

## ПАЦИЕНТЫ С ДЕМЕНЦИЕЙ

**О.В. Таньшина**

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

**E-mail:** mma.vso.kusd@gmail.com

**Приводится описание подходов к организации паллиативной сестринской помощи в психиатрии. В связи с последними нормативными актами по развитию паллиативной помощи в России следует уделить особое внимание организации паллиативного ухода в психиатрическом стационаре.**

*Ключевые слова:* деменция, паллиативная помощь, сестринский уход.

В последние годы во всем мире широкие масштабы принимает движение за улучшение охраны здоровья социально уязвимых групп населения или лиц, страдающих специфическими заболеваниями. Во всем мире все большую популярность приобретает паллиативная и хосписная помощь. ВОЗ определяет паллиативную медицинскую помощь следующим образом: «Подход, который способствует улучшению качества жизни пациентов и их семей, сталкивающихся с проблемами, связанными с угрожающей жизни болезнью, благодаря предупреждению и облегчению страданий посредством раннего выявления, точной оценки и лечения боли и других страданий – физических, психосоциальных и духовных».

Однако когда речь идет о деменции, возникает проблема: часто считают, что деменция не угрожает жизни. Паллиативную медицинскую помощь при деменции можно рассматривать как спектр (Addington-Hall, 1998), на одном конце которого – высококачественная, сконцентрированная на личности помощь, а на другом — специализированная паллиативная медицинская помощь (включая использование глубоких знаний и навыков, например, по устранению боли), которая требуется на конечных стадиях деменции.

Развитие качественной медицинской помощи больным с хронической патологией в России невозможно без разработки стратегии развития паллиативной помощи. Эта стратегия должна быть адекватна реальности и контролировать только ключевые параметры, а для этого необходимо прежде всего выйти из концептуальной неопределенности в отношении паллиативной и хосписной помощи в РФ.

Паллиативный уход – система сестринского ухода, направленная на облегчение соматического

и психического состояния больного в терминальной стадии заболевания, когда лечение оказывается неэффективным, на поддержание социального и духовного потенциала больного, что поможет ему как можно более длительно вести активную жизнь вплоть до самой смерти.

К медицинскому персоналу, работающему в современных психиатрических клиниках, предъявляется ряд весьма специфичных требований, отличающихся от таковых в других лечебно-профилактических учреждениях. При ранжировании профессиональных и личностных качеств сестринского персонала, необходимых для работы с рассматриваемым контингентом, медсестры на 1-м месте указали профессиональную квалификацию (93,3%), на 2-м – психологические особенности (83,3%), на 3-м – физическую силу (20%).

Помимо этого, необходима специальная подготовка по вопросам гериатрии и геронтологии. Медсестра должна знать клинические проявления заболеваний, наиболее часто встречающихся у пожилых людей, принципы их лечения, особенности ухода за пациентами пожилого и старческого возраста, иметь основные навыки физической и психологической реабилитации, направленной на поддержание здоровья и способности к самообслуживанию, понимать психологию стареющего человека и уметь налаживать доброжелательные отношения с ним и его окружением.

Пути оптимизации сестринского ухода за геронтопсихиатрическими пациентами сестринский персонал видит в стандартизации сестринской деятельности, повышении квалификации по вопросам гериатрии и геронтологии, пересмотре нагрузки на медсестер, улучшении материально-технического оснащения отделений, а также в рациональной организации своего труда.

До сих пор существует много сфер, связанных с заботой о людях с тяжелой деменцией, в которых паллиативный подход мог бы быть полезным. В целом соответствующие решения следует принимать на индивидуальной основе, но в рамках структуры паллиативной помощи. Заблаговременное планирование медицинской помощи, по-видимому, имеет решающее значение, и совершенно необходимо, чтобы качество медицинской помощи людям с деменцией в конце их жизни становилось лучше.

Сообщение о смерти часто вызывает симптомы или синдромы психического или эмоционального расстройства, среди которых чаще всего наблюдаются тревога и депрессия. Поэтому вполне разумно, чтобы психиатрические службы занимались лицами, которые заботятся об умирающем.

Прежде чем рассматривать конкретные вопросы паллиативной медицинской помощи при деменции, обсудим, что такое паллиативная медицинская помощь в контексте деменции, и есть ли в ней потребность.

Получены убедительные данные о том, что медицинская помощь людям с деменцией, особенно в конце их жизни, менее чем оптимальна (Ballard et al., 2001a). Ретроспективное изучение историй болезни наглядно демонстрирует неадекватную паллиативную медицинскую помощь как в психиатрических отделениях, так и в стационарных отделениях для больных с острыми состояниями (Lloyd-Williams, 1996; Sampson et al., 2006). Ожидаемая продолжительность жизни неуклонно сокращается из-за деменции в большей степени, чем при других психопатологических синдромах (Jolley и Vaxter, 1997).

В Англии во время ретроспективного опроса лиц, осуществляющих уход, McCarthy и соавт. (1997) выявили совокупность распространенных симптомов и признаков, появившихся у индивидов с деменцией в последний год жизни: состояние спутанности (83%), недержание мочи (72%), боль (64%), сниженное настроение (61%), запор (59%), потеря аппетита (57%).

Учитывая данные о ненадлежащем уровне медицинской помощи как в учреждениях для длительного пребывания, так и в больницах, а также тот факт, что индивиды с деменцией, по-видимому, не имеют доступа к службам специализированной паллиативной медицинской помощи, можно сделать вывод, что потребности в паллиативной медицинской помощи, особенно в последний год жизни, не удовлетворяются.

Физическое здоровье лиц с тяжелой деменцией заслуживает повышенного внимания по мере ее прогрессирования и появления специфических симптомов и признаков, ассоциирующихся с умираем (Regnard и Huntley, 2006). Необходимы внимание к общему уровню функционирования таких больных, достаточная поддержка, позволяющая им сохранять максимально возможную независимость и чувство собственного достоинства. Могут быть полезными действительно интересные занятия, дополнительные виды психотерапии.

На конечных стадиях деменции наблюдается снижение массы тела, мышечной силы. Отчасти это связано с уменьшением количества принимаемой пищи, однако снижение массы тела часто

оказывается слишком большим, чтобы его можно было объяснить этим. У больных возможны проблемы из-за контрактур и нарушения целостности кожи, обусловленных плохим питанием и обездвиженностью, поэтому они нуждаются в физиотерапии и хорошем уходе.

Существенную озабоченность вызывает наличие болей у людей с тяжелой деменцией, которую адекватно и не выявляют, и не лечат. Результаты нескольких крупных исследований позволяют предполагать, что у пожилых людей боль – вообще довольно распространенное явление. Ferrell и соавт. (1990) установили, что 71% обитателей домов престарелых некоторое время испытывали боль, 47% боль беспокоила периодически и 24% сообщали о постоянной боли. Только 15% испытывавших боль получали обезболивающие средства в предшествовавшие 24 ч. Средний показатель по мини-схеме исследования психического статуса (MMSE) составил 20,7 балла. В исследовании, в которое были включены почти 50 тыс. обитателей домов престарелых, более 25% испытывали боль ежедневно, из них 25% получали обезболивающие средства (Won et al., 1999). Однако люди с умеренно выраженными нарушениями в когнитивной сфере (эквивалентными показателю в баллах по MMSE <19) и индивиды с умеренными и выраженными трудностями в коммуникации в исследование не были включены.

Ferrell и соавт. (1995) изучили 217 обитателей домов престарелых с выраженной деменцией (средний показатель по MMSE – 12,1 балла), из них 62% жаловались на боль. Однако из исследования были исключены 70 индивидов, общение с которыми было затруднено. При ретроспективной проверке историй болезни лиц с деменцией Lloyd-Williams (1996) установил, что наиболее распространенными симптомами были боль и одышка, по поводу которых применялись разные паллиативные средства.

Поскольку индивид с деменцией обычно не способен принимать решения, врачи должны действовать, имея в виду наилучшее соблюдение интересов больного.

Когда пациент с глубокой деменцией умирает, потребности членов семьи и близких (неофициальных) лиц, заботящихся о нем, имеют первостепенное значение (Albinsson и Strang, 2003). Как и в случае с людьми, осуществляющими уход за индивидами, умирающими от рака, члены семьи и неофициальные лица, опекающие человека с деменцией, нуждаются в информации и поддерживающей беседе. Однако, как уже упоминалось, многие не считают деменцию смертельным заболеванием, и это само по себе является препятствием к оказанию высококачественной паллиативной медицинской помощи (Sachs et al., 2004).

Практикующие медицинские работники обычно игнорируют потребности личности в духовной жизни и вере. Паллиативная медицинская помощь помогла глубже осознать такие вопросы (Speck et al., 2004). Люди с нарушениями в психической сфере интересуются вопросами духовности и чутко относятся к атрибутам веры (Dein, 2004). Духовность помогает оценить особенности индивидуальности при деменции (Allen и Coleman, 2006). Нередко приверженность религии помогает пережить болезнь (Davis, 1989).

Таким образом, интерес к паллиативной медицинской помощи при деменции возрастает. Однако, как добиться высоких стандартов паллиативной медицинской помощи людям с деменцией, чтобы внедрить их как добросовестную практику. Этический подход требует поддерживать или повышать качество жизни даже в ее конце (Hughes и Baldwin, 2006).

Решающее условие для развития паллиативной помощи – признание важности самой идеи холистической помощи инкурабельным больным и умирающим. Совершенно необходимо, чтобы общество, в том числе и сами пациенты и их семьи, осознавали важность паллиативной помощи и знали о ее возможностях.

В последние годы была предложена концепция, в соответствии с которой паллиативную помощь можно оказывать не только в терминальной стадии, но и раньше, когда проводится терапия, направленная на продление жизни. Духовная поддержка тяжелобольных людей и помощь в разрешении их проблем – неотъемлемая часть, а возможно, и основа паллиативной помощи. «Многие больные живут и умирают в неоправданных страданиях без адекватного лечения боли и других патологических симптомов, без решения психосоциальных проблем и удовлетворения духовных запросов, зачастую в состоянии постоянного страха и одиночества. Боль и другие симптомы, не купируемые адекватной терапией, должны указать клиницисту на вероятность скрытых духовных или экзистенциальных проблем».

Паллиативная помощь, как уже отмечалось, должна быть комплексной. Поэтому ее оказание возможно только силами многопрофессиональной команды (бригады), включающей в себя врача, координатора команды, специалиста по социальной работе, медсестер, медсестер по социальной работе, священника, объединенных единым подходом к решению проблем пациента. В команду могут также входить добровольцы, родственники и соседи больного. Сам пациент рассматривается как основной член команды, вокруг и с участием которого строится вся работа. Оптимальная численность команды – 5–11 человек, но возможна

группа даже из 3 человек, которые взаимодействуют для достижения общей цели. Работа в команде дает медсестрам ощущение причастности к единому делу, взаимопомощи, защищенности, общение.

В состав команды обязательно должна входить старшая медсестра, которая организует работу, составляет график, заботится о нуждах и здоровье членов команды. Ни руководитель службы, ни больной, ни родственник не должны опасаться, что команда многочисленна и ее составляют разные и непохожие друг на друга медсестры. Известно, что решение, принятое группой, оптимально. Сестринский персонал, несомненно, играет ключевую роль в организации паллиативной помощи.

А.К. Хетагурова отмечает, что медсестра имеет большие возможности для налаживания психологического контакта с пациентом, и это обусловит адекватный и правильно организованный уход. Для составления оптимального плана паллиативной помощи медсестра должна учитывать индивидуальные особенности пациента, его пожелания, степень тяжести его состояния, локализацию основного процесса, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний. Это поможет ей прогнозировать возникновение возможных нежелательных симптомов, снижающих качество жизни пациента, и вовремя предупредить их либо значительно снизить их выраженность.

А.В. Гнездилов выделяет основные вопросы медицинской этики и деонтологии, возникающие при осуществлении паллиативной помощи, которые должна знать медсестра: уважение жизни; неизбежность смерти; рациональное использование возможных ресурсов; доброе отношение; уважение мнения пациента, в том числе в части отказа от пищи и лечения.

Кроме того, сестринский персонал должен иметь в рамках своей компетенции навыки психотерапевтического общения с пациентом и его родственниками для предупреждения и своевременного выявления психотерапевтических проблем, должен обучать родственников пациента методам ухода за больным после его выписки из стационара. Это обеспечит адекватное качество жизни пациента дома.

Итак, медсестра, осуществляющая паллиативную помощь, должна иметь не только полноценное профильное образование, но и знать модель сестринской помощи, включающую в себя основные аспекты психотерапевтической помощи. Это обеспечит полноценное и результативное оказание паллиативной помощи пациенту и его родственникам и позволит оценить качество оказанной помощи. Общими усилиями мы можем и должны сделать

все, чтобы люди не только жили дольше, но и чтобы жизнь их была более качественной, разнообразной, полноценной и приносящей удовлетворение. Необходима активная реабилитационная работа с пациентами пожилого возраста, чтобы помочь им справиться с наступающими изменениями и возрастными стереотипами, царящими в современном обществе.

#### Рекомендуемая литература

Аверин А.В., Шувалина М.А. Особенности сестринского ухода за психически больными пожилого и старческого возраста // Медицинская сестра. – 2007; 1: 26–27.

Бабин С.М., Шувалова Т.В. Подготовка среднего медицинского персонала и социальных работников для психиатрии // Медицинская сестра. – 2009; 4: 3–6.

Бялик М.А. Место хосписов в системе паллиативной помощи США // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2009; 4: 53–57.

Васильева Л.П. Сестринская помощь психическим больным // Вестн. ассоциации медицинских сестер России. – 2009; 2: 14–15.

Введенская Е.С., Соколова Е.Г., Петрушов П.К. Паллиативная помощь: содержание, определяющее подходы к формированию службы и контингентов больных // Росмедпорталком, электронный научно-практический журнал. – 2012; 3: 136–144.

Голикова Т.А. О разработке и принятии региональных программ модернизации здравоохранения // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2010; 1.

Дементьева Н.Ф., Рязанов Д.П., Поднебесная Е.Б. Потребности в медико-социальной помощи на дому пожилых людей в терминальной стадии заболевания // Паллиативная мед. и реабилитация. – 2004; 3: 28–31.

Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2009г. Здоровье и системы здравоохранения. – ВОЗ, 2010. – С. 72.

Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2009. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо // ВОЗ, 2008. – С. 89–105.

Захаров Е.Н., Сабанов В.И., Островская И.В. Новая форма организации паллиативной помощи // Медицинская сестра. – 2011; 6.

Иванова О.В., Брохин Ю.Л. Роль медицинской сестры в организации лечебного процесса и ухода за психическими больными // Главная медицинская сестра. – 2009; 6.

Комаров Ю. Паллиативная помощь в РФ: текущее состояние и перспективы развития // Здравоохранение. – 2013; 8.

Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А. и др. Паллиативная помощь больным с тяжелой хронической сердечной недостаточностью // Паллиативная мед. и реабилитация. – 2008; 4: 5–10.

Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А. и др. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации // Там же. – 2008; 3: 5–11.

Новиков Г.А., Самойленко В.В., Рудой С.В. и др. Стандарты паллиативной помощи: обзор европейских рекомендаций // Там же. – 2010; 4: 6–10.

Орлова И.В. Оптимизация сестринского ухода за пациентами, страдающими психическими расстройствами в пожилом и старческом возрасте // Медицинская сестра. – 2011; 1.

Паллиативная помощь онкологическим больным. Учебное пособие. / Под ред. проф. Г.А. Новикова и В.И. Чиссова. – М.: ООД Медицина за качество жизни, 2006.

Пономарева И.П. История развития хосписов в России // Фундаментальные исследования. – 2012; 7.

Приказ Минздрава РФ № 1343н от 21 декабря 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».

Роль руководителей сестринского персонала в организации и совершенствовании работы медицинских сестер отделений сестринского ухода для больных психиатрического профиля // Главная медицинская сестра. – 2008; 7. <http://www.twirpx.com/file/879456/>

Сурожский А. Жизнь. Болезнь. Смерть. – М.: Фонд «Духовное наследие митрополита Антония Сурожского», 2010. – 96 с.

Усенко О.И. О необходимости стратегии развития паллиативной помощи в России // Медицинская сестра. – 2011; 6.

Федеральный закон №323-ФЗ от 21.11.2011 (ред. от 22.10.2014) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (21 ноября 2011 г.) [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_170152/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_170152/)

Эккерт Н.В., Новиков Г.А., Хетагурова А.К. и др. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи. – М.: ММА им. И.М. Сеченова, 2008. – 58 с.

#### PALLIATIVE CARE FOR STUDENTS WITH DEMENTIA O.V. Tanshina

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

**The paper describes palliative nursing care approaches in psychiatry. Due to the latest enactments on the development of palliative care in Russia, particular emphasis should be laid on palliative nursing in a mental hospital.**

*Key words: dementia, palliative care, nursing care.*



## Журнал «Врач»

ежемесячное издание, поддерживающее живую связь между медицинской наукой, практикой и образованием.

Его читатели – практические врачи, научные работники, преподаватели.

Подписка на электронную версию журнала на сайте [www.rusvrach.ru](http://www.rusvrach.ru)

Подписаться можно с любого месяца

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» — 71425



ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ  
«РУССКИЙ ВРАЧ»