

СИНДРОМ ПАДЕНИЙ

И.П. Пономарева, канд. мед. наук
Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», Москва
E-mail: shepeleva.ponomarewa@yandex.ru

Приведены данные о синдроме падений, его клинической эпидемиологии. Даны практические рекомендации по профессиональному сестринскому уходу.

Ключевые слова: геронтология, гериатрия, гериатрические синдромы, падение, пожилые, сестринский уход.

Падение является одним из общегериатрических синдромов, который приводит к тяжелым медико-социальным последствиям: переломы разных локализаций; черепно-мозговые травмы; появление боязни падений, что способно значительно ограничить физическую активность пожилого человека и снизить качество жизни; синдром позиционного сдавления у ослабленных одиноких пожилых людей и пр. [1–3].

Падения рассматривают как кратковременные нарушения постурального тонуса без утраты сознания. Они отмечаются у лиц старше 65 лет, особенно у женщин после 80 лет. 1 или несколько падений в течение года случаются у 28–45% пожилых, а в стационарах и домах престарелых (т.е. среди лиц, нуждающихся в уходе, лиц с неврологической или соматической патологией) – у 40–60%. Осложнения при падениях отмечаются в 10–20% случаев: переломы проксимальных отделов бедренной и плечевой костей, дистальных отделов рук, костей таза, позвонков; повреждения мягких тканей; хроническая субдуральная гематома, пневмония. У пациентов, пролежавших на земле после падения 6 ч и более, возрастает летальность. В США ежегодно регистрируется примерно 9500 летальных исходов, обусловленных падениями, и около 20 тыс. случаев переломов бедра. На лечение этих больных расходуется около 7 млрд долларов в год; в течение 1-го года после травмы умирают 27% больных с переломом бедра, у 60% выживших ограничена способность передвижения и у 25% остаются выраженные расстройства при ходьбе. Примерно у половины пожилых после повторных падений ограничена физическая активность по причинам психологического характера (опасение новых падений, ощущение тревоги, страха). В результате они перестают выходить из дома, что увеличивает их зависимость от окружающих и повы-

шает нагрузку на родственников (postfall-синдром). В большинстве случаев падения у пожилых обусловлены сочетанием внешних причин и имеющихся заболеваний [1–6].

В основе падений могут лежать возрастные изменения систем, поддерживающих равновесие тела, неврологические и соматические заболевания, прием некоторых лекарственных средств и внешние причины (недостаточная освещенность, крутые лестницы, обледенение тротуаров). Предрасполагает к падениям изменение походки у пожилых – ходьба становится более медленной, укорачивается шаг, уменьшается продолжительность периода отталкивания от опоры и увеличивается период опоры на обе ноги. Нарушения равновесия у пожилых связаны не столько со старением, сколько с заболеваниями, часто клинически не проявляющимися. У большинства пожилых с «сенильной походкой» выявлялись ранее не диагностированные заболевания – миелопатия, болезнь Паркинсона, нормотензивная гидроцефалия и др. [2, 5, 6].

В современной гериатрии существует несколько концепций патогенетических механизмов падений: эпилептические, сосудистые, следствия ортостатической гипотензии, безболевого инфаркта миокарда, нарушения внутрисердечной проводимости, синдром слабости синусового узла и др.

Нередко падают больные пожилого и старческого возраста в периоде остаточных явлений или отдаленных последствий перенесенного ими спинального инсульта, из-за наличия сосудистой миелопатии и т.д. Но такие падения невозможно в полной мере связать с кратковременными нарушениями постурального тонуса, хотя нельзя и полностью исключить подобный механизм у всех больных такого рода. Обращает на себя внимание то, что падения без утраты сознания происходят наиболее часто при попытках больного встать с постели, подняться с унитаза, при резком вставании со стула после приема пищи [2–6].

В отечественной гериатрии изучению клинико-эпидемиологических аспектов синдрома падений, его диагностике и профилактике посвящено несколько исследований. В частности, отмечено, что падения в 31,9% случаев встречаются при сахарном диабете.

Далее в порядке убывания выделяют следующие причины: нарушения зрения (преимущественно за счет диабетической ретинопатии) – 31,0%; головокружение – 29,6%; нарушения стула – 21,6%; нарушения слуха (нейросенсорная тугоухость) – 17,8%; хронический болевой синдром – 10,1%; синдром мальнурции – 9,1%; недержание мочи – 2,9% [3, 4].

Очень часто в падении пожилых повинны назначаемые лекарства (мочегонные, слабительные, гипотензивные и др.). Может спровоцировать падения окружение старого человека, т.е. окружающие его предметы. При уходе за такими пациентами нужно обращать особое внимание на состояние коридоров, лестниц, окон, мебели, наличие поручней в коридоре и ванной [2, 4, 5].

По результатам исследований, падению, как правило, предшествуют очень кратковременное головокружение, светобоязнь, ощущение онемения нижних конечностей или даже всего тела [3].

Длительность таких пароксизмов обычно не превышает 1 мин. У всех наблюдавшихся нами больных в такие периоды артериальное давление падало, особенно систолическое и соответственно значительно уменьшалось пульсовое давление. В серии наших наблюдений частота сердечных сокращений быть самой разной – от выраженной брадикардии до значительной тахикардии. Это свидетельствовало о раскоординированности деятельности симпатического и парасимпатического звеньев вегетативной нервной системы в периоды падений. Подобная раскоординированность, приводящая к нарушениям вагусного ответа на изменения положения тела и к ортостатической гипотензии, и может вызвать кратковременную потерю постурального тонуса. Кроме того, у многих больных с клиническими проявлениями хронической сосудистой церебральной недостаточности при их переводе из положения лежа в положение сидя в течение короткого периода можно наблюдать выраженные нарушения доплеросонографических показателей функционирования вертебрально-базиллярного бассейна, которые через 1–1,5 мин стабилизируются. В этот период многие больные испытывают ощущения, подобные тем, которые описаны непосредственно перед падениями; больных нередко какое-то время приходится поддерживать на стуле в положении сидя, опасаясь их падений [2–4].

В гериатрической практике роль медсестры очевидна. Во многих странах медсестры имеют достаточный опыт, чтобы при уходе за подопечным заметить факторы риска падений и вовремя их устранить. В ряде случаев пожилым необходима помощь в посещении туалета, ванной и т.д.; такие меры способствуют реабилитации пожилых людей, профилактике падений. При уходе за подобными пациентами необходимо всесторонне обезопасить их быт, в частности рекомендовать отказаться от посещения

отдаленных магазинов, по возможности минимально ограничить количество переходов через дорогу, изменить привычный маршрут на более безопасный. Пациентам важно также иметь удобную обувь, чтобы не спотыкаться [2–4].

О чем должна помнить медсестра, организующая уход за престарелым и пожилым пациентом?

Во-первых, очень опасны для старого человека гипогликемические состояния при сахарном диабете, приступы сердцебиения или появление аритмий, боли в сердце. Все это может приводить к обморокам и падениям. Кроме того, старые люди нередко страдают глаукомой, катарактой, носят несоответствующие очки; это определяет необходимость регулярного, хотя бы 1 раз в год, посещения окулиста для адекватной коррекции зрения. Такие хронические болезни, как паралич после инсульта, болезнь Паркинсона, артроз коленного или тазобедренного сустава, гипотония, прогрессирующий атеросклероз сосудов головного мозга, также способствуют падениям [2–4, 7, 9].

Старым людям опасно переизобилие; крайне осторожно следует вести себя за праздничным столом. Как раз там, на фоне эмоционального подъема, обильной еды, чаще всего и бывают у пожилых людей инсульты, инфаркты, падения, обмороки.

По данным исследований, травмы головы, повреждения мягких тканей, глубокие рваные раны регистрируются в 1–36% случаев падений [2–4].

Медсестре при осуществлении ухода необходимо учитывать то, что очень часто падения у пожилых заканчиваются развитием так называемого синдрома боязни падений, при котором больные перестают двигаться, вставать с постели. Страх перед возможностью повторного падения ограничивает социальный потенциал человека, ухудшает качество жизни [3–5].

К профилактике падений можно отнести такие меры, как отказ от курения и потребления алкоголя; по возможности – использование рационального питания; снижение массы тела; борьбу с гипокинезией; регулярные гимнастические упражнения; исключение физических и психических перегрузок; соблюдение правил гигиены [6–9].

Падения вне зависимости от причины, их вызвавшей, сами по себе могут приводить к тяжелой дезадаптации больных в повседневной жизни. Как уже упоминалось, примерно в 1 из 10 случаев сопровождается тяжелыми повреждениями, включая переломы, субдуральную гематому, тяжелые повреждения мягких тканей и головы. Частое возникновение переломов у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено остеопорозом, общим похуданием, патологией суставов, особенно нижних конечностей. Риск переломов вследствие падений особенно значителен у пациентов с нарушениями двигательных функций (парезы, атаксия) после инсульта. Помимо

травмы и связанной с ней инвалидизации, почти у 50% пожилых людей, перенесших повторные падения, ограничена физическая активность по причинам психологического характера, что повышает их зависимость от окружающих и потребность в уходе [6–9].

При организации сестринского ухода необходимо активно расспрашивать пациента о падениях за последний год, поскольку он может не фиксировать на этих событиях внимание, а также уточнить особенности падений: произошли ли они внезапно и не были ли чем-то спровоцированы. Пациенты с психическими нарушениями (некритичность, спутанность) или снижением памяти могут амнезировать эпизоды падений. Определенные сложности при сборе анамнеза могут возникнуть и при наличии у пациента депрессии. Учитывая все эти факторы, может понадобиться беседа с родственниками больного. Важно выяснить, как часто и какое количество алкоголя потребляет пациент, поскольку нередко причиной падений является алкоголизм, особенно у лиц с депрессией или живущих в относительной социальной изоляции. Риск падений на фоне приема даже небольших доз алкоголя существенно возрастает, поскольку толерантность к алкоголю с возрастом снижается.

Следует помнить, что риск падений возрастает в первые дни после госпитализации или сразу после отмены постельного режима [3–5].

Как оценить риск падений в ежедневной сестринской практике? Следует:

- изучить анамнез (падения за последние 12 мес, эпизоды падений дома, неспособность самостоятельно встать после падения);
- оценить медицинские факторы риска падений у пожилых пациентов (получаемые лекарственные препараты, когнитивные расстройства, нарушения зрения);
- понаблюдать за походкой пациента, оценить мышечную силу и способность балансировки;
- оценить время, за которое пациент может встать из положения сидя.

Учитывая важность профилактики падений, медсестра, по нашему мнению, должна много внимания уделять специальным обучающим программам, цель которых – предотвратить падения. В частности, больному необходимо разъяснять, что следует избегать резких движений при внезапном телефонном звонке или звонке в дверь. Пациентов необходимо предупреждать о нежелательности резких поворотов в шейном отделе позвоночника, поскольку в ряде случаев эти движения могут спровоцировать потерю сознания и падения. В программу реабилитации у таких пациентов включают специальные занятия с обязательными упражне-

ниями для нижних конечностей, тренировки равновесия и ходьбы. Занятия в таких случаях проводятся под наблюдением специалистов с контролем показателей работы сердца [3–5].

Обязательная часть ухода – постоянное стимулирование пожилых и старых больных к сохранению допустимого двигательного режима, если необходимо – под контролем родственников или медицинских работников, поскольку из-за опасений повторных падений старики нередко ограничивают самостоятельное передвижение, а это неминуемо приводит к прогрессированию двигательных нарушений [3–5].

Важное значение имеет создание безбарьерной среды для пожилых и стариков. Советы в этом случае просты и универсальны. Учитывая, что гладкий или влажный пол может способствовать падениям, рекомендуют в ванных комнатах использовать шероховатую плитку или покрыть пол ковриками; линолеум покрывают предохраняющей от скольжения пастой с минимальной полировкой. Чтобы коврики не скользили по полу, их обратную сторону обклеивают двусторонней липкой лентой. Не рекомендуется использовать в комнатах толстые ковры с ворсом. Следует обеспечить достаточное освещение опасных в плане падений мест: лестницы, ванные комнаты, спальни. Для уменьшения отраженного света от блестящего пола рекомендуют использовать прозрачные шторы на окнах, не приводящие к снижению освещенности; для искусственных источников света подбирают оптимальные места размещения [4–6].

Края ступеней лестницы для лучшей видимости обклеивают полосками контрастного материала. В ванных комнатах следует предусмотреть поручни для поддержки, к дну ванны можно прикрепить нескользкий резиновый коврик. Следует избегать как чрезмерно высоких, так и низких кроватей, кресел, полок. Пациентам с нарушением мочеиспускания, эпизодами спутанности сознания рекомендуют в ночное время пользоваться судном [3–5]. Лучше заменить ванну душевой кабиной, поставить туда специальное кресло, сидя в котором можно мыться. Если же пожилой человек намеревается принять ванну лежа, надо помнить, что следует вначале наполнить ванну водой нужной температуры и только потом входить в нее. Это позволит снизить риск ожога горячей водой. Для пожилых рекомендуемая температура воды 35–36°C, более теплой воды следует избегать [4–6].

Пожилые люди с ослабленным зрением перемещаются по квартире на ощупь или по памяти, ориентируясь на предметы обстановки, прикасаясь к мебели. Попадая в непривычную обстановку – в чужую квартиру или интернат, они теряются, появляется страх, иногда – спутанность сознания.

Надо тщательно продумать все детали, чтобы сделать жизнь пожилого человека безопасной [3–5].

Большую часть времени суток пожилой ослабленный человек проводит в спальне, где также часто происходят падения. Это может быть связано с неудобной, слишком низкой или слишком высокой постелью, провисающим матрасом, отсутствием осветительного прибора, до которого можно свободно дотянуться рукой, лежа на постели. Высота кровати должна быть около 60 см в зависимости от роста человека. При необходимости можно нарастить ножки кровати, чтобы пожилой человек мог легко садиться на постель и вставать. Прикроватная тумбочка не должна находиться слишком далеко от изголовья, на ней рекомендуется поместить ночник или обычную лампу с регулируемой силой света [3–5].

Так как у пожилых сон нередко нарушен, они часто просыпаются, читают ночью, иногда принимают лекарства. Поэтому все необходимые предметы – очки, книги, газеты, лекарства, вода для питья, часы и т.д. – должны лежать рядом с изголовьем. В состоянии полудремы, особенно при плохом освещении, часто происходят ночные падения. На пути следования к туалету не должно быть проводов, ковриков, лишних предметов, обуви, мисок для корма животных, сумок и других предметов. Рядом с кроватью ночью всегда должно находиться судно или утка, а лежачим больным на ночь нужно надевать памперсы [4–6].

Домашняя обувь должна быть хорошо подобрана по ноге, не должна скользить по линолеуму или паркету, каблук должен быть низким, а задник – мягким. Если человеку тяжело шнуровать обувь, целесообразно пришить вместо шнурков широкие резинки или сделать застежку на липучке. Не рекомендуются в качестве домашней обуви шлепанцы без задников – ношение такой обуви повышает риск падения, нога в ней неустойчива, шлепанцы часто соскальзывают с ноги [4–6].

Пожилому человеку не рекомендуется самостоятельно доставать предметы с верхних полок и антресолей, становиться на стремянки и стулья. Во время таких манипуляций, когда руки и голова подняты вверх, часто возникают головокружения, приводящие к падениям, а травма, чаще всего возникающая при таком падении, – перелом шейки бедра [3–5, 10, 11]. У некоторых пожилых с болезнями сосудов внутренних органов после притока крови к желудку и связанный с этим временный отток крови от головного мозга. Это вызывает приступ дурноты, головокружение, потемнение в глазах и может привести к падению. В таких случаях следует ограничить количество

пищи, принимаемой за 1 прием, питаться дробно, часто, малыми порциями. После еды надо немного полежать.

Таким образом, падения и их тяжелые последствия можно предупредить, правильно организовав окружение пациента пожилого и старческого возраста, соблюдая простые правила профессионального ухода.

Литература

1. Меньшикова Л.В., Храмова Н.А., Ершова О.Б. и др. Ближайшие и отдаленные исходы переломов проксимального отдела бедра у лиц пожилого возраста и их медико-социальные последствия (по данным многоцентрового исследования) // Остеопороз и остеопатии. – 2002; 1: 8–11.
2. Ильницкий А.Н. Падения людей пожилого возраста в лечебно-профилактических учреждениях: взгляд организатора здравоохранения. Ч. I // Клуб профессиональных геронтологов. – <http://www.geriatricsclub.com/people/user/2/blog/532/> (дата обращения 10.03.2012) [электронный ресурс].
3. Ильницкий А.Н., Гурко Г.И., Бахмутова Ю.В. К вопросу профилактики падений в пожилом возрасте // Клуб профессиональных геронтологов. – <http://www.geriatricsclub.com/people/user/2/blog/470/> (дата обращения 10.03.2012) [электронный ресурс].
4. Кривецкий В.В., Прощаев К.И., Пономарева И.П. и др. Клиническая эпидемиология основных гериатрических синдромов в неврологической и нейрохирургической практике // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия «Медицина». Фармация. – 2012; 20 (2): 135–139.
5. Ильницкий А.Н., Бахмутова Ю.В., Литвинов А.Е. и др. Клиническая эпидемиология падений в пожилом и старческом возрасте при сахарном диабете // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2011; 16 (1): 33–36.
6. Ильницкий А.Н., Сovenko Г.Н., Бахмутова Ю.В. и др. Падения при сахарном диабете 2 типа в пожилом возрасте: нейроиммуноэндокринные изменения // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2011; 16 (1): 37–40.
7. Dukas L., Bischoff H.A. et al. Alfacalcidol reduces the number of fallers in a community – dwelling elderly population with a minimum calcium intake of 500 mg daily // J. Am. Ger. Soc. – 2004; 52: 230–236.
8. Jarvinen T. L. N. et al. Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls // BMJ. – 2008; 336: 124–126.
9. Oliver D., Connelly J.B. et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analysis // BMJ. – 2007; 334: 82.
10. Robinovitch S.N., Inkster L. et al. Strategies for avoiding hip impact during sideways falls // J. Bone Miner Res. – 2003; 18: 1267–1273.
11. Schacht E. Reduction of falls and osteoporotic fractures: Plain vitamin D or D-hormone analogs? // Geriatr Gerontol Int. – 2008; 8 (1): 16–25.

FALLING SYNDROME

I.P. Ponomareva, Cand. Med. Sci.

Gerontology Research Medical Center, Moscow

The paper gives data on falling syndrome and its clinical epidemiology. Practical recommendations are given for professional nursing care.

Key words: gerontology, geriatrics, geriatric syndromes, falling, the elderly, nursing care.