприятий.

О возможности реабилитации в домашних условиях

Для пациентов, которые нуждаются в длительном проведении мероприятий по медицинской реабилитации, имеют подтвержденные объективными методами исследования перспективы восстановления или компенсации утраченной функции, но не могут самостоятельно передвигаться, медицинская реабилитация по показаниям может быть осуществлена на дому выездной бригадой медицинской реабилитации. Если восстановительный процесс прохо-

дит дома, то родственники, а также сам пациент, должны знать, что необходимо исключить опору на травмированную конечность, ограничить движения в период нескольких недель. Домашняя активность начинается постепенно, с передвижения при помощи специальной опоры.

В процессе реабилитации важно обезопасить пожилого человека от нового падения. Считается, что человек, перенесший перелом, уже имеет риск повторных падений. Эксперты рекомендуют пользоваться палочкой и ни в коем случае этого не стыдиться, вспоминая о моде на этот аксессуар в XIX веке.

В доме, где живет перенесший травму и операцию пожилой человек, следует создать безопасные условия, устранить риск падений. Это, например, ковры с загнутыми углами, плохое освещение в коридоре или кладовой, мебель на колесиках без фиксаторов, которая может поехать в любой момент, пороги между помещениями и так далее, и сделать вспомогательные приспособления — поручни в ванной и туалете.

Также рекомендуется родственникам несколько раз пройти вместе с пожилым человеком привычными маршрутами в магазин, в парк и так далее, чтобы он убедился, что может пройти прежний путь. При этом рядом с ним, на первых порах, пока человек не адаптировался после перелома и операции, — его помощник, который не даст ему упасть.

Роль медицинской сестры в реабилитации

Реабилитация в домашних условиях не исключает контроля со стороны специ-

алистов. Несмотря на достигнутые положительные результаты эндопротезирования тазобедренного сустава, одной из главных проблем является болевой синдром после операции.

Наиболее распространенной системой оценки результатов эндопротезирования тазобедренного сустава является шкала Харриса. Шкала Харриса для тазобедренного сустава предполагает оценку четырех категорий: боль, функция, деформация, амплитуда движений. Для каждой категории набирается определенное количество баллов. Максимальное число баллов равно 100. Сумма баллов от 90 до 100 оценивается как отличная функция сустава, от 80 до 89 — хорошая, от 70 до 79 — удовлетворительная и менее 70 — неудовлетворительная.

При этом, по мнению специалистов НИИ травматологии и ортопедии им. Р. Р. Вредена, данная шкала не позволяет дифференцировать болевой синдром по локализации и его характеристикам. Ими была разработана медицинская технология «Оценка болевого синдрома после эндопротезирования

тазобедренного сустава по субъективным факторам», которую заполняют пациенты на консультативных визитах в различные сроки после операции, начиная с 2-х недель. Очевидно, что в условиях дома данную оценку может проводить медицинская сестра.

Кроме того, при регулярном наблюдении за ходом реабилитации, которое может проводить медсестра, она контролирует самостоятельность, восстановление мобильности, риск развития пролежней, болевой синдром, характер питания. При негативной динамике медсестра должна обратить внимание врача на возникшие проблемы.

Заключение

Кейс решен на высоком уровне. Студенты выбрали специальную литературу, адаптировали информацию к конкретным условиям клинической ситуации. Подробно проанализированы аспекты реабилитации, которая пока еще недостаточно подробно изучается в условиях стандартных занятий. При решении данного кейса становятся ясны детали и нюансы, важные для пожилой пациентки.

QR-код страницы
с видеороликом
по данному кейсу



Заключение

Все описанные в книге ситуации возникают очень часто в реальной практике. Тренинг с симулированными пациентами и решением кейсов помогает получить навыки клинического мышления, развивает умение принимать решение, закрепляет знания обязанностей медсестры. Во время решения кейсов, сбора литературы, обсуждения студенты были заинтересованы, активны, высказывали свое мнение, аргументировали его. Тренинги были полезны и преподавателям, которые научились управлять малыми группами, оценивать студентов не толь-

ко на основании представленных рефератов или ответов на тестовые задания, но и на основании их активности, мотивации, вовлеченности в процесс.

Обучение медицинской сестры — сложный процесс. Не всегда можно подобрать такого пациента, какого надо обсудить. Вот почему полезно использовать кейс-метод, обучение, базирующееся на случае. Надеемся, нам удалось продемонстрировать эффективность кейс-метода, и особенности его применения на практике.

Видеоматериалы по избранным кейсам

Для просмотра видеоматериалов, пожалуйста, отсканируйте QR-код и перейдите по предложенной ссылке на сайт СЗГМУ им. И.И. Мечникова. При чтении файла на электронном устройстве для перехода на страницу видеоролика достаточно кликнуть по QR-коду – ссылки активны.

Клиническая ситуация 1.
Как помочь Ангелине Петровне?



Клиническая ситуация 3.
Владимир Петрович поступает на долгосрочное обслуживание



Клиническая ситуация 4.
История ухудшения состояния Марии Ивановны



Клиническая ситуация 7.
Возможна ли успешная реабилитация Ирины Александровны?





РОСОМЕД - общероссийская общественная организация
"Российское общество симуляционного обучения в медицине"



**Кубышкин
Валерий Алексеевич**
Президент
Российского общества
симуляционного
обучения в медицине,
академик РАН



**Свистунов
Андрей Алексеевич**
Председатель
правления
Российского общества
симуляционного
обучения в медицине,
член-корр. РАН



**Горшков
Максим Дмитриевич**
Председатель
президиума правления
Российского общества
симуляционного
обучения в медицине



**Кольш
Александр Львович**
Исполнительный
директор Российского
общества
симуляционного
обучения в медицине

Сегодня РОСОМЕД – это:

- общество единомышленников – энтузиастов симуляционных технологий в медицине;
- сотрудничество с более чем 150 симуляционными центрами;
- проведение добровольной аккредитации симуляционных центров;
- международное сотрудничество (SSH, SESAM, AMEE, NASCE);
- периодический печатный орган;
- ежегодное издание практических руководств;
- проведение конкурсов на отечественные инновационные проекты;
- проведение ежегодных конференций и регулярных семинаров;
- "Виртуальные технологии в медицине" – ежеквартальный рецензируемый журнал общества
- информационный портал - официальный сайт РОСОМЕД www.rosomed.ru



Список использованной литературы

1. *Абдель Разек О. В.* Региональный аспект организации комплексного геронтопсихиатрического обслуживания // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия Социальные науки, 2009. № 3 (15). С. 7–12.
2. *Авдеева И. В., Якушева Е. Н.* Реабилитация при нарушениях памяти // Медицинская сестра. 2017. № 5. С. 18–22.
3. *Алексеева Г. С., Трифонова Н. Ю.* Обоснование организации возраст-ориентированной модели оказания медицинской помощи женщинам пожилого возраста с недержанием мочи / Алексеева Г. С., Трифонова Н. Ю. // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 1. С. 1–10.
4. *Белоконь О. В.* Современные проблемы качества жизни пожилых в России // Успехи геронтологии. СПб.: Эскулап, 2005. Вып. 17. С. 87–101.
5. *Бобылев А. А., Рачина С. А. и др.* Внебольничная пневмония на фоне хронической сердечной недостаточности: особенности диагностики и лечения // Медицинский совет. 2014. № 17. С. 23–27.
6. *Боженкова К. А.* Психологические особенности людей пожилого возраста / Боженкова К. А. // Приволжский научный вестник. 2016. № 3. С. 130–132.
7. *Брунова С. Н.* Когнитивные нарушения пожилого и старческого возраста / С. Н. Брунова, Л. А. Лебедева // Международный студенческий научный вестник. 2015. № 6.
8. *Быдтаева Э. Л., Зураева А. М.* Одиночество пожилых людей как психологическая проблема / Быдтаева Э. Л., Зураева А. М. // Современные исследования социальных проблем. 2017. № 6. С. 224–227.
9. *Васильев Ю. В.* К вопросу своевременной диагностики когнитивных расстройств в геронто неврологии / Ю. В. Васильев // Международный вестник медицины и права. — 2019. Т. 2. № 1. С. 3–4.
10. *Виберс Д.* Инсульт. клиническое руководство / Д. Виберс, В. Фейгин, Р. Браун / Пер. с англ. [2-е изд., испр. и дополн.]. М.: БИНОМ; СПб.: Диалект, 2005. 608 с.
11. *Ганеева И. Р.* Лечение головной боли у пациентов с нетравматическим субарахноидальным кровоизлиянием в интенсивной терапии // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2017. Том 11. № 3. DOI: <http://dx.doi.org/10.188.21/1993-6508-2017-11-3-164-169>
12. *Герасименко А. П., Ильницкий А. Н., Прощаев К. И., Ткаченко Е. В.* Обучение медсестер поликлиник вопросам геронтопсихиатрии. Медицинская сестра. 2016; 4: 10–2.

13. Горелик С. Г. и соавт. Деменция // Медицинская сестра. 2018. № 5. С. 16–19.
14. Гороховатский Ю. И., Замятин М. Н. и соавт. Профилактика делирия в кардиохирургии // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова 2016. Т. 11. № 2. С. 9–14.
15. Давыдова М. В., Пономарева И. П. Управление болью при синдроме старческой астении как фактор профилактики когнитивных нарушений / Давыдова М. В., Пономарева И. П. // Медицинская сестра. 2018. № 5. С. 10–12.
16. Дегтярев А. Г., Дегтярев Г. П. Технологии и стандарты долговременного ухода за пожилыми людьми: международная и российская практика / Дегтярев А. Г., Дегтярев Г. П. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2020. № 5. С. 37–44.
17. Деменция. Всемирная организация здравоохранения. URL: www.who.int. Дата обращения: 02.02.2021
18. Дибиров М. Д. Пролетни: профилактика и лечение // Стационарзамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. 2016. 1–2 (61–62)/
19. Дмитриева С. В. Работа медсестры неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения // Медицинская сестра. 2016. № 4. С. 13–16/
20. Емелин А. Ю. возможности диагностики и лечения когнитивных нарушений на недементных стадиях // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2020. № 12(5). С. 78–83.
21. Жизнь после инсульта. Школа здоровья / Под ред. В. И. Скворцовой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 296 с. [Zhizn' posle insul'ta. Shkola zdorov'ya. Ed. by V. I. Skvortsova. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. 296 p. (In Russ.)]
22. Захаров В. В. Умеренные когнитивные расстройства / Захаров В. В. // Диагностика и лечение. 2006. № 9. С. 685.
23. Захаров В. В., Яхно Н. Н. Нарушения памяти. М: ГеотарМед, 2003. С. 110–111.
24. Ильина Е. С., Богова О. Т. и соавт. Падения в стационаре у пациентов старческого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями и полипрагмазией // Нервно-мышечные болезни. 2018. Т. 8. № 3. С. 19–27.
25. Ильницкий А. Н. Медсестра и реабилитация в гериатрии // Медицинская сестра. № 5. 2017. С. 5–6.
26. Ильницкий А. Н. Синдром старческой астении / Ильницкий А. Н. // Медицинская сестра. 2014. № 5. С. 11–13.
27. Ицкова Е. А. Позиции 2019 года в ведении пациентов с сахарным диабетом // Крымский терапевтический журнал. № 1. 2020. С. 27.
28. Кандыба Д. В. Основы ухода за пациентом с инсультом // Российский семейный врач. 2019. С. 5–13.
29. Карпова О. Б., Тельнова Е. А. Паллиативная помощь: история, состояние сегодня, перспективы / Карпова О. Б., Тельнова Е. А. // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2018. № 2. С. 98–111.
30. Кирилук И. Л., Свиридов А. П. Проблемы пожилых людей и развитие института пациентских организаций / Кирилук И. Л., Свиридов А. П. // Клиническая геронтология. 2019. № 14. С. 52–53.

31. Ключевые навыки медицинского преподавателя. Введение в преподавание и изучение медицины / Пер. с англ. Р. М. Харден, Д. М. Лейдлоу; Ред. пер. С. Ю. Белогубова, Ю. И. Рюмина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 376 с.
32. *Колыхалов И. В.* Лечение поведенческих и психопатологических расстройств у пациентов с болезнью Альцгеймера // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2013. № 2. С. 16–23.
33. *Консон К., Фролова Е. В.* Сестринская помощь в гериатрии. СПб., 2019. 110 с.
34. *Корнилова М. В.* Качество жизни и социальные риски пожилых людей / Корнилова М. В. // Современные исследования социальных проблем. 2011. № 3. С. 10–13.
35. *Косенко О. Ю.* Особенности социальных проблем лиц пожилого возраста и связанных с ними потребностей в услугах. URL: www.cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-sotsialnyh-problem-lits-pozhilogo-vozrasta-i-svyazannyh-s-nimi-potrebnostey-v-uslugah Дата обращения: 01.02.2021
36. *Котовская Ю. В., Рунихина Н. К.* и соавт. Клинические рекомендации «Старческая астения» / Котовская Ю. В., Рунихина Н. К. // Российский журнал гериатрической медицины. 2020. № 1. С. 11–46.
37. *Кукес В. Г., Морозова П. Н.* Нежелательные эффекты лекарственных средств: Учебное пособие. М.: Русский врач, 2006.
38. *Лабзова Н. Н.* Кинезиологическое тейпирование. Что это? // Амбулаторная хирургия Стационарозамещающие технологии. 2016. 1–2 (61–62).
39. *Лиля А. М., Лопатин З. В.* Построение занятия с использованием симуляционных методик // Специалист медицинского симуляционного обучения / ред. Кубышкин В. А. и др. М.: РОСОМЕД, 2016. С. 72–96.
40. *Мазуренко Е. С.* Факторы риска падений как предикторы остеопоротических переломов у лиц с сахарным диабетом // Медицинский совет. № 4. 2019. С. 105.
41. *Максимов М. Л., Дралова О. В., Ермолаева А. С.* Комбинированная гипотензивная терапия. Полипрагмазия или необходимость? // Артериальная гипертензия. 2011. Т. 17. № 3.
42. *Маркин С. П.* Профилактика и лечение деменции. Методическое пособие. Воронеж; 2008.
43. *Масляков В. В., Левина В. А., Нехотящая Н. М.* Организация сестринского процесса у больных с заболеваниями нервной системы // Вестник медицинского института РЕА-ВИЗ. № 2(6), 2012. С. 47–55.
44. *Мелехин А. И.* Современные подходы к классификации нарушений ориентировки во времени у гериатрического пациента // Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие» www.humjournal.rzgmu.ru. Т. 6 2018/1(20). DOI:10.23888/humJ20181125-158
45. *Мелихова С. П., Шевцова В. И.* Когнитивная дисфункция и старческая астения / Мелихова С. П., Шевцова В. И. // Смоленский медицинский альманах. 2019. № 2. С. 192–193.
46. *Меметов С. С.* Вопросы комплексной гериатрической оценки в условиях специализированного гериатрического отделения // Colloquium-journal. № 19 (43). 2019. С. 2.

47. Методические рекомендации по определению нуждаемости в долговременном уходе (типизации). Благотворительный Фонд «Старость в радость». М., 2020.
48. *Митина Г. В. и соавт.* Психоэмоциональный статус пожилых людей, живущих в семьях и домах престарелых // Проблемы современного педагогического образования. 2019. С. 383–386.
49. *Митина Г. В., Шаяхметова Э. Ш., Макушкина О. М.* Субъективная оценка психоэмоционального состояния пожилых людей // Образовательный вестник «Сознание». 2018. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/subektivnaya-otsenka-psihoeemotsionalnogo-sostoyaniya-pozhilyh-lyudey>
50. *Мотола И. Девайн Л. А., Чунг Х. С., Салливан Дж. Е.* Руководство АМЕЕ. № 82. Симуляционные технологии в медицинском образовании. Практическое руководство, основанное на лучших доказательствах // Медицинское образование и проф. Развитие / Под ред. З. З. Балкизова и М. Ю. Спасской. 2014. № 4. С. 14–58.
51. *Панова Е. А., Серов В. А.* Полипрагмазия у амбулаторных пациентов пожилого возраста // Ульяновский медико-биологический журнал. 2019. № 2. С. 16–22.
52. Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения/под общей редакцией Д. А. Сычева. СПб.: ЦОП «Профессия», 2016. 224 с.
53. *Пономарева И. П., Давыдова М. В.* Управление болью при синдроме старческой астении как фактор профилактики когнитивных нарушений // Медицинская сестра. 2018. № 5. С. 10–12.
54. *Попов П. В.* Информационные технологии как элемент модернизации социального обслуживания населения / Попов П. В. // Отечественный журнал социальной работы. 2012. № 1. С. 137–141.
55. *Пузин С. Н., Криворучко Ю. Д.* Медико-социальный аспект развития паллиативной помощи больным с деменцией // Российский психиатрический журнал. 2017. № 4. С. 13–22.
56. *Пузин С. Н., Шургая М. А., Торопова О. М.* Актуальные вопросы медико-социальной реабилитации в амбулаторных условиях: пациенты, страдающие деменцией // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Т. 18. № 1. 2015. С. 4–9.
57. *Раевский А. А.* Влияние аффективной составляющей психического состояния пожилых пациентов на их социальное функционирование // Российский психиатрический журнал № 6. 2011. С. 71–74.
58. *Рипп Е. Г., Цверова А. С., Тропин С. В.* Создание стандартизованного клинического сценария // Симуляционное обучение по анестезиологии и реаниматологии / ред. В. В. Мороз, Е. А. Евдокимов; сост. М. Д. Горшков. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. С. 188–212.
59. *Рунихина Н. К., Шарашкина Н. В.* Сестринский протокол: оценка состояния питания и синдром мальнотриции / Рунихина Н. К., Шарашкина Н. В. // Российский журнал гериатрической медицины. 2020. № 1. С. 93–97.
60. *Савенков М. П. и соавт.* Комбинированное мониторирование диуреза и артериального давления у больных с артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью //

- Российский кардиологический журнал. 2009. № 6 (80). С. 19–24.
61. *Савина М. А.* Лечение и профилактика постинсультного делирия // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2015. № 4. С. 4–8.
 62. *Сафонова Ю. А.* Диагностика риска и профилактика падений: проект клинических рекомендации Ассоциации ревматологов России и Российской ассоциации по остеопорозу // Научно-практическая ревматология. № 58(2). 2020. С. 135–137.
 63. *Сафонова Ю. А., Цурко В. В.* Факторы риска падений в пожилом возрасте / Сафонова Ю. А., Цурко В. В. // Клиническая геронтология. 2017. № 5. С. 9–14.
 64. Сборник практических руководств для медицинских преподавателей / Под ред. З. З. Балкизова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 552 с.
 65. *Сергиенко Е. А.* Психологические факторы благополучного старения / Е. А. Сергиенко, Н. Е. Харламенкова // Вестник СПбГУ. 2018. Т. 8. Вып. 3. С. 243–257.
 66. *Скрёбнева А. В., Попов В. И., Алексеев Н. Ю.* Оценка риска развития недостаточности питания у лиц старшей возрастной группы Воронежской области // Вопросы питания. 2018. Т. 87. № 6. С. 42–47.
 67. *Соболева Е. В.* Проблема одиночества пожилых людей / Соболева Е. В. // Вестник СГСЭУ. 2018. № 1. С. 161–165.
 68. *Стасевич Н. Ю., Курдяев С. М., Щитикова О. Б.* Организация сестринского процесса в гериатрическом учреждении. Медицинская сестра. 2016.
 69. *Суслина З. А.* Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики / З. А. Суслина, Ю. Я. Варакин, Н. В. Верещагин. М.: Медпресс-информ, 2006. 256 с.
 70. *Сычев Д. А. и соавт.* Падения пациентов пожилого и старческого возраста: вклад лекарственных средств // Клиническая геронтология. 2017. № 3–4. С. 56–64.
 71. *Ткачёва О. Н.* Клинические тесты в гериатрии: Методические рекомендации / Российский геронтологический научно-клинический центр. М.: Прометей, 2019. 62 с.
 72. *Тюкин О. А.* Социальное обслуживание пожилых людей: проблемы и тенденции / Тюкин О. А. // Идеи и идеалы. 2015. № 1. С. 112–119.
 73. *Фролова Е. В., Корыстина Е. М.* Комплексная оценка состояния здоровья пожилого человека и возможности ее осуществления в общей врачебной практике // Российский семейный врач. 2010. № 1. URL: www.cyberleninka.ru/article/n/kompleksnaya-otsenka-sostoyaniya-zdorovya-pozhilogo-cheloveka-i-vozmozhnosti-ee-osuschestvleniya-v-obschey-vrachebnoy-praktike
 74. *Хамитов Р.Ф. и соавт.* Внебольничные пневмонии у пожилых // Вестник современной клинической медицины. 2014 Том 7, вып. 5. С. 39–44
 75. *Храпылина Л. П., Егорова Н. Н.* Организационно-экономические основы медицинской помощи и социально-медицинского обслуживания лиц пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в долгосрочном уходе на дому // Экономика и управление в XXI веке: тенденции развития. 2016. С. 188–193.
 76. *Шалыгин В. А., Ильина Е. С. и соавт.* Падения пациентов старших возрастных групп: полипрагмазия как фактор риска // Евразийский карди-

- ологический журнал. 2019. С. 18–19.
77. *Шаяхметова Э. Ш., Митина Г. В., Макушкина О. М.* Особенности психических состояний у лиц пожилого возраста, живущих в семьях и домах престарелых // Образовательный вестник «Сознание». 2018. № 2. URL: www.https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-psiicheskikh-sostoyaniy-u-lits-pozhilogo-vozrastazhivuschih-v-semyah-i-domah-prestarelyh
78. *Шемеровский К. А., Фирова Э. М.* Нерегулярный ритм кишечника и полипрагмазия у пациентов кардиологического профиля // Медицина: теория и практика том. 2018. Т. 3. № 1. С. 117–118.
79. *Шестакова Е. Е.* Старееущее общество: в поисках оптимальной модели долгосрочного обслуживания // Вестник ИЭ РАН. № 4. 2017. С. 45–59.
80. *Bate E., Hommes J., Duvivier R., Taylor D. C. M.* Problem-based learning (PBL): Getting the most out of your students — Their roles and responsibilities: AMEE Guide No. 84. // Medical Teacher. 2014. № 36 (1). P. 1–12.
81. *Bosanquet D.C., Wright A. M., White R. D., Williams I. M.* A review of the surgical management of heel pressure ulcers in the 21st century. Int Wound J. 2016 Feb; 13(1): 9–16. DOI: 10.1111/iwj.12416. Epub 2015 Feb 16. PMID: 25683573.
82. *Cruz-Jentoft A. J.* Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis / A. J. Cruz-Jentoft [et al.] // Age Ageing. 2010. Vol. 39(4). P. 412–423.
83. *Davies P.* Preventing the development of heel pressure ulcers. Nurs Stand. 2018 Oct 1; 33(7):69–76. DOI: 10.7748/ns.2018.e11294. Epub 2018 Sep 15. PMID: 30246946.
84. *Fowler E., Scott-Williams S., McGuire J. B.* Practice recommendations for preventing heel pressure ulcers. Ostomy Wound Manage. 2008 Oct; 54(10): 42–8, 50–2, 54–7. PMID: 18927483.
85. *Gefen A.* Why is the heel particularly vulnerable to pressure ulcers? Br J Nurs. 2017 Nov 8; 26(Sup20):S62–S74. doi: 10.12968/bjon.2017.26.Sup20.S62. PMID: 29120686.
86. *Guigoz Y., Vellas B., Garry P. J.* Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients /Y. Guigoz, B. Vellas, P. J. Garry // Facts Res. Gerontol. 1994. Vol. 2. P. 15–59.
87. *Hew K. F., Lo C. K.* Flipped classroom improves student learning in health professions education: a meta-analysis // BMC Med Educ. 2018. № 18(1). P. 38.
88. *Hottin P., Bonin C.* Symptomes comportementaux et psychologiques de la demence. Dans: Arcand M., Hebert R. redacteurs. Precis pratique de geriatrie. 3^o ed. Acton Vale, Quebec: Edisem; Paris: Maloine. 2007. P. 341–357.
89. *Hsu K. C., Chen L. F., Hsieh P. H.* Effect of music intervention on burn patients' pain and anxiety during dressing changes. Burns. 2016 Dec; 42(8):1789–1796. DOI: 10.1016/j.burns.2016.05.006. Epub 2016 Jun 2. PMID: 27263418.
90. *Jones J., Williams H.* Wound management should not be a pain. Br J Community Nurs. 2017 Sep 1; 22(Sup9):S38–S46. doi: 10.12968/bjcn.2017.22.Sup9.S38. PMID: 28862898.

91. Khan K. AMEE Guide № 50. Simulation in Healthcare Education. Building a Simulation Programme: a Practical Guide/ K. Khan et al // AMEE. 2011.
92. Lawton M. P. and Brody E. M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179–186.
93. Levy A., Frank M. B., Gefen A. The biomechanical efficacy of dressings in preventing heel ulcers. *J Tissue Viability*. 2015 Feb; 24(1):1-11. doi: 10.1016/j.jtv.2015.01.001. Epub 2015 Jan 19. PMID: 25639600.
94. Mahoney F. I., Barthel D. W. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965; 14:61–65.
95. Muntlin Athlin Å., Engström M., Gunningberg L., Bååth C. Heel pressure ulcer, prevention and predictors during the care delivery chain — when and where to take action? A descriptive and explorative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2016 Nov 14; 24(1):134. DOI: 10.1186/s13049-016-0326-0. PMID: 27842564; PMCID: PMC5109774.
96. Naples J. G., Handler S. M., Maher R. L. et al. Geriatric Pharmacotherapy and Polypharmacy. In: Fillit H. M., Rockwood K., Young J. B. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 8th ed. Elsevier 2017; 849–854.
97. Obagi Z., Damiani G., Grada A., Falanga V. Principles of Wound Dressings: A Review. *Surg Technol Int*. 2019 Nov 10; 35:50–57. PMID: 31480092.
98. Reuben D. B. Geriatrics syndromes / D. B. Reuben //In: A. C. Beck editor. Geriatrics Review Syllabus. 2nd ed. New York: American Geriatrics Society; 1991. P. 117–231.
99. Reznik M. E., Yaghi S., Jayaraman M. V., et al. Level of consciousness at discharge and associations with outcome after ischemic stroke. *J Neurol Sci*. 2018 Jul 15;390:102-107. doi: 10.1016/j.jns.2018.04.022. Epub 2018 Apr 14. PMID: 29801867.
100. Shatto B., Shagavah A., Krieger M., et al. Active Learning Outcomes on NCLEX-RN or Standardized Predictor Examinations: An Integrative Review // *J Nurs Educ*. 2019. № 58(1). P. 42–46.
101. Sivarajah R. T., Curci N. E., Johnson E. M., et al. A Review of Innovative Teaching Methods // *Acad Radiol*. 2019. № 26 (1). P. 101–113.
102. Snelgrove H., Baileiff A. A review of interventions to reduce pain in chronic wounds. *Br J Community Nurs*. 2019 Dec 1; 24(Sup12):S12–S17. DOI: 10.12968/bjcn.2019.24.Sup12.S12. PMID: 31804887.
103. Xavier A. J., et al. Time orientation and executive functions in the prediction of mortality in the elderly: Epidoso study // *Revista de Saúde Pública*. 2010. 44(1), 148–158.
104. Yang L., Yang J., He C. The Effect of Kinesiology Taping on the Hemiplegic Shoulder Pain: A Randomized Controlled Trial. *J Healthc Eng*. 2018 Dec 10;2018:8346432. DOI: 10.1155/2018/8346432. PMID: 30651946; PMCID: PMC6311752.
105. Zaidi S. R. H., Sharma S. Decubitus Ulcer. 2020 Aug 10. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan. PMID: 31971747 Darowski A., Dwight J., Reynolds J. Medicines and Falls in Hospital: Guidance Sheet John Radcliffe Hospital, Oxford, March 2011

Приложения

Приложение 1. Шкала Бартел. Оценка базовой активности в повседневной жизни

Шкала базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел) — ADL (Activities of Daily Living)

Прием пищи	10 — не нуждается в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами; 5 — частично нуждается в помощи, например, при разрезании пищи; 0 — полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)
Личная гигиена (умывание, чистка зубов, бритье, причесывание)	5 — не нуждается в помощи; 0 — нуждается в помощи
Одевание	10 — не нуждается в посторонней помощи; 5 — частично нуждается в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т. д.; 0 — полностью нуждается в посторонней помощи
Прием ванны	5 — принимает ванну без посторонней помощи; 0 — нуждается в посторонней помощи
Посещение туалета: перемещение в туалете, раздевание, очищение кожных покровов, одевание, выход из туалета	10 — не нуждается в помощи; 5 — частично нуждается в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.); 0 — нуждается в использовании судна, утки
Контролирование мочеиспускания	10 — полное контролирование; 5 — случайные инциденты (максимум 1 раз за 24 часа); 0 — недержание
Контролирование дефекации	10 — полное контролирование; 5 — случайные инциденты (не чаще одного в неделю) 0 — недержание
Перемещение с кровати на стул и обратно	15 — не нуждается в помощи; 10 — при вставании с постели требуется незначительная помощь или присмотр; 5 — при вставании с постели требуется помощь, может самостоятельно сидеть в постели; 0 — перемещение не возможно;
Подъем по лестнице	10 — не нуждается в помощи; 5 — нуждается в наблюдении или поддержке; 0 — не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой;

Мобильность (перемещение в пределах дома и вне дома; могут использоваться вспомогательные средства)	15 — не нуждается в помощи; 10 — может ходить с посторонней помощью; 5 — может передвигаться с помощью инвалидной коляски; 0 — не способен;
Общий балл:	100

Увеличение показателя соответствует уменьшению зависимости:

0–20 — полная зависимость от помощи других;

21–60 — выраженная зависимость;

61–90 — умеренная зависимость;

91–100 — легкая зависимость

Приложение 2. Шкала Лоутон. Оценка инструментальной активности в повседневной жизни

Шкала повседневной инструментальной активности (IADL — Instrumental Activities of Daily Living)

Таблица 2.3

Вопросы	Баллы
Можете ли вы пользоваться телефоном?	/3
Можете ли вы добраться до мест, расположенных вне привычных дистанций ходьбы?	/3
Можете ли вы ходить в магазин за едой?	/3
Можете ли вы готовить себе пищу?	/3
Можете ли вы выполнять работу по дому?	/3
Можете ли вы выполнять мелкую « мужскую»/ «женскую» работу по дому?	/3
Можете ли вы стирать для себя?	/3
Можете ли вы самостоятельно принимать лекарства?	/3
Можете ли вы распоряжаться своими деньгами?	/3
Общий балл:	/27

Увеличение показателя соответствует уменьшению зависимости:

3 балла — без посторонней помощи;

2 балла — с частичной помощью;

1 балл — полностью не способен.

Приложение 3. Тест Мини ког и тест рисования часов

Тесты и шкалы оценки психического статуса

Тест «Мини-Ког» (Mini-Cog)


Правила тестирования:



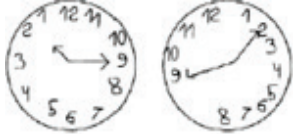
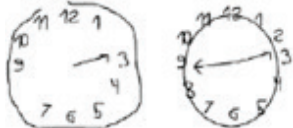
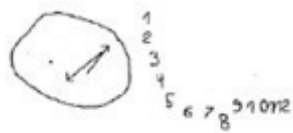
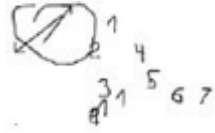
1. Пациенту называют и предлагают запомнить 3 слова: например, лимон, ключ, шар.
2. Затем просят нарисовать циферблат часов и отметить самостоятельно время (например, 13 ч. 45 мин.).
3. В конце тестирования пациента просят вспомнить и назвать три слова из п. 1.

Результат тестирования: если пациент не назвал три слова, либо назвал только 1–2 слова, то предполагают деменцию. Если допущены ошибки в тесте «рисование часов», то предполагают деменцию. Если часы и стрелки нарисованы правильно — деменции нет.

Тест «Рисование часов»

Пациента просят нарисовать круглые часы с цифрами на циферблате. Стрелки показывают время — например, без пятнадцати два.

Описание	Баллы	Примеры (13:45)
Норма, нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время;	10	
Незначительные неточности расположения стрелок	9	
Ошибки в расположении стрелок более заметны (одна из стрелок отклоняется больше, чем на час)	8	

Описание	Баллы	Примеры (13:45)
Обе стрелки показывают неправильное время	7	
Стрелки не показывают время (время обведено кружком)	6	
Неправильное расположение чисел на циферблате (цифры следуют в обратном порядке, то есть против часовой стрелки, либо расстояние между ними неодинаковое)	5	
Утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга	4	
Циферблат и числа более не связаны друг с другом	3	
Пациент предпринимает попытки выполнить задание, но безуспешно	2	
Пациент не делает попытки выполнить инструкцию	1	-

Если результат менее 9 баллов, следует говорить о наличии выраженных когнитивных нарушений.

Приложение 4. Шкалы оценки психического статуса (МоСа и КШОПС)

Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСа)

ИСПЫТАНИЯ							Баллы
Зрительно-конструктивные/исполнительские навыки							
<p>Скопируйте куб</p>				<p>Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут двенадцатого) - 3 балла</p> <p><input type="checkbox"/> Контур <input type="checkbox"/> Цифры <input type="checkbox"/> Стрелки</p>			___/5
Называние							
							___/3
Память							
Прочтите список слов, испытуемый должен их повторить и запомнить (2 попытки)	Попытка 1	Лицо	Бархат	Церковь	Фиалка	Красный	Нет баллов
	Попытка 2						
Внимание							
Прочтите ряд цифр, называя одну цифру в секунду:							___/2
[] Испытуемый должен повторить их в прямом порядке				2 1 8 5 4			
[] Испытуемый должен повторить их в обратном порядке				7 4 2			
Прочтите ряд, букв, называя одну букву в секунду:							___/1
[] Ф Б А В М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Баллы не начисляются, если ошибок > 2							
Серийное вычитание по 7 из 100: [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4–5 правильных ответов — 3 балла; 2–3 правильных ответа — 2 балла; 1 правильный ответ — 1 балл; 0 правильных ответов — 0 баллов							___/3
Речь							
Повторите: Я знаю только одно, что Иван — это тот, кто может сегодня помочь []							___/2
Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате []							
Беглость речи: За одну минуту назовите максимальное количество слов, начинающихся на букву Л. Кол-во слов _____ Балл начисляется, если слов ≥ 11. []							___/3

Инструкции к КШОПС (MMSE)

1. Ориентировка во времени. Попросите пациента полностью назвать сегодняшнее число, месяц, год и день недели. Максимальный балл (5) дается, если пациент самостоятельно и правильно называет число, месяц и год. Если приходится задавать дополнительные вопросы, ставится 4 балла. Дополнительные вопросы могут быть следующие: если пациент называет только число спрашивают «Какого месяца?», «Какого года?», «Какой день недели?». Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

2. Ориентировка в месте. Задается вопрос: «Где мы находимся?». Если пациент отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Пациент должен назвать страну, область, город, учреждение в котором происходит обследование, номер комнаты (или этаж). Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

3. Восприятие. Дается инструкция: «Повторите и постарайтесь запомнить три слова: карандаш, дом, копейка». Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. Правильное повторение слова пациентом оценивается в один балл для каждого из слов. Следует предъявлять слова столько раз, сколько это необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил. Однако, оценивается в баллах лишь первое повторение.

4. Концентрация внимания. Просят последовательно вычитать из 100 по 7. Достаточно пяти вычитаний (до результата «65»). Каждая ошибка снижает оценку

на один балл. Другой вариант: просят произнести слово «земля» наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Например, если произносится «ямлез» вместо «ялмез» ставится 4 балла; если «ямлезе» — 3 балла и т. д.

5. Память. Пациента просят вспомнить слова, которые заучивались в п. 3. Каждое правильно названное слово оценивается в один балл.

6. Речь. Показывают ручку и спрашивают: «Что это такое?», аналогично — часы. Каждый правильный ответ оценивается в один балл.

Просят пациента повторить вышеуказанную сложную в грамматическом отношении фразу: «Никаких если, и или, но». Правильное повторение оценивается в один балл.

Устно дается команда, которая предусматривает последовательное совершение трех действий. Каждое действие оценивается в один балл.

Даются три письменных команды; пациента просят прочитать их и выполнить. Команды должны быть написаны достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги. Правильное выполнение второй команды предусматривает, что пациент должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное предложение. При выполнении третьей команды пациенту дается образец (два пересекающихся пятиугольника с равными углами), который он должен переписать на нелинованной бумаге. Если

при перерисовке возникают пространственные искажения или несоединение линий, выполнение команды считается неправильным. За правильное выполнение каждой из команд дается один балл.

Интерпретация результатов

Итоговый балл выводится путем суммирования результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует оптимальному состоянию когнитивных

функций. Чем ниже итоговый балл, тем более выражен когнитивный дефицит. Результаты теста могут трактоваться следующим образом:

28–30 баллов — нет нарушений когнитивных функций;

24–27 баллов — преддементные когнитивные нарушения;

20–23 балла — деменция легкой степени выраженности;

11–19 баллов — деменция умеренной степени выраженности;

0–10 баллов — тяжелая деменция.

Приложение 5. Оценка эмоциональных нарушений

Выявление признаков депрессии

1. Опросник PHQ-2 (Patient Health Questionnaire)

Таблица 2.10

ВОПРОСЫ За последние две недели	Нет	Иногда	Большую часть времени	Почти всегда
	0	1	2	3
Ощущали ли вы потерю интереса к каким-либо обычным занятиям?				
Испытывали ли вы чувство подавленности или безнадежности?				

Общий балл ≥ 2 свидетельствует о наличии склонности к депрессивному состоянию

2. Опросник PHQ-9

	Совсем нет (никогда)	Иногда	Большую часть времени	Почти каждый день
Баллы	0	1	2	3
Снижение интереса или ощущения удовольствия при выполнении обычных дел				
Плохое настроение, чувство подавленности или безнадежности				
Трудности с засыпанием, поверхностный сон или наоборот, чрезмерная сонливость				
Ощущение усталости или пониженной энергии				
Плохой аппетит или переедание				
Негативные представления о себе: например, что у вас ничего не получается в жизни, или вы подвели кого-то				
Трудности с концентрацией внимания, например, при чтении или просмотре телепередач. Или на работе				
Замедленность движений и речи, которую замечают окружающие, или, наоборот, чрезмерная и не свойственная вам суетливость и активность				
Мысли о том, что было бы лучше, если бы вас не было вообще или о том, чтобы сделать с собой что-то плохое				
Общий балл				

1–4 — минимальная депрессия;
 5–9 — легкая депрессия;
 10–14 — умеренная депрессия;
 15–19 — выраженная депрессия;
 20–27 — тяжелая депрессия.

3. Гериатрическая шкала депрессии (GDS-15 — Geriatric Depression Scale)

Вопросы	Ответы	Баллы
В целом, удовлетворены ли вы своей жизнью?	Нет	
Можно ли сказать, что вы забросили многие свои занятия и потеряли к ним интерес?	Да	
Вы чувствуете, что ваша жизнь пуста?	Да	
Вам часто становится скучно?	Да	
У вас обычно хорошее настроение?	Нет	
Бойтесь ли вы, что с вами может случиться что-то плохое?	Да	
Чувствуете ли вы себя, как правило, счастливым?	Нет	
Чувствуете ли вы себя беспомощным?	Да	
Предпочитаете ли вы оставаться дома вместо того, чтобы выйти и заняться чем-нибудь новым?	Да	
Вам кажется, что у вас больше проблем с памятью, чем у других?	Да	
Считаете ли вы, что жить — это прекрасно?	Нет	
Считаете ли вы свою жизнь никчемной?	Да	
Чувствуете ли вы себя полным энергией и жизненной силой?	Нет	
Считаете ли вы свое положение безнадежным?	Да	
Считаете ли вы, что окружающие вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с Вами?	Да	
Общий балл:		/15

За каждый ответ, совпадающий с указанными в графе «Ответы», начисляется 1 балл.

Общий балл от 0 до 5 — не соответствует депрессивному состоянию;

Общий балл от 6 до 10 — предполагает возможность депрессивного состояния;

Балл > 10 — почти всегда соответствует депрессивному состоянию.

Приложение 6. Шкалы для оценки выраженности болевого синдрома

Шкалы оценки боли

1. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)



2. Нумерологическая оценочная шкала (НОШ)



Пациенту предлагается отметить свое восприятие боли на шкале ВАШ или НОШ (от минимальной до нестерпимой), что позволяет затем количественно выразить оценку в процентах от 0 до 100%. Степень интенсивности боли (слабая — от 0 до 40%, умеренная — от 40% до 70%, сильная — от 70% до 100%).

3. Шкала вербальных оценок послеоперационной боли

Баллы ШВО	Интенсивность боли	
	В покое	При движениях
0	Нет	Нет
1	Нет	Слабая
2	Слабая	Умеренная
3	Умеренная	Сильная
4	Сильная	Очень сильная

Интенсивность боли по ШВО оценивают путем опроса пациента, регистрируя балл интенсивности боли сначала в покое, затем (по просьбе врача) при произвольном движении.

4. Поведенческая шкала FLACC — Faces, Legs, Activity, Cry Consolability

Параметры	Характеристика	Баллы
Лицо	Неопределенное выражение или улыбка	0
	Редко — гримаса или сдвинутые брови. Замкнутость. Не проявляет интереса	1
	Частое или постоянное дрожание подбородка. Сжимание челюстей	2
Ноги	Нормальное положение, расслабленность	0
	Не может найти удобного положения, постоянно двигает ногами, ноги напряжены	1
	Брыкание или поднимание ног	2
Движения	Лежит спокойно, положение нормальное, легко двигается	0
	Корчится, сдвигается вперед и назад, напряжен	1
	Выгибается дугой; ригидность; подергивания	2
Плач	Нет плача (в состоянии бодрствования и во сне)	0
	Стонет или хнычет; время от времени жалуется	1
	Долго плачет, кричит или всхлипывает; часто жалуется	2
Насколько поддается успокоению	Доволен, спокоен	0
	Успокаивается от прикосновения, объятий или разговора; можно отвлечь	1
	Трудно успокоить	2

Общая оценка по шкале FLACC равна сумме баллов по всем пунктам описания.

Минимальная оценка равна 0, максимальная — 10 баллам.

Чем выше оценка, тем сильнее боль.

Шкала оценки боли у дементных пациентов (RAINAD)

Признаки	0	1	2	Баллы (0–2)
Дыхание	В нормe (дыхание легкое, спокойное, ритмичное)	Временами затруднено (эпизодические резкие всплески напряженных или мучительных вдохов и выдохов). Краткие периоды гипервентиляции (короткий период быстрых, глубоких вдохов)	Шумное, затрудненное дыхание (неприятные звуки на вдохе или выдохе; могут быть громкими, булькающими или хрипылыми и кажутся напьяненными или мучительными). Длительные периоды гипервентиляции (продолжительное частое и глубокое дыхание). Дыхание Чейн-Стокса (периоды глубокого яростного и изнурительного дыхания, снижающегося до незначительного и поверхностного, чередующиеся с периодами апноэ (остановки дыхания)).	
Неприятные звуки	Нет (звуки или слова, имеющие нейтральную или приятную окраску)	Временами жалобные стоны (скорбные, брюзжащие звуки, вопли или стелания, более громкие, чем обычные невнятные и непроизвольные звуки, часто внезапно начинаются и обрываются). Негромкие звуки неодобрения или порицания (скуление, ворчание, нытье, бормотание, или негромкая жалобная ругань в саркастическом или язвительном тоне).	Повторяющиеся беспокойные выкрики (повторяющиеся фразы или слова, имеющие окраску тревожности, беспокойства или страдания). Громкие жалобы и стоны (громкие, брюзжащие звуки, вопли или стелания, гораздо более громкие, чем обычные невнятные и непроизвольные звуки, часто внезапно начинаются и обрываются). Плач (эмоции со слезами — рыданиями или тихим плачем).	
Выражение лица	Улыбающееся (уголки губ подняты, в глазах блеск, взгляд выражает спокойствие и удовлетворенность) или нейтральное (нейтральный, ничего не выражающий спокойный или пустой взгляд)	Печальное (несчастный, унылый, горестный или удрученный вид), испуганное (выражение страха, тревоги, повышенного беспокойства, широко открытые глаза), насупленное (уголки губ опущены вниз, увеличены складки на лбу и вокруг рта).	Гримасы (лицо перекошено, выражает страдание, брови нахмурены, складки вокруг рта, глаза могут быть зажмурены).	

Признаки	0	1	2	Баллы (0–2)
Поза и жесты	Расслабленность (спокойный, расслабленный, мягкий вид; человек кажется безучастным)	Напряженность (обеспокоенный, напряженный вид; челюсти могут быть сжаты, за исключением случаев контрактуры), страдальческий вид (обычные действия нарушены, могут присутствовать более или менее выраженные элементы страха, возбужденности, беспокойства), суетливость (это непрерывные движения — могут быть ерзания и покачивания на стуле, движение стула по комнате; могут наблюдаться потягивание и потирание разных частей тела, дотрагивание до них)	Жесткость (мышцы затвердевшие, руки и/или ноги напряженные и негнущиеся, тело может казаться неподатливым). Сжаты кулаки (крепко сжатые или попеременно сжимающиеся и разжимающиеся). Подтягивание коленей (сгибание и подтягивание коленей к груди, беспокойный вид — за исключением случаев контрактуры). Отталкивание помощи (сопротивление приближению и желанию помочь; стремление оттолкнуть приближающегося, вывернуться и избавиться от него). Нападения (нападение и любые способы противодействия)	
Возможность утешить	Не нуждается в утешении (благополучный, удовлетворенный вид)	Можно отвлечь или утешить голосом или прикосновением (на время контакта прекращаются признаки беспокойного поведения)	Невозможно утешить, отвлечь или успокоить (беспокойное поведение не прекращается при любых стараниях)	
			Общий балл	

Общее количество баллов может быть в диапазоне от 0 до 10 (от 0 до 2 для пяти элементов), полученные баллы не определяют абсолютную интенсивность боли. Например, 10 баллов по числовой шкале (самая сильная боль). Правильнее сравнивать полученный общий балл с предыдущим баллом. Увеличение балла говорит об увеличении боли, в то время как более низкий балл позволяет предположить, что боль уменьшается.

5. Шкала оценки нейропатической боли DN4

Опросник для выявления нейропатической боли DN4

Необходимо попросить пациента отметить галочкой один ответ для каждого пункта в приведенных ниже 4 вопросах.

Вопрос 1: Соответствует ли боль, которую испытывает пациент, одному или нескольким из следующих определений?

- Ощущение жжения
- Болезненное ощущение холода
- Ощущение как от ударов током

Вопрос 2: Сопровождается ли боль одним или несколькими из следующих симптомов в области ее локализации?

- Пощипыванием, ощущением ползания мурашек
- Покалыванием
- Онемением
- Зудом

Вопрос 3: Локализована ли боль в той же области, где осмотр выявляет один или оба следующих симптома:

- Пониженная чувствительность к прикосновению
- Пониженная чувствительность к покалыванию

Вопрос 4: Можно ли вызвать или усилить боль в области ее локализации:

- Проведя в этой области кисточкой

Сумма баллов (количество ответов «Да»):

Если сумма баллов составляет 4 и более баллов, это указывает на то, что боль у пациента является нейропатической или имеется нейропатический компонент боли (при смешанных ноцицептивно-нейропатических болевых синдромах).

Приложение 7. Шкала FRAX для оценки риска переломов

Оценка риска переломов FRAX

Для подсчета вероятности переломов в онлайн-калькулятор <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=13> вводятся следующие данные о пациенте:

1. Возраст;
2. Пол;
3. Вес;
4. Рост;
5. Наличие предшествующего низкоэнергетического перелома;
6. Наличие перелома бедра у родителей;
7. Курение в настоящее время;
8. Прием глюкокортикостероидов;
9. Наличие ревматоидного артрита;
10. Наличие вторичного остеопороза (при условии наличия у пациента заболевания с доказанной ассоциацией с остеопорозом: сахарный диабет 1 типа, несовершенный остеогенез

- у взрослого, длительно нелеченный гипертиреоз, гипогонадизм или наступление ранней менопаузы в возрасте ранее 45 лет, хроническое недоедание или мальабсорбция и хроническое заболевание печени);
11. Прием алкоголя от 3 единиц (1 ед. алкоголя = 45 мл водки или 150 мл вина или 330 мл пива) и более в день. Оценка полученного результата отражается в графике, где учитывается риск и возраст пациента. Пересечение этих двух показателей на графике в красной зоне говорит о высоком риске перелома и необходимости проведения мероприятий по профилактике остеопороза. Если же результат оказался в зеленой зоне — рекомендуется повторить оценку риска через 5 лет.

Приложение 8. Краткая шкала оценки питания Mini Nutritional assessment, MNA

Краткая шкала оценки питания (MNA)

Вопросы		Оценка
А.	Снизилось ли за последние 3 месяца количество пищи, которое вы съедаете, из-за потери аппетита, проблем с пищеварением, из-за сложностей при пережевывании и глотании?	0 — серьезное снижение количества съеданной пищи 1 — умеренное снижение количества съеданной пищи; 2 — нет снижения количества съеданной пищи
Б.	Потеря массы тела за последние 3 месяца	1 — не знаю; 2 — потеря от 1 до 3 кг 3 — нет потери массы тела
В.	Подвижность	0 — прикован к кровати/стулу; 1 — способен встать с кровати /стула, но не выходит из дома; 2 — выходит из дома
Г.	Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца	0 — да; 2 — нет
Д.	Психоневрологические проблемы	0 — серьезное нарушение памяти или депрессия; 1 — умеренное нарушение памяти; 2 — нет нейропсихологических проблем
Е.	Индекс массы тела	0 — меньше 19; 1 — 19–21; 2 — 21–23; 3 — 23 и выше
Балл скрининга		/14

Балл скрининга (max. 14):

12–14 баллов — нормальный нутритивный статус;

8–11 баллов — риск мальнутриции;

0–7 баллов — мальнутриция.

Для более углубленной оценки продолжите отвечать на п.п. Ж–Т

Ж.	Живет независимо (не в доме престарелых или больнице)	0 — нет; 1 — да
З.	Принимает более трех лекарств в день	0 — да; 1 — нет
И.	Пролежни и язвы кожи	0 — да; 1 — нет
К.	Сколько раз в день пациент полноценно питается	0 — 1 раз; 1 — 2 раза; 2 — 3 раза

ПРИЛОЖЕНИЯ

Л.	Маркеры потребления белковой пищи:	0 — если до 1 ответа «да»; 0,5 — если 2 ответа «да»; 1 — если 3 ответа «да»
	одна порция молочных продуктов (1 порция = 1 стакан молока, 60 г творога, 30 г сыра, 3/4 стакана йогурта) в день (да /нет);	
	две или более порции бобовых и яиц в неделю (1 порция = 200 г бобовых, 1 яйцо) (да /нет);	
	мясо, рыба или птица каждый день (да /нет)	
М.	Съедает две или более порций фруктов или овощей в день (1 порция = 200 г овощей, 1 любой фрукт среднего размера)	0 — нет; 1 — да
Н.	Сколько жидкости выпивает в день	0 — меньше 3 стаканов; 0,5 — 3–5 стаканов; 1 — больше 5 стаканов;
О.	Способ питания	0 — неспособен есть без помощи; 1 — самостоятельно с небольшими трудностями 2 — самостоятельно
П.	Самооценка состояния питания	0 — оценивает себя как плохо питающегося; 1 — оценивает свое состояние питания неопределенно; 2 — оценивает себя как не имеющего проблем с питанием
Р.	Состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста	0 — не очень хорошее 0,5 — не знает; 1 — такое же хорошее; 2 — лучше
С.	Окружность по середине плеча, см	0 — менее 21; 0,5 — 21–22; 1 — 22 и больше
Т.	Окружность голени, см	0 — меньше 31; 1 — 31 и больше
Оценка		/16

Показатель мальнутриции:

Оценка (max. 16) + Балл скрининга (max. 14) = Общий балл (max. 30)

24–30 — нормальный нутритивный статус;

17–23,5 — риск мальнутриции;

менее 17 — мальнутриция.

Приложение 9. Опросник для выявления алкоголизма CAGE

Тест «CAGE» Употребление алкоголя

<p>Ответьте на поставленные вопросы, таким образом, как Вы их понимаете. При утвердительном ответе обведите кружком «Да», при отрицательном ответе обведите кружком «Нет». В случаях затруднения с ответом не обводите ничего</p>		
1. Возникало ли у Вас ощущение того, что Вам следует сократить употребление спиртных напитков?	Да	Нет
2. Вызывало ли у Вас чувство раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил Вам о необходимости сократить употребление спиртных напитков?	Да	Нет
3. Испытывали ли Вы чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков?	Да	Нет
4. Возникало ли у Вас желание принять спиртное, как только Вы просыпались после имевшего места употребления алкогольных напитков?	Да	Нет

Тест «CAGE» оценивают следующим образом:

- Положительный ответ на один из четырех вопросов (даже если таковым является последний — четвертый) не дает оснований для конкретных выводов;
- Положительные ответы на два вопроса свидетельствуют об употреблении спиртных напитков;
- Положительные ответы на три вопроса позволяют предполагать систематическое употребление алкоголя;
- Положительные ответы на все четыре вопроса почти наверняка указывают на систематическое употребление алкоголя, приближающееся к состоянию зависимости (алкоголизму);
- Отрицательные ответы на все четыре вопроса либо предполагают действительно трезвеннический образ жизни, либо нежелание пациента дать искренние ответы».

Приложение 10. Опросник «Возраст не помеха» скрининг старческой астении

Шкала «Возраст не помеха»

Вопросы	Да	Нет
Похудели ли Вы на 5 кг или больше за последние 6 месяцев? (Вес)		
Испытываете ли Вы какие — либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха или зрения?		
Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?		
Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)		
Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?		
Страдаете ли Вы недержанием мочи?		
Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м или подъем на 1 лестничный пролет)		

Ключ (интерпретация):

За каждый положительный ответ начисляется 1 балл.

2 балла и менее — нет старческой астении;

3–4 балла — вероятная преастения;

5–7 баллов — вероятная старческая астения.

Приложение 11. Методика выполнения динамометрии

Методика проведения динамометрии

Динамометр берут в руку циферблатом внутрь. Руку отводят от туловища до получения с ним прямого угла. Вторую руку отпускают вниз вдоль туловища. С максимальной силой сжимают динамометр в течение 3–5 секунд. Для получения более точных результатов рекомендуется проводить трехкратное измерение силы пожатия на правой и левой руке. Время отдыха между подходами — не менее 30 секунд. Для оценки результатов можно использовать среднее или максимальное значение силы пожатия сильнейшей руки.

Критерии низкой силы пожатия в зависимости от пола и индекса массы тела		
Пол	Индекс массы тела, кг/м ²	Сила пожатия, кг
Мужчины	≤ 24	≤ 29
	24,1–26	≤ 30
	26,1–28	≤ 30
	> 28	≤ 32
Женщины	≤ 23	≤ 17
	23,1–26	≤ 17,3
	26,1–29	≤ 18
	> 29	≤ 21

Приложение 12. Индекс выраженности инсомнии

Шкала тяжести инсомнии (по Ch. Morin — Чарльз Морин)

Вопросы	Совсем нет	Немного	Средне	Значительно	Чрезвычайно
	0	1	2	3	4
1. Трудности с засыпанием?					
2. Частое и/или долговременное ночное пробуждение?					
3. Слишком раннее утреннее пробуждение?					
4. В какой степени вы довольны своим сном в последнее время?					
5. В какой мере, на ваш взгляд, трудности со сном нарушают вашу привычную работоспособность (усталость, концентрация внимания, память, настроение)?					
6. В какой мере, на ваш взгляд, ваши проблемы со сном влияют на происходящее вокруг — в плане снижения качества вашей жизни?					
7. В какой степени вы озабочены / думаете над своими проблемами со сном?					
Сумма баллов					

Общий балл _____

- 0–7 — нет проблем с бессонницей;
- 8–14 — незначительная бессонница;
- 15–21 — клиническая бессонница (средн. тяжесть);
- 22–28 — клиническая бессонница (тяжелая).

Приложение 13. Опросник качества жизни при снижении зрения

Оценка качества жизни при нарушении зрения

Предложите пациенту ответить на вопросы:

1. Трудно ли Вам из-за плохого зрения (даже в очках, если Вы ими пользуетесь)
 - принимать пищу;
 - узнавать Ваши лекарства и читать этикетки;
 - одеваться и не пропускать петельки на застёжках и пуговицах;
 - причёсываться, бриться и умываться;
 - пересчитывать деньги;
 - узнавать людей на другой стороне улицы или поблизости;
 - не наткаться на вещи, когда Вы ходите по улице;
 - находить дорогу домой, когда Вы идёте из магазина или из почты;
 - читать обычный газетный шрифт.
2. Отметьте пожалуйста, какие приспособления для улучшения зрения Вы используете:
 - очки;
 - контактные линзы;
 - увеличительное стекло или лупа;
 - карманный фонарик;
 - специальные книги с крупным шрифтом;
 - трафареты для слабовидящих.

Интерпретация результатов данного опросника качественная и служит для определения индивидуальных проблем пожилого человека, связанных со зрением.

Приложение 14. Таблица Розенбаума для оценки зрения

Таблица Розенбаума для оценки остроты зрения



Используется для определения остроты зрения вблизи.
 Таблица используется при хорошем освещении на расстоянии 36 см от глаз.
 Результат проверки регистрируется отдельно для каждого глаза с очками и без.
 Люди с дальнозоркостью должны читать с очками для близи.
 Близорукие обследуются только в очках.

Приложение 15. Оценка спутанности сознания (CAM)

Оценка спутанности сознания (делирий) CAM (Confusion Assessment Method)

1. Характеристика 1 [Острое начало]

Есть ли свидетельства резкого изменения психического статуса пациента по сравнению с обычным состоянием?

Эта характеристика обычно предоставляется членом семьи или медсестрой и состоит в положительных ответах на следующие вопросы:

1. Имеются ли свидетельства резкого изменения психического статуса пациента по сравнению с обычным состоянием?

2. Колебалось ли (измененное) поведение в течение дня, то есть имело тенденцию появляться и исчезать или степень тяжести поведения увеличивалась и уменьшалась?

2А. Характеристика 2 [Невнимательность]

Были ли у пациента трудности с концентрацией внимания, например, легко ли он отвлекался или испытывал ли трудности с отслеживанием того, что было сказано?

2В. Если ДА: Изменялось ли такое поведение во время разговора, то есть имело ли тенденцию появляться и исчезать или усиливаться и уменьшаться по степени серьезности?

3. Характеристика 3 [Дезорганизованное мышление]

Было ли мышление пациента дезорганизованным или бессвязным, например, бессвязный или несущественный разговор, нечеткий или нелогичный поток идей или непредсказуемое переключение с предмета на предмет?

4. Характеристика 4 [Измененный уровень сознания]

В целом, как бы вы оценили уровень сознания этого пациента? (настороженность [нормальная]; настороженность чрезмерная [повышенная бдительность, чрезмерная чувствительность к раздражителям окружающей среды, очень легко пугается], заторможенность [сонливость, легко возбуждается]; ступор [трудно расшевелить]; кома; [не пробуждается]; ответ затруднителен).

Эта характеристика проявляется в любом ответе, кроме «настороженность».

5. Характеристика 5 [Дезориентация]

Был ли пациент дезориентирован в какой-либо момент во время разговора, например, думал, что находится где-то в другом месте, кроме больницы, использовал другую кровать или неправильно определил время дня?

6. Характеристика 6 [Нарушение памяти]

Проявил ли пациент какие-либо проблемы с памятью во время разговора, такие как неспособность вспомнить события в больнице или трудности с запоминанием инструкций?

7. Характеристика 7 [Расстройства восприятия]

Имелись ли у пациента какие-либо свидетельства нарушений восприятия, например галлюцинации, иллюзии или неправильные интерпретации (например, мысль, что что-то движется, когда этого не было)?

8А. Характеристика 8 [Психомоторное возбуждение] В какой-либо момент разговора наблюдался ли у пациента необычно повышенный уровень двигательной активности, такой как беспокойство, копание в постельном белье, постукивание пальцами или частая резкая смена положения?

жении в течение длительного времени или очень медленное движение?

9. Характеристика 9 [Измененный цикл сна-бодрствования] Были ли у пациента признаки нарушения цикла сна-бодрствования, такие как чрезмерная дневная сонливость с бессонницей ночью?

8В. [Психомоторная заторможенность] В какой-либо момент разговора наблюдался ли у пациента необычно сниженный уровень двигательной активности, такой как медлительность, взгляд в пространство, пребывание в одном поло-

Состоянию делирия соответствует наличие признаков 1 и 2 и либо 3, либо 4.
Источник: Try This, Issue Number 13, Revised 2012. URL: www.https://geriatric-toolkit.missouri.edu/cog/Confusion-Assessment-Method-delirium.pdf

Четырехфакторный оценочный тест на когнитивные нарушения и делирий (4-А тест, 4-АТ)

1. Ясность сознания

Для пациентов с выраженной заторможенностью (те, кого трудно пробудить или те, у кого отмечается явная сонливость во время осмотра) или с возбуждением/гиперактивностью. Если пациент спит, попытайтесь разбудить его голосом или легким прикосновением к плечу. Для оценки ясности сознания попросите пациента назвать свое имя и адрес.

- Норма (в ясном сознании, не возбужден во время осмотра) 0
- Немного сонлив в течение <10 с после пробуждения, затем в норме 0
- Сознание явно изменено 4

2. Ориентировка

Возраст, дата рождения, место нахождения, текущий год.

- Без ошибок 0
- 1 ошибка 1
- 2 ошибки 2

3. Внимание

Попросите пациента: «Пожалуйста, назовите месяцы года в обратном порядке, начиная с декабря».

- Месяцы года обратном порядке
- Называет 7 и более месяцев правильно — 0
- Начинает, но правильно называет менее 7 месяцев/или отказывается даже начинать перечисление — 1
- Невозможно оценить (не может начать потому, что в тяжелом состоянии, сонлив, невнимателен) — 2

4. Острое начало или волнообразное течение

Имеются данные о значительных изменениях или флюктуации: уровня сознания, когнитивных функций, других психических функций (паранойя, галлюцинации), которые появились в течение последних 2 недель и присутствовали в течение последних 24 часов.

Нет	0
Да	4

Балл по 4АТ

4 и более — вероятный делирий +/- когнитивные нарушения;

1–3 — возможные когнитивные нарушения;

0 — делирий или выраженные когнитивные нарушения маловероятны (но делирий все же возможен, если по п.4 информация не полная).

Приложение 16. Оценка потребности в социально-бытовой помощи и уходе

Оценка потребности в социально-бытовой помощи

Часть 1. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС	
Проверка мобильности. Падения	
1. Самостоятелен при ходьбе с использованием подручных средств и/или без	0
2. Самостоятелен при использовании кресла-каталки / нуждается в помощи при вставании с кровати / нуждается в помощи при подъеме на этаж	0,5
3. Нуждается в постоянной помощи при вставании с кресла или постели / нуждается в помощи при переходе с кресла-каталки на кровать, но самостоятелен при использовании кресла-каталки при передвижении	1
4. Нуждается в постоянной помощи при передвижении и вставании из положения сидя в положение стоя; падения >1 раза в месяц	1,5
5. Нуждается в постоянной помощи при ходьбе; падения >1 раза в неделю	2
6. Полностью зависим при передвижении; прикован к креслу-каталке, лежащий	7
Одевание	
7. Одевается без посторонней помощи	0
8. Нуждается в умеренной помощи при одевании	0,5
9. Нуждается в максимальной помощи при одевании	1
Личная гигиена	
10. Моется без посторонней помощи	0
11. Требуется присутствие другого человека при купании	0,5
12. Нуждается в умеренной помощи при купании	1
13. Нуждается в максимальной помощи при купании, необходимо полностью умыть	1,5
Еда и питье	
14. Самостоятельно подогревает и принимает пищу и не нуждается в помощи при приеме лекарств	0
15. Нуждается в помощи при подогреве/подаче пищи к столу, но ест самостоятельно и/или требуется контроль и помощь при подготовке порции лекарств	1,0
16. Не в состоянии есть и пить самостоятельно и/или необходим полный контроль над приемом лекарств	1,5
Пользование туалетом	
17. Самостоятельно пользуется туалетом, осуществляет гигиену. Контролирует дефекацию и мочеиспускание	0
18. Самостоятельно пользуется туалетом, но нуждается в сопровождении и присмотре	1,0
19. Пользуется туалетом, но нуждается в сопровождении, помощи в гигиене и/или одевании.	2
20. Полностью зависим от посторонней помощи в пользовании туалетом. Не контролирует ни одно из отправлений	7
ИТОГО	

ПРИЛОЖЕНИЯ

Часть 2. КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС		
	Да	Нет
Разговаривает и ведет себя адекватно, контактен, не агрессивен, не находится в подавленном и угнетенном настроении	0	3 балла
Ориентируется во времени (день и ночь, утро и вечер) и знакомом пространстве, сохранена способность к обобщению	0	3 балла
ИТОГО		

Критерии и описание уровней потребности в социально-бытовой помощи и уходе	
Итоговый балл по 1 и 2 части шкалы и уровень потребности	Описание группы
0,5–1,5 балла Уровень 1	Объединяет людей, нуждающихся в ограниченной помощи для соблюдения личной гигиены, приготовления еды и уборки. Чаще всего люди из данной категории частично утратили способность к самообслуживанию, им необходима незначительная помощь для удовлетворения определенных жизненных потребностей, оказание помощи в проведении уборки в труднодоступных местах, помощь при развешивании чистого белья. Когнитивные функции у данной категории людей не нарушены. Здоровье этих людей в стабильном состоянии, контролируемое лекарственной терапией. Скорее всего, не требующие частых госпитализаций, но нуждающиеся в диспансерном наблюдении. Уровень соответствует преастении, могут быть единичные гериатрические синдромы (такие как сенсорные дефициты, не приводящие к резким ограничениям их функционального статуса)
2–4 балла Уровень 2	Способность к самообслуживанию снижена. Люди из данной группы, нуждающиеся в помощи в передвижении по дому, пользуются техническими средствами реабилитации. Необходима помощь при одевании и соблюдении личной гигиены — необходима частичная помощь при купании; Возможно выполнение только частичной уборки в досягаемости руки человека, для поддержания бытовых условий необходима помощь. Часто необходимо содействие в приготовлении пищи. Когнитивные функции у данной категории людей не нарушены
4,5–7,0 Уровень 3	Объединяет людей, частично утративших способность к самообслуживанию, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию, но чаще всего сохранивших психическую самостоятельность. Люди из данной группы нуждающиеся в помощи ежедневно и неоднократно для выполнения действий повседневной жизни (помощь в передвижении, сопровождение вне дома, помощь при вставании, значительная помощь при купании и одевании). Необходима значительная помощь в уборке, стирке, приготовлении горячей пищи. Необходим контроль/содействие при приеме лекарств

<p>7,5–9 баллов Уровень 4</p>	<p>Люди данной группы не способны к самообслуживанию и выполнению инструментальных бытовых действий без посторонней помощи, чаще прикованные к кровати или к креслу, при этом их психические функции не полностью нарушены, они нуждаются в помощи в разных видах деятельности в повседневной жизни. В данную группу могут входить лица, чьи психические функции сильно нарушены, при этом они сохранили способность перемещаться. И в том и в другом случае степень зависимости человека от посторонней помощи приводит к выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию. Степень функциональности соответствует 1–2 группе инвалидности. Необходима значительная помощь в самообслуживании с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц: одевание/купание/прием пищи/соблюдение питьевого режима/ контроль приема лекарств/ помощь в использовании средствами личной гигиены/передвижение по дому/обработка и уход за компенсирующими медицинскими устройствами. Часто нарушена способность ориентации во времени и в пространстве, требующая помощи других лиц; Необходимо поддержание способности к общению и способность контролировать своё поведение</p>
<p>9,5 баллов и более Уровень 5</p>	<p>Люди из данной группы прикованы к кровати или к креслу, их психические функции сильно нарушены, и они нуждаются в постоянном присутствии помощников. Люди из данной группы могут быть психически сохранены, но нуждаются в паллиативной помощи и постоянном уходе. Степень функциональности соответствует 1 группе инвалидности со стойким значительно выраженным расстройством функций организма</p>

Приложение 17. Самозаполняемый опросник по риску падений

Оценка риска падений

Оцените свой риск падения

Обведите Да или Нет для каждого утверждения		Как это связано с риском падения	
Да = 2 балла	Нет = 0 баллов	Я падал(а) в течение последнего года.	Люди, которые упали хотя бы один раз, имеют высокую вероятность повторных падений
Да = 2 балла	Нет = 0 баллов	Я использую (или мне советовали использовать) трость или ходунки для безопасного передвижения.	Люди, которым рекомендовалось использование трости или ходунков, имеют высокую вероятность падения
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Иногда я чувствую неустойчивость при ходьбе.	Неустойчивость или необходимость поддержки при ходьбе являются признаками плохого равновесия
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Я опираюсь на мебель при передвижении по дому	Это тоже признак плохого равновесия
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Я боюсь упасть.	У людей, которые боятся упасть, вероятность падения возрастает
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Мне необходимо опираться на руки, чтобы встать со стула.	Это признак слабости мышц ног — важной причины падений
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Мне трудно подняться на бордюр.	Это тоже признак слабости мышц ног
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	У меня часто возникает потребность срочно посетить туалет для мочеиспускания	Срочная необходимость посетить туалет, особенно ночью, повышает шанс упасть
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Мои ноги утратили чувствительность.	Онемение ног может привести к спотыканию и падению
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Я принимаю лекарства, которые вызывают головокружению или заставляют меня чувствовать себя более усталым(ой), чем обычно.	Иногда нежелательные эффекты лекарств могут повышать риск падения

Посчитайте баллы _____

Результат 4 балла и более указывает на высокий риск падений.

Приложение 18. Бланк типизации для определения потребности в уходе

Бланк типизации (для надомной формы социального обслуживания)

Фамилия Имя Отчество _____

Дата Рождения _____ СНИЛС _____

Диагностику провели:

Сотрудник _____ Должность _____ Подпись _____

Сотрудник _____ Должность _____ Подпись _____

Сотрудник _____ Должность _____ Подпись _____

Примечания _____

			Дата	Дата	Дата
1	Передвижение вне дома	Баллы	Инт 1	Инт 2	Инт 3
1.1	Выходит из дома без проблем	0			
1.2	Выходит на улицу только в благоприятные сезоны (времена года)	0,75			
1.3	Выходит из дома, но не может обеспечить себя необходимыми промышленными товарами и продуктами самостоятельно	0,75			
1.4	Выходит из дома только с сопровождающим	1			
1.5	Вообще не выходит из дома	2			
2	Уборка квартиры				
2.1	Убирает квартиру без труда	0			
2.2	Нуждается в небольшой помощи при выполнении полной уборки квартиры/ дома	0,5			
2.3	Нуждается в значительной помощи при выполнении уборки квартиры/ дома	1			
2.4	Не в состоянии выполнять никаких работ по уборке квартиры/ дома	2			
3	Стирка	Баллы	Инт 1	Инт 2	Инт 3
3.1	Не нуждается в помощи: Справляется со всеми этапами стирки, как при ручной стирке, так и при использовании стиральной машины	0			
3.2.	Нуждается в помощи при любом способе стирки (ручной или машинной)	0,5			
3.3	Не в состоянии выполнять стирку	1			

ПРИЛОЖЕНИЯ

4	Приготовление пищи	Баллы	Инт 1	Инт 2	Инт 3
4.1.	Не нуждается в помощи при приготовлении горячих блюд	0			
4.2.	Нуждается в помощи в процессе приготовления пищи	1			
4.3.	Не в состоянии приготовить никакую пищу	2			
5	Передвижение по дому	Баллы	Инт 1	Инт 2	Инт 3
5.1	Самостоятельно передвигается по дому	0			
5.2	Передвигается самостоятельно с помощью приспособления (трость, ходунки)	0			
5.3	Передвигается с помощью приспособления или без него, и нуждается в посторонней помощи при ходьбе или вставании.	0,5			
5.4	Передвигается с помощью инвалидной коляски. Способен сам сесть в коляску и передвигаться в ней по дому	0,5			
5.5	На кровати садится самостоятельно либо с небольшой помощью. Пользуется инвалидной коляской, но нуждается в помощи, чтобы пересесть в коляску и/или передвигаться в ней по дому	1			
5.6	Полностью зависим при передвижении и перемещении. Все дневное время проводит сидя в кровати, в кресле или кресле-коляске	1,5			
5.7	Полностью зависим при передвижении и перемещении. Лежачий	1,5			
6	Падения в течение последних трех месяцев	Баллы	Инт 1	Инт 2	Инт 3
6.1	Не падает	0			
6.2	Не падает, но ощущает тревогу по поводу возможных падений	0			
6.3	Падает, но может встать самостоятельно	0			
6.4	Иногда падает и не может встать без посторонней помощи (минимум три раза в последние три месяца)	0,5			
6.5	Падает, по крайней мере, раз в неделю и не может встать без посторонней помощи	1			
7	Одевание	Баллы	Инт 1	Инт 2	Инт 3
7.1.	Одевается без посторонней помощи	0			
7.2.	Нуждается в небольшой помощи при одевании	0,5			
7.3	Нуждается в значительной помощи при одевании или полностью зависим от посторонней помощи	1			
8	Личная гигиена	Баллы	Инт 1	Инт 2	Инт 3
8.1	Моется без посторонней помощи. Самостоятельно справляется с утренним и вечерним туалетом	0			
8.2	Со всем процессом купания (мытья) справляется самостоятельно. Испытывает тревогу по поводу возможного ухудшения своего самочувствия в ванной комнате. Самостоятельно справляется с утренним и вечерним туалетом.	0,5			

ПРИЛОЖЕНИЯ

8.3	Нуждается в небольшой помощи (например, в получении воды нужной температуры и/или бритье и/или мытье головы и/или ног и/или умывании лица и/или чистке зубов)	1			
8.4	Нуждается в активной помощи при выполнении некоторых действий (например, мытье интимных частей тела и/или спины)	1,5			
8.5	Необходимо полностью умывать и купать клиента в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием	2			
9	Прием пищи и прием лекарств	Баллы	Инт 1	Инт 2	Инт 3
9.1	Ест и пьет без посторонней помощи и не нуждается в помощи при приеме лекарств	0			
9.2	Ест и пьет без посторонней помощи, но нуждается в помощи для подачи и разогревания пищи и/или подготовке порции лекарств	0,5			
9.3	Нуждается в подаче и помощи при приеме пищи и/или питье и/или требуется помощь при подготовке порции лекарств и/или их приеме	1			
9.4	Нуждается в полном кормлении и соблюдении питьевого режима и необходим полный контроль над приемом лекарств в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием	1,5			
10	Мочевыделение и дефекация	Баллы	Инт 1	Инт 2	Инт 3
10.1	Контролирует или частично контролирует опорожнение естественных потребностей; самостоятельно пользуется туалетной комнатой, может самостоятельно поменять себе абсорбирующее белье	0			
10.2	Частично контролирует естественные потребности. Нуждается в незначительной помощи при использовании абсорбирующего белья. Самостоятельно пользуется туалетной комнатой. Осуществляет гигиену после туалета самостоятельно.	0,5			
10.3	Частично контролирует естественные потребности. Нуждается в значительной помощи при использовании абсорбирующего белья или испытывает трудности при пользовании туалетной комнатой. Необходима помощь в осуществлении гигиены после туалета	1			
10.4	Частично контролирует естественные потребности. Не может поменять себе абсорбирующее белье. Не может пользоваться туалетной комнатой	1,5			
10.5	Контролирует мочеиспускание и дефекацию, но не может пользоваться туалетом, не может поменять абсорбирующее белье в связи с тяжелым физическим состоянием	2			
10.6	Не может пользоваться туалетом, не контролирует ни одно из опорожнений (и мочеиспускание, и дефекацию), не может поменять абсорбирующее белье в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием и полностью зависит от посторонней помощи	2			

ПРИЛОЖЕНИЯ

11	Присмотр	Баллы	Инт 1	Инт 2	Инт 3
11.1.	Не опасен для себя и для окружающих, когда остается один. Может выполнять жизненно важные функции.	0			
11.2.	Есть необходимость в частичном присмотре, когда остается один (для обеспечения исполнения клиентом различных жизненно важных функций) и/или можно оставить одного на несколько часов или ночь	3			
11.3.	Опасен для себя и для окружающих, когда остается один, требуется постоянное присутствие постороннего человека	6			
12	Слух	Баллы	Инт 1	Инт 2	Инт 3
12.1.	Хорошо слышит либо регулярно использует слуховой аппарат и не испытывает трудностей	0			
12.2.	Плохо слышит (для прослушивания радио включает его на полную громкость), испытывает затруднения при коммуникации	0,5			
12.3.	Глухой	1			
13	Наличие опасности в районе проживания или доме	Баллы	Инт 1	Инт 2	Инт 3
13.1	В доме и в районе проживания безопасно	0			
13.2	Существует опасность в доме и/или районе проживания. Есть физическая опасность, антисанитария, жестокое обращение — но возможна помощь	0,5			
13.3	Существует опасность в доме и/или районе проживания. Есть физическая опасность, антисанитария, жестокое обращение — помощь не доступна	1			
14	Наличие внешних ресурсов	Баллы	Инт 1	Инт 2	Инт 3
14.1	Получает достаточную социальную поддержку от семьи/родственников/друзей/соседей/религиозных или общественных организаций	0			
14.2	Получает ограниченную социальную поддержку со стороны семьи/родственников/друзей/соседей/религиозных или общественных организаций	0,5			
14.3	Нет поддержки со стороны семьи/родственников/друзей, есть только ограниченные социальные связи (например, соседи, общественные или религиозные организации)	1			

Приложение 19. Шкала Морсе для оценки риска падений

Шкала Морсе для оценки риска падений

Таблица 2.4

Категории	Варианты ответов	Количество баллов
Падения в анамнезе	Нет	0
	Да	25
Сопутствующие заболевания (более одного диагноза)	Нет	0
	Да	15
Использует ли пациент вспомогательные средства передвижения	Постельный режим/помощь окружающих	0
	Костыли/трость/ходунки	15
	При перемещении придерживается за мебель	30
Проведение внутривенной терапии (наличие внутривенного катетера)	Нет	0
	Да	20
Функция ходьбы	Норма/постельный режим/обездвижен	0
	Слабая	10
	Нарушена	20
Оценка пациентом собственных возможностей и ограничений	Знает свои ограничения	0
	Переоценивает свои возможности или забывает о своих ограничениях	15

0 — нет риска;

5–20 — низкий уровень риска;

25–45 — средний уровень риска;

более 45 — высокий уровень риска.

СИНТОМЕД

Системный интегратор обучения в медицине

Синтомед это:

- Официальный партнер Российского общества симуляционного обучения в медицине (РОСОМЕД);
- Организатор обучения в симуляционных центрах для различных групп профессиональной компетенции, начиная с широких слоев населения вплоть до врачей – специалистов по высокотехнологичным видам медицинской помощи;
- Ваш помощник в подборе симуляционного центра;
- Проведение обучения в ведущих симуляционных центрах России;
- Организация стажировок по различным специальностям в Российских клиниках, а также в Италии, Польше, Таиланде, Сербии, Турции, Германии.



Кто может воспользоваться нашими услугами?

- врачи-специалисты;
- студенты медицинских учебных заведений;
- средний и младший медперсонал;
- широкие круги населения и школьники



Простая регистрация заявок на курсы
через сайт www.sintomed.ru

По каким направлениям проходит обучение?

- Акушерство и гинекология
- Внутренние болезни
- Нейрохирургия
- Неврология
- Педиатрия и неонатология
- Урология
- Хирургия, лапароскопия
- Основы эндоскопической хирургии
- Артроскопия, Ортопедия, Травматология
- Неотложная помощь, реанимация, анестезиология
- Глазные болезни
- ЛОР - болезни
- Стоматология
- Базовая и расширенная СЛР
- Сестринское дело, уход
- Коммуникативные навыки
- Менеджмент симуляционного центра



Мы обладаем наиболее полной информацией о симуляционных центрах, максимально облегчаем процесс поиска подходящего курса и упрощаем всю процедуру с момента подачи заявки до начала обучения.



«Синтомед». г. Москва
+7 495 928 35 66
post@sintomed.ru
www.sintomed.ru



СИНОМЕД
Системный интегратор обучения в медицине

ОБУЧЕНИЕ, ОСНОВАННОЕ НА АНАЛИЗЕ
КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ

Руководство для преподавателей

Под редакцией Елены Владимировны Фроловой


Верстка *Л. В. Васильева*

Корректурa *Шерер И.Г.*

Подписано в печать 29.06.2021. Формат 70 × 100¹/₁₆.

Печ. л. 9. Печать офсетная.

Издательство "РОСОМЕД", 2021 год
www.rosomed.ru



Настоящее руководство освещает основные теоретические и практические аспекты обучения, основанного на анализе клинических ситуаций в гериатрии. В книге предложены конкретные клинические ситуации, в которых участвует медицинская сестра, и представлены анализ ситуаций и план их решения. Описан современный международный и отечественный опыт в данной области медицинского образования, особенности комплексного подхода в гериатрии. Руководство предназначено для преподавателей кафедр гериатрии, сестринского дела и других специалистов, применяющих интерактивные обучающие технологии в учебном процессе. Данное издание является первым в своем роде на русском языке.

Руководство для преподавателей
под редакцией Е. В. Фроловой

© РОСОМЕД, 2021
© Фролова Е. В., 2021

ISBN 978-5-6043452-3-8

