

ПРОТОКОЛЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела

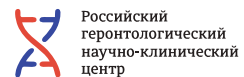
Федеральный центр координации деятельности субъектов
Российской Федерации по развитию организации оказания медицинской
помощи по профилю «гериатрия»

Российская ассоциация геронтологов и гериатров

Обособленное структурное подразделение
«Российский геронтологический научно-клинический центр»
ФГАУ ВО Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России

ПРОТОКОЛЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Методические рекомендации



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Департамент организации медицинской помощи и
санаторно-курортного дела

Федеральный центр координации деятельности субъектов
Российской Федерации по развитию организации оказания
медицинской помощи по профилю «гериатрия»

Российская ассоциация геронтологов и гериатров

Обособленное структурное подразделение
«Российский геронтологический научно-клинический центр»
ФГАОУ ВО Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России

ПРОТОКОЛЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Методические рекомендации

Москва, 2021

УДК
ББК
П

Авторы - составители:

Протоколы гериатрической помощи для медицинских сестер/ О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская, Н.В. Шарашкина. – М.:2021. – 214 с.

Медицинские сестры, работающие с гериатрическими пациентами, представляют персонал, с которым чаще всего контактируют пациенты пожилого и старческого возраста как в амбулаторных учреждениях, так и в условиях длительного пребывания в медико-социальных учреждениях. В отличие от медсестер других специализаций, гериатрическая медсестра призвана, помимо медицинских, участвовать в решении многочисленных других проблем пожилых людей, оказывающих существенное влияние на качество их жизни. Требованием сегодняшнего дня является необходимость разработки в медицинских организациях стандартных операционных процедур, описывающих круг задач, которые должны выполняться гериатрическими медсестрами в процессе их профессиональной деятельности.

Протоколы составлены по материалам Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice, Springer Publishing Company, New York, 2016

Методические рекомендации изданы в рамках реализации национального проекта «Демография» и федерального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение».

©Коллектив авторов, 2021

©ОСП «РГНКЦ» ФГАОУ ВО РНИМУ

им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 2021

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

1. **Ткачева О.Н.** — главный внештатный специалист гериатр Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, директор ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр», заведующий кафедрой болезней старения ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

2. **Рунихина Н.К.** — доктор медицинских наук, заместитель директора по гериатрической работе ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр», профессор кафедры болезней старения ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

3. **Котовская Ю.В.** — доктор медицинских наук, профессор, руководитель НМИЦ по профилю «гериатрия», заместитель директора по научной работе ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

4. **Шарапкина Н.В.** — кандидат медицинских наук, заведующий отделением амбулаторной гериатрии ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр», доцент кафедры болезней старения ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	6
Термины и определения.....	7
ПРОТОКОЛЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ МЕДИ- ЦИНСКИХ СЕСТЕР.....	8
Общая оценка изменений организма, связанных со старением.....	8
Синдром старческой астении.....	16
Здоровье полости рта у пожилых пациентов.....	23
Сенсорные дефициты.....	27
Оценка состояния питания и синдром мальнутриции.....	34
Ведение пациентов с болевым синдромом.....	44
Дегидратация.....	53
Профилактика падений.....	58
Оценка когнитивных нарушений.....	67
Деменция у пожилых пациентов.....	72
Депрессия у пожилых пациентов.....	80
Профилактика делирия у пациентов пожилого и старческого возраста в стационаре	87
Синдром мальнутриции у пациентов с деменцией	93
Профилактика пролежней у пожилых пациентов	101
Предупреждение снижения функциональной активности у пожилых пациентов при госпитализации	108
Недержание мочи	117
Предотвращение катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей	122
Злокачественные опухоли у пожилых пациентов	128
Хроническая сердечная недостаточность: предупреждение повторных госпитализаций	132
Повышенная сонливость	136
Комплексная оценка пожилых больных в критическом состоянии	140
Ведение пожилых пациентов в периоперационном периоде.....	152
Поддержка семейного ухода	159

Выявление случаев жестокого обращения и ненадлежащего ухода за пожилыми людьми	170
Приложения.....	175
Приложение 1	175
Приложение 2	177
Приложение 3	180
Приложение 4	183
Приложение 5	185
Приложение 6	188
Приложение 7	189
Приложение 8	193
Приложение 9	194
Приложение 10.....	196
Приложение 11.....	198
Приложение 12	200
Приложение 13	202
Приложение 14	205
Приложение 15.....	208
Приложение 16	209
Приложение 17	210

ВВЕДЕНИЕ

Гериатрические медсестры представляют собой основной персонал, с которым чаще всего контактируют пациенты пожилого и старческого возраста как в амбулаторных учреждениях (таких как гериатрические отделения или кабинеты поликлиник), так и в условиях длительного пребывания в медико-социальных учреждениях (таких как интернаты для престарелых), однако приходится сталкиваться с тем, что многие из них плохо представляют себе содержание своей деятельности.

Требованием сегодняшнего дня является необходимость разработки в медицинских организациях стандартных операционных процедур, описывающих круг задач, которые должны выполняться гериатрическими медсестрами в процессе их профессиональной деятельности. В отличие от медсестер других специализаций, гериатрическая медсестра призвана, помимо медицинских, участвовать в решении многочисленных других проблем пожилых людей, оказывающих существенное влияние на качество их жизни. Именно медицинская сестра координирует работу мультидисциплинарного коллектива, куда входят логопеды, медицинские психологи, инструкторы-методисты по лечебной физкультуре. Таким образом, гериатрическая медсестра должна постоянно повышать свою квалификацию, быть в курсе новейших технологий, применяемых при уходе за пожилыми и старыми пациентами.

Мы начинаем публикацию сестринских протоколов в гериатрии, которые представляют собой стандартные операционные процедуры сестринской работы, способные направить деятельность сестринского персонала на решение задач, особенно важных для пожилых пациентов.

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

АД – артериальное давление

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИМТ – индекс массы тела

СА – старческая астения

СБН – синдром беспокойных ног

СИПАП-терапия – метод поддержания положительного давления в дыхательных путях

СОАС – синдром обструктивного апноэ сна

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

ЧСС – частота сердечных сокращений

ПРОТОКОЛЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

ОБЩАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНИЗМА, СВЯЗАННЫХ СО СТАРЕНИЕМ

Цель: Определить анатомические и физиологические изменения, связанные с нормальным процессом старения.

1. Возраст-ассоциированные изменения сердечно-сосудистой системы

Определения:

- Изолированная систолическая артериальная гипертензия (систолическое АД > 140 мм рт. ст. и диастолическое АД < 90 мм рт. ст.).
- Ортостатическая гипотония (снижение систолического АД на >20 мм рт.ст. и/или диастолического АД на >20 мм рт.ст. через 1, 2 или 3 мин после перехода в вертикальное положение).

Изменения, связанные со старением:

1. Утрата эластичности и повышение жесткости аорты и крупных артерий.
2. Гипертрофия левого желудочка, расширение левого предсердия, склерозирование аортального и митрального клапанов.

Последствия:

1. Снижение резервов сердца и кровообращения.
2. В покое ЧСС и сердечный выброс без изменений.
3. При физической нагрузке: снижение максимальной ЧСС и сердечного выброса, что приводит к слабости, нехватке воздуха, длительному восстановлению исходной ЧСС после прекращения нагрузки.
4. Риск развития нарушений сердечного ритма; риск гипотензии на фоне приёма диуретических препаратов; синкопальные состояния.
5. Холодные конечности.

Параметры оценки:

1. Оцените ЧСС, сердечный ритм.
2. Оценить пульсацию сонных и периферических артерий.
3. Измерьте АД в положении лёжа, сидя и стоя, оцените пульсовое АД (разница между систолическим и диастолическим АД).

2. Возраст-ассоциированные изменения дыхательной системы

Изменения, связанные со старением:

1. Ослабление дыхательных мышц; снижение эластичности грудной клетки.
2. Снижение активности ресничных клеток эпителия и макрофагов, более сухие слизистые оболочки, снижение кашлевого рефлекса.
3. Снижение ответа на гипоксию и гиперкапнию.

Последствия:

1. Снижение функционального резерва легких: в покое без изменений, при нагрузке – одышка, снижение переносимости физической нагрузки.
2. Уменьшение экскурсии грудной клетки, ограниченное увеличение объема лёгких при вдохе, частота дыхания 12 - 24 в минуту.
3. Снижение способности откашливать слизь и инородные тела из дыхательных путей.
4. Повышение риска инфекции и обструкции дыхательных путей.

Параметры оценки:

1. Оцените частоту дыхательных движений, ритм и глубину дыхания, способность переносить физическую нагрузку.
2. Осмотрите грудную клетку, оцените симметричность дыхательных движений, соберите анамнез курения.
3. Следите за частотой дыхания во время седации и в различных положениях, за наличием мокроты, проводите пульсоксиметрию.
4. Оцените кашель, определите, есть ли необходимость в

удалении слизи из дыхательных путей аспиратором.

План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой:

1. Поддерживайте проходимость дыхательных путей, переведите пациента в вертикальное положение, удаляйте содержимое дыхательных путей с помощью отсоса при необходимости.

2. При наличии показаний обеспечьте кислородом, следите за достаточным приёмом жидкости и физической активностью.

3. Проводите стимулирующую спирометрию, особенно у лежачих маломобильных пациентов.

4. Обучайте пациента повышению эффективности кашля, рекомендуйте отказ от курения.

3. Возраст-ассоциированные изменения почек и мочевыводящей системы

Для определения функции почек используется формула СКД-ЕРІ для расчета скорости клубочковой фильтрации с учетом возраста, пола, расы и уровня креатинина сыворотки пациента. О клинически значимом снижении функции почек свидетельствует скорость клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73м².

Изменения, связанные со старением:

1. Снижение массы почки, почечного кровотока, скорости клубочковой фильтрации (снижение на 10% за каждые десять лет жизни после 30 лет), снижение выведения лекарственных веществ.

2. Снижение эластичности, мышечного тонуса и ёмкости мочевого пузыря.

3. Повышение объема остаточной мочи.

4. У мужчин – увеличение простаты, ассоциированное с риском доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Последствия:

1. Снижение почечного резерва, риски осложнений со стороны почек при различных заболеваниях.

2. Повышение риска нефротоксической реакции и побочных действий лекарств.

3. Риск развития объёмной перегрузки (сердечная недостаточность), обезвоживания, гипонатриемии (при применении

тиазидных диуретиков), гипернатриемии (связанной с лихорадкой), гиперкалиемии (при использовании калийсберегающих диуретиков), нарушение кислотно-основного баланса.

4. Императивные позывы к мочеиспусканию с укорочением периода времени между позывом и опорожнением мочевого пузыря.

Параметры оценки:

1. Оценить функцию почек (скорость клубочковой фильтрации).

2. Произвести оценку ночного диуреза для выявления ночной полиурии, оценить наличие недержания мочи.

3. Выявлять симптомы инфекций мочевыводящей системы.

4. При выявлении ночных мочеиспусканий или срочных позывов к мочеиспусканию оценить риск падений.

4. Возраст-ассоциированные изменения ротоглотки и желудочно-кишечного тракта

Индекс массы тела (ИМТ): норма – от 18,5 до 24,9 кг/м², избыточный вес – 25–29,9 кг/м², ожирение – 30 кг/м² и более.

Изменения, связанные со старением:

1. Снижение силы жевательных мышц, ухудшение восприятия вкуса и жажды.

2. Снижение перистальтики желудка и увеличение времени его опорожнения.

3. Атрофия слизистой оболочки.

4. Мальабсорбция углеводов, витамина В¹² и D, фолиевой кислоты, кальция.

5. Ослабление позывов к дефекации.

6. Уменьшение массы печени, снижение метаболизма лекарств.

Последствия:

1. Риск нарушения жевания, развития дисбаланса жидкости и электролитов, мальнутриции;

2. Изменения желудка: изменение всасывания лекарственных препаратов, повышенный риск гастроэзофагеальной реф-

люксной болезни, нарушения пищеварения, развития язв, вызванных применением нестероидных противовоспалительных препаратов;

3. Риск нарушения функции печени и побочных эффектов препаратов.

Параметры оценки:

1. Проведите осмотр живота, прослушивание кишечных шумов.

2. Проведите осмотр полости рта, оцените способность пациента жевать и проглатывать пищу.

3. При наличии дисфагии оцените аспирацию, оцените легкие на наличие хрипов, признаков инфекции, типичных/атипичных симптомов.

4. Измерьте вес, рассчитайте ИМТ и сравните с нормативами; проанализируйте рацион питания.

5. Оцените наличие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, запоров, недержания кала, копростазов.

План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой:

1. Соблюдать дозировки препаратов согласно назначениям врача.

2. Обучать пациента модификации образа жизни.

3. Информировать пациента о нормальной регулярности стула, правилах составления рациона, физических упражнениях.

4. Поощрять физическую активность.

5. Возраст-ассоциированные изменения опорно-двигательного аппарата

Саркопения – атрофическое дегенеративное изменение скелетной мускулатуры, ассоциированное со старением, приводящее к постепенной потере мышечной массы и ее силы.

Изменения, связанные со старением:

1. Саркопения подразумевает нарастающую слабость мышц и плохую переносимость физической нагрузки.

2. Потеря мышечной массы сопровождается увеличением и перераспределением жировой массы.

3. Отмечается снижение плотности и объема костной ткани

после 30-35 лет (возраста, когда плотность и объем костной ткани максимальны).

4. Снижается прочность связок и сухожилий, межпозвоночные диски подвергаются дегенерации, суставные хрящи подвергаются эрозии, наблюдаются изменения осанки (сутулость, суторожденность, снижение роста).

Последствия:

1. Саркопения: повышенный риск зависимости от посторонней помощи, падений, неустойчивой походки.

2. Остеопения и остеопороз: повышение риска переломов.

3. Уменьшение диапазона движений в суставах из-за остеоартрита.

4. Снижение способности поддерживать равновесие с повышением риска падений.

План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой:

1. Поощрять физическую активность, участвовать в определении целей физической активности для сохранения функциональности;

2. Выполнять назначения врача по применению болеутоляющих средств для повышения повседневной активности, принимать меры по предотвращению падений;

3. Следить за мерами по профилактике остеопороза: ежедневным приемом кальция и витамина D в соответствии с рекомендациями врача, выполнением физической нагрузки, отказом от курения.

6. Возраст-ассоциированные изменения нервной системы и когнитивных функций

Этиология:

1. Сокращение числа нейронов и снижение выработки нейромедиаторов.

2. Изменения в дендритах в головном мозге, поддерживающих глиальных клетках, синапсах.

3. Ухудшение терморегуляции.

Последствия:

1. Снижение общей силы мышц, ухудшение глубоких сухо-

жильных рефлексов, снижение скорости проведения нервного импульса, замедление моторных навыков и проблемы с балансом и координацией.

2. Снижение температурной чувствительности.

3. Замедление обработки информации.

4. Часто, но не всегда, наблюдается некоторое снижение когнитивных функций.

5. Память сохраняется в объёме, достаточном для ведения привычного образа жизни.

6. Повышенный риск расстройств сна, делирия и нейродегенеративных болезней.

Параметры оценки:

1. Периодически оценивайте базовую функциональную активность (Индекс Бартел).

2. Во время острого заболевания: оценивайте функциональный статус и симптомы делирия.

3. Периодически оценивайте когнитивный статус и нарушения сна.

4. Определите влияние связанных со старением изменений на безопасность при выполнении повседневных задач.

План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой:

1. Проводите профилактику падений.

2. Поощряйте регулярную физическую активность, когнитивный тренинг, здоровое питание.

3. Рекомендуйте поведенческую терапию для коррекции расстройства сна.

7. Возраст-ассоциированные изменения иммунной системы

Этиология:

Дисфункция иммунного ответа в сочетании с повышенной предрасположенностью к инфекциям, снижением эффективности вакцинации, ростом риска хронизации воспалительного процесса.

План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой:

Следить за выполнением рекомендаций по вакцинации по-

жилых больных от пневмококковой инфекции, сезонного гриппа, герпеса, столбняка, гепатита.

8. Нетипичные проявления болезни

Описание:

1. Заболевания, особенно инфекционные, могут манифестировать нетипичными симптомами у пожилых людей.

2. Симптомы обычно трудноуловимы и включают неспецифическое снижение физических или когнитивных способностей, снижение аппетита, недержание мочи и кала, падения, слабость, обострение хронических заболеваний.

3. Температура тела ниже, чем у молодых людей. Нормальная средняя температура в полости рта для пожилых пациентов составляет 36,3°C против 37°C у более молодых людей. Часто отсутствует повышение температуры в ответ на инфекцию.

Параметры оценки:

1. Отмечайте любые отклонения от обычных показателей в физической активности, когнитивных способностях, поведении, аппетите, течении хронических заболеваний.

2. Измеряйте температуру, определите базовую и отслеживайте её повышение более чем на 1,1–1,3°C. Температура в полости рта выше 37,2°C говорит о лихорадке.

3. Отмечайте типичные и атипичные симптомы пневмонии, туберкулеза, гриппа, острого инфаркта миокарда, перитонита и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

I. Цели

Выявлять синдром старческой астении у пациентов.

Разрабатывать индивидуальный план ведения пациентов с синдромом старческой астении.

II. Введение

А. Старческая астения - гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов, с высоким риском развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти.

Б. Синдром старческой астении тесно связан с другими гериатрическими синдромами и с полиморбидностью, может быть потенциально обратим и влияет на тактику ведения пациента.

В. Госпитализация является фактором риска ухудшения функционального статуса, появления зависимости от ухода, а также повышает риск смерти для пожилых людей с синдромом старческой астении.

Г. Медицинские сестры играют ключевую роль в выявлении синдрома старческой астении, принятии своевременных мер и предотвращении осложнений у таких пациентов.

III. Предпосылки

А. Распространенность синдрома старческой астении.

1. По данным зарубежных исследований распространенность синдрома старческой астении среди проживающих дома людей 65 лет и старше в среднем составляет около 10,7%, а преастении — 41,6%. Распространенность СА увеличивается с возрастом, достигая среди лиц 85 лет и старше 26,1%. Синдром СА чаще диагностируется у женщин, чем у мужчин. В домах престарелых распространенность СА достигает 52,3%.

2. Развитие синдрома старческой астении сопровождается снижением физической и функциональной активности, адаптационного и восстановительного резерва организма, повышает риск развития неблагоприятных исходов – госпитализаций в 1,2 - 1,8 раз, развития функциональных дефицитов в 1,6 - 2,0 раза, смерти в 1,8 - 2,3 раза, физических ограничений в 1,5 - 2,6 раз, падений и переломов в 1,2 - 2,8 раз.

3. В результате развития синдрома старческой астении значительно повышается уязвимость пожилых людей к действию неблагоприятных факторов, в качестве которых может выступить, например, острое заболевание или травма, смена схемы лечения или оперативное вмешательство.

Б. Этиология и эпидемиология.

К факторам риска развития синдрома старческой астении помимо возраста относят низкий уровень физической активности, плохое питание, депрессию, полипрагмазию и социальные факторы (низкий уровень дохода, одинокое проживание, низкий уровень образования).

Большая часть пациентов с синдромом старческой астении имеют несколько хронических заболеваний. Выявлены ассоциации синдрома старческой астении с сердечно-сосудистыми заболеваниями – артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, хронической сердечной недостаточностью, а также с сахарным диабетом, хронической болезнью почек, заболеваниями суставов и нижних отделов дыхательных путей, онкологическими заболеваниями.

Синдром старческой астении не является неотъемлемой частью процесса старения, а рассматривается как его неблагоприятный вариант. Старение считается результатом накопления молекулярных и клеточных повреждений, при котором происходит постепенное снижение физиологического резерва организма. Этот процесс значительно ускоряется при развитии синдрома старческой астении.

В. Негативные последствия синдрома старческой астении.

1. Повышение риска потери автономности, падений, перевода в дома престарелых, госпитализации, смерти.

2. Высокий риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

3. Синдром старческой астении является независимым фактором послеоперационных осложнений, увеличения срока госпитализации.

4. Такие психологические особенности пациента как тревожность, ощущение собственного неблагополучия и слабый контроль над ситуацией, сниженная социальная активность, низкая удовлетворенность семейной жизнью повышают вероятность развития осложнений при синдроме старческой астении.

Г. Модели хрупкости.

Существуют две модели, описывающие синдром старческой астении – фенотипическая и модель накопления дефицитов с расчетом индекса старческой астении.

Фенотипическая модель была разработана L. Fried на основании результатов Cardiovascular Health Study. Данная модель включает пять критериев: непреднамеренная потеря веса, низкая сила пожатия, повышенная утомляемость, снижение скорости ходьбы и низкий уровень физической активности. При наличии 3-х и более критериев диагностируется синдром старческой астении, а при наличии 1-2 критериев – преастения.

Модель накопления дефицитов или индекса СА была предложена K. Rockwood на основании данных исследования Canadian Study of Health and Aging. Авторами был предложен перечень из 70 заболеваний, симптомов и гериатрических синдромов, которые были названы общим термином "дефициты".

IV. Параметры оценки

А. Осмотр пожилого пациента.

1. Проводите измерение веса и роста. Непреднамеренное снижение массы тела является важным признаком недостаточности питания в пожилом возрасте и одним из клинических проявлений СА.

2. Обращайте внимание на клинические признаки остеопороза, которые могут быть выявлены при физикальном обследовании пациента – потеря роста на 2 см и более за 1 - 3 года или на 4

см и более уменьшение расстояния между по сравнению с возрастом в 25 лет, выраженный грудной кифоз, нижними ребрами и крылом подвздошной кости до ширины 2 пальцев и менее.

3. Осматривайте тщательно кожные покровы. У пожилых людей часто наблюдаются признаки ксероза, микоза, опрелостей, пролежней, злокачественных образований кожи (базалиома, меланома).

4. Обращайте внимание на наличие экхимозов, которые могут свидетельствовать о падениях или жестоком обращении с пожилым человеком.

5. Проводите осмотр ротовой полости – оценивайте наличие зубов, признаки ксеростомии, парадонтоза, злокачественных образований полости рта. Если пациент носит протезы – провести осмотр ротовой полости без протезов и уточнить – есть ли неприятные ощущения при их использовании – болезненность, неполное прилегание, трудности при пережевывании пищи.

6. Задавайте вопрос о наличии затруднений при проглатывании пищи или жидкости: это позволяет заподозрить наличие дисфагии.

7. Проводите динамометрию – оценку силы сжатия кистей, с применением ручного динамометра: оценивается самое сильное сжатие из трех попыток. Пониженную силу сжатия характеризует показатель ниже 18 кг для женщин и ниже 30 кг для мужчин.

8. Определяйте скорость ходьбы на расстоянии 6 метров. Пациенту предлагается пройти с максимально возможной скоростью расстояние, равное 10 метрам (первые и последние 2 метра используются для разгона и торможения). Скорость ходьбы определяется по следующей формуле: $\text{скорость ходьбы} = 6 \text{ (пройденное расстояние в метрах)} / \text{время в секундах, за которое пациент прошел 6 метров}$.

Б. Скрининг старческой астении.

В России для скрининга старческой астении используется опросник «Возраст не помеха» (Приложение 1). Он включает 7 вопросов, касающихся потери веса, сенсорных дефицитов, падений, симптомов депрессии и когнитивных нарушений, недержания мочи и снижения мобильности. Заполнять опросник может

как медицинская сестра, так и сам пациент. За каждый положительный ответ на вопрос пациент набирает 1 балл, за отрицательный ответ – 0 баллов. Максимальное число набранных баллов по опроснику – семь. Преимуществом опросника «Возраст не помеха» является простота.

На консультацию к врачу-гериатру направляются пациенты, набравшие по шкале 5 и более баллов. Пациентам, набравшим 3 - 4 балла, для уточнения наличия синдрома старческой астении проводится краткая батарея тестов физической активности (Приложение 2).

Краткая батарея тестов физической активности (The Short Physical Performance Battery, SPPB) является одним из способов предварительной диагностики синдрома старческой астении и включает три теста: оценку равновесия, скорость ходьбы на расстоянии 4 метра и 5-тикратный подъем со стула без помощи рук. Суммарная оценка составляет от 0 до 12 баллов. Ее выполнение занимает 10 - 15 минут и требует наличия секундомера, стула и достаточного свободного расстояния для оценки скорости ходьбы. О наличии синдрома СА свидетельствует результат 7 и менее баллов, о преастении – 8 - 9 баллов. Результат 10 - 12 баллов свидетельствует об отсутствии синдрома СА и преастении.

V. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

А. Комплексный уход требует участия специалистов различного профиля.

1. Оцените потребность в нутриционной поддержке.
2. Обеспечьте достаточное поступление питательных веществ. Ежедневная потребность в калориях для здоровых пожилых пациентов составляет 30 ккал/кг массы тела, в белках – 1 - 1,2 г/кг массы тела. Оптимальное соотношение компонентов пищи должно быть таким, чтобы энергетическая ценность жиров не превышала 30% от всех поступающих калорий. В зависимости от степени мальнутриции и физиологического стресса, который испытывает пациент, требования к калорийности пищи, поступлению углеводов, белков, жиров могут быть разными.
3. Улучшит пероральный приём пищи. Способствуйте на-

бору и поддержанию веса для пациентов с недостаточным весом при помощи частых приёмов небольшого объёма пищи, содержащей все необходимые питательные вещества.

4. Контролируйте поддержание здоровья полости рта.

5. Приветствуйте физические упражнения, развивающие сопротивление нагрузкам, силу, подвижность (походка и равновесие).

6. Приветствуйте когнитивный тренинг, тренировку вербального общения.

7. Избегайте применения постоянных мочевых катетеров.

8. Предотвращайте падения.

Б. Пациент и члены его семьи должны быть вовлечены в принятие решений.

1. Поставьте ясные цели ухода в зависимости от предпочтений и потребностей пациента.

2. Примите меры для предотвращения зависимости: адаптация среды под нужды пациента, работа с членами семьи/другими лицами, осуществляющими уход.

3. Планируйте выписку пациента и организацию поддержки после неё.

4. Предложите паллиативный уход пациентам с выраженной хрупкостью для облегчения дискомфорта и повышения уровня жизни.

В. Мероприятия в период восстановления могут включать в себя реабилитацию, уход за полостью рта, вовлечение в социальную жизнь, обеспечение безопасной среды дома.

Г. Необходимо сообщить лицам, осуществляющим уход, особенности приёма лекарств, подходов к питанию и гигиены полости рта, важности социализации и вовлеченности в физическую активность.

VI. Цели оценки и ожидаемые результаты

А. Для пациента:

а. улучшение функционального статуса;

б. предотвращение осложнений: падений, делирия, развития пролежней;

с. выявление и предупреждение побочных эффектов лекарственной терапии;

d. снижение числа повторных госпитализаций и продолжительности пребывания в больнице.

Б. Для персонала:

а. ведение медицинской документации, отражающей оценку функционального и когнитивного статуса пациента, выбранных мер терапии и ее результатов;

б. персонал обучен предупреждать, распознавать синдром старческой астении и корректировать терапию и проводить мероприятия для сохранения независимости и функциональности пожилых пациентов.

В. Для организации:

а. выявление симптомов синдрома старческой астении;

б. проведение мероприятий для улучшения функционального статуса и предотвращения осложнений синдрома старческой астении;

с. повышение доли пациентов с улучшением функционального статуса перед выпиской;

d. обучение навыкам самообслуживания пациента и ухаживающих лиц стратегиям сохранения функциональности и оптимизации задач;

е. проведение мероприятий по адаптации среды для максимальной функциональности и комфорта.

ЗДОРОВЬЕ ПОЛОСТИ РТА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

I. Цели

Поддержание гигиены полости рта является важной составляющей сестринской деятельности. Медицинская сестра должна регулярно осуществлять уход за полостью рта пожилых пациентов с функциональными или когнитивными нарушениями.

Гигиена полости рта напрямую связана с системными инфекциями, заболеваниями сердца, инсультами, острым инфарктом миокарда, уровнем гликемии при диабете, объёмом принимаемой пищи, комфортом для пациента, возможностью говорить, а также с общей самооценкой и благополучием пациента.

1. Естественные зубы, десневые и поддерживающие ткани, твёрдое и мягкое нёбо, слизистая оболочка рта и горла, язык, слюнные железы, жевательные мышцы, верхняя и нижняя челюсти, губы нуждаются в уходе при поддержании гигиены полости рта.

2. Полость рта также включает щеки, твёрдое и мягкое нёбо.

3. Гигиена полости рта осуществляется для предотвращения заболеваний, вызываемых налётом, который должен удаляться при помощи зубной щетки, зубной нити и другими способами.

4. Адентия – термин, обозначающий отсутствие естественных зубов.

II. Параметры оценки

А. Оценка состояния полости рта проводится медицинской сестрой при поступлении больного.

1) Ротовая полость должна быть розовой, увлажненной, неповрежденной.

2) Оцените наличие/отсутствие естественных зубов, вставных зубов, протезов.

3) Оцените функциональные возможности ротовой полости. при наличии естественных зубов/вставных зубов или протезов.

- 4) Оцените способность пациента говорить, жевать, глотать.
- 5) Оценивайте все отклонения от нормы, такие как сухость, припухлости, повреждения слизистой оболочки, язвочки, кровотечение, белые пятна, сломанные, разрушенные зубы, неприятный запах изо рта, плохо сидящие протезы, проблемы с глотанием, признаки аспирации и боль.
- 6) Проводите оценку состояния полости рта по критериям специально разработанного инструмента для оценки здоровья полости рта (Приложение 3).

III. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

А. План гигиены полости рта для пациентов с адентией:

- 1) уход за полостью рта осуществляется утром, вечером и в другое время при возникновении потребности;
- 2) перед уходом вымойте руки и наденьте перчатки;
- 3) снимите съёмные зубные протезы;
- 4) очистите протезы зубной щёткой с зубной пастой и промойте водой;
- 5) очистите щёткой язык пациента;
- 6) поставьте съёмные зубные протезы;
- 7) используйте увлажняющее средство для губ.

Б. Гигиена полости рта для пациентов, имеющих естественные зубы и частично съёмные зубные протезы:

- 1) уход за полостью рта осуществляется утром, вечером и в другое время при необходимости;
- 2) вымойте руки и наденьте перчатки;
- 3) аккуратно почистите зубы щёткой (короткие движения в направлении "вверх и вниз");
- 4) очистите щёткой язык пациента;
- 5) используйте увлажняющее средство для губ.

В. Уход за частично съёмными протезами:

- 1) произведите полную очистку и поставьте протезы.

Г. Оказание помощи по уходу за полостью рта пожилых пациентов, с функциональными или когнитивными нарушениями:

- 1) уход за полостью рта осуществляется утром, вечером и в другое время при необходимости;
- 2) оцените, какой уход пациент может осуществлять самостоятельно и когда требуется помощь;
- 3) выполните необходимые меры по уходу.

IV. Ожидаемые результаты

А. Для пациента:

- 1) уход за полостью рта осуществляется не реже, чем каждые 8 часов (независимо от объема оказываемой медицинской помощи);
- 2) пациенты и члены их семей направляются к специалистам (стоматологам, ортодонтам и т.д.) для последующего наблюдения;
- 3) пациентам и членам их семей объясняется важность хорошей гигиены полости рта и регулярного посещения специалистов стоматологического профиля.

Б. Для сестринского персонала:

- 1) проведение оценки состояния полости рта при поступлении пациента и в каждую смену;
- 2) информирование терапевта обо всех отклонениях от нормы при оценке состояния полости рта;
- 3) проводится оценка того, в какой степени уход за полостью рта может осуществляться самим пациентом;
- 4) при осуществлении ухода за полостью рта принимаются меры по профилактике аспирации;
- 5) пациенты и члены их семей получают обучение технике ухода за полостью рта.

В. Для учреждения:

- 1) доступ к стоматологическим услугам при необходимости;
- 2) осуществление непрерывного образования для лечащего персонала;

3) предоставление ежегодного ухода за полостью рта и стоматологических услуг для лечащего персонала непосредственно от организации.

СЕНСОРНЫЕ ДЕФИЦИТЫ

I. Введение в проблему

Пожилым пациентам необходимо проведение оценки сенсорных систем (слух, зрение, восприятие вкуса и запахов, периферическая чувствительность). Комплекс мероприятий, проводимых медицинской сестрой, включает три основных этапа: оценка, меры по уходу и информирование врача о существенных изменениях, которые могут требовать коррекции и лечения.

II. Оценка сенсорных систем

1. Задайте вопросы об изменениях слуха, зрения, восприятии вкуса и запахов, а также об онемении и покалывании в конечностях.

2. Оцените лекарственную терапию, так как некоторые препараты могут ухудшать работу органов чувств, например, антихолинэргические препараты, антибиотики, аминогликозиды, аспирин в высоких дозировках.

3. Спросите, возникли ли нарушения резко или они развивались постепенно.

4. Уточните, затрагивают ли нарушения одну сторону тела, или они двусторонние.

5. Узнайте, проводилось ли ранее лечение по поводу нарушенной работы органов чувств.

6. Спросите, как состояние органов чувств влияет на повседневную деятельность.

7. Спросите о способности управлять транспортным средством, так как зрительные нарушения, нарушения слуха и периферической нервной системы сказываются на вождении в дневное и ночное время суток.

8. Узнайте о желании пациента скорректировать нарушение слуха, зрения и других сенсорных систем.

При сообщении пациентом о каждом нарушении в работе

органов чувств задайте дополнительные вопросы о характере изменений и симптомах, локализации, интенсивности, продолжительности, методах облегчения состояния, принимаемых препаратах для коррекции нарушения и факторах, его усугубляющих.

III. Осмотр всех сенсорных систем

1. Проведите осмотр внешнего состояния органов зрения и слуха; направьте к врачу на проверку ушного канала на предмет серных пробок при помощи отоскопа.

2. Используйте шкалу для проверки зрения вблизи, также проверьте остроту зрения вдаль и контрастную чувствительность (Приложение 4).

3. Проведите проверку остроты слуха (тест на шепотную речь). При возможности используйте ручной аудиометр для оценки слуха на частоте до 40 дБ. При необходимости проведите проверку в более широком диапазоне при помощи портативного аудиометра с шумопонижающими наушниками. Рассмотрите целесообразность направления к отоларингологу.

4. Оцените проходимость носовых ходов.

5. Оцените состояние ротовой полости и языка.

6. Проведите оценку чувствительности конечностей, в том числе тест с монофиламентом.

7. Применяйте тест с монофиламентом для всех пациентов, больных диабетом, так как он показывается степень нарушения чувствительности стоп.

IV. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

Зрение

1. Избегайте существенных перемен в лечении хронических заболеваний глаз, продолжайте текущее лечение, например, применение глазных капель при глаукоме.

2. Сообщайте о резких нарушениях зрения.
3. Поддерживайте хорошую освещенность в палатах и избегайте слепящего, яркого света.
4. Приветствуйте ношение очков, если это было предписано пациенту. При необходимости обратитесь к членам семьи больного для приобретения увеличительного устройства со встроенным освещением для пациента.
5. Обеспечьте контрастирование приборов, электронных устройств на фоне помещения. На виду также должны находиться такие предметы, как пульта дистанционного управления, телевизоры, радиоприёмники.
6. Приветствуйте ежегодную проверку зрения пациента врачом-офтальмологом.
7. Контролируйте ежегодное полное офтальмологическое обследование для больных гипертонией и диабетом.
8. Печатные материалы должны быть хорошо читаемыми, текст должен быть напечатан на белом фоне, шрифт крупный (размер не менее 14).
9. Приветствуйте использование вспомогательных средств.
10. При выраженном снижении зрения у пациента способствуйте проведению медицинских вмешательств для его коррекции.

Слух

1. Проверьте, присутствуют ли серные пробки. Перед удалением серной пробки используйте размягчающие ушные капли, проинформируйте лечащего врача о необходимости консультации отоларинголога.
2. Перед началом беседы с пациентом привлечите его внимание, при разговоре дайте ему видеть Ваше лицо, это позволит ему лучше понимать речь благодаря видимым движениям губ говорящего; для персонала женского пола возможно использование красной губной помады.
3. На сестринском посту должен быть как минимум один карманный слуховой аппарат для слабослышащих пациентов.

4. Не кричите на больных с нарушениями слуха, но при разговоре говорите низким голосом.

5. Предоставляйте больным письменные инструкции (для пациентов с нарушением зрения используйте толстый черный маркер).

6. Приветствуйте использование слуховых аппаратов и обеспечьте должный уход за приборами: на ночь вынимайте батарейки, используйте специальные кисточки для очистки трубок от серы. Перед тем, как отправить в стирку постельное бельё или одежду пациента, убедитесь в том, что в них нет слухового аппарата.

7. Сообщайте обо всех внезапных изменениях слуха, в том числе о шуме, звоне в ушах или ощущении заложенности лечащему врачу.

8. При необходимости проинформируйте лечащего врача о необходимости консультации отоларинголога (сурдолога), например, в случае осложненных серных пробок, внезапно возникшего шума в ушах или вертиго (головокружения).

9. Приветствуйте использование вспомогательных устройств.

Обоняние и вкус

1. Серьёзно воспринимайте жалобы пациента на проблемы с восприятием вкуса и запахов; не объясняйте данные нарушения приёмом лекарственных средств.

2. Сообщайте лечащему врачу пациента о резких нарушениях восприятия вкуса и запахов; проинформируйте его о необходимости консультации отоларинголога или стоматолога.

4. Безопасность должна занимать центральное место в обучении пациента (проблемы с ощущением запаха газа, испорченной еды).

5. Сообщите пациенту о необходимости установить дома детекторы дыма и угарного газа, делать пометки о сроке годности пищи, которая хранится в холодильнике, научите его оценивать качество еды доступными способами.

Периферическая чувствительность

1. Сообщите пожилому пациенту о необходимости ежедневно проводить самостоятельную оценку чувствительности стоп, следить за состоянием своей обуви (внутри).

2. Сообщите о необходимости постоянно носить обувь во избежание повреждений.

3. Пациент должен знать, что необходимо сообщать о повреждениях, мозолистых утолщениях и покраснении кожи лечащему врачу.

4. Средства для ухода должны наноситься на чистую и сухую кожу.

5. Оцените состояние обуви пациента.

6. Сообщите пациенту о важности высокого содержания витаминов В₁ и В₁₂ в пище.

Витамин В₁ содержится главным образом в растительной пище: крупах, пророщенных зернах, злаках, капусте, луке, моркови, орехах, абрикосах, кураге, шпинате, фасоли, картофеле и т.д. В молочных продуктах и яйцах также содержится, но в меньшем количестве.

Витамин В₁₂ содержится только в продуктах животного происхождения: мясо птицы, субпродуктах (печени, сердце), морепродуктах, рыбе, яйцах.

IV. Цели оценки и коррекции органов чувств

1. Оценка базовой остроты зрения и слуха проводится перед выпиской из больницы и при поступлении в специализированное учреждение.

2. Профилактика падений проводится для всех пожилых пациентов с сенсорными нарушениями. Пожилые пациенты должны избегать падений и травм, если чувствительность нижних конечностей нарушена.

3. Профилактика отравлений токсическими веществами в воздухе/пище из-за сниженного восприятия вкуса и запахов.

V. Динамическое наблюдение

1. Ежегодная проверка зрения.
2. При снижении остроты зрения пациент должен быть обучен пользованию вспомогательными средствами.
3. Пациент должен проходить проверку слуха каждые два года, так как слух может существенно ухудшаться с течением времени. При снижении слуха информировать лечащего врача о необходимости проведения аудиометрии. Важно приветствовать использование слуховых аппаратов и осуществлять меры для того, чтобы пациент использовал слуховой аппарат на постоянной основе. При необходимости проконсультировать пожилого пациента и членов его семьи по поводу использования устройства.
4. При резких изменениях в восприятии вкуса и запахов информировать лечащего врача о необходимости консультации стоматолога или отоларинголога.
5. Нарушения восприятия вкуса и запахов требуют особого ухода в домашних условиях. Должны быть сделаны отметки о сроке годности на продуктах питания, пища должна утилизироваться через 48 часов для предотвращения пищевых отравлений. Должны быть установлены датчики дыма и угарного газа.
6. При выявлении ксеростомии (выраженной сухости во рту) информировать лечащего врача о необходимости консультации стоматолога.
7. У пациентов с нарушением периферической чувствительности информировать лечащего врача о необходимости консультации невролога, эндокринолога, подолога.

VI. Междисциплинарное взаимодействие при сенсорных нарушениях

1. Уход за пожилыми пациентами с нарушениями органов чувств и расстройствами периферической чувствительности – задача специалистов различного профиля. Медицинские сестры,

которые наиболее часто контактируют с пациентами, могут играть ведущую роль в оценке и скрининге сенсорных нарушений.

2. При выявлении нарушения наиболее важно предпринять правильные меры и использовать все доступные средства для его коррекции.

3. Команда специалистов, занимающаяся сенсорными нарушениями, может включать окулистов, отоларингологов, сурдологов, диетологов, неврологов, эрготерапевтов и многих других.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПИТАНИЯ И СИНДРОМ МАЛЬНУТРИЦИИ

I. Цель

Улучшение состояния питания и содействие здоровому питанию пожилых людей для повышения функциональной активности и качества жизни.

II. Введение в проблему

Пожилые люди подвержены риску развития мальнутриции. Данное состояние или риск его развития наблюдается у 39 - 47% госпитализированных пациентов пожилого возраста.

III. Предпосылки

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

Пожилые пациенты подвержены риску недостаточного питания из-за особенностей рациона, экономических, психологических и физиологических факторов.

1. Особенности рациона:

- 1) плохой аппетит или отсутствие аппетита;
- 2) проблемы с жеванием, с глотанием;
- 3) поступление недостаточного количества питательных веществ с пищей;
- 4) приём пищи менее двух раз в день.

2. Низкий доход пациента может приводить к сокращению количества приёмов пищи или покупке продуктов низкого качества.

3. Социальная изоляция:

- 1) чувство одиночества;

2) пожилой человек может испытывать сложности с приготовлением пищи из-за ограниченных возможностей;

3) отсутствие транспорта может быть препятствием для покупки еды.

4. Хронические заболевания:

1) могут затруднять процесс приготовления и приём пищи;

2) нарушение когнитивных функций;

3) депрессия;

4) плохое состояние здоровья полости рта (кариозные зубы, заболевания дёсен, отсутствие зубов), сухость слизистой оболочки полости рта (ксеростомия) ухудшает смачивание, пережевывание, глотание пищи;

5) приём антидепрессантов, гипотензивных препаратов, бронходилататоров может усиливать ксеростомию;

6) ограничительные диеты, изменения паттернов питания, алкоголизм также ассоциируются с мальнутрицией.

5. Физиологические изменения:

1) снижение тощей (безжировой) массы тела и перераспределение жировой ткани, окружающей внутренние органы, приводит к снижению потребности в калориях;

2) изменения вкусового восприятия, например, в результате приёма лекарственных средств или атрофии вкусовых рецепторов, могут также негативно сказаться на пищевом статусе;

3) снижение двигательной активности затрудняет приготовление и прием пищи.

IV. Параметры оценки

Во время оценки все изменения базовых параметров, которые влияют на приём пищи, всасывание, переваривание питательных веществ, должны быть предметом дальнейшей более подробной оценки для выявления рисков мальнутриции у пациента. Оцениваются следующие данные:

1. Общий статус, в том числе история болезни, оценка симптомов заболеваний, опыт приёма лекарственных средств, хирургические вмешательства в анамнезе, хронические заболевания.

2. Социальный статус пациента (его отношения с другими людьми).

3. Взаимодействие принимаемых лекарственных средств и потребляемой пищи.

4. Функциональная активность (проводится оценка когнитивного статуса, двигательной активности, сенсорных дефицитов и др.).

5. Психологический статус (особенно у одиноких пожилых людей, с когнитивными дефицитами, зависимостью от помощи других людей).

6. Оценка физического состояния пациента: определяется общее физическое состояние, особое внимание уделяется полости рта, объёму подкожной жировой ткани, мышечной ткани и ее атрофии, снижению индекса массы тела (ИМТ), а также наличию дисфагии.

Всесторонняя оценка пищевого рациона должна быть зафиксирована документально вместе с результатами анализа поступления питательных веществ.

Рекомендовано применение краткой шкалы оценки питания (Mini-Nutritional Assessment, MNA) для выявления мальнутриции или рисков её развития. Шкала MNA учитывает пищевой рацион, мобильность пациента, ИМТ, динамику снижения массы тела, психологический стресс, острые заболевания, деменцию и другие особенности психики пациента. Если по краткой форме шкалы (Mini-Nutritional Assessment – Short Form, MNA-SF) в результате оценки отмечается 11 пунктов или менее, необходимо провести более подробную оценку в соответствии с MNA.

Антропометрия

1. Измерение роста. Получите точные показатели веса и роста пациента благодаря прямым измерениям, а не расспросам больного. Если пожилой пациент не может принять вертикальное положение для измерения роста, примените метод измерения половины размаха рук (расстояние от середины яремной вырезки грудины до расстояния между средним и безымянным пальца-

ми выпрямленной руки, отведенной под прямым углом к туловищу во фронтальной плоскости так, чтобы ладонь была обращена вперед, а рука и туловище находились в одной плоскости, данное расстояние включается в формулу для расчета роста пациента).

Формула для женщин: рост в см = $(1.35 \times \text{половина размаха рук в см}) + 60.1$; формула расчета для мужчин: рост в см = $(1.40 \times \text{половина размаха рук в см}) + 57.8$.

Также в данном случае можно применить метод измерения высоты до уровня колен при помощи специального измерительного прибора на основе штангенциркуля. Измерение проводится в положении лежа, нога сгибается в колене, голеностопном и тазобедренном суставах под прямым углом. Измерение проводится по прямой линии, параллельной длинной оси голени, от подошвы до поверхности мыщелков бедра, расположенной как можно более спереди (поверхности медиального мыщелка). Далее результаты измерения включаются в формулу.

Для женщин: рост в см = $(1.85 \times \text{высота до колен включительно в см}) - (0.21 \times \text{возраст в годах}) + 82.21$.

Для мужчин: рост в см = $(1.94 \times \text{высота до колен включительно в см}) - (0.14 \times \text{возраст в годах}) + 78.31$.

Не стоит рассчитывать рост пациента преклонного возраста, когда присутствуют дегенеративные процессы, сокращающие длину позвоночного столба, а также полагаться на информацию от пациента, так как разница между этими данными и реальным ростом может составлять более 2 см.

2. Динамика веса: необходимо собрать подробные сведения о динамике веса пациента и провести текущее взвешивание. Обязательно нужно собрать сведения о потере веса, независимо от того, намеренно или ненамеренно это произошло, о продолжительности периода, за который это произошло. Критичным показателем для последующей оценки является снижение веса на 4,5 кг за полгода.

3. Рассчитайте ИМТ: нормальное соотношение роста и веса характеризуется диапазоном ИМТ от 23 до 30, ИМТ ниже 23 – признак недостаточного питания.

При оценке у пожилых госпитализированных пациентов

уровень альбуминов может быть более точным показателем прогноза течения заболевания, а не нутриционного статуса. Для того, чтобы определить, вызвано изменение уровня альбуминов дефицитом питания или воспалительными процессами, необходимо определение уровня маркеров воспаления (С-реактивный белок и интерлейкин-6).

Функциональный статус: измерьте силу сжатия кисти при помощи ручного динамометра, оцените возможность выполнять повседневные задачи, как базовые, так и необходимые для автономного проживания.

Перед выпиской пациента необходимо определить, способен ли он совершать покупки, готовить и принимать пищу после того, как покинет больницу.

V. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

А. Проконтролируйте своевременное выполнение рекомендаций диетолога, клинического фармаколога, и других специалистов, которые определяют питание пациента.

Б. Обратитесь к социальному работнику по вопросам организации питания пациента.

В. Принимайте меры против сухости слизистой оболочки ротовой полости пациента:

1) нежелательно включать в рацион пациента вещества, содержащие кофеин, алкоголь, сухие, сыпучие, острые, солёные или очень кислые продукты, а также следует отказаться от курения;

2) если у пациента нет деменции и дисфагии, для стимуляции слюноотделения можно давать пациенту твёрдую конфету (леденец) без содержания сахара или жевательную резинку;

3) губы пациента должны быть увлажнены (можно использовать вазелиновое масло);

4) пациент должен иметь возможность выпить глоток воды для увлажнения полости рта так часто, как это требуется.

Г. Обеспечьте достаточное поступление питательных веществ.

Ежедневная потребность в калориях для здоровых пожилых

пациентов составляет 30 ккал/кг массы тела, в белках – 1 - 1,2 г/кг массы тела. Оптимальное соотношение компонентов пищи должно быть таким, чтобы энергетическая ценность жиров не превышала 30% от всех поступающих калорий. В зависимости от степени мальнутриции и физиологического стресса, который испытывает пациент, требования к калорийности пищи, поступлению углеводов, белков, жиров могут быть разными.

Д. Улучшите пероральный приём пищи:

1) оцените возможность пациента принимать пищу в течение первых 24 часов после госпитализации;

2) проводите наблюдение во время приёма пищи за пациентами для оценки объёма потребляемой пищи и выявления ситуаций, когда нужна помощь;

3) не проводите перерывы для персонала непосредственно перед или сразу после времени приёма пищи пациентами для того, чтобы обеспечить необходимую помощь при приёме пищи всем нуждающимся в ней пациентам;

4) приветствуйте посещения пациентов членами семьи во время приёма пищи;

5) попросите членов семьи пациента принести его любимую еду, если нет противопоказаний;

6) спросите о пищевых предпочтениях пациента и относитесь к ним с уважением;

7) способствуйте набору и поддержанию веса для пациентов с недостаточным весом при помощи частых приёмов небольшого объёма пищи, содержащей все необходимые питательные вещества;

8) пациент должен иметь возможность перекусить – предоставляйте питательные легкие закуски;

9) помогайте пациентам поддерживать здоровье полости рта и надевать зубные протезы перед приёмом пищи.

Е. Обеспечьте благоприятную среду для приёма пищи:

1) перед тем, как наступит время принимать пищу, нужно убрать из палат подкладные судна, мочеприёмники, лотки для рвотных масс;

2) давайте анальгетики и противорвотные средства вовремя, в соответствии с планом лечения, для того чтобы снизить вероятность болей и тошноты во время приёма пищи для пациента;

3) если пациент способен принять и удерживать сидячее положение, то нужно обеспечить ему приём пищи в положении сидя;

4) при кормлении пациента создавайте ненапряжённую атмосферу: расположитесь на уровне глаз пациента и установите зрительный контакт перед кормлением;

5) если пациент отсутствует во время приёма пищи, то обеспечьте для него приём пищи позже, позаботьтесь о том, чтобы горячие блюда не остыли;

6) не нарушайте приём пищи обходами и несрочными медицинскими процедурами.

Ж. Клиническое питание (искусственное питание, специальная нутритивная поддержка, парентеральное, энтеральное питание или их комбинация):

1) нутритивная поддержка начинается, если пациент не может, не хочет или, вероятно, не способен питаться самостоятельно, а преимущества, которые даёт поддержка, перевешивают риски, связанные с клиническим питанием;

2) перевод на клиническое питание осуществляется по назначению лечащего врача.

3. Применение пероральных биологически активных добавок к пище:

1) биологически активные добавки к пище не должны заменять продукты питания и должны даваться в промежутках между приёмами пищи не ранее, чем за один час до приёма пищи, и не перед сном;

2) убедитесь в том, что данные добавки нужной температуры;

3) если пациент принимает биологически активные добавки самостоятельно, то убедитесь в том, что он способен открыть упаковку;

4) контролируйте приём биологически активных добавок к пище, прописанных пациенту лечащим врачом;

5) поддерживайте приём биологически активных добавок к пище небольшими порциями или глотками;

6) включайте биологически активные добавки в протокол, содержащий сведения о фармакологическом лечении пациента.

И. Пероральный приём пищи запрещен:

1) процедуры, перед которыми пероральный приём запрещен, должны проводиться утром; в этом случае продолжительность времени, в которое пациенту нельзя есть или пить, будет минимальная;

2) если процедуру нельзя провести в утренние часы, спросите лечащего врача пациента, можно ли дать пациенту завтрак в ранние часы;

3) перед конкретными хирургическими вмешательствами уточните продолжительность периода ограничения приема пищи и жидкости. Сокращение промежутка времени в приеме пищи перед операцией и уменьшение времени ограничения водного режима до проведения анестезии способствует снижению частоты развития послеоперационных осложнений, в том числе делирия. Рекомендовано ограничение приема легкой пищи и/или молока не менее чем за 6 часов до оперативного вмешательства. Примерами легкой пищи являются тосты (бутерброды), хлопья, суп или яблочное пюре. Жареная, жирная пища или мясо могут удлинить период эвакуации, требуют дополнительного времени, их приём запрещен за 8 часов и более. Прием прозрачных жидкостей прекращается не менее чем за 2 часа до оперативного вмешательства. Примерами прозрачных жидкостей являются вода, фруктовые соки без мякоти, газированные напитки, чай и черный кофе.

VI. Ожидаемые результаты

А. Для пациента:

- 1) улучшение питания, нутритивного статуса;
- 2) улучшение функционального статуса и общего благополучия.

Б. Для персонала:

1) пациенты получают пищу и напитки в достаточном объёме, приём пищи осуществляется в благоприятной среде, оказывается необходимая поддержка людям, у которых присутствует способность к жеванию и глотанию, но которые не могут есть самостоятельно;

2) оценка пациентов с мальнутрицией или риском мальнутриции осуществляется в динамике;

3) выявление и предотвращение синдрома избыточного питания, который встречается у истощенных пациентов после избыточного приёма пищи.

В. Для учреждения:

1) весь лечащий персонал, который напрямую связан с осуществлением ухода, проходит повышение квалификации и обучение для понимания того, насколько важно обеспечивать достаточное, полноценное питание для пациентов;

2) улучшается качество ухода за пациентами;

3) повышается профессиональный уровень медицинского персонала;

4) повышение качества питания пожилых пациентов.

Д. Образовательные цели:

Повышение квалификации и обучение базируются на следующих пунктах:

а) определение потребности в питательных веществах и выявление признаков того, что пациент нуждается в поддержке;

б) определение возможностей для нутритивной поддержки (оральное, энтеральное, парентеральное кормление);

в) учёт этических и правовых аспектов;

г) учёт потенциальных рисков и положительных эффектов;

д) выявление случаев, когда необходима консультация профильного специалиста.

Пациент или лицо, осуществляющее уход, должны уметь поддерживать или улучшать статус питания, а также, при необходимости, пациент должен получать пищу энтерально или парен-

рально, в питание может быть включены жидкие добавки к пище, принимаемые внутрь через рот.

VII. Длительное наблюдение

A. Отслеживайте динамику набора веса.

1. Необходимо осуществлять взвешивание пациента ежедневно для наблюдения динамики веса.

2. Ежедневные взвешивания эффективны для отслеживания динамики приёма жидкости.

B. Выявляйте и оценивайте синдром перекормливания.

1. Особенно внимательно контролируйте состояние здоровья пациентов, которым интенсивно восполняется дефицит питательных веществ, в первую неделю терапии.

2. Своевременно информируйте врача о необходимости коррекции дисбаланса электролитов в таких случаях, как гипофосфатемия, гипокалиемия, гипомагниемия, гипер- и гипогликемия.

3. Оценивайте потребление жидкости пациентом при помощи ежедневного взвешивания и измерения объёмов потребляемой и выводимой жидкости.

4. Цели по достижению достаточной энергетической ценности питания не должны достигаться быстро, необходимо повышать калорийность в течение более 3 - 4 дней во избежание синдрома перекормливания.

5. Помните о том, что синдром перекормливания характерен не только для пациентов с интенсивным восполнением калорической ценности питания при помощи парентерального питания, но также может наблюдаться у пожилых людей на фоне интенсивного увеличения поступления питательных веществ при обычном кормлении.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

I. Цели

Пожилые пациенты должны получать адекватное обезболивание. Обезболивание должно быть либо полным, либо интенсивность боли должна быть уменьшена до уровня, обеспечивающего максимально высокий функциональный статус больного.

II. Введение в проблему

1. Боль у пожилых пациентов часто носит субъективный характер и может быть обусловлена как острыми состояниями, например, состояние после хирургического вмешательства, травмы, так и различными хроническими заболеваниями.

2. Болевой синдром требует проведения ряда диагностических и лечебных мероприятий, которые не всегда выполняются в условиях повседневной клинической практики, особенно у пациентов пожилого возраста.

3. Деменция особенно затрудняет ведение пациентов, испытывающих боль, поскольку данные пациенты не всегда могут сообщить о ней.

4. Медицинские сестры, которые являются связующим звеном в команде специалистов различного профиля, должны быть обучены ведению пациентов с болевым синдромом и иметь представление об ошибочных концепциях проблемы боли в пожилом возрасте. Существуют ложные представления, что обезболивание обязательно приводит к лекарственной зависимости, или что боль является нормальным проявлением процесса старения. Медицинские сестры также должны уметь обучить пациентов и их родственников обезболиванию.

III. Предпосылки

1. Боль определяется как неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциаль-

ным повреждением ткани. Основными характеристиками боли являются продолжительность (острая или хроническая боль) и причины возникновения (ноцицептивная или нейропатическая боль). Данные определения важны для выбора стратегии ведения боли.

2. Острая боль возникает в ответ на повреждения (хирургическое вмешательство, травма, ранения) и может сопровождаться характерными симптомами, связанными с активацией автономной нервной системы (тахикардия и потоотделение). Обычно острая боль ограничена по времени и прекращается после выздоровления больного.

3. Хроническая боль присутствует на протяжении длительного периода (как правило, более трёх-шести месяцев) и связана с хроническим заболеванием (например, остеоартрит). Длительность боли не всегда является основной характеристикой, но она длится и после формального выздоровления. Для хронической боли не характерны вегетативные реакции, однако она часто приводит к функциональным ограничениям, расстройствам настроения, изменениям в поведении и снижением качества жизни.

4. Ноцицептивная боль обусловлена раздражением периферических или висцеральных болевых рецепторов. Данный вид боли может возникать на фоне прогрессирования различных заболеваний (остеоартрит и др.), повреждения мягких тканей (например, при падениях), медицинских вмешательств (хирургическая операция, венопункция и др.). Как правило, такая боль является локализованной и хорошо поддаётся лечению.

5. Нейропатическая боль возникает в ответ на повреждение центральной или периферической нервной системы. Данный вид боли может быть связан с диабетической нейропатией, постгерпетической невралгией и невралгией тройничного нерва, инсультом, химиотерапией при онкологических заболеваниях. Для нейропатической боли характерны распространенный характер и меньшая эффективность обезболивающих препаратов.

Хроническая боль отмечается у 50% пожилых пациентов, проживающих в домашних условиях и 85% – в домах престаре-

лых. Боль часто встречается у госпитализированных пожилых пациентов. Более 80% пожилых людей имеют хронические заболевания, сопровождающиеся болевым синдромом (остеоартрит, заболевания периферических сосудов и др.). Как правило, для пожилых людей характерно наличие множества хронических и/или острых заболеваний, что приводит к возникновению болей различного характера и происхождения.

Боль оказывает серьёзное влияние на здоровье, функциональный статус и качество жизни. При отсутствии адекватного лечения боль может привести к следующему:

- 1) замедление выздоровления;
- 2) ограничение подвижности;
- 3) послеоперационные осложнения, связанные с неподвижностью пациента (тромбозы и тромбоэмболии, пневмония и др.);
- 4) расстройства сна;
- 5) депрессия, тревожность;
- 6) снижение социальной активности;
- 7) функциональные ограничения и зависимость от посторонней помощи;
- 8) прогрессирование когнитивных нарушений;
- 9) увеличение потребности в медицинской помощи.

Медицинские сёстры должны играть ключевую роль в ведении пациентов с болью. Обеспечение комфорта и облегчение боли имеют фундаментальное значение в сестринской практике. Важными аспектами являются работа в команде с другими специалистами. Необходимо также проводить обучение пациентов и их родственников лечению боли.

Рекомендуется проводить систематическую оценку боли на регулярной основе у всех госпитализированных пациентов. Так как пожилые люди составляют значительную долю пациентов стационара, медсестры должны иметь соответствующие знания и навыки для оказания помощи данной категории больных.

IV. Параметры оценки

1. Большинство госпитализированных пожилых пациентов

страдают как от острой, так и от хронической боли.

2. Пациенты с когнитивными нарушениями часто не могут сказать об испытываемой боли.

3. Пациенты и лица, оказывающие медицинскую помощь, имеют собственные суждения по поводу боли и её ведения, которые могут влиять на лечение боли и должны быть учтены при оказании мероприятий по облегчению боли.

4. Оценка боли должна быть регулярной и систематической, а также фиксироваться документально.

5. Эталоном оценки боли является сообщение пациентами о своих болях.

6. Эффективная оценка боли требует индивидуального подхода.

А. Первичная, быстрая оценка боли.

1) Проводится у пожилых людей с болью умеренной и тяжелой интенсивности.

2) Определяется локализация боли, её интенсивность, продолжительность, характерные особенности, время начала.

3) Оцениваются жизненно важные функции организма. Если изменений этих функций нет, это не указывает на отсутствие боли.

Б. Комплексная оценка боли.

1) Оценка проводится по данным истории болезни, результата медицинского осмотра, лабораторных и диагностических тестов для определения этиологии боли.

2) Оцените когнитивный статус больного (деменция, делирий и др.), его психическое состояние (тревожность, возбужденность, депрессия и др.), функциональный статус. В случае наличия когнитивных нарушений будет неправильным полагать, что пациент не способен сообщить о своих болях. Дополняйте жалобы больного данными осмотра и опроса окружающих пациента лиц, который нужно проводить по принципу доверия (сначала спрашивайте того, кому доверяете больше остальных).

3) Дайте оценку боли, присутствующей на момент осмотра, включая её интенсивность, характер, частоту, паттерн (набор характерных признаков и особенностей проявления), локализацию и продолжительность, а также факторы, провоцирующие или облегчающие боль.

4) Ознакомьтесь с историей боли, включая какие-либо повреждения, заболевания и хирургические вмешательства в анамнезе, дайте оценку пережитым болевым ощущениям, а также влиянию боли на повседневную деятельность.

5) Дайте оценку проводимому лечению, включая текущие и ранее применявшиеся лекарства, а также дополнительным методам лечения (включая народные средства). Определите, какие способы облегчения боли были эффективны по отношению к данному пациенту ранее. Оцените отношение пациента к боли, к использованию анальгетиков, адъювантных препаратов, нефармакологических средств. Определите, имеет ли место злоупотребление алкоголем.

6) Дайте оценку жалобам пациента на боль, используя стандартные шкалы. Выбирайте шкалы из официально опубликованных и учитывайте, что некоторые пожилые люди могут испытывать сложности с 10-балльными количественными шкалами оценки. Для таких пациентов более эффективными могут быть вертикальная вербальная шкала и шкала с лицами.

7) Оценивайте боль регулярно и часто, минимум раз в четыре часа. Отслеживайте интенсивность боли после приёма лекарств для оценки их эффективности.

8) Не упускайте из виду невербальные и поведенческие признаки боли, такие как гримасы, отстранённость, защитная фиксация очагов боли за счёт напряжения мышц, потирание больного места, хромота, перемена позы, агрессия, возбужденность, депрессия, стоны, плач, а также отклонения от обычного поведения.

9) Соберите сведения о болевых ощущениях, пережитых пациентом, от членов его семьи. Узнайте от них о вербальных и невербальных признаках боли у пациента, особенно если это пожилой человек или пациент, страдающий деменцией.

10) В случае если есть подозрение на болевой синдром, но оценка не дала определенных результатов, сообщите о необходимости начать лечение врачу.

V. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

Ведение боли должно быть пациент-ориентированным.

Пожилые пациенты, испытывающие боль, нуждаются в индивидуальном плане лечения, в котором определена цель, описана тактика лечения и преследуется минимизация болевого синдрома и его влияния на функциональный статус, сон, настроение и поведение.

Составьте план ведения боли в письменной форме при госпитализации больного или перед хирургической операцией/иным медицинским вмешательством. Помогите пациенту поставить реалистичные цели лечения, зафиксируйте их и сам план документально.

Проводите оценку боли регулярно и часто для адекватного ведения (Приложение 5).

По назначению врача предупреждайте появление боли, применяйте обезболивающие препараты до, во время и после болезненной диагностической процедуры или медицинского вмешательства. Давайте пациенту болеутоляющие средства за 30 минут до запланированных мероприятий.

Обучайте пациентов, членов их семей, других медицинских сотрудников использовать обезболивающие в качестве профилактики перед болезненными процедурами и после них.

Сообщите пациентам и членам их семей о болеутоляющих средствах, их побочных эффектах и нежелательных явлениях, связанных с их приёмом, проблемах, связанных с злоупотреблением болеутоляющим, лекарственной зависимостью и толерантностью.

Сообщите пациентам о необходимости регулярно принимать обезболивающие препараты, чтобы избежать усиления болей.

Сообщите пациентам и членам их семей, коллегам о применении нефармакологических методов облегчения боли (релакса-

ция, массаж, тепло и холод).

Фармакологическое лечение

1) регулярно обеспечивайте пациента необходимыми лекарственными препаратами;

2) документально отражайте план лечения для согласованности терапевтических вмешательств;

3) применяйте дозы, назначенные лечащим врачом для оптимального облегчения боли и минимальных побочных эффектов;

4) при ведении боли после оперативного вмешательства используются наименее инвазивные способы, предпочтительнее всего будет внутривенное введение, а внутримышечного введения препаратов стоит избегать; переход от парентеральных к пероральным препаратам нужно осуществлять при разрешении перорального приёма по назначению врача;

5) подбор анальгетиков и их дозировок осуществляется лечащим врачом: опиаты подходят для ведения боли интенсивностью от умеренной до тяжелой, а неопиоидные препараты – для боли от легкой до умеренной; при выборе препарата учитывается анамнез, сопутствующие заболевания, приём других лекарственных средств и реакция пациента на лекарства;

6) ацетаминофен используется при терапии боли от легкой до умеренной; максимальная рекомендованная доза составляет 4 г/сутки (3 г/сутки для хрупких пожилых людей); максимальная доза должна быть снижена до 50-75% для пациентов со сниженной функцией печени или имеющих злоупотребления алкоголем в анамнезе;

7) нестероидные противовоспалительные препараты должны использоваться с большой осторожностью при лечении пожилых пациентов; необходим мониторинг состояния пациента на предмет желудочно-кишечного кровотечения, других кровотечений, токсического поражения почек и делирия; может быть целесообразно применение ингибиторов протонной помпы для снижения раздражения желудка по назначению врача;

8) пожилые пациенты подвержены повышенному риску развития нежелательных реакций на действие препаратов из-за

особенностей фармакокинетики и фармадинамики, необходимо следить за эффективностью фармакологической терапии, выявлять нежелательные явления.

Немедикаментозное лечение

1) узнайте об отношении пожилого пациента к немедикаментозному лечению или об опыте такого лечения;

2) подберите методы немедикаментозного облегчения боли для конкретного пациента;

3) психологические способы облегчения боли, направленные на изменение её восприятия (релаксация, отвлечение и др.), они могут не подходить пациентам с нарушением когнитивных функций;

4) используйте физические методы облегчения боли, создавая комфорт и изменяя физиологические реакции на боль (тепло, холод, электротерапевтические приборы с аппликаторами), они достаточно безопасны и эффективны.

Действия после оценки

1) отслеживайте эффекты обезболивания в первый час после приёма препарата пациентом и затем не реже, чем через каждые четыре часа;

2) учитывайте облегчение боли и побочные эффекты лечения;

3) фиксируйте документально реакцию пациента на терапию;

4) отражайте схему лечения пациента в плане ухода за больным.

VI. Цели оценки боли и ожидаемые результаты

А. Для пациента:

1) полное избавление от боли или снижение её до уровня, который является индивидуально переносимым;

2) поддержание максимального уровня ухода за собой, функциональной активности, автономности пациента;

3) снижение риска развития таких ятрогенных осложнений, как падения, желудочно-кишечные расстройства и кровотечения, изменение когнитивного статуса.

Б. Для персонала:

1) ведение медицинской документации, отражающей непрерывную и комплексную оценку боли, быстрого и эффективного обезболивания, систематической оценки эффективности лечения;

2) ведение болевого синдрома у пожилых пациентов, знание стратегий оценки боли, обезболивающих препаратов, нефармакологических мероприятий, умение проводить обучение пациента и членов его семьи.

В. Для учреждения:

1) формирование внутреннего протокола по ведению боли и утверждение стандартных процедур;

2) формирование команды специалистов по ведению боли, которые несут ответственность и обладают всеми необходимыми знаниями. Такой подход к ведению боли включает участие различных специалистов (психиатры, психологи, неврологи и другие специалисты) и укрепляет сотрудничество между ними;

3) документация сведений об оценке боли, предпринятых мерах, а также оценке эффективности лечения, внесение информации по первичной и вторичной оценке боли в историю болезни и электронные формы;

4) обеспечение персонала всем необходимым для ведения боли (образование, информационные материалы, доступ к руководствам и другой информации через Интернет).

ДЕГИДРАТАЦИЯ

I. Цель

Снижение частоты дегидратации среди пожилых пациентов.

II. Введение

Поддержание оптимального баланса жидкости является важным для здоровья человека на протяжении всей жизни; пожилые пациенты более чувствительны к сдвигам водного баланса как в сторону гипергидратации, так и дегидратации, это вызвано возрастными изменениями и повышенной вероятностью наличия у больного серьёзного заболевания. Дегидратация является более распространенной проблемой.

III. Предпосылки и постановка проблемы

A. Определения

1. Дегидратация – это снижение общего содержания воды в организме, вызванное патологическими потерями жидкости, сниженным потреблением воды или сочетанием этих причин. Дегидратация приводит к гипернатриемии (свыше 125 мэкв/л) во внеклеточной жидкости, что вызывает отток жидкости из внутриклеточного пространства в межклеточное. При недостаточном поступлении жидкости её дефицит равномерно распределяется по организму, так что проблема с циркуляцией крови возникает только при существенном дефиците.

2. Недостаточная гидратация – это состояние, предшествующее дегидратации, которое характеризуется постепенным развитием и негативными последствиями. Также этим термином иногда описывают умеренную или хроническую дегидратацию.

B. Этиология дегидратации

1. Возрастные изменения, которые влияют на процентное

соотношение жировой ткани, костной ткани, мышечной ткани, а также воды в организме (тканевой состав тела – body composition), приводящие к снижению общего содержания жидкости в организме.

2. Снижение функции почек.
3. Сниженное чувство жажды.
4. Плохая адаптация к высокой температуре окружающей среды.

В. Факторы риска

1. Особенности здоровья пациента:

- 1) возраст старше 85 лет;
- 2) женский пол;
- 3) частичная зависимость при приёме пищи;
- 4) ограничение возможностей по приёму жидкости;
- 5) недостаточное поступление питательных веществ;
- 6) болезнь Альцгеймера или другие виды деменции;
- 7) четыре или более хронических заболеваний;
- 8) повышенная температура;
- 9) рвота и диарея;
- 10) инфекционное заболевание;
- 11) эпизод дегидратации в анамнезе;
- 12) применение диуретиков (тиазидных и петлевых).

2. Факторы, связанные с персоналом или осуществляющими уход лицами:

1) надзор над персоналом и обеспечение достаточной компетенции специалистов;

2) способность сестринского персонала выявлять депрессию или чувство одиночества, связанные с недостаточным потреблением жидкости;

3) члены семьи или другие лица, осуществляющие уход, могут не проводить достаточно времени с больным, что связано с риском недостаточного потребления жидкости пациентом.

IV. Параметры оценки

А. История болезни

1. Наличие определенных заболеваний, таких, как деменция, застойная сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, мальнутриция, психиатрические заболевания (например, депрессия).

2. Полиморбидность: наличие четырех или более хронических заболеваний у одного пациента.

3. Применение лекарств, отпускаемых по рецепту: количество выписанных препаратов и их типы.

4. Дегидратация и повторные инфекции в анамнезе.

Б. Оценка физического состояния больного

1. Оценка жизненно-важных функций.

2. Измерение роста и веса.

3. Расчёт индекса массы тела (ИМТ).

4. Оценка работы систем организма пациента.

5. Оценка показателей гидратации.

6. Основная жалоба пациента – на чувство усталости.

В. Результаты лабораторных исследований

1. Удельный вес мочи.

2. Цвет мочи.

3. Отношение содержания азота мочевины в крови к уровню креатинина.

4. Уровень натрия в сыворотке.

5. Осмолярность сыворотки крови.

6. Осмолярность слюны.

Г. Индивидуальные особенности пациента при приёме жидкости

1. Предпочтение каких-либо определенных напитков для восполнения потребности в жидкости.

2. Пациент может иметь привычку не принимать жидкость в перерывах между приёмами пищи.

V. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

A. Выявление риска

1. Определите, присутствуют ли такие острые состояния, как рвота, диарея или повышенная температура.

2. Используйте инструмент для оценки риска: Форма оценки риска дегидратации (Приложение 6).

Б. Неотложные меры по поддержанию водного баланса

1. Контролируйте потребление и выведение жидкости.

2. Предоставляйте дополнительные возможности приёма жидкости.

3. Минимизируйте время запрета на приём пищи и жидкости перед диагностическими и хирургическими процедурами.

В. Текущий контроль над поддержанием водного баланса

1. Рассчитайте целевой объём суточного потребления жидкости.

2. Сравните текущее потребление жидкости с целевым.

3. Систематически предоставляйте пациенту напитки в течение дня.

4. План ухода за пациентами в группе риска развития дегидратации:

1) проводите обходы для отслеживания потребления жидкости;

2) предоставляйте пациенту по стакану жидкости утром и вечером (по 230 гр.);

3) для повышения потребления жидкости введите "счастливые часы" – время, когда пациенты могут приобрести напитки в учреждении по сниженной цене;

4) для повышения потребления жидкости введите "время чаепития";

5) предоставляйте различные напитки в течение дня.

5. Повысьте осведомленность персонала о важности достаточного поступления жидкости.

6. Приветствуйте дополнительную помощь со стороны пер-

сонала при приёме напитков и напоминаниях о приёме жидкости, а также при использовании туалета пациентами.

7. Регулирование приёма жидкости и документирование:

1) обучите пациентов использованию диаграммы цвета мочи для отслеживания статуса гидратации;

2) фиксируйте документально все записи о поступлении жидкости, в том числе сведения об особенностях потребления жидкости пациентом;

3) если пациент когнитивно сохранен (более 27 по Краткой шкале оценки психического статуса MMSE - Приложение 7), то рассмотрите возможность ведения Дневника потребления жидкости пациентом;

4) знайте объём ёмкостей для жидкости для точного расчёта её потребления.

VI. Оценка и ожидаемые результаты

А. Поддержание достаточного потребления жидкости.

Б. Снижение количества инфекционных заболеваний, в особенности инфекций мочевыводящих путей.

В. Улучшение симптомов недержания мочи.

Г. Снижение pH мочи.

Д. Снижение частоты возникновения запоров.

Е. Снижение частоты острой спутанности сознания.

VII. Длительное наблюдение

А. Использование диаграммы цвета мочи для пациентов, у которых отсутствует существенное снижение функции почек.

Б. Отслеживание удельного веса мочи в динамике.

В. Фиксирование объёмов принимаемой в течение 24 часов жидкости.

Г. Пациенты без когнитивных нарушений отслеживают объём принимаемой жидкости при помощи ведения Дневника потребления жидкости.

ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ

I. Цель

1. Снижение числа падений, которые можно предотвратить, а также их последствий у госпитализированных пациентов пожилого возраста.
2. Выявление различных факторов риска и причин падений среди пожилых пациентов.
3. Введение рекомендаций для предупреждения падений и минимизации их последствий в соответствии с наиболее доступными клиническими руководствами и стандартами в сфере гериатрии.

II. Введение в проблему

Падения не сопровождают физиологический процесс старения, а, наоборот, выступают в качестве гериатрического синдрома, чаще всего вызываемого множеством взаимосвязанных факторов (индивидуальные и внешние факторы риска).

Распространенность падений варьируется в зависимости от профиля медицинского учреждения и отделения. По различным данным, в отделениях интенсивной терапии частота падений составляет 2,3 - 7 падений на 1000 койко-дней (сутки, проведенные одним человеком в больнице).

Этиология падений.

Падения возникают спонтанно. Факторы риска падений подразделяются на индивидуальные и внешние. Индивидуальные включают нарушения сознания, зрения, походки, удержания равновесия, применение препаратов. Ко внешним факторам риска относятся использование вспомогательных средств передвижения, неподходящей обуви, физические ограничения, шаткие мебель и оборудование, плохое освещение, неровный или скользкий пол.

Причины падений включают в себя ортостатическую гипо-

тензию, нарушения ритма сердца, инфекцию, общую или локальную мышечную слабость, обмороки, припадки, гипогликемию, полинейропатию и приём лекарственных средств.

III. Параметры оценки

А. Проведите оценку индивидуальных факторов риска падений и отразите в документах.

1. Возраст, особенно старше 75 лет.
2. Недавние падения в анамнезе, повторные падения, повреждения, связанные с падениями.
3. Ряд сопутствующих заболеваний, таких как деменция, перелом проксимального отдела бедренной кости, болезнь Паркинсона, артрит, депрессия.
4. Функциональные ограничения – использование вспомогательного устройства.
5. Изменения сознания или когнитивные нарушения.
6. Нарушения походки, баланса.
7. Сенсорные дефициты (особенно снижение зрения).
8. Применение препаратов высокого риска.
9. Императивное (ургентное) недержание мочи.
10. Использование физических ограничителей.
11. Передвижение без обуви или ношение неподходящей обуви.
12. Оцените риски серьёзных повреждений на фоне применения антикоагулянтов, тяжести остеопороза и остеопении.
13. Нарушения сна часто являются причинами падений в стационаре в ночное время. Следует уточнить у больного качество его сна. Проинформировать врача при выявлении проблемы.

Б. Регулярно проводите оценку внешних факторов риска и принимайте меры для их устранения.

1. На полу не должно быть пролитых жидкостей, он должен быть сухим и ровным.
2. Уровень освещённости должен быть достаточным, должен соблюдаться режим ночного освещения.

3. Столешницы, мебель, кровати должны быть устойчивыми и в исправности.

4. Ванная комната и туалет должны быть оснащены поручнями.

5. Адаптивные средства помощи для пациентов с ограниченными возможностями находятся в хорошем состоянии.

6. Колеса для медицинских кроватей в исправности.

7. Одежда пациентов должна исключать возможность упасть из-за нее.

8. Штативы для внутривенных вливаний должны быть устойчивы.

В. Оценка риска падений по шкале Морсе.

Г. Выясняйте причины в первые 24 часа после падения, а также через промежуток времени для выявления отсроченных осложнений (например, переломов), оцените состояние через 48 часов после фактического или предполагаемого падения во всех случаях.

Д. Проведите оценку физического состояния больного непосредственно после падения, включая жизненно-важные показатели (ортостатические реакции - снижение систолического давления (СД) ≥ 20 ммНг или диастолического (ДД) ≥ 10 ммНг в течении 3 минут после вставания из положения лежа), неврологический статус и наличие повреждений (в первую очередь – в области головы, шеи, спины, конечностей).

При отсутствии серьезных повреждений:

1. Расспросите больного о том, как была получена травма, либо опросите свидетелей, зафиксируйте документально.

2. Укажите обстоятельства падения, место, где это произошло, что делал пациент в момент падения, время падения, любые существенные симптомы.

3. Учитывайте характер заболевания и трудности, испытываемые пациентом.

4. Уточните какие лекарства принимает пациент.

5. Оцените функциональный, психологический статус и состояние органов чувств.

6. Дайте оценку условиям пребывания.

7. Оцените факторы риска падения.

Е. В условиях интенсивной терапии команда специалистов разного профиля разрабатывает индивидуальные планы по профилактике падений, которые включают стандартные требования, а также учитывают результаты физикального обследования, оценки функциональности, медикаментозную терапию. Если превентивные меры оказываются неэффективными, проводится повторная оценка.

IV. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

1. При поступлении пациента старше шестидесяти в стационар целесообразно проводить оценку риска падения по шкале Морсе (Приложение 8).

2. Если по шкале Морсе пациент набрал 51 и более баллов – это соответствует высокому риску падений.

А. Общие меры, предупреждающие падения

1. Регулярно оценивайте условия пребывания на наличие рисков падений.

1) Используйте стандартизированные формы для оценки и фиксируйте результаты.

2) Передавайте информацию об условиях пребывания заведующему отделением.

3) Проводите повторную оценку.

2. Проводите оценку рисков падения пожилых пациентов, особенно при ухудшении состояния здоровья, после перевода в другое отделение и при уже случившемся падении.

1) Используйте стандартизированные или эмпирически проверенные руководства в сочетании с другими инструментами.

2) Отмечайте результаты документально, другие медицинские специалисты должны иметь к ним доступ. Обсуждайте с ними данные результаты и поднимайте вопросы о коррекции фармакологической терапии или отмене препаратов, сопряженных с высокими рисками падения.

3) При составлении больничного протокола падений используйте визуализацию различным цветом для оценки потенциального риска падения.

4) Сообщите о выявленных рисках и мерах борьбы с ними пациенту или лицу, осуществляющему уход.

5) Вовлеките пациентов и членов его семьи в обсуждение плана по предупреждению падений со специалистами различного профиля.

6) Приветствуйте физическую активность и способствуйте повышению подвижности (рекомендуйте гулять ежедневно, если нет противопоказаний).

7) При переводе больного обсудите оценку рисков падения и сообщите об эффективности применявшихся мер.

8) Дайте оценку рискам падения при выписке. При возможности предоставьте буклеты и другие материалы по предотвращению падений, если их нет, то предоставьте информацию о соответствующих Интернет-ресурсах.

9) Для поддержания подвижности и функционального статуса обеспечьте возможность безопасных прогулок на улице для пациента (оценка условий), рассмотрите возможность выполнения физических упражнений дома или в группах для пожилых людей. При выписке пожилого больного в специализированное учреждение сделайте отметку о его физических возможностях для выбора мер дальнейшей реабилитации.

3. Примите предупредительные меры по обеспечению безопасности, которые могут включать:

1) Низкие кровати (35,5 см. от уровня пола).

2) Для пациентов с серьёзными рисками, связанными с падением (больные остеопорозом), возможно использование напольных ковриков.

3) Доступное местоположение кнопки светового сигнала вызова.

4) Минимизация или исключение использования физических ограничителей.

5) Использование персональных датчиков или датчиков давления, подающих сигнал в случае опасности для здоровья пациента.

6) Повышенная бдительность при наблюдении.

7) Использование обуви на резиновой подошве или на каблуке, нескользящих тапочек.

8) Регулярный контроль за физиологическими отправлениями. Мочеприемники и подкладные судна должны быть в близости от больного.

9) Наблюдение во время прогулок.

10) Правильный выбор очков для прогулок.

11) Поддержание порядка в местах с большим людским потоком.

12) Приветствуйте физическую активность.

4. Предоставьте персоналу четкие инструкции в письменной форме на случай падения пациента.

Б. Определите пациентов в группе риска, которые нуждаются в дополнительных мерах, оценке специалиста:

1. Пациенты с неадекватным восприятием или расстройствами мышления на фоне острого или хронического заболевания (делирий, психическая болезнь).

2. Больные остеопорозом (риск переломов).

3. Больные с переломом шейки бедра.

4. Пациенты с травмой головы.

В. Обсудите результаты оценки с другими специалистами и вместе разработайте план по предотвращению падений.

1. Сообщите врачу информацию, полученную непосредственно после случая падения.

2. Отслеживайте эффективность превентивных мер.

3. После падения и осмотра на предмет серьезных повреждений передайте протоколы руководству.

4. После падения оценивайте жизненно-важные показатели, уровень сознания, неврологические симптомы, функциональный статус, внося результаты в протокол. При возникновении значи-

тельных изменений в уровне сознания возможна дальнейшая диагностика последствий падений (рентген, компьютерная томография головы, спины, конечностей, консультация невролога, перевод в соответствующее отделение).

5. Транспортировка пациента с высоким риском падений на обследования и лечебные процедуры должна проводиться в сопровождении медицинским персоналом. В случае определенных обстоятельств, транспортировка может осуществляться в кресле-каталке.

6. Целесообразна организация систем быстрого реагирования среднего медицинского персонала для пациентов с высоким риском падений.

7. При выявлении инцидента падения в стационаре следует провести рабочее совещание в полном составе среднего медицинского персонала лечебно-профилактического учреждения с детальным разбором обстоятельств падений и факторов, повлекших инцидент. Рекомендуются выносить организационное решение, позволяющее в будущем избегать типичных ошибок.

8. Повторную оценку риска падений в стационаре целесообразно проводить еженедельно у пациентов с высоким риском падений.

9. Лечащий врач пациента должен быть информирован о пациенте с высоким риском падений.

10. Стоит проинформировать пациента и родственников пациента о наличии высокого риска падений и повышении риска при госпитализации.

11. Если пожилой человек боится падений и спрашивает совета о предотвращении падений, то Вы можете поговорить с ним о профилактике падений. С остальными пожилыми людьми не стоит поднимать этот вопрос, т.к. они не станут себя расценивать как людей с высоким риском падений. Предпочтительно говорить с ними о «здоровом старении», а не о профилактике падений.

V. Цели оценки и ожидаемые результаты

А. Для пациента:

1. Сохраняется безопасность.
2. Снижается число падений и тяжелых последствий.
3. Осведомленность о собственных рисках падения во время госпитализации и после выписки.
4. Уровень физической активности соответствует уровню до госпитализации.
5. В случае падения и последствий производится адекватная оценка и оказывается соответствующая помощь.
6. Пациент участвует в мерах по предупреждению падений.

Б. Для персонала:

1. Точное определение пациентов в группе риска.
2. Применение на практике комплексных подходов к профилактике падений и борьбе с их последствиями.
3. Признательность пожилых людей. Понимание того, насколько важную роль падения играют в повседневной жизни пациентов, влияя на функциональность, физическое здоровье и эмоциональную сферу.
4. Обучение пожилых пациентов профилактике падений перед выпиской.
5. Сотрудничество со специалистами различного профиля.

В. Для семей пациентов:

1. Умение принимать простые меры по предотвращению падений.
2. Полная вовлеченность в обеспечение безопасности.

Г. Для медицинского учреждения:

Меньше падений и повреждений среди пациентов, сведение к минимуму объёма ответственности за ущерб.

VI. Эффективность при длительном наблюдении

1. Отслеживание случаев падений и связанных с ними повреж-

ний, сравнение общих показателей, показателей в зависимости от типа падения, определение причин падений.

2. Включение критериев непрерывного улучшения качества в программу предупреждения падений.

3. Определение круга специалистов, которые будут заниматься профилактикой падений, учет роли клинического штата и других сотрудников в предупреждении падений.

4. К моменту выписки – обучение пациента и членов его семьи мерам по предупреждению падений.

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

I. Цели

1. Оценка когнитивных функций пациента.
2. Раннее выявление и диагностика когнитивных нарушений.
3. Контроль изменения когнитивных функций пациента в зависимости от проводимого лечения.

II. Введение

1. Выявление когнитивных нарушений у пожилых пациентов играет важную роль в профилактике нежелательных явлений, связанных с проводимым лечением.

2. Оценка когнитивных функций необходима для раннего выявления и своевременного лечения нарушений.

III. Предпосылки

А. Под когнитивными функциями понимаются процессы восприятия, сохранения, извлечения и использования информации.

Б. В диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-5) выделяют следующие виды снижения когнитивных функций по сравнению с прежним уровнем:

1. Делирий – это острое расстройство, сопровождающееся нарушением сознания, развивается в течение короткого промежутка времени, с флуктуирующим течением. Делирий сочетается с нарушениями познавательной деятельности (например, дезориентация, проблемы с памятью), которые не могут быть объяснены какими-либо другими психоневрологическими заболеваниями.

2. Легкое когнитивное расстройство характеризуется уме-

ренным снижением когнитивных функций по сравнению с прежним уровнем как минимум по одному домену (например, память или исполнительные функции), что не влияет на независимость в выполнении повседневных задач, если только не сопровождается делирием или другим психическим заболеванием.

3. Деменция (тяжелое нейрокогнитивное расстройство) характеризуется существенным снижением когнитивных функций по сравнению с предыдущим уровнем как минимум в одном когнитивном домене (например, способность к обучению, память, вербальные функции), что влияет на независимость при решении повседневных задач.

4. Депрессия характеризуется набором симптомов, такими как подавленное настроение, потеря интересов или возможности получать удовольствие от жизни. Наличие данных симптомов в течение двух недель может оказывать клинически значимое негативное влияние и приводить к снижению когнитивных функций (данные симптомы не должны быть напрямую связаны с физиологическим воздействием каких-либо принимаемых веществ или общим состоянием здоровья).

IV. Параметры оценки

А. Выделяют следующие методы оценки когнитивных функций.

1. Скрининг: определение наличия или отсутствия когнитивных нарушений.

2. Комплексная оценка: диагностика при выявлении когнитивных нарушений.

3. Мониторинг: отслеживание изменений в когнитивном статусе, особенно влияния проводимого лечения.

В. Инструменты для скрининга когнитивных нарушений.

1. Краткая шкала оценки психического статуса – Mini-Mental State Examination (MMSE или КШОПС) — является наиболее предпочтительным и хорошо изученным инструментом, который может быть использован как для скрининга, так и для мони-

торинга когнитивных нарушений. На результаты исследования оказывают влияние образование, возраст пациента, язык, на котором он говорит, и его способности к вербальному общению (Приложение 7).

2. Монреальская шкала оценки когнитивных расстройств (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) используется для выявления или мониторинга когнитивных нарушений. Она, в отличие от КШОПС используется для оценки нарушений у пациентов с недементными когнитивными нарушениями.

3. Скрининговый тест «Мини-Ког» («Mini-Cog») является широко применяемым и рекомендованным инструментом, который используется чаще, чем MMSE и MoCA, благодаря своей краткости (Приложение 9).

В зависимости от цели могут применяться различные инструменты для быстрой оценки когнитивных нарушений.

4. Дифференциальная диагностика: для определения когнитивных нарушений одновременно могут использоваться такие инструменты для быстрой оценки как шкала оценки спутанности сознания (Confusion Assessment Method, CAM – Приложение 10) и гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS – Приложение 11).

5. Анамнез: информация, полученная от родственников, позволит получить информацию о продолжительности и природе когнитивных нарушений.

6. Естественные наблюдения: отчет о наблюдениях и сведениях, полученных при разговорах во время осуществляемого ухода.

7. Если скрининг выявил когнитивные нарушения, необходимо направление пациента в профильное учреждение к специалистам (например, в клинику нарушений памяти, на осмотр к нейропсихологу, психиатру или к высококвалифицированной медицинской сестре).

В. При оценке когнитивных функций обратите внимание на:

- 1) наличие признаков, симптомов когнитивных нарушений или жалоб на них;
- 2) поведение, не соответствующее ситуации или нетипичное

для больного, в том числе снижение функций;

3) отсутствие лица, осуществляющего уход, которое могло бы подтвердить то, что признаки и симптомы когнитивных нарушений не наблюдаются;

4) способность пациента давать согласие и следовать плану лечения.

Г. Для точной оценки когнитивных функций обеспечьте соблюдение следующих условий:

1. Физическое окружение

1) комфортная температура окружающей среды;

2) достаточная освещенность;

3) отсутствие отвлекающих факторов (наиболее благоприятно проводить оценку наедине с пациентом и не допускать выполнения каких-либо других задач в это время);

4) проводите оценку таким образом, чтобы восприятие информации пациентом было максимально возможным.

2. Межличностная среда

1) подготовьте пациента к оценке;

2) начните оценку с непринужденной беседы;

3) позвольте пациенту решать, с какой скоростью будет проводиться оценка;

4) не оказывайте эмоционального давления на пациента, дайте ему почувствовать себя в безопасности.

3. Сроки проведения оценки

Планируйте время на проведение оценки в соответствии с когнитивными возможностями пациента.

Старайтесь не проводить оценку:

1) сразу после пробуждения;

2) непосредственно перед приемом пищи или после еды;

3) сразу перед началом или после окончания медицинских диагностических или лечебных процедур;

4) при наличии влияющих на когнитивные способности состояний (нестабильное состояние здоровья, повышенная температура, тошнота).

4. Письменное заключение о результатах оценки осуществляется в контексте со всеми сделанными во время неё наблюдениями.

V. Ожидаемые результаты

А. Для пациента:

1. Оценка проводится в рекомендованное время.
2. Раннее выявление когнитивных нарушений.
3. Уход за пациентом осуществляется с учётом его когнитивного статуса/нарушений.
4. Большая удовлетворенность от ухода.

Б. Для лечащего персонала:

1. Умение оценивать когнитивные функции.
2. Способность различать делирий, легкое нейрокогнитивное расстройство, деменцию и депрессию.
3. Использование стандартных протоколов для когнитивной оценки.
4. Удовлетворенность, вызванная повышением качества оказываемой помощи.

В. Для организации:

1. Документирование когнитивной оценки.
2. Раннее и точное выявление когнитивных нарушений.
3. Более отлаженная система направления пациентов к профильным специалистам (гериатрам, гериатрическим медсестрам, неврологам, психиатрам, специалистам клиники нарушений памяти) для дополнительной оценки и рекомендаций по лечению.
4. Снижение общих расходов на медицинскую помощь.

VI. Длительное наблюдение

Оценка должна осуществляться специалистом, имеющим соответствующие навыки. Её результаты должны фиксироваться документально. Пациент должен направляться к специалистам в зависимости от характера нарушений.

ДЕМЕНЦИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

I. Цель

1. Ранняя диагностика деменции.
2. Адекватный уход за пациентами с деменцией и оказание поддержки их семьям.

II. Введение

Стремительный рост числа пожилых людей связан с большей распространенностью деменций с прогрессирующим течением. Необходимо, чтобы точный диагноз был поставлен как можно скорее после появления когнитивных нарушений, также нужно тщательно отслеживать течение сопутствующих заболеваний. Сестринский уход занимает центральное место в оценке и ведении пациентов с прогрессирующей деменцией.

III. Предпосылки

1. Определение.

1.1. Деменция – это клинический синдром, при котором наблюдаются когнитивные нарушения.

1.2. Наряду с когнитивными нарушениями при деменции обычно присутствуют функциональные ограничения, нарушения настроения и поведения.

1.3. Наиболее распространенными формами прогрессирующих деменций являются болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция, деменция с тельцами Леви и лобно-височная деменция; патофизиология каждой из них на данный момент недостаточно изучена.

1.4. Дифференциальная диагностика деменции часто осложнена наличием другого заболевания (сопутствующих патологий).

2. Распространенность.

2.1. Деменция наблюдается примерно у 11% людей в возрасте

65 лет и старше.

2.2. Во всем мире деменцией страдает около 44.4 млн человек, ожидается рост числа больных деменцией до 135.5 млн к 2050 году.

3. Факторы риска.

3.1. Пожилой возраст.

3.2. Наличие легких или умеренных когнитивных нарушений, которое характеризуется незначительным влиянием на повседневную деятельность пациента, связанную с автономией (инструментальную повседневную активность).

3.3. Сердечно-сосудистые заболевания.

3.4. Генетическая отягощенность: случаи заболевания деменцией, болезнью Паркинсона, сердечно-сосудистыми заболеваниями у родственников, инсульты у членов семьи, а также присутствие аллеля ApoE4 в 19 хромосоме.

3.5. Факторы среды: черепно-мозговые травмы и злоупотребление алкоголем.

IV. Параметры оценки

Лечащий персонал должен распознавать когнитивные нарушения и снижение функциональности у пожилых людей для ранней диагностики деменции и болезней со сходным течением. Диагностический процесс включает в себя определение когнитивных, функциональных, поведенческих, физических показателей, а также оценку действий лица, осуществляющего уход, и исследование факторов среды.

1. Когнитивные параметры.

1) ориентировка: во времени, пространстве, в собственной личности;

2) память: способность запоминать, хранить, вспоминать информацию;

3) внимание: возможность реагировать на стимулы и концентрировать на них внимание;

4) мышление: возможность формулировать мысль и озву-

чивать её;

5) язык: понимание речи и способность к вербальному общению;

6) праксис: способность выполнять целенаправленный двигательный акт;

7) исполнительные когнитивные функции: способность к абстрактному мышлению, планированию, построению логических последовательностей, возможность использовать обратную связь.

2. Скрининг психического статуса.

1) Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) – наиболее часто применяемый тест для оценки серии когнитивных нарушений (Приложение 7).

2) Тест "Рисование часов" является эффективным способом оценки когнитивных способностей, связанных с исполнительными контролирующими функциями.

3) Краткий когнитивный тест Mini-Cog сочетает в себе тест "Рисование часов" и тест по воспроизведению трех слов (Приложение 9).

4) Для уточнения диагноза проводится нейропсихологическое исследование специалистом.

3. Функциональная оценка.

Тяжесть заболевания может быть оценена по изменению в выполнении повседневных задач, включая те, которые связаны с автономностью пациента и использованием различных инструментов (ADL и IADL), это в высокой степени коррелирует с баллами по оценке психического статуса. Следует выяснить информацию о способности больного соблюдать личную гигиену, о перемещениях, а также о бытовой деятельности (например, о решении финансовых вопросов, приеме препаратов, приготовлении пищи, совершении покупок).

4. Поведенческая оценка.

1) Дайте оценку изменениям в характере и наблюдайте их в динамике. Особое внимание уделите ажитации, агрессии,

тревожности, расторможенности, наличию бредовых идей и галлюцинаций.

2) Оцените, присутствует ли у пациента депрессия, так как она часто наблюдается у больных деменцией. Для этого может эффективно применяться Гериатрическая шкала депрессии (GDS).

5. Оценка физического состояния здоровья.

1) Необходимо провести комплексную оценку физического состояния здоровья, уделяя особое внимание функционированию нервной и сердечно-сосудистой систем для выявления причин возникновения деменции и/или обратимых когнитивных нарушений.

2) Необходима тщательная оценка всех принимаемых пациентом рецептурных препаратов, препаратов, отпускаемых без рецепта, гомеопатических средств, травяных средств, питательных продуктов, чтобы выявить их влияние на когнитивный статус.

3) Результаты лабораторных исследований играют важную роль при выявлении отличий между необратимыми и обратимыми формами деменций. Два лабораторных теста, которые особенно показаны при ранней диагностике деменции, это оценка функции щитовидной железы и достаточности витамина B12. Обычно первичная диагностика больных деменцией включает структурную нейровизуализацию при помощи неконтрастной компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии.

6. Лицо, осуществляющее уход, и окружающая среда.

1) Очень важно проводить оценку возможностей лица, осуществляющего уход, так как его потребности также велики, как и у больного деменцией, а также проводить оценку среды, в которой находится пациент.

2) Сделайте вывод об отношении лица, осуществляющего уход, к объёму функциональных возможностей пациента, а также об объёме оказанной помощи.

3) Оцените влияние когнитивных нарушений пациента и

его поведения на лицо, осуществляющее уход (мастерство, удовлетворенность, нагрузка).

4) Дайте оценку опытности лица, осуществляющего уход, и его взаимоотношениям с пациентом.

V. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

Правила сестринского ухода за больными деменцией основываются на модели постепенно снижаемого порога напряжения (Progressively Lowered Stress Threshold, PLST). Согласно этой модели, люди с деменцией испытывают трудности при получении, обработке и реагировании на экологические стимулы. Тяжесть и частота поведенческих отклонений варьирует в зависимости от экологических или внешних стимулов и тяжести деменции.

1. Отслеживайте эффективность и возможные побочные эффекты препаратов, принимаемых пациентами для улучшения когнитивных способностей или для замедления деменции.

2. Используйте подходящие методы для стимулирования когнитивных способностей и обеспечьте социальную вовлеченность пациента.

3. Обеспечьте пациенту достаточный отдых, сон, потребление жидкости, питание, экскрецию, ведение боли, а также комфорт.

4. Избегайте использования физических ограничителей или препаратов для ограничения активности больного.

5. Обеспечьте максимальную функциональность больного: поддерживайте подвижность и независимость пациента так долго, насколько это возможно, предоставьте адекватную помощь в зависимости от проблем с повседневными задачами (включая инструментальную повседневную активность) составьте график для посещения пациентом туалета для предотвращения недержания, введите за правило физические нагрузки для того, чтобы пациент расходовал энергию и чувствовал усталость ко времени, предназначенному для сна, осуществляйте подготовку ко сну, введите связанные с этим ритуалы.

6. Обращайте внимание на поведенческие проблемы, причиной которых могут быть факторы среды, различные заболевания, конфликты с лицом, осуществляющим уход. Определите симптом-мишень, например, ажитация, агрессия, гиперактивность, а также фармакологические и нефармакологические подходы к лечению. Фармакологическое лечение включает применение психотропных препаратов, а нефармакологические меры могут включать техники управления аффектом, ограничения стимулов, соблюдения личного пространства, отвлечения, переключения внимания. Примите меры, чтобы успокоить пациента. При необходимости проконсультируйтесь со специалистом по психическому здоровью.

7. Обеспечьте лечебную и безопасную окружающую среду. Пациента должно окружать минимальное количество факторов, провоцирующих болезнь. Избыточное количество стимулов способно вызвать ажитацию и усилить растерянность, а их недостаточное количество может привести к сенсорной депривации и отстранённости. При уходе используйте идентификаторы (бейджи), медицинские системы реагирования, браслеты, запирающие устройства, устройства, контролирующие перемещение больного. Устраните все элементы в обстановке, представляющие риск для пациента. Для того, чтобы облегчить восприятие информации для больного, используйте вспомогательные средства, для стабильности ухода он должен осуществляться одними и теми же лицами в соответствии с выбранными подходами. Также могут быть эффективными психосоциальные методы и арт-терапия.

8. Осуществляйте планирование ухода с учётом того, что болезнь будет прогрессировать: объясните лицу, осуществляющему уход, особенности течения заболевания, возможности терапии и дайте рекомендации на будущее.

9. Обеспечьте должный уход за пациентом в терминальной стадии заболевания: комфорт, ведение боли, рассмотрите преимущества и риски радикальных мер (зондовое кормление, терапия антибиотиками).

10. Обеспечьте лицо, осуществляющее уход, всей необходимой информацией, окажите ему поддержку: проявляйте уваже-

ние к тому, как распределены роли в семье и как в ней развиваются события, воздерживайтесь от оценок. Выступайте за открытый диалог, делайте акценты на сильных сторонах пациента, будьте связующим звеном между семьёй и опытными специалистами, обучайте технике ухода за больным.

11. Включите в план ухода за больным, страдающим деменцией, поддержку со стороны общественных организаций и окружения (другие родственники, друзья, соседи).

VI. Оценка и ожидаемые результаты

А. Для пациента:

- 1) сохранение независимости и способности участия в принятии решений так долго, насколько это возможно;
- 2) осуществление эффективной терапии сопутствующих заболеваний, минимизация беспокоящих пациента симптомов в терминальной стадии болезни.

Б. Для лица, осуществляющего уход:

- 1) умение эффективно оказывать уход;
- 2) удовлетворение от осуществления ухода;
- 3) использование источников информации по уходу.

В. Для учреждения:

- 1) безопасная и поддерживающая среда для больных с прогрессирующей деменцией;
- 2) план по улучшению качества ухода связан с наиболее острыми проблемами, такими как падения и использование ограничительных средств.

VII. Длительное наблюдение

1. Регулярно наблюдать больного у специалистов, частота зависит от физического, психического и эмоционального статуса больного, а также от потребностей лица, осуществляющего уход.
2. Необходимо следить за эффективностью фармакологического и нефармакологического лечения и проводить коррекцию

по назначению врача.

3. Выявлять и лечить заболевания, влияющие на прогрессирование деменции по назначению врача.

4. Делиться источниками информации по поводу заболевания и поддержки больным деменцией с семьей пациента и/или лицом, осуществляющим уход.

ДЕПРЕССИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

I. Введение в проблему

1. Депрессия является широко распространенным заболеванием среди пожилых людей, получающих медицинскую и другую специализированную помощь.

2. Депрессия не является проявлением нормального процесса старения и не может рассматриваться как нормальная реакция на госпитализацию с острым заболеванием.

3. Депрессия приводит к усилению болевых ощущений и ограничению возможностей, более длительному периоду восстановления после заболевания или хирургического вмешательства, усугублению побочных эффектов лекарств, чрезмерно частому обращению за медицинской помощью, когнитивным нарушениям, недостаточному питанию, а также повышенному риску смерти, как связанным с суицидом, так и не имеющему к нему отношения.

4. Депрессия является модифицируемым фактором риска преждевременного старения.

II. Параметры оценки

А. Биологические факторы.

1) Сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, инсульт);

2) Физическое здоровье (боль, бессонница, ранее перенесенная депрессия, попытка суицида в анамнезе, сопутствующее злоупотребление психоактивными веществами);

3) Деменция (сосудистая или вызванная болезнью Альцгеймера);

4) Другие хронические заболевания или состояния, ограничивающие возможности пациента (сахарный диабет, болезнь Паркинсона, артрит, нарушения зрения, ХОБЛ);

5) Психологические факторы;

6) Личностные особенности (личностное расстройство, низкая уверенность в себе);

7) Жизненные потрясения (травма, низкий уровень дохода, различного рода ограничения возможностей);

8) Социально-обусловленные провоцирующие факторы (чувство утраты, одиночества, отсутствие социальной поддержки, осуществление ухода за кем-либо).

Б. Проведение оценки и скрининга.

1. Проведите скрининг во всех группах риска при помощи стандартных методов выявления депрессии и зафиксируйте документально результаты (баллы). В качестве инструментов оценки используются – гериатрическая шкала депрессии (GDS), опросники PHQ-9 и PHQ-2.

Краткая гериатрическая шкала депрессии (GDS) – это диагностический инструмент, предназначенный для самооценки психоэмоционального состояния, шкала широко используется в гериатрической практике во всем мире. Достоинство шкалы также состоит в том, что она создана для работы с пожилыми людьми (Приложение 11).

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) - шкала оценки здоровья пациента, которая была разработана под руководством Роберта Л. Спитцера (Robert L. Spitzer) и состояла из модулей, предназначенных для оценки депрессии. PHQ-2 – производный от PHQ-9, наиболее простой опросник для скрининга депрессии. Несмотря на свою простоту, доказал эффективность в крупных исследованиях, в которых предположительный диагноз, установленный с их помощью, в дальнейшем подтверждался при обследовании специалистом (Приложение 12).

2. Проведите по указанию врача оценку во всех группах риска и зафиксируйте результаты. Отметьте симптомы и их количество, время появления нарушений, частоту/паттерны, продолжительность (особенно если симптомы депрессии появились за две недели до оценки), отметьте отклонения от нормального настроения, поведения, функционирования.

Ниже приведены параметры оценки:

- 1) типичные симптомы депрессии;
- 2) подавленность или раздраженность, частый плач;
- 3) потеря интересов и способности получать удовольствие от жизни (в семейном кругу, при общении с друзьями, при занятии хобби, во время секса);
- 4) потеря или набор веса;
- 5) расстройства сна (особенно бессонница);
- 6) слабость и упадок сил;
- 7) психомоторная заторможенность/возбужденность;
- 8) снижение концентрации внимания;
- 9) чувство бесполезности/вины;
- 10) суицидальные мысли или попытки, ощущение безнадежности;
- 11) психоз (бредовое расстройство/параноидальные мысли, галлюцинации);
- 12) ранее перенесенные депрессии, злоупотребление психоактивными веществами (особенно алкогольная зависимость), особенности образа жизни и преодоления трудностей;
- 13) недавние утраты и потрясения (гибель супруга, друга, питомца; выход на пенсию; годовщины; смена места жительства; помещение в специализированное учреждение); изменения в физическом состоянии здоровья, отношениях, ролях.

3. Ознакомьтесь с историей болезни пациента и результатами осмотра невролога или психиатра.

4. Оцените по указанию врача, может ли депрессия быть следствием медикаментозной терапии (например, если применяются стероиды, препараты, содержащие наркотические вещества, успокоительные и снотворные средства, бензодиазепины, гипотензивные средства; н2-блокаторы, бета-блокаторы, нейролептики, иммуносупрессивные и цитотоксические препараты).

5. Оцените по указанию врача, наличие инфекции, анемии, гипотиреоза или гипертиреоза, гипонатриемии, гиперкальциемии, гипогликемии, хронической сердечной недостаточности, почечной недостаточности, которые могут быть связаны с симптомами, характерными для депрессии.

6. Оцените по указанию врача когнитивные нарушения.
7. Определите, присутствуют ли функциональные ограничения, и оцените качество жизни пациента.

III. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

1. При выявлении пациентов с депрессивным синдромом (5 баллов по шкале GDS-15 и выше), информируйте врача о необходимости консультации психиатра.

Лечение может включать терапию лекарственными препаратами или когнитивно-поведенческую психотерапию, межличностную психотерапию, а также непродолжительную психодинамическую терапию или консультирование (индивидуально, в группах, семейная психотерапия), госпитализацию в соответствующее отделение.

2. Особую важность для психотерапии представляют специфические проблемы, о которых пациент сообщает в ходе индивидуальной оценки, а также принятие решения о целесообразности применения препаратов. В решении данных вопросов могут участвовать патронажные медсестры, оказывающие уход за пациентами с психиатрическими заболеваниями, медсестры, специализирующиеся на уходе за пожилыми пациентами с психиатрическими заболеваниями, социальные работники, психологи и другие специалисты. Необходима срочная /внеплановая консультация врача-психиатра если имеют место суицидальные мысли, психоз и в сочетании с ними – злоупотребление психоактивными веществами.

3. При выявлении любой депрессии у пациента разработайте индивидуальный план, в который включите следующие меры:

1) Отмена препаратов, способных вызывать депрессию выполняется по рекомендации врача, проконтролируйте выполнение данных рекомендаций.

2) Организуйте срочную /внеплановую консультацию врача-психиатра если имеют место суицидальные мысли.

3) Отслеживайте и стремитесь сделать адекватным питание, физиологические отправления, сон и отдых больного.

4) Обеспечьте физический комфорт (особенно ведение боли).

5) Обеспечьте максимальную подвижность пациента (регулярные упражнения/подвижность, лечебная физкультура, эрготерапия, рекреационная терапия), составьте ежедневный график активности.

6) Обеспечьте социальную поддержку (определите, кто из окружения пациента [члены семьи, друзья, другие посетители] может её оказать либо привлечите специалиста).

7) Стремитесь к тому, чтобы пациент достиг максимальной автономности, индивидуальной ответственности и уверенности в своих силах, например, добейтесь его активного участия в составлении ежедневных графиков и выборе краткосрочных целей.

8) Ставьте акценты на сильных сторонах пациента, его возможностях.

9) Сделайте возможным и поддерживайте ежедневное участие пациента в релаксационной терапии и занятиях, приносящих ему удовольствие, а также в музыкальной терапии.

10) Отслеживайте и документируйте реакцию пациента на препараты и нелекарственную терапию, проведите повторную оценку депрессии, используя шкалы и другие методы.

11) Окажите действенную помощь, принимайте участие в решении проблем больного.

12) Окажите эмоциональную поддержку (выслушайте пациента, посочувствуйте ему и поддержите, приветствуйте выражение чувств пациентом, внушите ему надежду), поддерживайте адаптивное поведение, а также приятные воспоминания.

13) Предоставьте пациенту информацию по поводу его физического заболевания и лечения, а также о депрессии (о том, что депрессия является распространенным состоянием, которое может быть полностью излечимо, и не возникает по вине пациента), уделите внимание страхам пациента, связанным с диагнозом и стигматизацией, если они имеют место.

14) Сообщите пациенту о том, как важно придерживаться назначенного режима лечения депрессии (особенно приёма

препаратов) для предотвращения рецидивов, сообщите о характерных побочных эффектах антидепрессантов.

15) Обеспечьте социальную поддержку со стороны профильных объединений/организаций.

IV. Цели оценки и ожидаемые результаты

А. Для пациента:

- 1) поддержка безопасности жизни пациента;
- 2) своевременное выявление депрессии;
- 3) улучшение прогноза заболевания (снижение симптомов, исчезновение суицидальных мыслей и прекращение психоза);
- 4) улучшение повседневной жизни пациента.

Б. Для персонала:

- 1) своевременное выявление пациентов высокого риска, направление к профильному специалисту и лечение депрессии;
- 2) поддержка и предоставление необходимой информации о лечении депрессии пациентам, их семьям и другим лицам, осуществляющим уход устно и в письменном виде (в том числе информация о том, как люди, осуществляющие уход за пациентом, могут оказать ему поддержку).

В. Для учреждения:

- 1) рост числа пациентов с установленной депрессией, на фоне чего не отмечается увеличение количества суицидальных попыток;
- 2) повышение направлений к профильным специалистам;
- 3) непрерывное обучение персонала распознаванию, оценке и методам лечения депрессии;
- 4) совместная разработка программ по лечению депрессии специалистами различного профиля.

V. Длительное наблюдение

1. После выписки больного передавайте информацию в соответствующие учреждения.

2. Обучение лиц, осуществляющих уход за пациентом, проведению оценки состояния больного в динамике и принятию мер, связанных с лечением депрессии.

ПРОФИЛАКТИКА ДЕЛИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В СТАЦИОНАРЕ

I. Цель

Снижение частоты случаев делирия у пациентов пожилого и старческого возраста при госпитализации.

II. Введение в проблему

Делирий — частое патологическое состояние у пациентов пожилого возраста. Делирий является одним из самых серьезных и потенциально смертельных факторов риска, это неотложное медицинское состояние, которое требует немедленного профессионального вмешательства.

Своевременное выявление пациентов высокого риска и внедрение в повседневную клиническую практику стандартизированных протоколов позволяет значительно снизить распространенность или предотвратить развитие делирия.

Выявление факторов риска и своевременный скрининг делирия должны являться неотъемлемым компонентом работы медсестры с пациентами пожилого возраста.

Делирий - это острое расстройство, сопровождающееся нарушением сознания, развивается в течение короткого промежутка времени, с флуктуирующим течением. Делирий является следствием имеющейся соматической или психиатрической патологии.

При поступлении в стационар делирий диагностируется у 10 - 31% пациентов пожилого возраста с заболеваниями терапевтического профиля, 31% пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии, 26 - 62% пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь.

Факторы риска. Наиболее изученными факторами риска развития делирия у госпитализированных пациентов являются деменция, пожилой возраст, наличие хронических заболеваний, предшествующий делирий, тяжелая инфекция, иммобилизация, сенсорные дефициты (нарушение слуха и зрения), катетеризация

уретры, мальнутриция, обезвоживание, болевой синдром (особенно в послеоперационном периоде). Практически все классы лекарственных средств потенциально могут стать причиной делирия. Наиболее важными из них являются седативные средства, бензодиазепины, опиаты, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, нейролептики, антиконвульсанты, антидепрессанты и антихолинергические препараты. Возможными факторами риска делирия являются депривация сна (например, отсутствие условий для сна в реанимационном отделении или в многоместной палате), полипрагмазия, ограничения физической активности, неблагоприятная окружающая среда и психологический дискомфорт, задержка мочи, хронический запор, гипоксия и анемия.

Прогноз. Возникновение делирия у госпитализированных пациентов пожилого возраста сопряжено с увеличением смертности и продолжительности пребывания в стационаре, а также существенным увеличением финансовых затрат органов здравоохранения. При последующем наблюдении в отдельных случаях может потребоваться перевод в учреждения, предоставляющие долговременный уход. У пациентов, перенесших эпизод делирия, могут отмечаться функциональные и когнитивные нарушения, депрессия, осложнения гериатрических синдромов и деменция.

III. Параметры оценки

А. Факторы риска.

- 1) нарушение когнитивной функции;
- 2) тяжесть состояния;
- 3) делирий в анамнезе;
- 4) сопутствующие заболевания;
- 5) инфекции;
- 6) использование препаратов высокого риска (например, бензодиазепинов);
- 7) иммобилизация;
- 8) снижение повседневной активности;
- 9) катетеризация уретры;

10) лабораторные изменения (мочевина, электролиты) и дегидратация;

11) недостаточное питание;

12) физические ограничения;

13) гипоксия и анемия;

14) задержка мочи;

15) запор;

16) болевой синдром;

17) неблагоприятные факторы окружающей среды.

Оценка делирия проводится с использованием валидированной скрининговой шкалы – Шкала оценки спутанности сознания (Confusion assessment method, CAM) (Приложение 10).

Б. Основные клинические характеристики делирия.

а) острое начало и волнообразное течение;

б) нарушения внимания;

в) дезорганизованное мышление;

г) нарушения сознания.

В. Симптомы делирия:

а) дезориентация;

б) нарушения поведения;

в) нарушения коммуникации;

г) иллюзии или галлюцинации;

д) снижение психомоторной активности.

Окончательный диагноз делирия устанавливается после осмотра врача-гериатра и психиатра.

IV. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

А. Устранение и коррекция факторов риска.

1. Выполнение рекомендаций лечащего врача - обоснованное назначение лекарственной терапии, при возможности – отказ от лекарственных препаратов высокого риска.

2. Профилактика и своевременное лечение инфекции (своевременная обработка полости рта, пролежней; смена перифери-

ческих венозных и мочевых катетеров).

3. Профилактика и своевременное лечение электролитных расстройств и дегидратации (контроль питьевого режима, диуреза).

4. Обеспечение мероприятий, направленных на контроль боли (проведение оценки болевого синдрома в динамике).

5. Обеспечение адекватной оксигенации (при необходимости кислородотерапия, переливание крови, контроль артериального давления).

6. Применение специальных устройств для пациентов с сенсорным дефицитом (контроль наличия очков, слухового аппарата).

7. Контроль функции кишечника и мочевого пузыря (ежедневный контроль диуреза, стула).

8. Оптимизация питания (контроль приема пищи, при необходимости – кормление, выявление пациентов с дисфагией).

Б. Окружающая среда.

1. Общение (при отсутствии признаков психомоторного возбуждения) в дружелюбной манере, позволяющее успокоить и сориентировать пациента в окружающей обстановке. Для привыкания к окружающей обстановке и обеспечения ориентации во времени могут использоваться календари, часы, средства идентификации лиц, обеспечивающих уход за пациентом. Необходимы разъяснение всех мероприятий, проводимых с пациентом, и использование максимально простой речи.

2. Сенсорная стимуляция: тихая комната, достаточное освещение, сниженный уровень шума; простые указания для пациента (не более одного задания за один раз).

3. Сон: массаж спины, тёплое молоко или травяной чай перед сном, расслабляющая музыка, снижение уровня шума. При возможности следует стараться не разбудить пациента.

4. Знакомая обстановка: частые посещения пациента членами семьи или друзьями, передача пациенту знакомых вещей из дома, минимальная ротация лиц, осуществляющих уход за пациентом; минимизация смены постоянного месторасположения пациента.

5. Обеспечение подвижности пациента: минимальное применение мероприятий/лечебных процедур, ограничивающих активность пациента (например, катетеризация уретры), лечебная гимнастика с частотой три раза в день, прогулки.

6. Обеспечение доступной коммуникации с пациентом и беседы, касающиеся различных действий относительно больного.

7. Обучение родственников пациента.

8. Минимальное применение инвазивных вмешательств.

9. Консультации со специалистом в области гериатрии.

10. Применение психотропных препаратов в минимальных эффективных дозировках коротким курсом при опасном поведении пациента, препятствовании им лечению и в качестве средств резерва при отсутствии эффекта немедикаментозных мероприятий.

V. Цели оценки и ожидаемые результаты

А. Для пациента:

- 1) отсутствие делирия;
- 2) возвращение когнитивного статуса к исходному уровню (до развития делирия);
- 3) возвращение функционального статуса к исходному уровню (до развития делирия);
- 4) возвращение пациента к обычной окружающей обстановке.

Б. Для лиц, осуществляющих уход:

- 1) регулярное применение скрининговых инструментов;
- 2) увеличение количества выявленных случаев делирия;
- 3) внедрение в клиническую практику мероприятий, направленных на профилактику и лечение делирия на основании стандартизированных протоколов;
- 4) минимизация использования средств, ограничивающих физическую активность пациента;
- 5) ограничение использования антипсихотических лекарственных средств;

6) более высокая удовлетворенность в уходе за пациентами пожилого возраста.

В. Для учреждения:

1) обучение персонала и организация оказания помощи совместно различными специалистами;

2) использование стандартизированных протоколов по выявлению делирия;

3) снижение стоимости госпитализации;

4) снижение продолжительности госпитализации;

5) снижение заболеваемости и смертности;

6) увеличение количества направлений на оказание специализированной медицинской помощи;

7) более высокая удовлетворенность пациентов, родственников, сестринского персонала.

VI. Эффективность при длительном наблюдении

А. Снижение частоты возникновения случаев делирия как показатель качества оказываемой медицинской помощи.

Б. Своевременное выявление и лечение делирия медицинским персоналом.

Г. Проведение контроля и учета случаев возникновения делирия и предпринятого комплекса мероприятий.

СИНДРОМ МАЛЬНУТРИЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ

I. Цель

Поддержание поступления питательных веществ на оптимальном уровне или улучшение статуса питания у пожилых больных, страдающих деменцией. Организация приёмов пищи с уважением достоинства пациента и его максимальной вовлеченностью в процесс, учёт персональных предпочтений, социальных и культурных аспектов при кормлении.

II. Введение

Основные принципы.

1. Достаточное поступление питательных веществ необходимо для поддержания физического и психического здоровья.

2. Время приёма пищи критически важно, как для социальной вовлеченности больного, так и для поступления достаточного количества питательных веществ, поэтому связанные с ним ритуалы, культурные нормы, а также предпочтения пациента в еде должны учитываться для максимально полезного эффекта.

3. Необходимо приветствовать самостоятельный приём пищи всегда, когда это возможно, в остальных случаях должна оказываться помощь в кормлении.

4. Несмотря на высокую потребность в стороннем уходе во время приёма пищи, чувство собственного достоинства пациента не должно быть ущемлено.

5. Качество взаимодействия с пациентом во время приёма пищи служит индикатором качества жизни и качества предоставляемой медицинской помощи.

III. Предпосылки

A. Базовые определения.

1. Дисфагия – это нарушение перемещения пищевого комка из ротовой полости в желудок.

2. Апраксия – это нарушение произвольного управления мускулатурой из-за нейромышечных нарушений. Выступает причиной нарушения произвольной фазы глотания, а также может создавать препятствия при использовании столовых приборов.

3. Агнозия – невозможность узнавания чего-либо из-за нарушений в сфере сенсорной обработки информации. Больной может не узнавать столовые приборы как объекты, при помощи которых осуществляется приём пищи.

4. Афазия – неспособность к нормальной вербальной коммуникации, нарушения могут затрагивать восприятие или воспроизведение слов.

Б. Типы ручного кормления.

1. Прямое ручное кормление – лицо, осуществляющее кормление, держит в своей руке ложку или вилку и кормит больного, роль пациента пассивная.

2. Кормление рукой пациента – если способность держать столовый прибор у больного деменцией сохранна, то пациент берет прибор в руки, а кормящий берет руку пациента в свою руку и осуществляет кормление. Если пациент будет воспринимать кормящего в роли контролирующего процесс, то он может оттолкнуть руку.

3. Кормление с рукой в руке пациента – кормящий берет в руку столовый прибор, а страдающий деменцией больной кладёт свою руку поверх руки кормящего. Данный тип кормления может быть эффективен, так как даёт больному ощущение контроля.

Видео с различными видами кормления размещено на youtu.be/NYzH_B7XfjY по запросу "Hand Feeding Techniques in Dementia".

В. Этиология.

Проблемы, связанные с приёмом пищи, могут иметь мно-

жество причин как физиологической, так и психологической природы. Лечащий персонал должен понимать, что проблемы не обязательно связаны с нарушениями, вызванными деменцией, и рассматривать различные возможные причины.

1. Когнитивные/неврологические проблемы: болезнь Паркинсона, боковой амиотрофический склероз (БАС), деменция, особенно болезнь Альцгеймера, инсульт.

2. Психологические проблемы: депрессия.

3. Ятрогенные причины: отсутствие специального адаптивного оборудования для кормления, использование физических ограничений, препятствующих осуществлению движений для самостоятельного приёма пищи, перемены положения или перемещения, неподходящие стул или стол, их несоответствие по высоте, использование кресла-коляски вместо того, чтобы посадить пациента на стул за стол, а также использование одноразовой посуды, особенно для больных с когнитивными нарушениями или нейромышечными заболеваниями.

IV. Параметры оценки

А. Анализ рациона.

Эдинбургская шкала оценки питания больных деменцией (Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia, EdFED) используется для оценки поведения больного во время еды и его трапезки, данная шкала применяется во время наблюдений за приёмом пищи у пациентов.

1. Если пациент отворачивается от пищи со сжатым ртом, необходимо определить, вызвано ли данное поведение тем, что больному не нравится предложенная пища, или что больной предпочел бы напиток в данный момент? Если пациент получает то, что соответствует его предпочтениям, продолжает ли он приём пищи?

2. Пациент отказывается открыть рот/не глотает пищу/позволяет пище вываливаться изо рта: необходимо направить пациента к логопеду/специалисту, занимающемуся проблемами с глотанием. Также рассмотрите, целесообразно ли направить пациента к

стоматологу.

3. Пища валится из рук пациента: рассмотрите возможность ручного кормления.

Б. Ознакомьтесь с информацией, собранной в ходе лечения больного.

1. Информация о характерных особенностях приёма пищи, свойственных данному пациенту, сведения о снижении объёма принимаемой пищи, причём причины данного снижения должны быть установлены в клинических условиях, так как это может указывать:

а) на наличие острого заболевания/начало инфекционного процесса;

б) на особенности распределения принимаемой пищи между различными приёмами в течение дня (например, пациент съедает 100% предлагаемой пищи за завтраком и только 25% за обедом).

2. Ознакомьтесь с информацией о стуле пациента (частота, особенности и т.д.), проведите аускультацию кишечника, выявляйте случаи, когда достаточная дефекация не осуществлялась в течение трёх дней и более. Хронические запоры негативно сказываются на аппетите.

V. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

А. Стратегии, направленные на пациента.

1. Отводите достаточно времени на ритуалы перед приёмом пищи (например, мытьё рук, посещение туалета), переодевание или надевание специального передника перед приёмом пищи, другие ритуалы, принятые в семье пациента.

2. Религиозные обряды и запреты должны приниматься во внимание при подготовке к приёму пищи (например, особенности в питании характерны для мусульман, евреев, приверженцев Церкви адвентистов седьмого дня и т.д., при необходимости получите дополнительную информацию от членов семьи больного или от духовного лица).

3. Принимайте во внимание культурные и другие особенно-

сти пациента: история семьи, семейные торжества, особые ритуалы, связанные с приёмом пищи.

4. Разработайте план терапии таких хронических состояний, влияющих на аппетит, как запоры, депрессия, тревожность.

5. Решения пациента, связанные с отказом от лечения на терминальных стадиях заболевания и касающиеся отказа от приёма пищи/жидкости, а также те решения, которые касаются введения питательных веществ, должны вызывать соответствующую реакцию у медицинского персонала с вовлечением причастных к этому лиц.

Б. Стратегии, направленные на персонал.

1. Обеспечьте вовлеченность достаточного количества квалифицированных специалистов.

2. Реализуйте индивидуализированный подход к кормлению больных, учитывающий предпочтения в еде и сторонней помощи.

3. Если больной склонен предпочитать одни приёмы пищи другим (как в случае, когда он съедает завтрак полностью, а обед лишь на четверть), то увеличьте объёмы пищи во время тех приёмов, когда он съедает больше, для восполнения поступления питательных веществ.

4. Положение лица, осуществляющего уход: медицинский работник или другое лицо, участвующее в кормлении, располагается с доминантной стороны тела больного (наиболее активная сторона, сторона ведущей руки), перед кормлением устанавливается зрительный контакт, во время кормления пожилой больной получает визуальные стимулы со стороны кормящего.

5. Стимуляция и ориентировка: лицо, осуществляющее кормление, подаёт всевозможные вербальные и невербальные стимулы, а также даёт простые и понятные команды ("вот пища", "откройте Ваш рот", "жуйте"), которые помогут сохранить пероральный приём пищи максимально долго.

6. Самостоятельный приём пищи: стремитесь задействовать все функциональные возможности пациента для самостоятельного приёма пищи, давайте пациенту максимум времени для

приёма пищи самостоятельно, а не стремитесь оказать помощь, чтобы убыстрить процесс.

7. Наблюдение во время приёма пищи: для получения полного понимания характера предоставления пищи, обстановки во время её приёма и индивидуальных предпочтений пациентов в еде в наблюдении, врачебных обходах должны участвовать специалисты различного профиля.

В. Обстановка, благоприятная для приёма пищи.

1. Приём пищи в столовой/буфете или в палате пациента: стремитесь, чтобы пациент ел в столовой или буфете, а не в своей палате, так как это связано с более хорошим аппетитом, столовая или буфет должны быть персонализированными. Во время приёма пищи не должны проводиться лечебные или какие-либо другие манипуляции и не должно быть отвлекающих факторов.

2. Посуда и столовые приборы: предпочтительнее использовать стандартные столовые принадлежности (стаканы, чашки, блюда, тарелки), а не одноразовую посуду и нагрудники для взрослых.

3. Создавайте контраст: для облегчения приёма пищи у пациентов, имеющих сниженное зрение, создавайте контраст между передним и задним планом, дизайн должен быть минималистическим, а блюда, напитки хорошо видны.

4. Мебель: усадите пожилого человека в устойчивое кресло, в то время как сидение на стуле или постели менее предпочтительно, стол должен быть подходящей высоты.

5. Уровень шума должен быть минимальным с учетом музыки, шума, производимого лицом, осуществляющим уход, а также шума от телевизора. На приёме пищи благоприятно сказываются беседы между пациентом и ухаживающим за ним лицом.

6. Музыка: приятная, предпочитаемая пациентом музыка способствует приёму пищи.

7. Освещение: избегайте недостаточной освещенности, резких теней или отблесков, обеспечьте достаточный свет.

8. Запахи еды: для повышения аппетита пациентов пища должна

готовиться в помещении, примыкающем к столовой/буфету. Приятные запахи пищи благоприятно сказываются на питании, когда присутствуют в местах приёма пищи.

9. Вспомогательное (адаптивное) оборудование: доступное для использования, подходящее и чистое, лица, осуществляющие уход/пожилые пациенты умеют им пользоваться, эрготерапевт участвует в оценке.

VI. Ожидаемые результаты

А. Для пациента:

1. Принимаемые меры отражаются в плане лечения.
2. Социальные аспекты, связанные с качеством жизни, получают должное внимание во время приёма пищи.
3. Учитывается культура приёма пищи, личные предпочтения в еде или решения пациента на терминальных стадиях заболевания.

Б. Для персонала:

1. Пациентов отвлекают от приёма пищи как можно реже, на системной основе подобная практика минимальна.
2. Члены семьи и персонал знают о потребностях пациента и обеспечивают безопасный и эффективный приём пищи.
3. Поддержание достаточного поступления питательных веществ, что отражается в плане осуществления ухода.
4. Обладание необходимыми знаниями для оценки рациона; учёт культурных особенностей пациента, его предпочтений, связанных с приёмом пищи, что отражается в плане ухода за пациентом.

В. Для учреждения:

1. Статус питания больного отражается документально, поведение больного, связанное с приёмом пищи, соответствует ожидаемому.
2. Своевременно даётся оценка изменениям в статусе питания, поведению больного при приёме пищи, пациент своевременно направляется к соответствующим специалистам.

3. В поддержании здорового питания участвует команда из медицинских специалистов различного профиля (гериатр, высококвалифицированная медицинская сестра, диетолог, логопед, стоматолог, эрготерапевт, социальный работник, духовное лицо и т.д.).

4. Проблемы с питанием и поступлением питательных веществ решаются в индивидуальном порядке.

5. Кормлением больных деменцией занимается достаточное количество высококвалифицированных специалистов.

VII. Длительное наблюдение

1. Персонал отслеживает поведение больного при приёме пищи и отражает данную информацию в медицинской документации.

2. Документальное фиксирование стратегий ухода, а также изменений в статусе питания и поведении при приёме пищи.

3. Документальное отражение кадрового состава команды, обучения сотрудников, наличие сформированной многопрофильной команды.

ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

I. Цели

1. Профилактика возникновения пролежней.
2. Раннее выявление изменений кожных покровов и начальных появлений пролежней.

II. Предпосылки и постановка проблемы

Пролежни являются широко распространенной кожной патологией, развивающейся у неподвижных пациентов или больных с ограниченной активностью. Данная патология является результатом ишемии и некроза тканей вследствие длительного сдавления, сдвига или смещения их между скелетом и поверхностью на которой располагается больной.

Возникновению пролежней способствуют и другие факторы риска, наиболее значимыми из которых являются: недостаточное питание (мальнутриция), дегидратация, недержание мочи и кала, сухость кожных покровов, нарушения психомоторной активности (апатия, возбуждение, беспокойство), когнитивные изменения и неадекватный гигиенический уход.

Места локализации пролежней определяются основным положением, в котором больной со сниженной физической активностью проводит наибольшее количество времени – лежа на спине, на боку или сидя в кресле. Зонами повышенного риска образования пролежней соответственно являются:

- положение «лежа на спине»: затылок, лопатки, позвоночник, крестец, пяточные кости;
- положение «лежа на боку»: ухо, плечо, бедро, колено, лодыжка;
- положение «сидя в кресле»: лопатка, копчик, ягодицы, задняя поверхность подколенного сустава, пяточные кости.

Различают 4 степени развития пролежней:

I - видимое покраснение кожи, не исчезающее при надавливании;

II - поверхностная потертость кожи, первые повреждения в виде пузырей, наполненных прозрачной жидкостью;

III - глубокое повреждение кожи до мышечной ткани;

IV - повреждение до фасции кости, некроз тканей часто с воспалением суставов.

Пролежни на II или более поздних стадиях впервые чаще обнаруживаются у пациентов с тёмной кожей. Данная особенность обусловлена маскировкой начальных этапов воспаления количеством пигментных клеток кожи.

III. Параметры оценки

Комплексная оценка риска появления пролежней включает в себя осмотр кожных покровов больного и выявление внешних и внутренних факторов риска.

А. Осмотр кожных покровов больного.

В соответствии с основными принципами профилактики и своевременного выявления пролежней рекомендуется:

1. Регулярно проводить осмотр кожи пациентов: для больных со светлой кожей – с целью обнаружения участков покраснений, для пациентов с тёмной кожей – на предмет участков с выраженной пигментацией.

2. Внимательно осматривать участки кожи, находящиеся в контакте с какими-либо медицинскими устройствами и приспособлениями: катетеры, кислородные аппараты, вентиляционные трубки, маски, ортезы или воротники. Пациентам с пастозностью или локальными отеками целесообразно проводить осмотр минимум два раза в день.

3. Пальпировать кожу на предмет выявления повышенной температуры, возникновения отеков и огрубения кожных покровов.

4. Узнавать у пациента, не испытывает ли он боль или непри-

ятные ощущения в областях над костными выступами или местами соприкосновения тела с поверхностью кровати или медицинскими устройствами и приспособлениями.

Б. Выявление внешних и внутренних факторов риска.

Выявление возможных индивидуальных предикторов риска в баллах проводится с помощью специальных оценочных шкал (Шкала Нортон).

В. Оценка индивидуального риска возникновения пролежней.

Комплексную оценку риска возникновения пролежней чаще проводят медицинские сестры. Риск пролежней возрастает со снижением баллов: от 8 до 16 баллов – группы высокого риска, до 24 – угроза образования, выше 24 – риск минимальный.

IV. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

А. Документация по оценке риска появления пролежней должна вестись следующим образом:

1. Оценка пациента при поступлении больного.
2. Периодическое осуществление повторной оценки с частотой, которая зависит от тяжести состояния пациента, изменений когнитивного статуса и условий, в которых он находится. Пациентам в критическом состоянии данное мероприятие необходимо проводить каждые 12 часов и каждые 24-48 часов для остальных групп больных с ограниченной активностью.
3. Оценка индивидуального риска возникновения пролежней необходимо проводить с помощью стандартизированных инструментов (шкала Нортон).
4. Результаты в баллах фиксируются в медицинской документации. На основании полученной информации составляются протоколы по лечению и профилактике пролежней.
5. Пациенты, перенесшие операционное вмешательство, подвержены более высокому риску возникновения пролежней. Проведение хирургического лечения влечет за собой дополнительные факторы риска: продолжительность операции, количество эпизодов гипотензии у больного и/или пониженной

внутренней температуры в течение операции, сниженную подвижность в первый день после операции.

Б. Общие вопросы ухода и медицинские вмешательства.

1. Уход за кожей пациента.

1) регулярный осмотр кожных покровов;
2) очищение кожных покровов после мочеиспускания и дефекации теплой водой с использованием гигиенических средств, не вызывающих раздражение;

3) нанесение на очищенную сухую кожу смягчающих средств (лосьонов и кремов по уходу за кожей);

4) проведение профилактического массажа кожи и подкожной жировой клетчатки, покрывающей костные выступы, которое осуществляется поверхностным и последующим более глубоким надавливанием, и поглаживающими движениями по направлению к ближайшим лимфатическим узлам; энергичное растирание кожных покровов пациентов из групп высокого риска является неэффективным и может привести к повреждениям.

5) не допускать влажности покровов, приводящей к повреждениям с помощью медицинских средств, создающих барьеры между средами (использовать абсорбирующие прокладки); особенно актуально для пациентов с недержанием кала/мочи, усиленным потоотделением и наличием выделяемого из раны экссудата);

6) использовать смазывающие вещества и защитные повязки с целью предотвращения повреждений во время транспортировки больного или поворачивание его на другой бок, соблюдать требования техники во время транспортировки пациента;

7) осуществлять уход за пожилыми пациентами во время водных процедур, используя теплую воду и очищающие средства (мыло и гель), не вызывающие раздражения кожи;

8) обучить мерам профилактики пролежней пациента и лиц, осуществляющих за ним уход;

9) обеспечить дополнительную защиту зон, подверженных повышенному риску появления пролежней вследствие давления и

трения тела пациента об окружающие поверхности (места защиты зависят от основного положения пациента).

2. Положение пациента, перемена позы и контактирующей поверхности.

1) составить график перемены позы индивидуально с учётом тяжести состояния больного, целей госпитализации, риска появления пролежней, поверхностей, соприкасающихся с пациентом (материал матраца постели, инвалидное кресло); согласовать время для туалета и график перемещений пациента; общим правилом является смена положения каждые 2 часа, в т.ч. в ночное время; для пациентов, находящихся в инвалидном кресле - каждый час;

2) лица, осуществляющие уход за пациентом, должны быть ознакомлены с индивидуальным графиком смены положения;

3) для пациентов, находящихся в положении «лежа на спине», рекомендовано положение Фаулера. Различают низкое положение Фаулера - изголовье кровати поднято под углом 30° и высокое положение Фаулера - изголовье кровати поднято под углом 90° или подложено необходимое количество подушек. Под согнутые колени пациенту подкладывают подушку или валик, обеспечивая упор для стоп под углом 90°. Таким образом достигается комфортное и функциональное положения в постели;

4) для пациентов, находящихся «на боку и частично на животе», рекомендовано положение Симса. Оно достигается переворачиванием больного. Согнутая рука, находящаяся сверху, помещается на уровне плеча, другая рука располагается за спиной. Под согнутую «верхнюю» ногу подкладывается подушка, нога располагается на уровне бедра. У подошвы другой ноги подкладывается упор для ног;

5) при положении пациента «лежа на животе» повернуть голову на бок и подложить под нее низкую подушку (таким образом уменьшается сгибание или переразгибание шейных позвонков). Под живот, чуть ниже уровня диафрагмы также подкладывается небольшая подушка;

6) пациентам, занимающим фиксированное положение в

постели, необходимо проводить профилактические мероприятия для защиты области пяточных костей. Это осуществляется при помощи подушки под пятки, изготовленной из синтетических волокон, овчинки, держателей стопы или подушечек, наполненных гелем. Применение перечисленных средств направлено на устранение возможного давления на тело поверхностью кровати;

7) снижение давления на кожные покровы осуществляется с помощью специальных матрасов, подушек и покрытий для постелей, операционных столов и инвалидных кресел. Распределение давления достигается чередующимися элементами, заполненными вязкоэластичной пеной или гелем и воздухом;

8) при перемещении пациента персонал должен использовать вспомогательные средства (специальную простынь для перемещений (lift sheet), механические устройства);

9) необходимо приветствовать подвижность пациента и стремиться достичь его максимальной мобильности.

3. Питание.

1) провести оценку нутритивного статуса для пациентов, находящихся в группе риска;

2) оценить вес пациента и отслеживать его динамику;

3) контролировать приём жидкости (1 мл/ккал жидкости ежедневно);

4) контролировать количество калорий: 30 - 35 ккал/кг массы тела ежедневно; из них белка – 1,25 - 1,5 г/кг массы тела ежедневно. При необходимости обеспечить пациентам пищевые добавки, богатые белками или питание через трубку в дополнение к обычному рациону.

IV. Ожидаемые результаты

А. Для пациента:

1. Обеспечение и поддержание целостности кожных покровов.

2. Вылечивание имеющихся при поступлении в лечебное учреждение или возникших при пребывании в нем пролежневых язв.

Б. Для лечащего врача и медицинской сестры:

1. Оценка риска появления пролежней при помощи стандартизированных инструментов.
2. Ведение протоколов по профилактике пролежней пациентов, находящихся в группе риска.

В. Для организации:

1. Снижение появления пролежней у пациентов.
2. Проведение оценки риска появления пролежней с необходимой частотой.
3. Ведение профилактических протоколов, обеспечивающих существенную экономию средств для медицинского учреждения.

V. Длительное наблюдение

1. Мониторинг эффективности профилактических мероприятий.
2. Мониторинг лечения пролежней до их заживления.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СНИЖЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

I. Введение

Развитие синдрома старческой астении у пожилых пациентов сопровождается снижением физической и функциональной активности, адаптационного и восстановительного резерва организма, повышает риск развития неблагоприятных исходов. Формирование зависимости от посторонней помощи является более сильным предиктором смертности и имеет большее значение для оценки прогноза для жизни и здоровья пожилого пациента, чем даже наличие конкретных заболеваний.

К основным видам нарушений функций организма относят:

- нарушение подвижности/мобильности (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики и координации движений);
- нарушение когнитивных функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);
- нарушение языковой, речевой и письменной функций, вербальной и невербальной речи, голосообразования и др.;
- нарушение сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, а также тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);
- нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и иммунитета.

Функциональный статус пациента характеризуется уровнем его функциональной активности, мобильности и мышечной силы.

Функциональная активность человека зависит от его физических и когнитивных возможностей, желания и мотивации выполнять определенные действия, а также от существующих социальных и личностных возможностей обеспечения актив-

ности.

Поддержание или предупреждение потенциального снижения, или восстановление нарушенного физического и когнитивного функционального статуса пожилого человека относятся к основным принципам оказания помощи пациентам гериатрического профиля. Уровень функциональной активности пожилого человека должен играть ключевую роль при принятии любого медицинского решения. Зависимость от посторонней помощи в повседневной жизни требует организации ухода за пациентом.

II. Цель

1. Повышение уровня физического функционирования.
2. Обеспечение безопасности пациентов пожилого возраста.
3. Проведение мероприятий, предотвращающих или минимизирующих снижение уровня функциональной активности при повседневной деятельности.
4. Обеспечение преемственности в осуществлении ухода.

III. Задачи

Стандартизация мероприятий по оценке и оптимизация функциональной активности (динамический контроль функционального статуса; профилактика снижения и поддержание уровня функциональной активности) в сестринской практике у госпитализированных пациентов пожилого возраста.

IV. Общие положения

1. Функциональный статус подразумевает способность пациента к выполнению повседневных задач, включая задачи, не являющиеся основополагающими, но необходимые для независимой жизни. Функциональный статус является чувствительным показателем состояния здоровья пожилых пациентов и, как следствие, важным параметром для анализа в условиях сестринской практики.

2. До некоторой степени снижение уровня функциональной активности можно минимизировать или предотвратить посредством сестринского ухода (оптимизация двигательного режима, контроль мочеиспускания и дефекации, поддержание коммуникативных навыков, применение средств малой реабилитации, контроль за приёмом лекарственных средств и их дозировками, ведение боли).

3. В некоторых случаях снижение уровня функциональной активности носит необратимый характер. Функциональные нарушения часто встречаются у пациентов с терминальными стадиями заболеваний (например, при болезни Паркинсона, деменции, сердечной недостаточности, онкологическом заболевании). Для этой категории пациентов с целью обеспечения оптимальной оценки функционального статуса и своевременного оказания специализированной медицинской помощи рекомендовано совместное консультирование специалистов различного профиля.

4. На функциональный статус оказывают влияние физиологические возрастные изменения, возможности адаптации к условиям внешней среды, острые и хронические заболевания. Снижение функционального статуса достаточно часто возникает как первый симптом острых заболеваний (например, при пневмонии или инфекции мочевых путей) и носит обратимый характер. Данная ситуация требует своевременного оказания медицинской помощи. Кроме того, функциональный статус зависит от мотивации, когнитивных способностей и состояния органов чувств (особенно зрения и слуха).

5. Факторами риска снижения функциональной активности являются травмы, острые заболевания, побочные эффекты лекарственных препаратов, боль, депрессия, мальнутриция (дефицит питания), снижение подвижности, длительная иммобилизация (включая использование физического ограничения), длительное использование катетеров Фолея, изменения окружающей обстановки и повседневной активности.

6. Нарушения функционального статуса сопряжены с потерей независимости, падениями, недержанием мочи, недостаточ-

ным питанием, проблемами социализации, депрессией и большей вероятностью институализации.

7. Степень восстановления функционального статуса следует рассматривать как один из показателей эффективности лечения (например, при дестабилизации течения сердечно-сосудистых заболеваний, респираторных инфекциях, во время восстановительного периода после протезирования суставов или перенесенного мозгового инсульта).

8. Оценка функционального статуса позволяет адекватно планировать уход за пациентом после выписки из стационара (краткосрочная специализированная помощь, уход на дому, помощь социального работника по месту жительства или при переводе в учреждения длительного пребывания).

9. Окружающие условия должны соответствовать потребностям пожилых пациентов и способствовать повышению уровня функциональной активности (например, наличие стульев с подлокотниками, сидений-крышек для унитаза, дверных ручек-штанг, достаточного освещения и т.д.).

V. Параметры оценки функционального статуса

1. Комплексная оценка функционального статуса у пожилых пациентов включает в себя следующие компоненты:

а. шкала оценки функциональной активности в повседневной жизни (Базовая функциональная активность - индекс Бартел) – гигиенические процедуры, одевание, прием пищи, регуляция мочеиспускания и дефекации, передвижение в пространстве (Приложение 13);

б. шкала оценки инструментальной функциональной активности в повседневной жизни (шкала Лоутона IADL) - приготовление пищи, покупки, приём лекарственных препаратов, работа по дому, использование транспорта, учет денежных средств (Приложение 14);

с. оценка возможности передвижения (мобильности);

д. оценка необходимости посторонней помощи для выполнения повседневных задач;

- e. оценка состояния органов чувств;
- f. оценка боли;
- g. оценка когнитивного статуса.

2. Функциональный статус является одним из важнейших параметров самостоятельной оценки здоровья пожилыми людьми, поэтому при консультировании следует учитывать функциональные возможности пациента и необходимость в посторонней помощи.

3. Необходимо проводить оценку исходного уровня функциональной активности и его недавнего/постепенного снижения и ее документация.

4. Оценку функционального статуса необходимо проводить в динамике, отслеживания ухудшения или улучшения.

5. Для оценки функционального статуса следует использовать высокоэффективные стандартизированные методы, результаты которых должны быть просты в интерпретации и включаться в историю болезни пациента (см. Карта сестринского наблюдения за пациентом, сайт РГНКЦ <http://rgnkc.ru/spetsialistam/metodicheskie-materialy>).

6. Для отслеживания динамических изменений функционального статуса необходимо междисциплинарное взаимодействие, которое должно быть неотъемлемой частью ведения пожилых пациентов на всех этапах лечения. В данный процесс должны быть максимально вовлечены пациент и члены его семьи.

7. Междисциплинарное взаимодействие способствует улучшению функционального статуса за счет усовершенствования базовой и текущей оценки состояния пациента, планирования медицинских вмешательств и ухода за пациентом.

VI. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

А. Мероприятия для поддержания функционального статуса.

1. Поддержание базового уровня повседневной активности пациента. Мероприятия, направленные на сохранение физи-

ческого, когнитивного и социального функционирования (увеличение физической активности, социализация и др.). Расширение двигательного режима (например, подъём с постели при приеме пищи), гибкий график посещений, чтение газет.

2. Общение с пожилыми пациентами, членами их семей и официальными опекунами для объяснения важности независимого выполнения повседневных задач пациентом и последствий снижения функционального статуса, в том числе осложнений (недостаточное питание, падения, повторные госпитализации, перевод в учреждения длительного пребывания), увеличения смертности и снижения качества жизни. Далее представлены основные темы для обсуждения:

- Физиологическая и психологическая ценность независимого функционирования;
- Обратимые изменения функционального статуса на фоне острых заболеваний;
- Использование мер, направленных на предотвращение функциональных нарушений (физические упражнения, питание, ведение боли и социализация);
- Методы оказания помощи при снижении функциональности;
- Увеличение физической активности. Проведение регулярных тренировок, в том числе направленных на увеличение объема движений в суставах;
- Максимальное расширение режима;
- Ограничение использования методов, снижающих мобильность пациента;
- Рациональное применение лекарственных препаратов (в первую очередь, психотропных средств) с использованием «гериатрических» дозировок;
- Применение адекватных методов оценки и ведения боли;
- Использование специальных мероприятий и оборудования, облегчающих повседневную активность (перила, широкие дверные проемы, сиденья-крышки на унитаз, поручни и сиденья/стулья для душа/ванной, усиленное освещение, кровати с низкой посадкой, стулья/кресла разных типов и высоты, в том

числе кресла-реклайнеры и кресла-качалки);

- Восстановление функционального статуса после острых заболеваний посредством физических упражнений, физио- и эрготерапии.

Б. Мероприятия для пациентов со сниженной функциональной активностью.

1. Получение достоверных данных о функциональном статусе пожилых пациентов на основании общей оценки состояния здоровья и консультаций смежных специалистов.

2. Обучение и поддержка членов семьи пациентов, у которых сохраняется снижение функционального статуса, несмотря на адекватные реабилитационные мероприятия и сестринский уход в течение госпитализации.

3. Детальная регистрация всех интервенционных процедур и полученных результатов.

4. Информирование лиц, которые осуществляют уход за пациентом, о причинах функциональных нарушений, возникающих на фоне острых и хронических состояний.

5. Обучение лиц, которые осуществляют уход за пациентом, принципам обеспечения безопасности для пациентов с рисками падений, получения травм, других осложнений. В отдельных случаях может потребоваться кратковременная профессиональная помощь (физиотерапия) или перевод в учреждение длительного пребывания.

6. Оптимизация питания (потребление белка, достаточная калорийность пищевых продуктов) с целью профилактики дальнейшего ухудшения функционального статуса. Возможна коррекция диеты с учетом личных предпочтений пациента.

7. Помощь и поддержка человеку, осуществляющему уход, социальная поддержка (обращение в центры для пожилых людей, помощь социальных работников, волонтеров, организация ухода на дому, сестринского ухода, проведение физио- и эрготерапии).

VII. Ожидаемые результаты

А. Для пациентов:

1. Поддержание уровня повседневной функциональной активности и увеличение мобильности.
2. Обеспечение безопасности и самостоятельности пожилого пациента (в том числе, за счет вспомогательных устройств и изменения окружающей обстановки).
3. Обеспечение максимального качества жизни, несмотря на физические ограничения.

Б. Для лиц, осуществляющих уход:

1. Оптимизация диагностических мероприятий и ведения пациентов, подверженных функциональным нарушениям. Обеспечение оценки функционального статуса на различных уровнях оказания медицинской помощи.
2. Документация и возможность детального обсуждения функционального статуса, предлагаемых вмешательств, задач и исходов лечения.
3. Приобретение навыков, направленных на профилактику снижения уровня функциональной активности и восстановление функционального статуса.
4. Приобретение навыков обеспечения безопасной среды для пожилых пациентов.

В. Для лечебного учреждения:

1. Внедрение методов функциональной оценки в рутинные процедуры лечебного учреждения.
2. Снижение распространенности функциональных нарушений и инвалидности.
3. Снижение заболеваемости и смертности, обусловленных функциональными нарушениями.
4. Ограничение использования методов, снижающих мобильность пациента (физическое ограничение, длительный постельный режим, катетеризация мочевого пузыря и др.).
5. Снижение распространенности делирия.

6. Увеличение количества пациентов, выписанных с исходным (до поступления) или улучшенным функциональным статусом.

7. Снижение количества повторных госпитализаций.

8. Раннее участие служб, занимающихся нутритивной поддержкой и реабилитацией (эрготерапия, физиотерапия), в ведении гериатрических пациентов.

9. Создание приемлемой для гериатрических пациентов обстановки, которая обеспечивает безопасное и самостоятельное функционирование (например, кровати с низкой посадкой, удобная мебель), и обучение лиц, осуществляющих уход (например, программы упражнений, безопасная окружающая обстановка).

10. Непрерывное междисциплинарное взаимодействие, планирование ухода за пожилыми пациентами; анализ мероприятий по уходу за пациентами с функциональными нарушениями (в том числе, планирование амбулаторного наблюдения после выписки из стационара).

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ

I. Цель

Определение типа недержания мочи и тактики ухода за пациентами с недержанием мочи для повышения функциональной активности и качества жизни.

II. Введение

Недержание мочи развивается более чем у 35% пожилых пациентов, госпитализированных в стационар. Основными факторами, позволяющими определить пациентов в группе риска, являются приём некоторых лекарственных средств, копростаз и чрезмерное уплотнение стула, недостаточное потребление жидкости, отсутствие безбарьерной среды, сахарный диабет, инсульт, ограниченная подвижность, нарушенное сознание, недостаточное питание и депрессия. Дополнительными факторами риска являются падения, раздражения кожи, приводящие к пролежневым язвам, социальная изоляция. Медицинские сестры играют ключевую роль в оценке и терапии недержания мочи.

III. Основные положения

Недержание мочи – это непроизвольная утечка мочи, представляющая проблему для больного.

По форме различают транзиторное (острое) и постоянное (хроническое) недержание мочи.

Транзиторное недержание мочи характеризуется внезапным появлением потенциально обратимых симптомов, которые обычно сохраняются в течение менее 6 мес.

По типу недержания мочи выделяют следующие:

1. Стрессовое недержание мочи определяют как непроизвольную утечку мочи вследствие повышения внутриабдоминального

давления.

2. Ургентное недержание мочи – непроизвольная утечка мочи вследствие выраженного позыва к акту мочеиспускания.

3. Смешанное недержание мочи представляет собой сочетание стрессового и императивного.

4. Недержание вследствие переполнения – непроизвольная утечка мочи, связанная с перерастяжением мочевого пузыря и может быть вызвано недостаточной функцией детрузора мочевого пузыря или обструкцией в области сфинктера.

5. Функциональное недержание вызывают факторы, не связанные напрямую с мочеполовой системой, которые могут включать когнитивные или физические нарушения, являющиеся препятствием для произвольного опорожнения мочевого пузыря.

IV. Параметры оценки

А. Документально отражайте наличие или отсутствие недержания мочи у всех поступающих пациентов.

Б. Документально отражайте наличие или отсутствие постоянного мочевого катетера.

В. В сотрудничестве с другими специалистами, определите:

1) форму недержания мочи – острое, хроническое (стрессовое / императивное / смешанное / от переполнения / функциональное), или же присутствуют обе формы;

2) отразите в документах возможные причины недержания мочи.

V. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

А. Основные принципы по предупреждению и лечению недержания мочи.

1. Определите причины транзиторного недержания мочи и проведите соответствующее лечение.

2. Определите причины хронического недержания мочи и используйте те меры борьбы с ним, которые были успешны до госпитализации.

3. Разработайте индивидуальный план ухода на основе данных истории болезни и осмотра в сотрудничестве с другими специалистами. При необходимости используйте программы помощи при использовании туалета.

4. Избегайте медицинские препараты, усиливающие недержание мочи.

5. Избегайте использования постоянных мочевых катетеров всегда, когда это возможно, чтобы избежать риска катетер-ассоциированных инфекций мочевых путей.

6. График приёма жидкости должен соответствовать потребностям и его выполнение должно контролироваться.

7. Ограничьте приём продуктов, раздражающих слизистую оболочку мочевого пузыря.

8. Включите в число долгосрочных целей снижение веса для пациентов с ИМТ выше 27.

9. Адаптируйте среду для возможности удержания мочи.

10. Предоставьте пациентам обыкновенное нижнее белье, ожидая прекращения недержания мочи, если это возможно.

11. Предупреждайте кожные раздражения, немедленно очищая кожу после каждого эпизода недержания мочи и используя барьерные мази.

12. Используйте абсорбирующие материалы с учетом интересов пациента, персонала и организации, учитывая, что использование подгузников для взрослых связано с инфекциями мочевых путей.

В. Стратегии ухода в зависимости от типа недержания мочи.

1. Стрессовое недержание.

1.1. Обучите упражнениям, укрепляющим мышцы тазового дна.

1.2. Оказывайте помощь при пользовании туалетом и при тренировках мочевого пузыря.

1.3. Обратитесь к другим специалистам, если возможно медикаментозное или хирургическое лечение.

2. Ургентное недержание мочи и гиперактивный мочевой пузырь.

- 2.1. Проводите тренировку мочевого пузыря.
- 2.2. Если пациент когнитивно сохранен и мотивирован, то попробуйте научить его подавлять позывы.
- 2.3. Обучение тренировке мышц тазового дна должно проводиться в сочетании с тренировками мочевого пузыря и предоставлением инструкций для подавления позывов.
- 2.4. Сотрудничайте с другими специалистами, если возможна медикаментозная терапия.
- 2.5. Обеспечьте выдачу направлений к специалистам для пациентов, не отвечающим на указанную выше терапию.
3. Недержание вследствие переполнения мочевого пузыря.
 - 3.1. Создайте условия, чтобы было достаточно времени для опорожнения мочевого пузыря.
 - 3.2. Проконсультируйтесь с другими специалистами (урологом) по поводу необходимости оценки остаточного содержания мочи.
 - 3.3. Обучите пациента опорожнять мочевой пузырь в два приёма или с использованием манёвра Креда.
 - 3.4. Если необходима катетеризация мочевого пузыря, более предпочтительна стерильная периодическая катетеризация, чем постоянная.
 - 3.5. Обеспечьте выдачу направлений к специалистам (урологам) для пациентов, требующих медикаментозной терапии или хирургического вмешательства.
4. Функциональное недержание мочи.
 - 4.1. Разработайте индивидуальный график посещения туалета, своевременного опорожнения, побуждений к мочеиспусканию.
 - 4.2. Обеспечьте необходимый приём жидкости.
 - 4.3. При необходимости прибегайте к лечению немедикаментозными методами и реабилитационной терапии.
 - 4.4. Адаптируйте среду, обеспечивая максимальные возможности для произвольного мочеиспускания.

VI. Ожидаемые результаты

А. Результаты для пациента.

Меньшее число эпизодов недержания мочи или осложнений, связанных с ним.

Б. Результаты для медсестер.

1. Сестринский персонал отражает в документах статус удержания мочи при поступлении больного и во время его пребывания в больнице.

2. Проводит оценку и терапию недержания мочи в сотрудничестве с другими специалистами.

3. Включает терапию недержания мочи в список целей к достижению перед выпиской больного и выписывает направления к специалистам при необходимости.

В. Результаты для организации.

1. Наблюдается снижение числа случаев транзиторного недержания мочи.

2. Создание требований к оценке и документированию информации о статусе удержания мочи.

3. Обеспечение доступа к научно обоснованным рекомендациям по диагностике и лечению недержания мочи.

4. Осуществление инструктажа персонала по поводу получения организационной поддержки и непрерывного обучения в сфере оценки и терапии недержания мочи.

VII. Длительное наблюдение

А. Необходимо проинформировать пациента или лицо, осуществляющее уход, о возможности обращения к специалистам и амбулаторном лечении.

Б. Определение сфер, в которых возможно применить программу по улучшению качества жизни пожилых пациентов с недержанием мочи и вовлечение различных специалистов для её реализации.

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

I. Цель

Обучение медицинских сестер следующим навыкам:

- 1) выявлять катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей;
- 2) описывать эпидемиологию катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей;
- 3) определять показания для применения постоянного мочевого катетера;
- 4) применять меры для профилактики катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей;
- 5) вносить в протокол отметки о наиболее важных показаниях для удаления постоянного мочевого катетера;
- 6) сотрудничать со специалистами различного профиля для предотвращения или лечения катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей.

II. Введение

На катетер-ассоциированные инфекции приходится 34% всех больничных инфекций. Они существенно увеличивают число осложнений и повышают расходы на здравоохранение. Подавляющее большинство катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей связано с использованием постоянных мочевых катетеров (катетеров Фолея). По данным Американского общества инфекционных болезней (IDSA) от 21 до 54% всех постоянных мочевых катетеров устанавливаются неправильно и в отсутствие медицинских показаний.

III. Основные положения

1. Симптоматическая инфекция мочевыводящих путей — это

состояние, когда имеет место как минимум один из следующих симптомов, которые не связаны с какой-либо другой установленной причиной: повышенная температура (выше 38°C), частые и urgentные позывы к акту мочеиспускания, дизурия, болезненность над лоном и положительный результат при посеве мочи; вышеперечисленное также может наблюдаться при наличии мочевого катетера.

2. Асимптоматическая бактериурия - положительный результат посева мочи, отсутствие повышенной температуры или других симптомов, связанных с мочеполовой системой; может наблюдаться при наличии мочевого катетера.

3. Катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей: клинические проявления инфекции мочевыводящих путей не ранее чем через два дня после установки постоянного мочевого катетера или в течение 24 часов после его удаления.

Мочевыводящие пути в норме стерильны. Использование постоянного мочевого катетера является фактором риска проникновения микроорганизмов в мочевыводящие пути по наружной поверхности катетера или через его просвет вследствие нарушения герметичности катетерной системы. Проникшие в мочевыводящие пути бактерии могут образовывать "биопленки" на внутренней и наружной поверхностях катетера, на что в большинстве случаев требуется 48 часов с момента установки катетера. Риск развития инфекции возрастает примерно на 5% за один день катетеризации.

Принципы для предотвращения катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей:

- 1) избегайте использования катетеров;
- 2) обоснованно выбирайте катетеры для использования;
- 3) вовремя удаляйте катетер;
- 4) проводите обучение персонала и контролируйте эпидемиологическую ситуацию.

IV. Оценка катетер-ассоциированных инфекций

Краткий набор критериев для оценки катетер-ассоциированных инфекций:

1. Положительный результат при посеве мочи, полученный через 48 часов после госпитализации.
2. Забор мочи для культурального исследования проводят во время или за 24 часа до установки постоянного мочевого катетера.
3. Присутствие одного из следующих признаков: болезненность над лоном, боль или болезненная чувствительность в области реберно-позвоночного угла, температура тела выше 38°C без очевидной иной причины, положительный результат посева крови с выявлением того же микроорганизма, что и в посеве мочи.

Показатели:

Проводится подсчёт отношения числа случаев возникновения катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей к 1000 дней катетеризации (катетер-дней); также оценивается отношение дней катетеризации к количеству дней госпитализации (койко-дней); число пациентов, которым был удалён катетер на первый или второй день после оперативного вмешательства.

Показания для постановки постоянных мочевых катетеров могут быть структурированы при помощи алгоритмов или протоколов.

V. План мероприятий для предотвращения катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей, выполняемых медицинской сестрой

Благодаря применению правильных стратегий ухода за постоянными мочевыми катетерами можно избежать от 20 до 69% катетер-ассоциированных инфекций мочеполового тракта.

А. Избегайте использования катетеров.

1. Введите правила установки катетеров.

2. Используйте альтернативные стратегии для контроля над мочеиспусканием:

- прикроватные туалеты;
- уропрезервативы;
- впитывающие урологические прокладки;
- периодическая катетеризация мочевого пузыря;
- использование ультразвукового сканера мочевого пузыря для мониторинга и оценки объёма наполнения мочевого пузыря и остаточной мочи;
- использование удобного подкладного судна, мочеприёмника.

3. Посещение туалета по графику и частые сестринские обходы.

Б. Выбор катетера и повседневный уход.

1. Катетеры, с антибактериальным покрытием снижают вероятность развития катетер-ассоциированной бактериурии (колонизации), но их влияние на предотвращение симптоматической катетер-ассоциированной инфекции мочевыводящих путей в течение короткого периода времени после установки катетера не доказано.

2. Риск развития катетер-ассоциированной инфекции практически не зависит от материала катетера (латекс; латекс, покрытый гидрогелем; латекс с силиконовым покрытием; силикон).

3. Размер катетера должен быть минимальным, насколько это возможно (менее 18 Fr).

4. Следуйте принципам асептики и стерильности при установке катетера.

5. Во время водных процедур и после дефекации наружное отверстие уретры необходимо очищать водой с мылом.

6. Закрепите катетер на ноге при помощи устройства для крепления катетера.

7. Постоянно поддерживайте герметичность используемой системы (катетер и мочеприёмник).

8. Фиксируйте мешок для сбора мочи ниже уровня мочевого пузыря.

9. Опорожняйте мешок при заполнении его на две трети или перед транспортировкой больного.

В. Своевременное удаление катетера.

1. Применяйте меры, способствующие раннему удалению катетера. Это могут быть специально разработанные протоколы удаления катетеров.

2. Рекомендовано удаление катетеров на первый или второй день после оперативного вмешательства.

3. Контроль и обучение персонала.

- измерение показателей (см. пункт IV);

- непрерывная оценка принимаемых мер, повышение квалификации сестринского персонала, сообщение случаев катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей по подразделениям/отделениям являются залогом информированности медицинских специалистов различного профиля по поводу результатов и эффективности проводимой работы.

VI. Ожидаемые результаты

А. План по уходу за пациентом.

1. Установка мочевого катетера осуществляется только по показаниям.

2. Стремление как можно быстрее прекратить использование мочевого катетера.

3. Использование стандартизированных руководств по катетеризации.

Б. Отражение в документации.

1. Время установки и удаления мочевого катетера.

2. Тип катетеризации (первичная установка постоянного мочевого катетера или его систематическое использование на фоне хронического заболевания, повторная установка, смена катетера).

3. Причина применения катетера.

4. Обоснование целесообразности продолжать использование катетера.

5. Определение объема мочи в мочевом пузыре если больной не смог осуществить акт мочеиспускания через 4-6 часов после

удаления мочевого катетера с оценкой необходимости катетеризации мочевого пузыря.

В. Использование катетера.

1. Отслеживание частоты катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей в подразделении/отделении.

2. Отслеживание средней продолжительности катетеризации (катетер-дни).

3. Отслеживание удаления катетера на первый или второй день после оперативного вмешательства.

4. Мониторинг использования постоянных мочевых катетеров в зависимости от подразделения/отделения.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

I. Цель

Повысить качество помощи, оказываемой пожилым пациентам с онкологическими заболеваниями.

II. Введение в проблему

Пожилые больные имеют высокий риск развития злокачественных опухолей. Результаты лечения онкологических заболеваний у пожилых пациентов сравнимы по эффективности с более молодыми возрастными группами. Успех лечения зависит от функционального статуса и общего состояния здоровья пациентов.

Злокачественные новообразования наиболее часто встречаются у людей в возрасте от 65 лет и старше. Медсестры должны уметь не только осуществлять сестринское наблюдение за такими больными, но и распознавать экстренные ситуации, возникающие во время диагностики и лечения.

III. Принципы наблюдения за пожилыми онкологическими больными

А. Оценка сопутствующих заболеваний.

1. Рак может быть одним из нескольких хронических заболеваний у данного больного.
2. Чем тяжелее сопутствующее заболевание, тем меньше ожидаемая продолжительность жизни после постановки диагноза.

Б. Обследование пациента на основании комплексной гериатрической оценки.

1. Физическое здоровье.
2. Функциональный статус. Базовая функциональная актив-

ность (Приложение 13) включает в себя элементарные действия по самообслуживанию – одевание, личная гигиена, прием пищи, возможность пользоваться туалетом, контроль тазовых функций, перемещение на небольшие расстояния, подъем по лестнице. Чаще всего для оценки базовой функциональной активности используется индекс Бартел. Инструментальная функциональная активность (Приложение 14) включает более сложные элементы повседневной деятельности – совершение покупок, прием лекарств, приготовление пищи, возможность пользоваться телефоном и транспортом, стирка вещей и уборка квартиры. Наиболее распространенным вариантом для оценки инструментальной функциональной активности является шкала Лоутона. Для оценки мобильности пациента используются тесты определения скорости ходьбы, «Встань и иди», тесты для оценки равновесия, возможность встать со стула без помощи рук.

3. Эмоциональное состояние – для скрининга депрессии у пациентов пожилого и старческого возраста могут использоваться Гериатрическая шкала депрессии и Шкала оценки здоровья (PHQ2). Для выявления депрессии у пациентов с умеренной или тяжелой деменцией рекомендовано использовать Корнельскую шкалу депрессии.

4. Когнитивные функции (Для скрининга деменции чаще всего используется тест Мини-Ког).

5. Оценка риска падений (Шкала Морсе).

В. Неотложные ситуации, связанные со злокачественным новообразованием.

1. Гиперкальциемия.

а) диагноз ставится при превышении уровня кальция более 10,2 мг/мл;

б) признаки и симптомы обычно незаметны;

с) дискомфорт в желудочно-кишечном тракте, вялость, растерянность, анорексия, тошнота, копростаз, полиурия, полидипсия;

д) лечение зависит от степени тяжести;

е) отмена тиазидных диуретиков;

- f) ввод физиологического раствора внутривенно;
- g) применение бифосфонатов.

2. Синдром распада опухоли.

a) симптомокомплекс, обусловленный быстрым разрушением большого количества клеток злокачественной неоплазии;

b) сопровождается гиперкалиемией, гиперурикемией, гиперфосфатемией, которые становятся причиной нарушения работы почек и снижения сердечной деятельности;

c) признаки и симптомы включают мышечные судороги, тревожность, депрессию, растерянность, галлюцинации, аритмию и судорожные припадки;

d) по назначению врача лечение включает инфузионную терапию, применение аллопуринола, стимуляцию диуреза и обычно является первой линией лечения.

3. Сдавление спинного мозга.

a) возникает в случаях, когда метастазы проникают в тела позвонков и сдавливают спинной мозг;

b) признаки и симптомы включают онемение, покалывание и слабость в конечностях, изменения чувствительности, боли в верхней части грудной клетки и в спине;

c) боль может быть разлитой или очаговой, маскироваться под хроническую боль;

d) может возникнуть дисфункция кишечника и мочевого пузыря;

e) лечение по назначению врача обычно начинают глюкокортикоидами и в дальнейшем прибегают к радиационной терапии и/или хирургическому вмешательству.

4. Повышение температуры на фоне нейтропении.

a) вызывается уменьшением числа нейтрофилов из-за воздействия химиотерапии;

b) характерная температура в полости рта 38.3°C (101°F), абсолютное содержание нейтрофилов ниже 1500 клеток/мкл. В тяжелых случаях абсолютное содержание нейтрофилов ниже 500 клеток/мкл;

с) помимо повышения температуры, характерными признаками могут быть кожная сыпь и воспаление слизистых оболочек;

д) следует использовать предупредительную тактику у пациентов с высоким риском развития нейтропении и вызываемой ею повышением температуры;

е) при нейтропении следует прекратить химиотерапию до момента увеличения количества лейкоцитов.

IV. Параметры оценки

Рекомендуется проводить комплексную гериатрическую оценку всем пациентам пожилого и старческого возраста со злокачественными образованиями.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ

I. Цель

Снижение частоты повторных госпитализаций пожилых пациентов с сердечной недостаточностью.

II. Введение в проблему

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – наиболее частая причина госпитализации, ухудшения функционального статуса и смертности людей пожилого и старческого возраста.

Госпитализации можно избежать путем раннего выявления симптомов декомпенсации и своевременного начала или коррекции медикаментозной терапии.

Выявление факторов риска и регулярный мониторинг потенциальной декомпенсации ХСН должны быть частью комплексного сестринского наблюдения за пожилыми людьми.

Сердечная недостаточность – тяжелое заболевание, сопровождающееся нарушением способности сердечной мышцы обеспечивать адекватное кровообращение. Это приводит к гипоксии и ухудшению трофики тканей. Симптомы сердечной недостаточности могут значительно сказываться на качестве жизни пациента.

III. Предпосылки

Факторы риска.

1. Возраст старше 65 лет, артериальная гипертензия, ИБС, сахарный диабет, пороки клапанов сердца, ожирение. Дополнительными факторами выступают когнитивные нарушения, депрессия, сенсорные нарушения, дисбаланс жидкости и электролитов, одновременное применение большого количества лекарств.

2. Диета с высоким содержанием натрия, чрезмерное упот-

ребление жидкости, апноэ во сне, хроническая болезнь почек, анемия, прием алкоголя, прием НПВС, осложнения после химиотерапии.

3. Низкий социально-экономический статус, психологический стресс и недостаточная социальная поддержка.

IV. Параметры оценки

Оценивайте состояние пациента при поступлении и в каждую смену:

1. Оценить функциональный класс по классификации сердечной недостаточности Нью-Йоркской Ассоциации сердца (NYHA), стадию сердечной недостаточности, когнитивный статус и социальный статус (Приложение 15).

2. Наличие следующих симптомов: одышка, ортопноэ, кашель, влажные хрипы или крепитация, периферические отёки, асцит или картина лёгочного венозного застоя на рентгеновском снимке грудной клетки.

3. Жизненно важные показатели: АД, частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений.

4. Прием медикаментозной терапии.

5. Наличие сенсорных дефицитов.

6. Наличие зависимости в повседневной жизни.

7. Наличие потребности и уровень потребности в долгосрочном уходе.

8. Изменения когнитивного статуса, появление спутанности сознания.

V. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

А. Выполняйте рекомендации врача -кардиолога и врача-гериатра.

1. Следите за приёмом лекарств в соответствии с предписаниями и статусом пациента.

2. Контроль инфузионной терапии.

3. Контроль нормальной сатурации кислорода в крови

(96-100%) путем оксигенотерапии, гемотрансфузии при кровопотере, поддержание целевого уровня АД.

4. Ежедневно взвешивайте пациента.

5. Обеспечьте питание в соответствии с рекомендациями врача, следите за содержанием соли в пище (до 2 г поваренной соли в день).

6. Обеспечение мероприятий, направленных на контроль боли.

7. Следите за возможностью использования пациентом очков, слухового аппарата при сенсорных дефицитах, средств малой реабилитации (трость, ходунки) при необходимости.

8. Контроль физиологических отклонений.

Б. Обучайте пациента навыкам ухода за собой.

1. Поддерживайте рекомендации врача по физической активности: включая курс реабилитационной терапии и лечебной физкультуры.

2. Ограничьте использование урологических катетеров.

3. Обеспечьте отдых в соответствии с графиком приёма диуретиков для ограничения ночных позывов к мочеиспусканию.

4. Максимально объясняйте пациенту, какие мероприятия ему рекомендованы и зачем.

5. Приветствуйте участие в уходе за пациентом со стороны семьи и друзей.

6. Оценивайте желание и возможности человека, осуществляющего уход, объясните рекомендации врача: ограничение потребления соли, ежедневное взвешивание, распознавание симптомов, когда необходима повторная консультация врача.

VI. Ожидаемые результаты

А. Для пациента:

1. Купирование симптомов ХСН.

2. Стабилизация гемодинамики.

3. Поддержание и восстановление функционального статуса.

4. Улучшение приверженности пациента к приему лекарств и немедикаментозным мерам лечения.

и немедикаментозным мерам лечения.

Б. Для учреждения:

1. Раннее выявление симптомов декомпенсации.
2. Проведение мероприятий для предупреждения декомпенсации ХСН.
3. Обучение навыкам самообслуживания пациента и ухаживающих лиц, осуществляется медицинскими сестрами.
4. Обучение персонала и планирование ухода мультидисциплинарной командой.
5. Снижение общих расходов.
6. Снижение числа повторных госпитализаций и продолжительности пребывания в больнице.
7. Снижение заболеваемости и смертности.
8. Сокращение числа повторных направлений и обращений к специалистам.
9. Повышение удовлетворённости пациентов, семей и сестринского персонала.

VII. Эффективность при длительном наблюдении

1. Снижение числа повторных госпитализаций как показатель качества оказываемой помощи.
2. Снижение частоты случаев декомпенсированной сердечной недостаточности.
3. Более быстрое достижение компенсации ХСН.
4. Персонал способен предупреждать декомпенсацию, рано распознавать декомпенсацию и лечить сердечную недостаточность.

ПОВЫШЕННАЯ СОНЛИВОСТЬ

I. Цель

Обеспечение высокого качества сна в ночные часы и поддержание оптимального уровня концентрации внимания во время бодрствования у пожилых людей.

II. Введение в проблему

У пожилых людей в норме отмечается снижение продолжительности глубокого сна, эффективности сна, увеличение времени ночного бодрствования после начала сна. Несмотря на это, повышение дневной сонливости не должно отмечаться. Дневная сонливость не только является симптомом нарушений сна, но также приводит к ухудшению состояния здоровья и снижает функциональную независимость пожилых людей.

III. Основные положения

Чрезмерная сонливость: гиперсомния (патологическая сонливость), повышенная дневная сонливость, субъективная сонливость.

Сонливость – это повсеместно встречающееся явление, которое может быть симптомом ряда физических или психических заболеваний и первичных расстройств сна. Сонливость можно считать патологической, если она возникает в нетипичное время или является нежелательной по оценке самого пациента.

1. Чрезмерная сонливость может быть вызвана трудностями с засыпанием, нарушением поддержания сна, преждевременным пробуждением, расстройствами сна и его фрагментацией.

2. Существует множество типов нарушений сна, но самыми распространенными у пожилых людей являются синдром обструктивного апноэ сна, инсомния (бессонница) и синдром беспокойных ног.

3. Повышенная сонливость является частым симптомом

многих расстройств сна, но ее редко оценивают и корректируют из-за непонимания природы расстройств сна, их симптомов и различных имеющихся способов лечения.

IV. Параметры оценки

История сна должна включать информацию, полученную как от самого пациента, так и от членов его семьи. Люди, которые проживают совместно, могут дать ценную информацию о поведении пациента во сне.

Шкала сонливости Epworth (Epworth Sleepiness Scale) является быстрым способом оценить степень выраженности дневной сонливости в учреждении (Приложение 16).

V. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

1. Содействовать выявлению пациентов, у которых отмечается трудность сохранять бодрствование во время дневной активности, храп, синдром обструктивного апноэ сна, чрезмерная двигательная активность нижних конечностей.

2. Направлять пациентов к врачам по поводу лечения заболеваний, психологических расстройств, различных симптомов, нарушающих сон, таких как депрессия, боль, приливы, анемия, уремия.

3. Регистрировать и хранить сведения о проводимом лечении пациентов с диагностированным расстройством сна, например, при проведении лечения методом СИПАП-терапии (создания постоянного положительного давления в дыхательных путях).

4. Объяснять пациенту и членам его семьи особенности в плане лечения, например, как осуществлять уход за используемым медицинским оборудованием.

5. Давать рекомендации о гигиене сна пациенту и членам его семьи для того, чтобы создать условия для здорового сна для всей семьи.

6. Отслеживать приём лекарственных средств.

7. Информировать лечащего врача о необходимости консультации сомнолога для пациентов с сонливостью умеренной и тяже-

лой выраженности, а также пациентов с клинической картиной, соответствующей основным расстройствам сна, таким как синдром обструктивного апноэ сна и синдром беспокойных ног.

8. Активно наблюдать за пациентами с синдромом обструктивного апноэ сна при наличии сведений о терапии седативными препаратами и использовании анестезии.

9. Осуществлять непрерывную оценку приверженности рекомендациям по гигиене сна, медикаментозному лечению, использованию устройств для поддержания дыхания во время сна.

10. При осуществлении стандартного ухода за больным, таких как приём ванны, при контроле витальных параметров, рутинных анализах крови нужно по возможности избегать будить пациента и взаимодействовать с ним при бодрствовании.

VI. Ожидаемые результаты

Критерии проверки качества ухода.

1. Информирование сотрудников об основных причинах повышенной сонливости (например, синдром обструктивного апноэ сна, инсомния и синдром беспокойных ног).

2. Обучение персонала работе с оборудованием для поддержания постоянного положительного давления в дыхательных путях и отслеживанию его показателей.

3. Составление отчётов об уровне шума в ночные часы на сестринских постах, разработка мер по уменьшению влияния шума на сон пациентов.

4. Включите сон в список параметров для первичного осмотра пациента и предоставьте письменные предписания для пациентов, использующих дыхательные аппараты на дому, брать их с собой в больницу. Включите качество сна в оценку.

5. Используйте опросы для оценки удовлетворенности пациента сном во время пребывания в больнице и обеспечьте обратную связь для сестринского персонала (см. материалы www.hartfordign.org в разделе, посвященном сну).

Улучшение качества и/или увеличение продолжительности сна в течение нормального времени для сна пациента по данным от пациентов и сотрудников.

VII. Эффективность при длительном наблюдении

А. В зависимости от диагноза, следующие меры могут включать долгосрочное следование первоначально сделанным предписаниям в сочетании с лечением, рекомендованным сомнологом. Например, поддержание постоянного положительного давления в дыхательных путях необходимо для успешного лечения обструктивного апноэ сна, при этом следование режиму вентиляции необходимо оценивать в первую неделю лечения.

Б. Необходимо тщательно подбирать комфортную ингаляционную маску. Наибольшая помощь при подборе требуется во время адаптационного периода, но нужно поддерживать практику обращения за помощью при появлении проблем с маской. В неотложных ситуациях полезно иметь специалистов, разбирающихся в технических особенностях оборудования.

В. На начальной стадии лечения инсомнии депривация сна может приводить к сонливости, которая должна со временем проходить. Последующие мероприятия должны включать в себя непрерывный контроль над привычкой дремать в дневные часы и сонливостью для повышения эффективности лечения.

Г. Если физическое состояние осложняется наличием ожирения у пациента, необходимо добиваться снижения веса в долгосрочной перспективе. Время, которое появится благодаря снижению дневной сонливости, должно использоваться для дополнительной активности. Лечение расстройств сна должно включать планирование стратегических изменений в образе жизни, которые включают регулярную физическую активность, которая также благотворно сказывается на сердечно-сосудистой системе и течении сахарного диабета.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

I. Цели

Стабилизация жизненно важных функций, предотвращение развития осложнений, создание комфортных и безопасных условий пребывания, сохранение функциональной активности и качества жизни в отделении реанимации и интенсивной терапии, соответствующее уровню до госпитализации.

II. Введение

Уход за тяжелыми больными в отделении интенсивной терапии является непростой задачей для сестринского персонала. Несмотря на то, что пожилые люди представляют собой крайне разнородную группу пациентов, существуют особенности, predisposing к развитию ряда гериатрических синдромов и заболеваний, которые могут влиять на состояние пожилых пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии и исходы их лечения.

Медицинские сестры, осуществляющие уход за пожилыми пациентами в отделении реанимации и интенсивной терапии, должны не только понимать важность непрерывной, комплексной оценки физиологических, функциональных и психических показателей, характерных для данной группы пациентов и данного отделения, но и принимать меры, основанные на данных, полученных эмпирическим путем.

III. Предпосылки

А. Определение.

Пожилым человеком в критическом состоянии – пациент 65 лет и старше, жизненно-важные функции которого находятся в нестабильном состоянии либо с угрозой развития такого состояния, что служит основанием для экстренных мер в соответствии

с современными стандартами оказания медицинской помощи.

Б. Этиология и эпидемиология.

1. Пациенты пожилого и старческого возраста составляют более половины пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии (55,8%).

2. Продолжительность жизни в пожилом возрасте увеличилась. Пожилые пациенты часто имеют множество хронических заболеваний, более четверти из них испытывают проблемы с выполнением как минимум одной повседневной задачи. Эти факторы влияют на течение и исход заболеваний.

3. При госпитализации в угрожающем для жизни состоянии для пожилых людей характерна высокая смертность в отделении реанимации и интенсивной терапии. На протяжении всего периода госпитализации, а также в долгосрочной перспективе, существует риск снижения функциональной активности этих пациентов и помещения их в специализированные учреждения после выписки.

Возможно предвзятое отношение врачей к пожилым пациентам и отказ от перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Пожилый возраст может стать причиной отказа в проведении искусственной вентиляции легких, диализа или проведения оперативного вмешательства.

Для пожилых пациентов более вероятно проведение формальных реанимационных мероприятий.

Пожилый возраст сам по себе не является предпосылкой для плохого исхода терапии критических состояний.

Факторы, влияющие на выживаемость, включают:

- тяжесть заболевания;
- характер и тяжесть сопутствующей патологии;
- диагноз, причина и длительность искусственной вентиляции легких;
- осложнения;
- уровень функциональной активности до госпитализации;
- использование вазоактивных препаратов;

- когнитивные нарушения до госпитализации;
- наличие синдрома старческой астении;
- дискриминация пожилых, недостаточная социальная поддержка;
- условия оказания помощи в отделении реанимации и интенсивной терапии (по остаточному принципу – в последнюю очередь).

IV. Параметры оценки

А. Комплексная оценка пожилых пациентов в тяжелом состоянии перед поступлением (состояние здоровья, когнитивный и функциональный статус), а также оценка социальной поддержки, позволяет определить факторы риска и предотвратить каскад ятрогении, осложнений, угрожающих жизни, распространенных гериатрических синдромов.

Факторы, которые должны учитываться сестринским персоналом при проведении оценки перед поступлением пожилого пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии:

1. Наличие когнитивных нарушений – большая часть поступающих в отделение реанимации и интенсивной терапии пожилых людей имеет когнитивные нарушения, ранее не диагностированные.

а) Оценка когнитивного статуса важна для:

- оценки способности принимать решения, решению вопросов, связанных с информированным согласием, оценке изменений в психическом статусе во время госпитализации;
- выбора анестезии и анальгетиков;
- решения вопросов об индивидуальных вариантах ухода;
- перехода на самостоятельное дыхание;
- оценки риска падений;
- планирования перевода из отделения реанимации/интенсивной терапии.

б) При определении больного в реанимацию/отделение интенсивной терапии медсестра должна задать базовые вопросы

родственникам или другим лицам, осуществляющим уход:

- наличие проблем с памятью, исполнительными функциями (например, тонкая моторная координация, планирование, организация информации) и общие когнитивные способности;
- обычное поведение и особенности взаимодействия с другими людьми, реакция на стимулы, коммуникационные возможности (состояние зрения, слуха, речь, память, ориентировка, характер восприятия до развития критического состояния);
- список лекарственных препаратов, которые принимал пациент для оценки возможности развития синдрома отмены.

в) Психологический фактор: критическое состояние, нарушение течения физиологических процессов часто приводят к тому, что пациент не может общаться вербально; применение седативных препаратов и препаратов для анестезии также создают препятствия для общения. Члены семьи становятся основным источником получения важнейшей информации. Задайте им следующие вопросы:

- Как ранее проводилось лечение пациента, какие хирургические операции были в анамнезе, обращался ли пациент к психиатру? Какие лекарства пациент принимал перед поступлением в отделение реанимации/интенсивной терапии? Применял ли пациент запрещенные вещества на регулярной основе, есть ли никотиновая или алкогольная зависимость? Были ли в прошлом падения, случаи физического насилия по отношению к пациенту, эпизоды спутанности сознания?

- Каково семейное положение пациента? Кто из окружения для него наиболее близок? Хочет ли близкий для пациента человек участвовать в принятии решений, если пациент не сможет этого делать? Является ли пожилой человек ответственным опекуном по отношению к пожилому супругу/супруге, ребенку, внучке/внуку, другому лицу?

- К какой этнической группе относит себя пожилой человек? Является ли он последователем какой-либо религии? Каким было качество жизни пожилого человека до заболевания?

г) Ограничения функциональной активности и недостаточность питания до поступления в стационар связаны с неблагоприятными исходами. Для их оценки рекомендовано задать следующие вопросы:

- Испытывал ли пожилой человек трудности с выполнением повседневных дел до госпитализации? Если да, то какие?

- Использовал ли пациент какие-либо вспомогательные средства для того, чтобы справляться с повседневными задачами? Если да, то какие?

- Где жил пациент до госпитализации? Жил ли он один или с кем-то ещё? Какими были жилищно-бытовые условия?

- Как питался пожилой человек? Было ли у пациента достаточно денег для покупки еды? Нужна ли ему помощь в готовке или покупке продуктов? Есть ли ограничения в диете, пищевая аллергия, особые предпочтения? Употреблял ли пожилой человек в пищу пищевые добавки, витамины регулярно? Есть ли признаки истощения? Наблюдались ли в последнее время потеря веса или его набор, атрофия мышц, потеря волос, нарушение целостности кожных покровов?

Б. Во время пребывания в отделении реанимации/интенсивной терапии системная оценка включает следующие разделы:

1. Сопутствующая патология:

а) Система органов дыхания: ХОБЛ, пневмония, острая респираторная (дыхательная) недостаточность, респираторный дистресс-синдром взрослых, переломы ребер и хрупкость грудной клетки, аспирация.

б) Сердечно-сосудистая система: острый инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, заболевания периферических сосудов, гипертония, шунтирование коронарных артерий, операции по замене клапанов, аневризма брюшной аорты, нарушения ритма и проводимости сердца.

с) Нервная система: острое нарушение мозгового кровообращения, деменция, аневризма, болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, закрытая травма головы, транзиторные ишемические

атаки.

d) Желудочно-кишечный тракт: желчекаменная болезнь, рак желудочно-кишечного тракта, заболевания печени, воспалительные заболевания кишечника, панкреатит, диарея, копростаз.

e) Мочеполовая система: почечно-клеточный рак, хроническая почечная недостаточность, уросепсис, недержание мочи, хронический цистит/пиелонефрит с частыми обострениями.

f) Иммунная система и гемопоэз: сепсис, анемия, нейтропения, тромбоцитопения.

g) Кожные покровы: некротический фасциит, пролежни.

2. Острые заболевания.

Хирургические вмешательства на грудной клетке и брюшной полости, гиповолемия, гиперволемия, гипо/гипертермия, дисбаланс электролитов, гипоксия, аритмии, воспалительный процесс, гипотензия, гипертензия, делирий, ишемия, кишечная непроходимость, механическая или функциональная обструкция кишечника, потеря крови, сепсис, нарушение целостности кожи, полиорганная недостаточность.

3. Факторы, связанные с реанимационными мероприятиями и интенсивной терапией/факторы среды.

Нарушение приспособительных реакций, плохая гигиена полости рта, депривация сна, снижение мобильности, проблемы питания, искусственная вентиляция легких, устройства для контроля гемодинамики, полипрагмазия и применение лекарственных средств, сопряженных с высокими рисками (содержащими наркотические вещества, седативные средства и снотворные препараты, нефротоксические лекарственные средства и сосудосуживающие), отсутствие вспомогательных средств (очков, слуховых аппаратов, зубных протезов), шум, использование ротоглоточного воздуховода, плохой контроль за уровнем гликемии, использование катетеров Фолея, стресс, инвазивные процедуры, использование внутривенных катетеров.

4. Атипичические реакции обычно наблюдаются при инфаркте миокарда, синдроме острого живота, инфекционных процессах и гипоксии.

V. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

А. Перед помещением в отделение реанимации/интенсивной терапии проводится комплексная оценка:

1. Организация всех необходимых консультаций для больного (диетолог, терапевт, логопед и др).
2. Составление индивидуального плана ухода.
3. Использование противопролежневых систем.
4. Организация встреч с членами семьи.
5. По возможности, обеспечение систематического ухода за пациентом одной и той же медицинской сестрой.

Б. На протяжении пребывания в отделении реанимации/интенсивной терапии должны проводиться следующие мероприятия, выполняемые медицинской сестрой:

- поощряйте раннюю активизацию, стремление к двигательной активности;
- осуществляйте должную гигиену полости рта;
- обеспечьте коррекцию болевого синдрома;
- проведите оценку/пересмотр лекарственной терапии;
- избегайте полипрагмазии и использования препаратов, сопряженных с высокими рисками;
- обеспечьте правильное использование, уход и наблюдение за состоянием интубационных трубок и катетеров;
- поддерживайте нормальную температуру тела больного;
- тщательно отслеживайте ситуацию на предмет гипер/гиповолемии.

1. Поддержание функции органов дыхания:

1) оказывайте поддержку при кашле, глубоком дыхании, стимулируйте кашель и глубокое дыхание у ослабленных пациентов, используйте специальные приборы для тренировки дыхательной мускулатуры;

2) проводите ежедневные упражнения по стимулированию спонтанного дыхания и стремитесь к более раннему переходу пациента с искусственной вентиляции легких на самостоятельное дыхание;

3) убедитесь в отсутствии признаков нарушения глотания и аспирации;

4) примите стандартные меры профилактики вентилятор-ассоциированной пневмонии:

- головной конец постели приподнят более чем на 30°;
- регулярный уход за полостью рта;
- регулярно используйте аспираторы для дренирования субглоточного пространства; регулярно, по показаниям, проводите санацию/очистку дыхательных путей (в т.ч. надманжеточного пространства) с помощью специальных устройств (вакуум-аспираторов, отсосов);

- меняйте трубки/шланги системы вентиляции не только в установленные сроки, но и раньше, если есть необходимость;

- оцените риски развития пролежней и тромбоза глубоких вен;

- регулярно, каждые 2 часа, меняйте положение пациента в постели, поворачивайте на другой бок для облегчения болей;

- соблюдайте принципы общей гигиены.

2. Поддержание функции сердечно-сосудистой системы:

1) Тщательно отслеживайте показатели гемодинамики и уровень электролитов крови.

2) Внимательно отслеживайте показатели ЭКГ на предмет нарушений ритма и проводимости сердца, характерных для пожилого возраста. При необходимости получите консультацию терапевта по поводу мер профилактики.

3) Старайтесь как можно раньше прекратить использовать инвазивные манипуляции; исключением могут быть приспособления для длительной терапии.

4) Наличие возраст-ассоциированных изменений сердечно-сосудистой системы, которые должна учитывать медсестра:

- пожилые пациенты обычно нуждаются в более высоком давлении наполнения для поддержания достаточного ударного объема (то есть ЦВД в пределах 8–10 мм рт. ст., давление заклинивания легочной артерии в пределах 14–18 мм рт. ст.) и могут быть особенно чувствительны к гиповолемии;

- следует избегать избыточного потребления жидкости, так как это может привести к систолической сердечной недостаточности, недостаточному кровоснабжению органов и гипоксемии с последующей диастолической дисфункцией.

3. Поддержание функции нервной системы и ведение боли:

- 1) Внимательно отслеживайте неврологический/психический статус.

- 2) Оценивайте наличие делирия и уровень седации не реже одного раза за смену.

- 3) Обеспечьте адекватное ведение боли, избегайте чрезмерного или недостаточного применения седативных препаратов.

- 4) Проводите мероприятия по профилактике развития делирия:

- а) обеспечьте полноценный сон, поощряйте раннюю активизацию пациента, пересмотрите целесообразность приёма препаратов, которые могут вызывать делирий, снизьте уровень шума, закройте двери/шторы, поддерживайте температуру в помещении на комфортном уровне, приветствуйте посещения больного членами семьи или друзьями, позволяйте больному спать в привычной позе, открепите все неиспользуемые провода и трубки, избегайте использования физических ограничителей, прибегайте к ним только в случае крайней необходимости и на непродолжительное время;

- б) максимизируйте взаимодействие пациента с окружающей его средой:

- приветствуйте использование очков, слухового аппарата, других вспомогательных устройств;

- при общении с пациентом устанавливайте зрительный контакт, прежде чем начать общение, привлечите внимание пациента, говорите четко и достаточно громко, чтобы быть понятыми, делайте достаточно пауз для того, чтобы пациент мог ответить на вопрос, прибегайте к помощи палатной медсестры, используйте визуальные ориентиры для ориентировки во времени суток и дате, обеспечьте возможность обмена информацией (письменно или при помощи визуальных средств);

- обеспечьте доступ к альтернативным способам общения (предоставление ручки и бумаги, использование невербальных жестов, специальных досок с буквами алфавита, словами, картинками);

- при необходимости, обеспечьте участие переводчика в общении с пациентом.

4. Поддержание функции желудочно-кишечного тракта:

- 1) Отслеживайте симптомы желудочно-кишечного кровотечения, задержки опорожнения, нарушения моторики ЖКТ:

- а. Стимулируйте пациента принимать достаточное количество жидкости, обследуйте на предмет копростазы, обеспечьте работу кишечника по режиму.

- б. Избегайте использования ректальных трубок.

- 2) Принимайте меры по профилактике стрессовой язвы.

- 3) Осуществляйте переход на традиционное питание как можно скорее (обеспечение зубными протезами).

- 4) Предотвращайте аспирацию:

- а. при кормлении верхний конец кровати должен быть приподнят на 90° (высокое положение Фаулера), используйте отсасывающие устройства, получите оценку возможности проглатывать пищу для конкретного пациента со стороны специалиста логопеда, проведите оценку фонационной функции и глоточному рефлексу, выявляйте тахипноэ;

- б. поддерживайте раннее начало энтерального/парентерального питания;

- с. осуществляйте жесткий контроль над уровнем глюкозы.

5. Поддержание функции мочеполовой системы.

- 1) Убедитесь, что количество выделяемой мочи достаточно, пути выведения мочи проходимы. Если у пожилого пациента наблюдается резкое снижение диуреза, рассмотрите возможность проведения УЗИ мочевого пузыря для проверки его наполнения, вместо немедленной катетеризации.

- 2) Прекращайте использование катетеров Фолея как можно раньше. Используйте другие менее инвазивные приспособления/методы для сбора мочи (наружные урологические катетеры

или уропрезервативы, регулярное использование подкладного судна/медицинской утки).

3) Отслеживайте уровень нефротоксичных препаратов в крови при соответствующем назначении.

6. Поддержание функции иммунной системы и гемопоэза.

1) Убедитесь, что осуществляется должная профилактика тромбоза глубоких вен (антикоагулянты (гепарин), перемежающаяся пневматическая компрессия нижних конечностей).

2) Отслеживайте лабораторные показатели и клинические симптомы, которые могут указывать на анемию у конкретного пациента.

3) Распознавайте ранние признаки инфекции – беспокойность, агитация, делирий, гипотензия, тахикардия – у пожилых пациентов повышенная температура реже выступает как первый ответ на инфекционный процесс.

4) Тщательно ведите протоколы по контролю распространения инфекции и профилактике инфекционных заболеваний.

7. Уход за кожей пациента.

1) Производите тщательную оценку состояния кожных покровов.

2) Поддерживайте нормальную температуру в помещении и не допускайте потери тепла, контролируйте работу согревающих устройств.

3) Используйте известные методы борьбы с трением кожи о постельное белье во время перемены позы больного.

4) Используйте противопролежневые матрасы для пациентов из группы риска.

5) Методы, направленные на профилактику пролежней, могут включать частую перемену позы больного в постели (каждые 2 часа), использование противопролежневых матрасов, раннюю нутритивную поддержку и активизацию. Указанные приемы также положительно сказываются на сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной и пищеварительной желудочно-кишечной системах больного.

6) Контролируйте зоны в области постановки внутривен-

ных катетеров, часто проверяйте их на предмет наличия признаков воспаления, инфильтраций. Не используйте сдавливающие повязки, пользуйтесь бумажными лентами.

IV. Цели оценки и ожидаемые результаты

А. Для пациента:

1. восстановление стабильной гемодинамики;
2. предотвращение/минимизация осложнений;
3. сохранение уровня функциональной активности до развития критического состояния или максимальное сохранение функций;
4. максимальное снижение боли и тревожности;
5. улучшенные возможности общения пациента с персоналом.

Б. Для организации:

1. последовательная и точная оценка медицинского ухода за пожилыми людьми в отделении реанимации и интенсивной терапии;
2. последовательный, адекватный, своевременный уход в ответ на отклонения в состоянии здоровья благодаря непрерывному мониторингу и оценке;
3. предоставление информации пациенту/лицу, осуществляющему уход, по поводу заболевания, изменений в терапии и выписки;
4. оценка умения персонала проводить оценку ухода за пожилыми людьми в критическом состоянии;
5. использование внутренних, общеорганизационных и национальных стандартов;
6. выявление потенциала для улучшения и развитие сотрудничества между специалистами различного профиля для улучшения качества оказания помощи в отделении реанимации и интенсивной терапии.

ВЕДЕНИЕ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

I. Цели

Профилактика осложнений, поддержание и сохранение функционального уровня в периоперационном периоде.

Проведение комплексной гериатрической оценки перед хирургическим вмешательством ассоциировано с благоприятным прогнозом у пожилых пациентов.

II. Введение в проблему

Сестринское наблюдение в периоперационном периоде – это оказание комплексной помощи перед, во время и после операции. Рост числа пожилых больных, нуждающихся в хирургическом вмешательстве, наличие синдрома старческой астении у большинства пожилых пациентов, высокие требования по ведению пожилых пациентов в периоперационном периоде требуют сотрудничества между специалистами различного профиля. Сочетание сестринского наблюдения, критического мышления, применения рекомендаций, основанных на доказательной медицине, обеспечит безопасный и качественный уход за пожилыми пациентами.

III. Предпосылки

1. Рост потребности в хирургических вмешательствах среди пожилых людей.

2. Сложные операции требуют общего наркоза или глубокой седации.

3. Смертность, вызванная осложнениями, которые поддаются лечению, более чем в 2 раза выше для пациентов старше 75 лет по сравнению с остальными пациентами.

4. Смертельные случаи, среди пациентов хирургического

отделения расцененные как предотвратимые и процент пациентов с госпитальными осложнениями (сепсис, внутрибольничная пневмония, ВТЭ, шок/остановка сердца) зависят от сестринской деятельности и должны передаваться /отражаться в документах.

5. Терапия бета-блокаторами в периоперационном периоде коррелирует с более низким риском летального исхода у тяжелых больных.

IV. Параметры оценки

1. оцените когнитивные способности пациента и возможность понимать суть планируемого хирургического вмешательства.

2. определите, нет ли у пациента признаков депрессии.

3. оцените факторы риска развития делирия после операции.

4. определите, имеется ли злоупотребление алкоголем/веществами, есть ли зависимость.

5. оцените риски развития бронхо-легочной патологии после операции и примите профилактические меры.

6. функциональный статус и анамнез падений, должны быть задокументированы в истории болезни.

7. проведите диагностику синдрома старческой астении.

8. проведите оценку статуса питания и продумайте возможности восполнения дефицита питания перед операцией, при наличии синдрома мальнотриции.

9. определите потребность и объем социально – бытовой помощи и ухода от семьи и социальных служб согласно бланку оценки.

10. обеспечьте прохождение пациентом всех необходимых диагностических процедур перед операцией.

А. Для пожилых пациентов необходима оценка состояния внутрисосудистого объема жидкости до операции.

1) Гиповолемия часто сочетается с артериальной гипертензией, вызывающей увеличение общего сосудистого сопротивления.

2) На объём сосудистого русла также влияют различные лекарственные препараты, которые больной принимал длительное

время до операции или которые использовались в качестве предоперационной подготовки.

3) Если у больного имеются такие нарушения, как тошнота, рвота, гиперосмолярность, полиурия, кровотечения, ожоги или нарушения питания - то следует ожидать предоперационной гиповолемии.

4) Часто гиповолемия остается нераспознанной вследствие перераспределения внутрисосудистого объёма жидкости, хронической кровопотери, а также неизменной, а иногда даже и растущей массы тела.

5) Причинами волевических нарушений в такой ситуации могут быть: нарушения функции кишечника, сепсис, синдром острого лёгочного повреждения, асцит, плевральный выпот и выброс гормональных медиаторов.

6) Все эти процессы часто сопровождаются повышением проницаемости капилляров, в результате чего происходит потеря внутрисосудистого объёма жидкости в интерстициальное и другие пространства.

7) Коррекция предоперационного дефицита жидкости – важный этап в предупреждении тяжелой артериальной гипотонии и синдрома гипоперфузии во время вводного наркоза.

8) Динамическая оценка болевого синдрома.

Б. Основные рекомендации:

1) профилактический приём антибиотиков начинать за один час до хирургической операции;

2) завершить профилактическую антибиотикотерапию в течение 24 часов после окончания операции;

3) у пациентов, перенесших кардиологическую операцию, контролировать уровень глюкозы в крови после операции;

4) волосяной покров в области проведения вмешательства удалить своевременно;

5) в течение двух дней после операции, урологический катетер должен быть удален;

6) контроль температуры в периоперативном периоде;

7) обеспечить продолжение терапии бета-блокаторами для

пациентов, которые получали ее ранее;

8) профилактика венозной тромбоэмболии за 24 часа до проведения операции и до 24 часов после неё.

В. Поддержание безопасной фармакологической терапии:

1) любые препараты, которые используются перед, во время и после операции должны быть промаркированы, перед использованием название должно быть озвучено;

2) немедленно утилизируйте препараты без маркировки;

3) после окончания операции уберите все стерильные маркированные контейнеры и утилизируйте их содержимое.

Г. Предупреждение хирургически-опосредованных инфекций:

1) информируйте персонал о важности предотвращения инфекций и обучайте мерам профилактики;

2) сообщайте о мерах профилактики пациентам и членам их семей;

3) используйте стратегии снижения риска развития хирургической инфекции;

4) периодически проводите оценку риска развития хирургической инфекции;

5) отслеживайте соблюдение предписаний и оценивайте эффективность выбранных мер.

Перед операцией перепроверьте, верно ли выбрана процедура, пациент, место операции.

Подготовьте все необходимые инструменты и предметы для осуществления операции. Осуществите подготовку операционного поля в соответствии с требованиями.

V. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

А. Перед операцией.

1) Соберите информацию из беседы с пациентом и членами его семьи: наличие тяжелых заболеваний, прием лекарств, питание и т.д.

2) Используйте метод обратного обучения (когда сам обучае-

мый передает нужную информацию другим) для того, чтобы донести информацию до пациента и членов его семьи о таких вещах, как предоставление согласия, время последнего приёма пищи (за 6 часов для лёгкой пищи) и жидкости (за 2 часа для прозрачных жидкостей) до операции, подготовка кишечника, приём специфических лекарственных средств.

3) Контроль частоты сердечных сокращений на уровне 60-80 ударов в минуту для профилактики гипотензии в течение всего периоперативного периода.

4) Отмена бета-блокаторов по назначению врача должно осуществляться постепенно во избежание синдрома отмены.

5) Проинформируйте пациента или лицо, осуществляющее уход, о необходимости принести все применяемые дома препараты в день хирургического вмешательства, особенно если оно проводится амбулаторно.

6) Контроль профилактики венозной тромбоэмболии в первые 24 часа до операции по назначению врача.

7) Устраните волосяной покров в области операции.

8) Проконтролируйте, чтобы прием антибиотиков по назначению врача состоялся за 60 минут до хирургического разреза (для некоторых препаратов – за 120 минут).

Б. Во время операции.

Контролируйте поступление бета-блокаторов, температуру пациента, поддерживайте стерильные и асептические условия в области операции. Следите за тем, чтобы двери в операционную и операционный блок открывались только при необходимости. Отслеживайте течение операционного процесса и принимайте меры, чтобы никакие предметы не были оставлены в области операции по неосторожности. Следуйте мерам профилактики хирургических инфекций.

В. После операции.

1) Обеспечьте безопасность пациента во время транспортировки. Отслеживайте жизненно-важные показатели – гемодинамика, уровень глюкозы с забором крови из пальца.

2) Контролируйте ведение болевого синдрома (оценка,

отметка в документах с учетом фармакологической и нефармакологической терапии).

3) Контроль гипотермии (не ниже 36°C).

4) Контроль гипогликемии - целевые уровни глюкозы плазмы у пациентов с сахарным диабетом и со стрессовой гипергликемией: 7.8–10 ммоль/л. Не рекомендуется поддержание глюкозы плазмы менее 6,1 и более 12 ммоль/л.

5) Наложите стерильную повязку после завершающего этапа хирургического вмешательства на рану на 24-48 часов после операции.

6) Контроль отмены антибиотиков в течение 24 часов после окончания операции.

7) Обеспечьте питание в соответствии с рекомендациями врача.

VI. Цели сестринского наблюдения в периоперационном периоде

А. Для пациента:

1) безопасный периоперационный период;

2) уважение прав пациента и членов его семьи принимать решения;

3) комплексная диагностика перед операцией (физическое здоровье, функциональный статус, когнитивный статус, питание, приём лекарственных средств, синдром старческой астении, поведение);

4) оптимизация функциональности в периоперативном периоде;

5) своевременная осведомленность о проводимом лечении на всех этапах, включая кратковременный уход и долгосрочное наблюдение;

6) снижение риска послеоперационных осложнений;

7) снижение случаев побочных эффектов лечения.

Б. Для организации:

1) непрерывное обучение ведению пожилых пациентов в хирургии;

2) оценка способности пациента принимать решение и получение информированного согласия;

3) применение передовых руководств по профилактике хирургических инфекций;

4) формирование сотрудничества между специалистами различного профиля в периоперационном периоде (осмотры, передача пациента, протоколирование, ведение боли, предотвращение инфицирования, побуждение к физической активности, питание, пересмотр лекарственной схемы, промежуточный уход);

5) использование метода обратного обучения отвечает принципам пациент-ориентированного подхода;

6) повышается уровень образования медицинских сестер, осуществляющих уход в периоперационном периоде.

ПОДДЕРЖКА СЕМЕЙНОГО УХОДА

I. Цель

Оценить качество ухода за пожилым пациентом в домашних условиях, а также оказание поддержки членам семьи.

II. Введение

Уход со стороны семьи предполагает необходимость создания механизмов отслеживания качества ухода за пожилым пациентом в домашних условиях и организации поддержки членам семьи.

На членов семьи приходится более 80% долговременного ухода за пожилым пациентом. Уход может быть непростой задачей, требующей много времени, и выступать дополнительной нагрузкой к работе и выполнению других семейных обязанностей. Выполнение членом семьи в течение длительного периода функций по уходу за ослабленным пожилым человеком в отсутствии поддержки со стороны третьих лиц может вызвать негативные последствия для опекуна, привести к повышенному риску заболевания и смерти для него. Вместе с тем осуществление ухода дает не только негативные эмоции, многие из опекунов сообщают о том, что чувствуют отдачу от своих усилий и испытывают удовлетворенность от роли помощника.

III. Предпосылки и постановка проблемы

A. Определения.

1. Осуществление ухода со стороны семьи оказывается лицу, страдающему от какого-либо хронического заболевания, или чьи возможности ограничены. Данное лицо может выступать родственником, супругом, другом или соседом. Объем оказываемой помощи по объему превосходит ту помощь, которая обычно оказывается в семейных отношениях.

2. Принятие на себя роли опекуна относится к семейному ролевому переходу, который осуществляется в результате взаимодействия между членами семьи и является частью процесса распределения семейных ролей. Принятие этой роли происходит при возникновении потребности в уходе, либо при существенном изменении в осуществлении ухода. Роль опекуна переходит к другому лицу тогда, когда ожидания человека, осуществлявшего уход, от исполнения этой роли не оправдываются (NAC & AARP, 2009).

3. Признаки, указывающие на здоровое распределение ролей в домашнем уходе за пациентом – это субъективные, поведенческие, межличностные параметры, такие как субъективное благополучие, обладание необходимыми навыками для осуществления ухода и здоровые отношения (NAC & AARP, 2009).

4. Уход со стороны семьи включает в себя помощь в выполнении повседневных дел, организацию ухода, связанного с заболеванием, и другие действия, направленные на поддержание благополучия пациента, в том числе незаметные для больного, скрытые от него.

- Повседневная деятельность включает в себя такой персональный уход, как водные процедуры, приём пищи, одевание раздевание, помощь в передвижении, вставание с постели, принятие сидячего положения, использование туалета, а также так называемую «инструментальную» повседневную активность, которая обеспечивает автономию больного – например, приготовление пищи, покупка продуктов питания, осуществление телефонных звонков и контролируемая трата денежных средств.

- Повседневные задачи, связанные с заболеванием, включают в себя контроль симптомов, лечение заболевания, медицинские процедуры.

- Деятельность, направленная на организацию ухода, включает в себя оценку возможностей, обращение в медицинские организации и социальные службы, а также защита интереса пациента.

- Незаметные для больного действия по уходу включают в себя меры, направленные на обеспечение безопасности и благополучия больного.

5. Уход распределяется между членами семьи по принципу иерархии: кто-то принимает на себя большую часть обязанностей, в то время как другой оказывает помощь лишь время от времени. Обычно супруги являются опекунами, в то время как взрослые дети чаще выступают в качестве лиц, осуществляющих второстепенный уход.

Семейный уход за больным может осуществляться в различной форме, от оберегающего ухода, который проявляется в наблюдении за человеком, который на данный момент не зависит от посторонней помощи, но которому может потребоваться поддержка, и до всеобъемлющей помощи, осуществляемой круглосуточно. Если медицинские работники будут оценивать уход за больным со стороны членов семьи как простое выполнение задач, то роль опекуна, вероятно, будет не верно оценена.

6. Оценка опекуна осуществляется непрерывно и заключается в сборе информации об уходе в домашних условиях, конкретных проблемах, потребностях, возможностях и сильных сторонах опекуна.

Б. Факторы, ассоциированные со снижением качества ухода со стороны опекуна (ухаживающего лица).

1. Только что принятая на себя роль опекуна может вызывать дополнительный стресс для человека или повышать риск появления депрессии, а также негативно сказываться на субъективном благополучии и физическом здоровье человека.

2. Женщины в роли опекунов обычно находятся в более тесном контакте с больным и сообщают о более высоком уровне обремененности и депрессии.

3. Лица, осуществляющие уход, имеющие более низкое образование, сталкиваются с более серьезными проявлениями депрессии.

4. Если лицо, осуществляющее уход, состоит в браке с пациентом, то для него характерно более сильное проявление депрессии, однако и отдача от ухода выше.

5. Опекуны, которые имеют проблемы в отношениях с больным, сообщают о более высоких нагрузках.

6. Лица, осуществляющие уход, которые не были подготовлены к этой роли, испытывают повышенные нагрузки.

7. Если уход осуществляется за пациентом с деменцией, то лица, осуществляющие уход, подвержены более высоким нагрузкам и напряжению.

IV. Параметры оценки

А. Особенности осуществления ухода.

1. Отношения между пациентом и лицом, осуществляющим уход (являются ли они супругами и т.д.).

2. Роль опекуна и обязанности:

а) продолжительность осуществления ухода;

б) характер трудовой деятельности опекуна (статус занятости);

с) условия проживания (статус домохозяйства);

д) наличие и вовлеченность в уход других членов семьи, а также социальных работников.

3. Окружающая среда (уход в домашних условиях/в специализированном учреждении).

4. Финансовый статус.

5. Список потенциальных возможностей для лица, осуществляющего уход.

6. Культурные особенности конкретной семьи.

Б. Отношение опекуна к состоянию здоровья и функциональному статусу больного.

1. Список повседневных задач, которые больной может выполнить только с посторонней помощью (включая базовые задачи и повседневную деятельность, обеспечивающую автономию).

2. Наличие когнитивных нарушений, и, если они присутствуют, наличие каких-либо расстройств поведения.

3. Наличие проблем с подвижностью пациента.

В. Готовность лица, осуществляющего уход, к своей роли.

1. Присутствуют ли у лица, осуществляющего уход, умения,

возможности и соответствующие знания для предоставления помощи.

Г. Качество взаимоотношений в семье.

1. Субъективное восприятие опекуном качества отношений с больным.

Д. Признаки проблем, связанных с качеством ухода.

1. Нездоровая обстановка.
2. Нецелесообразное расходование денежных средств.
3. Отсутствие уважения к пожилому человеку.

Е. Состояние физического и психического здоровья опекуна (ухаживающего лица).

1. Состояние здоровья при самооценке: необходимо спросить опекуна, как он сам оценивает своё здоровье.

2. Нарушения и симптомы:

- 1) депрессия или другие расстройства эмоциональной сферы (например, тревожность);
- 2) лицо, осуществляющее уход, сообщает об обремененности или напряжении.

3. Отдача от ухода за больным - запишите список положительных моментов осуществления ухода для данного случая, дайте оценку таким аспектам, как удовлетворенность от помощи члену семьи, получение новых навыков и улучшение внутрисемейных отношений.

4. Меры, направленные на поддержание собственного здоровья и благополучия для опекуна:

- 1) необходимо уделять должное внимание собственному здоровью;
- 2) поддержание физической формы (например, выполнение упражнений или другая физическая активность);
- 3) соблюдение режима труда и отдыха: важно вовремя отдыхать;
- 4) обращение за поддержкой;
- 5) качественные отдых и питание.

V. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

А. Выявляйте и восполняйте пробелы в знаниях и умениях опекуна, необходимых для осуществления ухода.

Б. Перед тем, как вырабатывать план мероприятий по уходу, установите доверительные отношения с опекуном.

В. Приветствуйте участие опекуна в уходе за пациентом во время госпитализации.

Г. Определите те вопросы и проблемы опекуна, который он хотел бы проработать, и вырабатывайте соответствующие стратегии по их решению.

Д. Примите участие в определении преимуществ роли опекуна.

Е. Окажите информационную поддержку лицу, осуществляющему уход, в поиске и использовании каких-либо ресурсов.

Ж. Помогайте опекуну определять собственную физическую и эмоциональную реакцию на уход и правильно отвечать на неё.

З. Во время общения с членами семьи больного, осуществляющими уход, прибегайте к участию специалистов различного профиля.

VI. Ожидаемые результаты

А. Результаты, связанные с ролью опекуна.

1. Снижение напряжения от оказания ухода.
2. Уменьшение депрессии.
3. Улучшение физического здоровья.

Б. Результаты для пациента.

1. Улучшение качества ухода со стороны семьи.
2. Домашний уход учитывает поддержание максимально высокого функционального статуса пациента, здоровое питание, гигиену и управление симптомами.
3. Эмоциональное благополучие пациента учитывается.
4. Реже возникают нежелательные события, необходимость в оказании неотложной помощи пациенту.

ПРОБЛЕМЫ СЕКСУАЛЬНОСТИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

I. Цель

Улучшить сексуальное здоровье пожилых пациентов.

II. Введение

Несмотря на распространенность представлений о том, что с возрастом сексуальные желания снижаются, по результатам исследований было установлено, что желания, мысли и действия, связанные с сексуальностью, сохраняются на протяжении всей жизни.

Контакт с другим человеком и здоровая сексуальная жизнь приносят радость, романтические чувства, страсть, чувство привязанности и близости, в то время как невозможность проявить сексуальность приводит к унынию и депрессии.

Для того чтобы улучшить сексуальное здоровье пожилых больных, необходимо проводить оценку нормальных и патологических изменений, связанных со старением, и осуществлять грамотную терапию.

III. Основные положения

A. Определения.

1. Сексуальность является важным аспектом человеческого бытия и включает в себя близость, эмоциональное выражение, гендерную идентичность и роли, а также сексуальную ориентацию; на сексуальность влияют биологические, психологические, когнитивные и другие факторы.

2. Сексуальное здоровье отражает состояние физического, эмоционального, психического и социального благополучия, связанного с сексуальными аспектами, при котором наблюдается позитивный и ответственный подход к сексуальности и сексуальным отношениям (ВОЗ, 2010).

3. Сексуальная дисфункция – это нарушения сексуальных функций.

Б. Этиология и/или эпидемиология.

1. Несмотря на присутствующие сексуальные потребности, пожилые люди встречаются с множеством препятствий.

2. У лечащего персонала обычно недостаточно опыта и знаний для обсуждения сексуальных проблем с пожилыми людьми.

3. Пожилые люди чаще встречаются с ограничением возможностей по причине заболевания. Множество хронических заболеваний связаны с плохим сексуальным здоровьем и функционированием, в том числе депрессия, сердечно-сосудистые заболевания, инсульт и афазия, онкологические заболевания и диабет – эти заболевания отрицательно сказываются на сексуальности.

4. Принимаемые препараты зачастую подавляют либидо (например, препараты от кардиологических заболеваний и анти-депрессанты).

5. Нормальный процесс старения сопровождается диспареунией у женщин и эректильной дисфункцией у мужчин.

6. Также ряд факторов среды негативно сказывается на сексуальном здоровье пожилых людей.

IV. Параметры оценки

А. Сначала необходимо получить разрешение пожилого пациента для обсуждения сексуальности. На следующем этапе идёт обсуждение ограниченного объёма информации. Затем делаются конкретные предложения о том, какие меры можно предпринять, а также в тяжелых случаях может быть выдано направление к профильным специалистам для интенсивной терапии.

Б. Задавайте вопросы, на которые можно дать множество вариантов ответа, например, "Вы можете описать, как вы выражаете Вашу сексуальность?", "Какие проблемы, связанные с сексуальностью, Вас беспокоят?" или "Как с возрастом изменились сексуальные аспекты Вашей жизни?".

В. Укажите какие препараты, принимает пациент, есть ли

среди них антидепрессанты и гипотензивные средства.

Д. Уточните наличие хронических заболеваний, связанных с проблемами сексуального характера (депрессия, сердечно-сосудистые заболевания, инсульт, онкологические заболевания, диабет).

V. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

А. Общение и обучение.

1. Обсудите нормальные возрастные изменения здоровья.
2. Объясните, как лекарственные препараты и заболевания могут влиять на половую функцию.
3. При необходимости организуйте беседу по теме сексуальности с участием пациента и членов его семьи (приветствуйте открытые обсуждения в семейном кругу, расскажите о практиках безопасного секса, обсудите использование презервативов для предотвращения распространения инфекций, передающихся половым путём, ВИЧ-инфекции).

Б. Оценка.

1. Проведите тщательную оценку здоровья пациента.
2. Сведения о сексуальности должны быть включены в историю болезни.
3. Согласуйте с врачом рекомендации по лечению хронических заболеваний.
4. Контролируйте гликемию у больных сахарным диабетом.
5. Обеспечьте проведение скрининга на депрессию и информируйте врача о необходимости лечения данного заболевания.
6. Согласуйте с лечащим врачом использование препаратов, снижающих либидо, замените их или снизьте дозировку.
7. Оцените когнитивный статус пациента.
8. Если пациент не способен адекватно принимать решения, то сексуальные отношения с другими людьми могут носить насильственный характер.

В. Улучшение сексуального здоровья пациента.

1. Компенсация возрастного снижения половой функции, важна регулярная половая активность.

1.1. Для женщин:

- 1) использование искусственных смазок на водной основе
- 2) местное применение эстрогена.

1.2. Для мужчин:

- 1) рекомендована более длительная и прямая стимуляция для эрекции;
- 2) применение пероральных эректильных препаратов.

Г. Условия среды проживания должны благоприятно влиять на сексуальное здоровье пациента (приватность и безопасность).

VI. Ожидаемые результаты

А. Для пациента:

1. Улучшение качества жизни.
2. Деликатное отношение, уважение и признание достоинства касаясь сексуального здоровья пациента.
3. Возможность обсудить сексуальные проблемы и узнать варианты их решения при желании.
4. Возможность освободиться от патологических и проблематичных моделей сексуального поведения.

Б. Для медицинской сестры:

1. Включение вопросов по поводу сексуальности в план мероприятий сестринского наблюдения.
2. Частое проведение повторной оценки для выявления изменений в половой функции пациентов.

В. Для организации:

1. Обучение пожилых пациентов принципам здоровой сексуальной жизни и проведение медицинских вмешательств для коррекции нарушений, уважительное отношение к данным проблемам.

2. Обеспечение среды, благоприятствующей обсуждению сексуальных проблем пациентов.

3. Для учреждений длительного пребывания – обеспечение условий для здоровой сексуальной жизни пожилых людей.

ВЫЯВЛЕНИЕ СЛУЧАЕВ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ И НЕНАДЛЕЖАЩЕГО УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ

I. Цель

Определение лучших методов выявления случаев жестокого отношения к пожилым пациентам и принятие соответствующих мер.

II. Введение

Принимая во внимание прогнозы об увеличении численности пожилого населения по всему миру, а также прогресс в сфере медицины и технологий, можно ожидать более длительную продолжительность жизни людей в пожилом возрасте. Соответственно, можно ожидать и увеличения числа случаев ненадлежащего ухода, о которых и на сегодняшний день не всегда сообщают. Данный факт объясняется тем, что медицинские сестры и другой лечащий персонал не всегда могут распознать жестокое отношение к пожилым людям со стороны опекунов и иногда не знают, как составлять отчёты о подобных случаях, а также недостаточной вовлеченностью государственных организаций в решение данной проблемы.

III. Предпосылки и постановка проблемы

А. Определения.

1. Жестокое отношение к пожилым людям – это намеренные действия, которые приносят вред или создают значительный риск причинения вреда пожилому человеку со стороны лица, осуществляющего уход, или другого лица, имеющего доверительные отношения с пожилым человеком, либо неспособность опекуна удовлетворить базовые потребности пожилого человека и защитить его от причинения вреда самому себе. Существуют различные теории, описывающие данную проблему.

2. Физическое насилие – это применение физической силы, приводящее к телесным повреждениям, физической боли или нарушениям.

3. Сексуальное насилие – любые сексуальные домогательства, в том числе осуществляемые по отношению к лицам, которые не способны дать согласие (NCEA, 2008).

4. Эмоциональное/психологическое насилие – причинение страданий, мучений, боли посредством вербального или невербального общения.

5. Финансовое насилие/эксплуатация – незаконное или ненадлежащее использование средств, собственности или активов пожилого.

6. Пренебрежительное отношение лица, осуществляющего уход: отказ или неспособность выполнять свои обязанности по отношению к пожилому человеку, в том числе обеспечение социальной вовлеченности (NCEA, 2008).

7. Пренебрежительное отношение пожилого человека к самому себе – это поведение пожилого человека, угрожающее его здоровью или безопасности, игнорирование действий, способных обеспечить собственное благополучие и комфортные условия проживания.

8. Модель чувствительности и риска: пренебрежительное отношение вызывается взаимодействием ряда факторов, касающихся пожилого человека и окружающей его среды. Чувствительность связана с рядом факторов, повышающих вероятность подвергнуться насилию и жестокому отношению, например, плохое состояние здоровья, когнитивные нарушения и уже пережитое по отношению к себе насилие. К рискам относятся факторы среды, которые также повышают вероятность жестокого отношения, к ним могут относиться особенности лиц, осуществляющих уход, в частности их состояние здоровья или функциональный статус, а также недостаточность ресурсов и социальная изоляция.

Б. Особенности жертв.

1. Возможности по выполнению базовых повседневных

задач ограничены, характерна физическая хрупкость.

2. Когнитивные нарушения, например, деменция.
3. Наличие травмы в анамнезе.
4. Депрессия или другие психические заболевания, а также сильное ощущение безнадежности.
5. Социальная изоляция и отсутствие поддержки.
6. Злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе.

В. Особенности лиц, проявляющих жестокое отношение.

1. Чаще всего являются членами семьи.
2. Имеют конфликты с жертвами, уходящие далеко в прошлое.
3. Длительное время проживали с жертвами.
4. Высокие нагрузки, связанные с уходом.
5. Наличие психических заболеваний, например, депрессии, или злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе.
6. Социальная изоляция и отсутствие поддержки.

Г. Этиология и/или эпидемиология.

По данным NCEA (1998), сообщается только о 16% случаев жестокого отношения к пожилым людям, примерно половина случаев вызывается пренебрежительным отношением. Так, 39,3% случаев вызваны пренебрежительным отношением пожилого человека к самому себе, и 21,5% случаев вызваны пренебрежительным отношением со стороны лица, осуществляющего уход, преднамеренным или непреднамеренным. Более 70% случаев, рассматриваемых Службами по защите пожилых людей США (Adult Protective Services, APS), связаны с пренебрежительным отношением к самому себе, более половины из которых наблюдаются при достижении пожилым человеком возраста старше 80 лет.

IV. Параметры оценки

См. приложение 17.

V. План мероприятий, выполняемых медицинской сестрой

1. Подробный скрининг для выявления рисков жестокого отношения в сочетании с оценкой физического состояния больного, субъективной информации и данных, полученных при использовании различных инструментов для оценки.

2. Необходимо попытаться установить доверительные отношения с пожилым человеком и с лицом, осуществляющим уход. Необходимо общаться с каждым из них отдельно.

3. Для более эффективного выявления случаев жестокого отношения и принятия мер необходимо решать проблему в рамках многопрофильной команды специалистов, обладающих различным опытом, знаниями и умениями. Раннее распознавание жестокого отношения способно предотвратить усугубление ситуации и ухудшение здоровья пациента.

4. Организации должны разрабатывать рекомендации по борьбе с жестоким отношением к пожилым людям.

5. При принятии мер по выявлению жестокого отношения и его пресечению организации должны учитывать культурные аспекты, связанные с расовыми/этническими меньшинствами.

6. Жертвы должны быть осведомлены об особенностях жестокого отношения, в частности о том, что оно обычно усугубляется со временем.

7. Необходимо предоставить жертвам жестокого отношения со стороны лиц, осуществляющих уход, номера телефонов экстренных служб и общественных организаций, оказывающих поддержку.

8. Направьте пострадавшего в соответствующие инстанции.

VI. Цели оценки и ожидаемые результаты

1. Снижение вреда для пожилых больных при помощи направлений в соответствующие организации, участия специалистов различного профиля, обеспечения более безопасных условий и обстановки.

2. Пожилые люди, пострадавшие от неправильного ухода или от жестокого отношения, вербально выражают своё понимание, как получить доступ к необходимым услугам.

3. Лица, осуществляющие уход, получают терапию от психических заболеваний или зависимости от психоактивных веществ при наличии данных состояний.

4. При возможности, необходимо отслеживать улучшение отношений между пожилым человеком и лицом, осуществляющим уход, при помощи таких инструментов, как Модифицированный индекс нагрузки на опекуна и Гериатрическая шкала депрессии.

5. Составление четкого и понятного практического руководства в рамках учреждения для борьбы с жестоким отношением к пожилым людям.

VII. Последующее наблюдение

В медицинских учреждениях интенсивной терапии последующее наблюдение пожилых людей ограничено. Контроль может эффективно осуществляться в учреждениях длительного пребывания.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

СКРИНИНГОВЫЙ ОПРОСНИК «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА» ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

№ п/п	Вопрос	Вариант ответа
1	Похудели ли вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?	Да/нет
2	Испытываете ли вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	Да/нет
3	Были ли у вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?	Да/нет
4	Чувствуете ли вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?	Да/нет
5	Есть ли у вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да/нет
6	Страдаете ли вы недержанием мочи?	Да/нет
7	Испытываете ли вы трудности в перемещении по дому или на улице (ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет)?	Да/нет

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 гериат-

рической 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.

КРАТКАЯ БАТАРЕЯ ТЕСТОВ ФИЗИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ (THE SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY, SPPB)



Инструкция к выполнению краткой батареи тестов физического функционирования

1. Определение равновесия пациента

А. Положение «Стопы вместе».



Необходимо попросить пациента постоять в течение 10 секунд, поставив стопы вместе.

Б. Полутандемное положение.



Попросить пациента на протяжении 10 секунд простоять, выставив одну ногу вперед так, чтобы носок одной стопы был на уровне середины другой стопы и внутренние поверхности двух стоп соприкасались.

В. Тандемное положение ног.



Пациенту необходимо встать так, чтобы пятка одной ноги находилась непосредственно перед носком другой ноги и касалась его, и простоять в таком положении 10 секунд.

2. Определение скорости ходьбы на 4 метра.

Для проведения теста требуется около 6 метров. Непосредственное измерение скорости ходьбы проводится на расстоянии 4 метра. Метр до и после этого расстояния необходим, чтобы пациент мог набрать и снизить скорость.

Пациенту дается инструкция пройти 4 метра без остановки с обычной скоростью. Пациент должен стоять без поддержки на стартовой линии таким образом, чтобы носки обеих стоп касались линии или незначительно заступали за нее и находились

на удобном для участника расстоянии друг от друга.

Первая попытка пробная. Во время второй и третьей попытки измеряется время в секундах, за которое пациент проходит 4 метра. Учитывается лучший результат. Результат теста менее 0,8 м/с говорит о снижении мышечной функции.

3. Подъемы со стула:

Подготовка: Однократный подъем со стула.

После демонстрации теста необходимо попросить исследуемого скрестить руки на плечах, установить стопы плотно прижатыми к полу и встать со стула без использования рук.

Если пациент не может выполнить однократный подъем со стула без использования рук, тест с 5-кратным подъема со стула не выполняется.

После успешного однократного подъема со стула пациента просят встать и сесть на стул без помощи рук пять раз подряд без остановок как можно быстрее, но чтобы было безопасно для него.

Общий балл: ____/8

Для каждой категории активности выбирается уровень, соответствующий мероприятиям, выполняемым пациентом, и начисляется балл - 0 или 1.

Общий результат может варьировать от 0 баллов (зависимый от посторонней помощи, нуждается в значительной помощи при выполнении мероприятий инструментальной функциональной активности) до 8 баллов (независимый от посторонней помощи).

Интерпретация результатов:

10-12 баллов - Нет старческой астении;

8-9 баллов – Преастения;

7 и менее баллов - Старческая астения

Приложение 3

ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ ПОЛОСТИ РТА

ФИО больного/постояльца				Дата __/__/__
ФИО лица, проводившего оценку				
	Подсчёт баллов: помимо подсчёта баллов по каждой категории оценки Вы можете также обводить в кружок отдельные слова (*если по какой-либо категории выставляется 1-2 балла, пожалуйста, направьте пациента/постояльца на осмотр стоматолога)			
Категория оценки	0 = норма	1 = наличие небольших отклонений от нормы*	2 = наличие патологических изменений*	Число баллов
Губы	Гладкие, розовые, влажные	Сухие, потрескавшиеся или красные в уголках рта	Отёчные, неровные, с язвой, кровотечением, с повреждениями в уголках рта	
Язык	Обычный, влажный, шероховатый, розовый	Пятнистый, с трещинами, красный, покрытый налётом	С красным и/или белым участком, изъязвленный, опухший	
Десны и мягкие ткани	Розовые, влажные, гладкие слизистые; кровотечения отсутствуют	Сухие, блестящие, огрубевшие, красные, опухшие, наличие одной язвы или большого места под зубными протезами	Отёчные, кровоточащие, изъязвленные, с белыми/красными пятнами, с покраснением под протезами	

Слюно-отделение	Слизистые влажный, водянистая, свободно текущая слюна	Сухие, слипающиеся слизистые оболочки, снижение слюно-отделения пациент/постоялец отмечает сухость во рту	Слизистые оболочки сухие и красные, слюны мало или она отсутствует, слюна густая, пациент-постоялец отмечает сухость во рту	
Свои зубы Да/нет	Зубы в хорошем состоянии, отсутствуют сломанные зубы и/или корни	Один-три разрушенных или сломанных зуба/корня или очень стёртые зубы	4+ разрушенных или сломанных зубов/корней, или очень стёртые зубы, или менее четырёх зубов	
Зубные протезы Да/нет	Нет патологических очагов, разрушенных зубов, зубные протезы надеваются регулярно, подписаны (на них указано, что они принадлежат конкретному лицу)	Наличие одного патологического очага или разрушенного зуба, или ношение зубных протезов только в течение 1-2 часов в день, или зубные протезы не подписаны, или они утеряны	Более одного патологического очага или сломанного зуба, отсутствие зубного протеза/зубной протез не надевается, утерян, отсутствует клей для зубного протеза, зубной протез не подписан	
Гигиена полости рта	Полость рта чистая, частицы пищи и зубной камень отсутствуют (в том числе на зубных протезах)	Частицы пищи, зубной камень или пятна в одной-двух областях полости рта/на небольшой части зубных протезов или плохой запах изо рта	Частицы пищи, зубной камень или пятна в большинстве участков полости рта/на большей части зубных протезов или сильный плохой запах изо рта	

Зубная боль	Признаки зубной боли отсутствуют (пациент/постоялец отрицает зубную боль, отсутствуют поведенческие, физикальные признаки)	Вербальные и/или поведенческие признаки боли, такие как гримаса боли, жевание губ, отказ от еды, агрессия	Физикальные признаки боли (отёк щеки или десны, сломанные зубы, изъязвления), а также вербальные и/или поведенческие признаки (гримаса боли, отказ от еды, агрессия)	
<i>Нужное отметить:</i> ☐ Направить пациента/постояльца на стоматологический осмотр. ☐ Пациент/постоялец и/или члены его семьи не дают согласия на стоматологическое лечение. ☐ Составить план по гигиене полости рта для пациента/постояльца и приступить к уходу. ☐ Назначить повторную проверку состояния полости рта пациента/постояльца на ____/____/____.				Итого баллов _____ Максимальное количество баллов 16

Приложение 4

ШКАЛА ДЛЯ ПРОВЕРКИ ЗРЕНИЯ

Таблица Розенбаума



Опросник для оценки зрения у пожилых людей

Предложите пациенту ответить на вопросы:

1. Трудно ли Вам из-за плохого зрения (даже в очках, если Вы ими пользуетесь):

1. Принимать пищу;

2. Узнавать Ваши лекарства и читать этикетки;
3. Одеваться и не пропускать петельки на застежках и пуговицах;
4. Причесываться, бриться и умываться;
5. Пересчитывать деньги;
6. Узнавать людей на другой стороне улицы или поблизости;
7. Не наткаться на вещи, когда Вы ходите по улице;
8. Находить дорогу домой, когда Вы идете из магазина или из почты;
9. Читать обычный газетный шрифт.

2. Отметьте, пожалуйста, какие приспособления для улучшения зрения Вы используете:

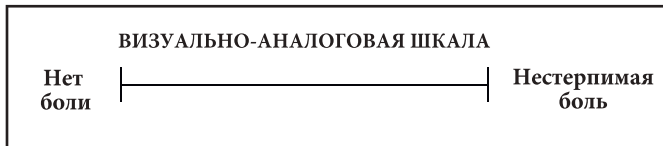
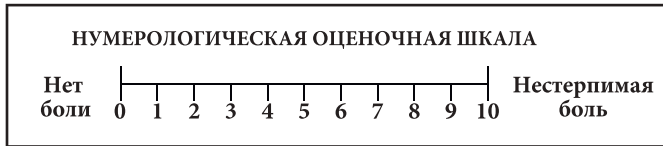
1. Очки;
2. Контактные линзы;
3. Увеличительное стекло или лупа;
4. Карманный фонарик;
5. Специальные книги с крупным шрифтом;
6. Трафареты для слабовидящих.

Качественная интерпретация результатов данного опросника служит для определения индивидуальных проблем пожилого человека, связанных со зрением.

Приложение 5

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%.



Опросник PAINAD для выявления и оценки интенсивности боли у пациентов с деменцией

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

Показатели	0	1	2	Оценка
Дыхание без вокализации	Норма	Приступы тяжелого дыхания. Короткие приступы гипервентиляции	Шумное тяжелое дыхание. Продолжительные приступы гипервентиляции. Дыхание Чейн-Стокса	
Стоны	Нет	Стоны и вздохи. Односложная речь:	Повторные тревожные крики/мольбы. Громкие	

		жалобы, описание страданий	стоны и вздохи. Плач	
Выражение лица	Улыбка или отсутствие эмоционального выражения лица	Печальный, хмурый или испуганный взгляд	Гримаса боли	
Телесные признаки боли	Расслаблен	Напряжен, раздражен, беспокоен	Резко напряжен, со сжатыми кулаками, подтянутыми к животу коленями. Пациент притягивает к себе или отталкивает исследователя, наносит удары	
Утешаемость	Утешать пациента не требуется	Отвлекается или успокаивается при помощи слов и прикосновений	Невозможно утешить, отвлечь или успокоить	

Интерпретация результатов:

1-3 - легкая боль;

4-6 - умеренная боль;

7-10 - сильная боль.

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).

КЛИНИЧЕСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ ДЕГИДРАТАЦИИ

Оценочные критерии	Баллы		
	0	1	2
Общее состояние	Нормальное	Жажда, беспокойство или вялость, раздражительность при прикосновении	Сонливость, адинамия, холодный пот, кома
Глаза	Норма	Слегка запавшие	Глубоко запавшие
Слизистые оболочки (язык)	Влажные	Липкие	Сухие
Слезы	Есть слезы	Уменьшение количества	Отсутствие слез

Интерпретация результатов:

0 баллов – нет гипогидратации;

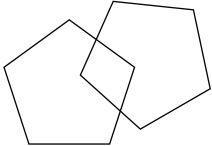
1 - 4 балла – обезвоживание I степени;

5 - 8 – обезвоживание II-III степени.

КРАТКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА **(Mini Mental State Examination, MMSE)**

Краткая шкала оценки психического статуса чаще применяется для выявления выраженных когнитивных нарушений, соответствующих состоянию деменции, но при этом необходимо учитывать, что данный опросник обладает малой чувствительностью для выявления додементных когнитивных нарушений.

Параметр	Баллы
Ориентировка во времени: (год, время года, число, день недели, месяц)	___/5
Ориентировка в месте: (страна, область, город, клиника, этаж)	___/5
Немедленное воспроизведение трех слов (лимон, ключ, флаг)	___/3
Концентрация внимания и счет: попросите пациента 5 раз последовательно вычесть 7 из 100 (или произнести слово «земля», наоборот)	___/5
Отсроченное воспроизведение: попросите больного вспомнить 3 предмета, названные при проверке немедленного воспроизведения	___/3
Речь и выполнение действий: показываем ручку и часы, спрашиваем: «Как это называется?»	___/2
Просим повторить предложение: «Никаких если, никаких но»	___/1
Попросите больного выполнить последовательность из 3-х действий: «Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на пол»	___/3

Напишите на листе бумаги «Закройте глаза», покажите пациенту и попросите его выполнить то, что он прочитал	___/1
Попросите больного написать предложение (в предложении должно быть подлежащее и сказуемое, оно должно иметь смысл)	___/1
Попросите пациента скопировать рисунок 	___/1

Результат: _____ /30 баллов

Инструкция к выполнению теста

Краткая шкала оценки психического статуса

1. Ориентировка во времени.

Попросите больного полностью назвать сегодняшнее число, месяц, год, день недели и время года.

Результат. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.

2. Ориентировка в месте нахождения.

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).

Результат. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.

3. Восприятие.

Дается инструкция: "Повторите и постарайтесь запомнить три слова: «лимон, ключ, флаг". Слова должны произноситься

максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. Следует предъявлять слова столько раз, сколько это необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил. Однако оценивается в баллах лишь первое повторение.

Результат. Правильное повторение слова больным оценивается в 1 балл для каждого из слов.

4. Концентрация внимания.

Просят последовательно пять раз вычитать из 100 по 7 (до результата "65").

Результат. Каждая ошибка снижает оценку на 1 балл. Другой вариант: просят произнести слово "земля" наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на 1 балл. Например, если произносится "ямлез" вместо "ялмез" ставится 4 балла; если "ямлзе" - 3 балла и т.д.

5. Память.

Просят больного вспомнить слова, которые заучивались в п.3.

Результат. Каждое правильно названное слово оценивается в 1 балл.

6. Называние предметов.

Показывают ручку и спрашивают: "Что это такое?", аналогично - часы.

Результат. Каждый правильный ответ оценивается в 1 балл.

7. Повторение фразы.

Просят больного повторить фразу: «Никаких если, никаких но». Фразу произносят громко, четко один раз.

Результат. Правильное повторение оценивается в 1 балл.

8. Понимание команды.

Устно дается команда, которая предусматривает последовательное совершение трех действий. «Возьмите лист бумаги правой рукой, сложите его вдвое и положите на пол».

Результат. Каждое правильно выполненное действие оценивается в 1 балл.

9. Чтение.

Пациенту дают лист бумаги, на котором крупными буквами написано «ЗАКРОЙТЕ ГЛАЗА». Дают следующую инструкцию: «Прочитайте вслух и выполните то, что здесь написано».

Результат. Пациент получает 1 балл, если после правильного прочтения вслух он закрывает глаза.

10. Письмо.

Пациента просят придумать и написать предложение.

Результат. Пациент получает 1 балл, если придуманное предложение будет осмысленным и правильным в грамматическом отношении, содержат подлежащее и сказуемое.

11. Рисование.

Пациенту дают образец (два пересекающихся пятиугольника с равными углами, в месте пересечения образуется четырехугольник), который он должен перерисовать на нелинованной бумаге.

Результат. В том случае, если пациент перерисовывает обе фигуры, каждая из которых содержит пять углов, линии пятиугольников соединены, фигуры действительно пересекаются, в месте пересечения образуется четырехугольник, пациент получает 1 балл.

Интерпретация результатов:

Итоговый балл выводится путем суммирования результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов. 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.

**ШКАЛА ОЦЕНКИ РИСКА ПАДЕНИЯ ПО ШКАЛЕ МОРСЕ
(MORSE FALL SCALE)**

Вопрос	Балл
1. Падал ли в последние 3 месяца?	Нет – 0, Да - 25
2. Есть ли сопутствующее заболевание? См. медицинскую карту	Нет – 0, Да - 15
3. Самостоятельность при ходьбе: ✓ Ходит сам (даже если при помощи кого-то), или строгий постельный режим, неподвижно ✓ Костыли/ ходунки/ трость ✓ Опирается о мебель или стены для поддержки	----- 0 ----- 15 ----- 30
4. Принимает внутривенное вливание/принимает гепарин, фраксипарин	Нет – 0, Да - 20
5. Походка ✓ Нормальная (ходит свободно) ✓ Слегка несвободная (ходит с остановками, шаги короткие, иногда с задержкой) ✓ Нарушения (не может встать, ходит опираясь, смотрит вниз)	----- 0 ----- 10 ----- 20
6. Психическое состояние ✓ Знает свою способность двигаться ✓ Не знает или забывает, что нужна помощь при движении	----- 0 ----- 15

Интерпретация результатов:

2 балла – нет риска падений;

5 – 20 баллов – низкий уровень;

25 – 45 баллов – средний уровень;

46 баллов и больше – высокий уровень.

СКРИНИНГОВЫЙ ТЕСТ «МИНИ-КОГ» («MINI-COG»)

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.

Краткий когнитивный тест Mini-Cog сочетает в себе тест "Рисование часов" и тест по воспроизведению трех слов.

Шаг	Действия	Баллы
1	Скажите пациенту: «Слушайте меня внимательно. Сейчас я назову 3 слова, а Вам нужно будет повторить их за мной и запомнить». Позже я у Вас их спрошу». Четко произнесите 3 слова: ключ, лимон, флаг. Если пациент не повторил всех 3-х слов, повторите слова еще раз. Если пациент не может повторить всех слов после 3-х попыток, перейдите к Шагу 2.	Не начисляются
2	Скажите пациенту: «Далее я хочу, чтобы вы нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате». После завершения попросите пациента настроить часы так, чтобы они показывали время 11 часов 10 минут.	Правильно нарисованные часы – 2 балла. Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования. Цифры 12, 3, 6, 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не учитывается. Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов
3	Попросите пациента вспомнить 3 слова из Шага 1.	За каждое воспроизведенное слово в Шаге 3 пациент получает по 1 баллу. Если не вспомнил ни 1 слова – 0 баллов

Интерпретация результатов:

Если пациент набрал < 3 баллов – вероятность деменции высокая.

При необходимости увеличения чувствительности теста отрезная точка может быть повышена до <4 баллов.

Тест рисования часов

Тест рисования часов чаще используется в комплексной оценке когнитивных нарушений.

Пациенту дают чистый лист бумаги и карандаш. Необходимо попросить пациента нарисовать круглый циферблат часов со всеми цифрами и установить время 11 часов 10 минут.

Максимально пациент может получить за тест 10 баллов, которые начисляются следующим образом:

5 баллов за рисование циферблата:

- Замкнутый круг правильной формы (1 балл);
- Указаны все цифры от 1 до 12 (1 балл);
- Цифры нарисованы внутри круга (1 балл);
- Цифры нарисованы с равными интервалами (1 балл);
- Правильное расположение 4 основных цифр (12, 3, 6, 9).

5 баллов за расположение стрелок:

- По 1 баллу за правильное местоположение начала (центр круга) и конца стрелок (всего 4 балла);
- Разная длина часовой и минутной стрелок (1 балл).

ШКАЛА ОЦЕНКИ СПУТАННОСТИ СОЗНАНИЯ (CONFUSION ASSESSMENT METHOD, CAM)

Эффективным диагностическим методом является использование скрининговых опросников, позволяющих заранее выявлять признаки делирия. Наиболее широко применяется опросник CAM.

Делирий предполагается при выявлении у пациента не менее 3 признаков, при этом обязательным является наличие 1-го и 2-го признаков в сочетании либо с признаком 3, либо 4.

В остальных случаях результат оценивается как отрицательный. Заполнение данного опросника занимает около 5 минут и не требует специализированной психиатрической подготовки. Опросник рекомендован к использованию как врачами, так и средним медицинским персоналом.

Рекомендовано заполнение опросника:

- 1) при поступлении пациента в стационар,
- 2) после оперативного вмешательства,
- 3) при любом остром колебании внимания, поведения или мышления пациента по сравнению с его исходным состоянием.

1 этап	Острота и волнообразность изменений психического статуса Имеются ли изменения психического статуса относительно исходного уровня? ИЛИ Отмечались ли волнообразные изменения психического статуса в течение последних 24 часов?	Если на оба вопроса ответ «нет» → ДЕЛИРИЯ НЕТ Если на один из вопросов ответ «Да» → 2 этап
2 этап	Нарушение внимания «Сжимайте мою руку каждый раз, когда я скажу букву А»	Если 0-2 ошибки → ДЕЛИРИЯ НЕТ

	Прочитайте следующую последовательность букв «Л А М П А А Л А Д Д И Н А» ОШИБКИ: Не сжимает на букву А и сжимает на другие буквы	Если ≥ 2 ошибки → 3 этап
3 этап	Изменения уровня сознания Уровень сознания на текущий момент (The Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS)	Если RASS отличен от 0 → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если RASS = 0 → 4 этап
4 этап	Дезорганизованное мышление 1. Камень будет держаться на воде? 2. Рыба живет в море? 3. Один килограмм весит больше двух? 4. Молотком можно забить гвоздь? Команда: «Покажите столько же пальцев» (покажите 2 пальца) «Теперь сделайте тоже другой рукой» (не демонстрируйте) ИЛИ «Добавьте еще один палец» (если пациент не может двигать обеими руками)	Если ≥ 2 ошибка → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если 0-1 ошибка → ДЕЛИРИЯ НЕТ
Заключение: ДЕЛИРИЙ / делирия нет		

Приложение 11

ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ШКАЛА ДЕПРЕССИИ (GERIATRIC DEPRESSION SCALE, GDS)

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

	Вопрос	Варианты ответов	
1	В целом, удовлетворены ли Вы своей жизнью?		НЕТ
2	Вы забили большую часть своих занятий и интересов?	ДА	
3	Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?	ДА	
4	Вам часто становится скучно?	ДА	
5	У вас хорошее настроение большую часть времени?		НЕТ
6	Вы опасаетесь, что с Вами случится что-то плохое?	ДА	
7	Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?		НЕТ
8	Вы чувствуете себя беспомощным?	ДА	
9	Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым?	ДА	
10	Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других?	ДА	
11	Считаете ли Вы, что жить – это прекрасно?		НЕТ
12	Чувствуете ли Вы себя сейчас бесполезным?	ДА	
13	Чувствуете ли Вы себя полным энергией и жизненной силой?		НЕТ
14	Ощущаете ли вы безнадежность той ситуации, в которой находитесь в настоящее время?	ДА	
15	Считаете ли Вы, что окружающие Вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с Вами?	ДА	
	Общий балл:		

Интерпретация результатов:

Один балл зачисляется за ответ «нет» на вопросы 1, 5, 7, 11, 13 и за ответ «да» на вопросы 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15.

При результате 0 - 4 балла – депрессия отсутствует.

≥ 5 баллов - вероятная депрессия.

Приложение 12

ШКАЛА ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА PHQ-9 (PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE)

В течение последних двух недель, как часто вас беспокоили следующие проблемы?

Вопрос	Не беспокоили	Несколько дней	Более половины всех дней	Почти ежедневно
1. Вас мало интересовали дела или ничто не доставляло удовольствие	0	1	2	3
2. Вы испытывали чувство подавленности, депрессии или безнадежности	0	1	2	3
Если за первые 2 вопроса пациент набрал 0 - 2 балла, оценку не продолжать				
3. У вас были проблемы с засыпанием или со сном, или вы слишком много спали	0	1	2	3
4. Вы чувствовали усталость или испытывали недостаток энергии	0	1	2	3
5. Плохой аппетит или переедание	0	1	2	3
6. Вы испытывали чувство неудовлетворенности собой. Или думали о том, что вы неудачник, или что подводите себя или свою семью	0	1	2	3
7. Трудности с концентрацией внимания, например, когда читаете газету или смотрите телевизор	0	1	2	3
8. Вы делаете все или говорите так медленно, что другие люди начинают это замечать. Или наоборот - вам не сидится на месте или вы так неутоимы,	0	1	2	3

что делаете гораздо больше, чем обычно				
9. Вам приходят мысли, что лучше всего было бы умереть или вы пытались поранить себя каким-то образом	0	1	2	3

Общий балл: ____/27

Интерпретация результатов:

0 - 4 - нет депрессии;

5 - 9 – низкий риск наличия депрессии;

10 - 14 - умеренный риск наличия депрессии;

15 - 19 - высокий риск наличия депрессии;

20 - 27 - крайне высокий риск наличия депрессии.

ШКАЛА ОЦЕНКИ БАЗОВОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ - ИНДЕКС БАРТЕЛ

Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пациента, так и для проведения мониторинга.

При заполнении анкеты индекса Бартел необходимо придерживаться следующих правил:

- Индекс отражает реальные действия пациента, а не предполагаемые;
- Необходимость присмотра означает, что пациент не относится к категории тех, кто не нуждается в помощи (пациент не независим);
- Уровень функционирования определяется наиболее оптимальным для конкретной ситуации путем расспроса пациента, его родственников, однако важны непосредственные наблюдения и здравый смысл. Прямое тестирование не требуется;
- Обычно оценивается функционирование пациента в период предшествующих 24 - 48 часов;
- Средние категории означают, что пациент осуществляет более 50% необходимых для выполнения той или иной функции усилий;
- Категория «независим» допускает использование вспомогательных средств.

Прием пищи	10 - не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами 5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи 0 - полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)
------------	---

Личная гигиена	5 - не нуждаюсь в помощи (умывание, чистка зубов, бритье) 0 - нуждаюсь в помощи
Одевание	10 - не нуждаюсь в посторонней помощи 5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц 0 - полностью нуждаюсь в посторонней помощи
Прием ванны	5 - принимаю ванну без посторонней помощи 0 - нуждаюсь в посторонней помощи
Контроль мочеиспускания	10 - контроль над мочеиспусканием 5 – случайные инциденты недержания мочи 0 – недержание мочи или катетеризация
Контроль дефекации	10 - контроль над дефекацией 5 – случайные инциденты 0 – недержание кала (или необходимость постановки клизм)
Посещение туалета	10 - не нуждаюсь в помощи 5 - частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и надевание брюк и т.д.) 0 - нуждаюсь в использовании судна, утки
Вставание с постели (передвижение с кровати на стул и обратно)	15 - не нуждаюсь в помощи 10 - нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке 5 - могу сесть в постели, но чтобы встать, нужна физическая поддержка 1 или 2-х людей 0 - не способен встать с постели даже с посторонней помощью, не удерживает баланс в положении сидя

Передвижение (на ровной поверхности)	15 - могу без посторонней помощи передвигаться на расстояние более 50 метров 10 - могу передвигаться с посторонней помощью (вербальной или физической) на расстояние более 50 метров 5 - могу передвигаться с помощью инвалидной коляски на расстояние более 50 метров 0 - не способен к передвижению или передвигается на расстояние менее 50 метров
Подъем по лестнице	10 - не нуждаюсь в помощи 5 - нуждаюсь в наблюдении или поддержке 0 - не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой
Общий балл: _____/100	

Интерпретация результатов:

0 - 20 баллов - полная зависимость;

25 - 60 баллов - выраженная зависимость;

65 - 90 баллов - умеренная зависимость;

95 – легкая зависимость;

100 – полная независимость.

ШКАЛА ОЦЕНКИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ - ШКАЛА ЛОУТОНА

Телефонные звонки	1	Пользуется телефоном по собственной инициативе, набирает номера
	1	Набирает несколько известных номеров
	1	Отвечает на телефонные звонки, но сам номера не набирает
	0	Не пользуется телефоном вообще
Покупки	1	Совершает самостоятельно все необходимые покупки
	0	Совершает самостоятельно небольшие покупки
	0	Требуется сопровождение при любом посещении магазина
	0	Полностью не в состоянии делать покупки
Приготовление пищи	1	Планирует, готовит и подает необходимую пищу самостоятельно
	0	Готовит необходимую пищу, если ингредиенты были предоставлены
	0	Подогревает и подает пищу или готовит пищу, но не соблюдает необходимую диету
	0	Нуждается, чтобы кто-то приготовил и подал пищу
Ведение домашнего быта	1	Поддерживает дом в одиночку за исключением редкой помощи при необходимости выполнения тяжелой работы
	1	Выполняет простые повседневные дела, такие как мытье посуды или заправка кровати
	1	Выполняет простые повседневные дела, но не в состоянии поддерживать

		необходимый уровень чистоты в доме
	1	Нужна помощь при выполнении всех домашних дел
	0	Не участвует ни в каких хозяйственных делах
Стирка	1	Самостоятельно стирает все необходимые вещи
	1	Стирает мелкие вещи, такие как носки, чулки
	0	Вся стирка должна осуществляться кем-то
Пользование транспортом	1	Самостоятельно пользуется общественным транспортом или водит машину
	1	Организует собственную поездку на такси, но не пользуется общественным транспортом
	1	Пользуется общественным транспортом если кто-то при этом помогает или сопровождает
	0	Перемещается на такси или машине в сопровождении другого лица
	0	Не перемещается
Прием лекарств	1	Самостоятельно принимает необходимые лекарства в правильных дозировках и в правильное время
	0	Принимает лекарство, если оно было кем-то приготовлено для приема в необходимой дозе
	0	Не способен самостоятельно принимать лекарства
Финансовые операции	1	Самостоятельно контролирует финансовые вопросы (бюджет, проверка чеков, оплата за жилье, посещение банка), контролирует доходы
	1	Занимается ежедневными покупками,

		но нуждается в помощи с банковскими операциями и при осуществлении крупных покупок
	0	Не способен самостоятельно распоряжаться деньгами

Общий балл: _____/8

**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЬЮ-ЙОРКСКОЙ
АССОЦИАЦИИ СЕРДЦА (НУНА)**

Функциональный класс	Характеристики
I ФК	Нет ограничений в физической активности. Обычная физическая активность не вызывает чрезмерной одышки, утомляемости или сердцебиения
II ФК	Незначительное ограничение в физической активности. Комфортное состояние в покое, но обычная физическая активность вызывает чрезмерную одышку, утомляемость или сердцебиение
III ФК	Явное ограничение физической активности. Комфортное состояние в покое, но меньшая, чем обычно физическая активность вызывает чрезмерную одышку, утомляемость или сердцебиение
IV ФК	Невозможность выполнять любую физическую нагрузку без дискомфорта. Симптомы могут присутствовать в покое. При любой физической активности дискомфорт усиливается

Приложение 16

ШКАЛА СОНЛИВОСТИ EPWORTH (EPWORTH SLEEPINESS SCALE)

0 - никогда бы не заснул/не задремал

1 - очень небольшая вероятность заснуть или задремать

2 - вероятно, засну или задремлю

3 - большая вероятность заснуть или задремать

Когда сижу и читаю	0	1	2	3
Когда смотрю телевизор	0	1	2	3
Когда сижу и не производю никаких активных действий в общественном месте (например, в театре, на собрании)	0	1	2	3
Когда еду в машине в качестве пассажира в течение часа без остановки	0	1	2	3
Когда лежу днем и отдыхаю, если позволяют обстоятельства	0	1	2	3
Когда сижу и с кем-то разговариваю	0	1	2	3
Когда спокойно сижу после обеда (без алкоголя)	0	1	2	3
В машине, если она на несколько минут остановилась	0	1	2	3

Общий балл: _____/24

Интерпретация результатов:

1 - 6 баллов: Нормальный сон

7 - 8 баллов: Умеренная сонливость

9 - 24 баллов: Аномальная (возможно, патологическая) сонливость

СКРИНИНГ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РИСКОВ ЖЕСТОКОГО ОТНОШЕНИЯ

Вид жестокого отношения	Вопросы, используемые для оценки	Физическая оценка, признаки и симптомы
Физическое насилие	Пытался ли кто-нибудь причинить Вам вред каким-либо способом? У Вас есть какие-либо повреждения, полученные недавно? Испытываете ли Вы страх перед кем-либо? Кто-нибудь прикасался к Вам или пытался это сделать без Вашего согласия? Вас когда-нибудь связывали? Если возникло подозрение на физическое насилие, спросите: 1. Как появилось это повреждение? 2. Когда это произошло? 3. Это кто-то сделал? 4. Есть ли еще подобные повреждения на Вашем теле? 5. Происходило ли такое и раньше?	Наличие синяков, обычно – по обеим сторонам тела, что характерно для захвата, синяки под глазами, рубцы и отметины на коже, глубокие порезы, следы от веревки, переломы, повреждения, лечение которых не осуществлялось, кровотечения, разбитые очки, использование физических ограничителей, внезапные изменения в поведении. Отметьте, если лицо, осуществляющее уход, выступает против проведения оценки наедине с пациентом. Ознакомьтесь с результатами лабораторных исследований. Отметьте повышенное или пониженное содержание прописанных лекарств в сыворотке крови. Зафиксируйте все сведения, указывающие на физическое насилие по отношению к пациенту.
Эмоциональное/психологическое насилие	Испытываете ли Вы страх перед кем-либо?	Оцените сознание, настроение, эмоциональную реакцию (аффект) и поведение.

	Кричал ли кто-нибудь на Вас или угрожал Вам? Кто-нибудь оскорблял Вас или использовал по отношению к Вам обесценивающую лексику? Испытываете ли Вы стресс и фрустрацию (чувство неудовлетворенности, безвыходности, краха) дома? Кто-нибудь ухаживает за Вами или оказывает помощь на регулярной основе? Ухаживает ли за Вами лицо, страдающее от психического заболевания или злоупотребляющее психоактивными веществами? Ухаживает ли за Вами лицо, которое подвергалось насилию в детстве?	Отметьте агитацию, нетипичное поведение, уровень ответственности, а также желание поддерживать диалог. Отметьте, присутствует ли делирий, деменция или депрессия. Зафиксируйте все сведения, указывающие на вербальное или эмоциональное насилие.
Сексуальное насилие/домогательства	Испытываете ли Вы страх перед кем-либо? Кто-нибудь прикасался к Вам или пытался это сделать без Вашего согласия? Вас когда-нибудь связывали? Кто-нибудь заставлял Вас делать вещи, которые Вы не хотите делать? В Вашей домашней обстановке присутствует стресс или фрустрация (чувство неудовлетворенности, безвыходности, краха)? Кто-нибудь заботится о Вас, оказывает помощь регулярно? Ухаживает ли за Вами лицо, страдающее от психического заболевания или злоупотребляющее психоактивными	Отметьте наличие синяков в области груди и гениталий, заболеваний, передающихся половым путём, вагинальные и/или анальные кровотечения/выделения из влагалища/прямой кишки, наличие порванных участков, пятен, в том числе пятен крови, на одежде пациента, его нижнем белье. Зафиксируйте все сведения, указывающие на сексуальное насилие и притязания.

	веществами? Ухаживает ли за Вами лицо, которое подвергалось насилию в детстве?	
Финансовое насилие/эксплуатация	Кто оплачивает Ваши счета? Вы когда-нибудь посещали банк с тем или иным лицом? Есть ли доступ у того или иного лица к Вашим счетам? Составлена ли доверенность на имя того или иного человека? Вы когда-нибудь подписывали документы, содержание которых Вы не понимали? Кто-нибудь из членов Вашей семьи проявлял большой интерес к Вашим активам? Кто-нибудь когда-либо брал что-то, принадлежащее Вам, без разрешения? Говорил ли с Вами кто-нибудь об этом раньше?	Изменения в привычке обращаться с деньгами и счетами, снятие средств и переводы денег со счета, причину которых пациент затрудняется объяснить, самовольное снятие денег с банковской карты пожилого человека со стороны другого лица, получение доверенности на снятие средств со счета пациента со стороны других лиц, внезапные изменения, касающиеся каких-либо финансовых документов, завещания, неоплаченные счета, подделывание подписи пожилого человека, появление членов семьи, которые ранее не находились в контакте с пожилым пациентом. Отметьте все сведения, указывающие на финансовое насилие.
Пренебрежительное отношение со стороны лица, осуществляющего уход	Вы давно проживаете в одиночестве? Оставались ли Вы когда-нибудь без помощи, когда Вы в ней нуждались? Заставлял ли Вас кто-нибудь делать вещи, которые Вы не хотели делать? Испытываете ли Вы стресс или фрустрацию (чувство неудовлетворенности, безвыходности, краха) в	Дегидратация, мальнутриция, необработанные пролежневые язвы, плохая гигиена, неподходящая одежда, наличие проблем со здоровьем, лечение которых никак не проводится, несоблюдение режима лечения, небезопасные и/или антисанитарные условия проживания, риск инфицирования от животных или насекомых, наличие вшей, запах кала или мочи, грязное

	домашних условиях? Кто-нибудь заботится о Вас регулярно? Ухаживает ли за Вами лицо, страдающее от психического заболевания или злоупотребляющее психоактивными веществами? Ухаживает ли за Вами лицо, которое подвергалось насилию в детстве?	постельное бельё. Регистрируйте все сведения о неправильном уходе.
Пренебрежительное отношение со стороны самого пациента	Как часто Вы принимаете ванну? Вы когда-нибудь отказывались принять прописанное Вам лекарство? Было ли когда-нибудь такое, что Вы не могли принять достаточно пищи или жидкости, что Вам не хватало одежды, которую можно было бы надеть?	Дегидратация, мальнутриция, плохая личная гигиена, небезопасные условия проживания, среда, благоприятная для развития инфекций из-за наличия животных/насекомых, запах кала или мочи, ношение одежды, не соответствующей сезону/потребностям больного, отсутствие приверженности лечебному режиму

***О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская,
Н.В. Шарашкина***

**Протоколы гериатрической помощи для медицинских
сестер.**

Методическое пособие.

Книга опубликована в авторской редакции.