

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПАДЕНИЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

В.А. Лапотников, проф., В.Н. Петров, проф.

Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова,
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
E-mail: vlapotnikov@mail.ru

Приведены причины, принципы диагностики и профилактики падений у людей пожилого и старческого возраста; основные компоненты сестринской помощи.

Ключевые слова: падения, диагностика, профилактика, сестринский уход.

ВОЗ определяет падение как «происшествие, при котором человек внезапно оказывается на земле или на другой низкой поверхности, за исключением случаев, являющихся следствием нанесенного удара, потери сознания, внезапного паралича или эпилептического припадка». Падения являются второй по значимости причиной смерти в результате несчастных случаев и непреднамеренных травм. Ежегодно в мире происходит 424 тыс. случаев смерти в результате падений, 80% которых регистрируются в странах с низким и средним уровнем дохода. Наибольшее число смертельных падений с достаточно серьезными последствиями, при которых требуется медицинская помощь, приходится на людей старше 65 лет (ВОЗ).

В молодом возрасте падения часто ограничиваются ушибами или ссадинами, а у пожилых людей они нередко сопровождаются серьезными травмами и переломами, которые могут изменить всю жизнь, привести к инвалидности, обездвиженности и ранней, часто мучительной, смерти. Травмы при падении могут быть самыми разнообразными. Самые опасные, влекущие за собой осложнения, – черепно-мозговые травмы, переломы шейки бедра, вывихи суставов, травмы позвоночника, ранения мягких тканей. Почему здоровые, активно двигающиеся люди редко падают? Во-первых, благодаря рефлексаторной регуляции движений, правильной работе центров равновесия и вестибулярного аппарата, обеспечивающих ходьбу и равновесие. Во-вторых, благодаря хорошему зрению, которое позволяет верно ориентироваться в окружающей обстановке и обходить препятствия. Пожилые и старики падают часто, в частности из-за возрастных изменений опорно-двигательного аппарата. Распространенность нарушений ходьбы и равновесия увеличивается по мере старения: от 25% в возрасте 70–74 лет до 60% в возрастной группе 80–84 лет. Можно заметить, как после 60 лет немного меняется походка, а после 75 лет че-

ловек, как правило, ходит медленно, раскачиваясь во время ходьбы. Это связано с уменьшением длины шага и высоты, на которую поднимается стопа. У молодых людей угол подъема стопы равен 30°, а у пожилых – всего 10°. К старости снижаются чувствительность, мышечная сила, нередко нарушается координация движений. У пожилых и старых людей «уменьшается» длительность индивидуальной минуты и снижается скорость простой двигательной реакции. Для лиц пожилого и старческого возраста характерна социально-психическая дезадаптация, причинами которой являются: выход на пенсию; утрата близких; ограничение возможности общаться с оставшимися в живых; трудности самообслуживания; ухудшение экономического положения; зависимость от окружающих.

Это приводит к развитию у лиц старших возрастных групп чувства неполноценности, бессилия и одиночества, что способствует развитию психоэмоциональных нарушений (тревога, агитация, депрессия, мании, бред, снижение когнитивных функций). Например, проявления депрессии отмечаются у 60 и 20% больных старших возрастных групп соответственно с тяжелым и легким течением заболеваний. Установлено, что депрессивные состояния наряду с нарушениями зрения и координации являются существенным фактором случайных падений у пожилых людей. Медсестре необходимо помнить о лицах старших возрастных групп с повышенным риском развития психоэмоциональных нарушений, способствующих падениям. Это – пациенты 80 лет и старше, живущие одиноко, в том числе вдовцы; пары, живущие изолированно, в том числе бездетные супруги; лица, страдающие тяжелыми заболеваниями и физическими недугами; вынужденные жить на минимальное государственное пособие.

Основные факторы риска падений, чаще встречающиеся у лиц пожилого и старческого возраста: нарушения поддержания равновесия; нарушения ходьбы; последствия инсульта; патология суставов; нарушения зрения; ортостатическая гипотензия; нарушения когнитивных (познавательных функций); депрессия; одновременный прием пациентом 4 лекарственных препаратов и более.

Вероятность возникновения падений возрастает с увеличением числа факторов риска: у лиц без факторов риска падения встречаются в 8% случаев, у лиц,

имеющих 4 фактора риска и более, – в 78%. Риск падений существенно возрастает при развитии нового или обострении имеющегося у пациента хронического соматического заболевания. В пожилом возрасте чаще встречаются головокружение и ортостатическая гипотензия (состояние, при котором после резкого перехода из горизонтального в вертикальное положение кровь не успевает в достаточном количестве поступить в головной мозг, в результате чего возникает головокружение, темнеет в глазах, нарушается равновесие). При этом 30% больных падают с кровати (главным образом – вечером и ночью при попытке встать), 28% – с кресел и стульев, не имеющих запирательных механизмов, 20% – в туалете (преимущественно женщины, вставая с унитаза после опорожнения мочевого пузыря).

Прием многих лекарственных препаратов изменяет состояние сосудистого тонуса. Это мочегонные препараты (фурасемид, гипотиазид), препараты для снижения артериального давления (клофелин, коринфар, эналаприл, периндоприл, лизиноприл), β-блокаторы, урежающие частоту сердечных сокращений (метопролол, атенолол), нитраты, противосудорожные лекарства, бензодиазепины (диазепам, клонезем, феназепам), антидепрессанты, снотворные и седативные средства. Значительно увеличивает риск падения прием нескольких перечисленных препаратов одновременно. Злоупотребление алкоголем вносит свою лепту в статистику падений у пожилых. При возрастном снижении остроты зрения требуется правильно подобрать очки. *Хожdenие без хороших очков*, особенно в сумерки по темной лестнице подъезда или разбитому асфальту двора, часто приводит к падению.

Люди, падающие часто, нуждаются в медицинском обследовании для исключения таких состояний, как нарушение сердечного ритма, эпилепсия, паркинсонизм, анемия, преходящие (транзиторные) нарушения мозгового кровообращения, синдром каротидного синуса. Развитие последнего связано с перегибом позвоночных артерий, питающих мозг, при остеохондрозе шейного отдела позвоночника. У людей, страдающих остеохондрозом, возможно внезапное помрачнение сознания, вследствие чего происходит падение.

Риск падения велик у людей, которые мало, не более 4 ч в сутки, находятся в вертикальном положении, а также у тех, кто малоустойчив, когда стоит, заторможен и депрессивен, не может встать со стула без помощи рук. Пожилые, страдающие от *синкопальных состояний*, при которых происходит кратковременное отключение сознания, нуждаются в посторонней помощи и присмотре при выходе на улицу и особенно в транспорте. Синкопальные состояния обусловлены снижением доставки кислорода в головной мозг из-за нарушений сердечного ритма и проводимости, тахиаритмии, *передозировки лекарственных средств* – нитратов, гипотензивных препаратов и др. Таким пожилым людям необходимы по-

сторонняя помощь при передвижении и организация безопасного жилища.

Внешние причины падений связаны с неправильной организацией безопасного движения (неудобная обувь, плохие очки, отсутствие вспомогательных приспособлений – трости, ходунки), и безопасности жилища, *внутренние* – с возрастными изменениями опорно-двигательного аппарата, органа зрения и сердечно-сосудистой системы.

Какими бы ни были факторы, способствующие падениям, следует их учитывать, избегать и предупреждать.

Состояния, при которых в пожилом и старческом возрасте необходимо соблюдать осторожность, не выходить на улицу в одиночку при гололеде, в сумерках, в условиях тумана или снегопада; нарушения равновесия и походки; головокружение; спутанность сознания; потеря зрения; синкопальные состояния. Если пожилой человек упал при свидетелях и получил серьезную травму, описание ими его падения может помочь медсестре выяснить обстоятельства падения и правильно определить его причину.

Где чаще всего происходят падения? В половине случаев – дома, особенно в туалете, ванной комнате и спальне. Затем следуют больницы, в которых часто лечатся пожилые люди. Поэтому родственникам всегда следует предупреждать персонал того стационара, куда поступает больной преклонного возраста, о возможности его падения. Этот вопрос должна задать и медсестра пациенту и его родственникам. Если медицинский персонал будет знать о предрасположенности пациента к падениям, он поможет их избежать. Многие больные (около 80%) падают без свидетелей, что лишает их быстрой помощи.

Вне дома падения чаще происходят на скользких тротуарах, мокром асфальте, при переходе через поребрик тротуара, выходе из общественного транспорта. Падения на улице без свидетелей часто приводят не только к травмам, но и к переохлаждению, развитию впоследствии пневмонии, инфекции мочевых путей и других заболеваний.

Во многих зарубежных странах существует практика при поступлении пациента в стационар уже в приемном отделении выносить на лицевую сторону истории болезни специальный диагноз «падение» («falls»). Это ориентирует медицинский персонал на необходимость соблюдения мер профилактики падения, тщательного обследования пациента и важность последствий падения.

Необходимо помнить, что ухудшение течения основного заболевания, смена обстановки, включая госпитализацию, являются для пожилого больного стрессовой ситуацией (нарушение сложившихся жизненных стереотипов – привычной обстановки, общения с близкими), что может приводить к декомпенсации психического статуса (депрессия или делирий). Особенно опасна 1-я неделя госпитализации. Больные начинают отказываться от еды, плохо ориентироваться в окружающей обстановке. Могут отме-

чаться эпизоды спутанности сознания, недержания мочи, необъяснимые падения. Риск, связанный с госпитализацией лиц пожилого и старческого возраста, может превышать риск причины госпитализации. Особенно остро реагируют на госпитализацию пациенты с сосудистыми расстройствами головного мозга, мягкими формами депрессии и деменции. У таких больных быстро и порой неожиданно для окружающих (медсестры, врач, соседи по палате, родственники) наступает декомпенсация психического статуса, что способствует падениям с соответствующими последствиями.

Сестринское обследование больных с падениями включает в себя опрос, физикальный осмотр, исследование способности больного к самостоятельному передвижению и оценку окружающей пациента обстановки.

Медсестра расспрашивает пациента и его родственников о случаях падений в течение последнего года, уточняет их особенности: место; внезапность; провоцирующие факторы: наклоны и движения; обувь и одежда; окружающая обстановка; освещение; шум; лекарственные препараты и алкоголь. Пожилые пациенты с нарушениями психики и ухудшением памяти могут не помнить эпизоды своих падений; в этих случаях за информацией следует обратиться к родственникам или лицам, осуществляющим уход.

Вопросы пациенту и его родственникам, которые помогут медсестре составить план мероприятий по предотвращению падений:

- были ли случаи падения раньше?
- если были, насколько они часты и предсказуемы?
- в какое время суток чаще происходят падения;
- где произошло падение: на улице, лестнице, дома (туалет, ванна)?
- что вызвало падение: быстрое вставание с кровати, стула, унитаза, повороты и наклоны туловища, доставание предметов, расположенных высоко?
- не было ли приема алкоголя?
- не страдает ли пациент эпилепсией?
- бывают ли у него сердцебиения и перебои в работе сердца?
- осуществляется ли контроль артериального давления и помнит ли пациент его цифры?
- не болеет ли пациент сахарным диабетом, не получает ли препараты инсулина?
- сколько препаратов одновременно принимает пациент (прием 4 и более препаратов значительно увеличивает риск падения)?
- не было ли недавно госпитализации или ограничения двигательной активности в ближайшие 2 мес?

Необходимо узнать, какие лекарственные препараты пациент получает; не было ли перерыва в их приеме (особенно – антиаритмических); не менялись

ли их дозы и режим приема; назначались ли в последнее время новые лекарственные средства.

Медсестре необходимо выяснить не только условия, в которых возникают падения, но и сопутствующие симптомы; время суток, когда произошло падение и поведение больного после него.

Функциональные тесты для оценки риска падения.

1. Тест «встать и идти», выполняемый на время.

Для проведения теста необходимы стул с подлокотниками (сиденье высотой 48 см, высота подлокотников – 68 см), секундомер и пространство длиной 3 м. Пациента просят встать со стула, пройти 3 м, обойти предмет на полу, вернуться и сесть снова на стул. Пациента предупреждают, что время, за которое он выполнит это действие, будет измерено, и он может использовать любые привычные приспособления для ходьбы (например, трость). Нормальный результат: больной выполнил тест за 10 с или меньше, сомнительный – 11–29 с. Если тест выполнен за 30 с и более, это свидетельствует об ухудшении функциональных возможностей и увеличении риска падений.

2. Тест «подъем со стула». Необходимы стул без подлокотников, секундомер. Пациента просят встать со стула 5 раз подряд с руками, сложенными на груди, колени должны быть полностью разогнуты при каждом подъеме. Больному сообщают, что затраченное время будет измеряться. Тест дает информацию о силе и скорости работы мышц нижних конечностей. Время 10 с и менее свидетельствует о хороших функциональных возможностях, а 11 с и более отражает неустойчивость походки.

3. Тест на равновесие. Пациенту предлагают 10 с простоять в положении «ступни сжаты вместе», затем 10 с – в положении «одна ступня перед другой», а затем – в положении «тандем». Невозможность стоять в положении «тандем» 10 с предсказывает высокий риск падения. Если пациент способен стоять на 1 ноге менее 10 с, риск переломов увеличивается в 9 раз, а неспособность пройти более 100 м увеличивает риск перелома.

Наиболее частая причина смерти больных пожилого и престарелого возраста от травмы, полученной в результате падения, – перелом шейки бедра. Это связано с тем, что с возрастом меняется характер падения: если более молодые люди чаще падают в передне-заднем направлении, то в старших группах наиболее типично падение набок. Имеют также значение остеопороз и развивающееся в процессе старения генерализованное снижение массы скелетной мускулатуры (саркопения), приводящее к постепенной потере мышечной массы и силы, что обуславливает достоверное увеличение частоты переломов шейки бедра у лиц старше 75 лет. Лечение (при консервативной тактике), как правило, длительное, иногда до 6 мес. Больные вынуждены долго лежать в гипсе, а затем в течение нескольких месяцев восстанавливать двигательную активность, страдают от застойной пневмонии, инфекции, пролежней. В 20%

случаев перелома шейки бедра смерть наступает от осложнений. Половина пожилых пациентов после этой травмы становятся глубокими инвалидами, нуждающимися в постоянном уходе. Большая доля травм после падения у пожилых людей приходится на переломы костей запястья. Процесс срастания занимает много времени – от 6 нед до 3–6 мес – и значительно ограничивает способность человека к самообслуживанию. Переломы позвоночника часто бывают безболезненными и протекают почти незаметно. Через некоторое время перелом становится заметен в виде «старческого горба». Для лечения подобной травмы требуется длительный период (1–2 года) без уверенности полного восстановления. По статистике, пожилые женщины падают и получают травмы чаще мужчин. Это объясняется тем, что женщины в этом возрасте страдают от остеопороза – повышенной хрупкости костей. Кроме того, пожилые женщины живут дольше мужчин, и их больше.

Склонность к повторным падениям считается одним из составляющих «стандартного фенотипа немощности», который характеризуется сочетанием 3 и более из следующих признаков: беспричинное снижение массы тела; слабость; недостаток сил; медленная скорость при ходьбе и низкая физическая активность. Пациенты, которые, согласно указанным критериям, определяются как немощные, имеют повышенный риск падений, переломов (в том числе – бедра) и смерти.

Лечение последствий падений обходится дорого и больному, и обществу. Человеку приходится переживать психическую травму: заново обретать уверенность в своих физических силах, преодолевать страх повторных падений. Следствиями перелома зачастую бывают потеря независимости, необходимость нанимать сиделку, просить о помощи родных, друзей. Ограничение способности двигаться заставляет выздоравливающего подолгу лежать, что неблагоприятно сказывается на его состоянии: возникают запоры, пролежни, из-за возрастных нарушений терморегуляции – переохлаждения и пневмония. Часто бывает так, что, перенеся сложную операцию на шейке бедра и затратив много сил и средств на лечение, пожилой человек умирает от пневмонии или сепсиса, вызванного пролежнями. В целом мировая статистика травмирования и смертности пожилых людей в результате падения выглядит так: 60% пожилых людей старше 65 лет попадают в больницу в результате падения; 15–20% из них имеют переломы; 5–20% умирают от осложнений; 40% после выписки теряют самостоятельность и становятся зависимыми от окружающих. Анализ этих данных приводит к заключению, что необходимо принимать меры профилактики падений и переломов. ООН определила права пожилых и старых людей с социально-политических позиций: **НЕЗАВИСИМОСТЬ, УЧАСТИЕ, УХОД, ДОСТОИНСТВО** (Венский международный план по проблемам старения, 1982). Концепция активного долголетия и поощрения здо-

ровья, в противоположность долгой зависимой жизни, предусматривает независимость от материальной и физической помощи близких или социальных работников, от болезней и недугов, от материальных условий.

Необходимо настраивать пожилых людей быть более внимательными к своему здоровью; для этого необходимо использовать любые возможности их обучения по вопросам: диеты; физических упражнений; создания благоприятной окружающей среды; факторов риска развития заболеваний; изменения привычек и культурных традиций, отрицательно действующих на здоровье.

Значение физической активности пожилых людей для профилактики падений подтверждено и в «Глобальных рекомендациях по физической активности для здоровья» (ВОЗ, 2010):

- пожилые люди должны уделять физической активности средней интенсивности не менее 150 мин в неделю, или выполнять упражнения по аэробике высокой интенсивности не менее 75 мин в неделю, или иметь эквивалентный объем физической активности средней и высокой интенсивности;
- упражнения по аэробике следует выполнять сериями продолжительностью не менее 10 мин;
- для получения дополнительных преимуществ для здоровья надо увеличивать длительность занятий аэробикой средней интенсивности до 300 мин в неделю, или заниматься аэробикой высокой интенсивности до 150 мин в неделю, или иметь эквивалентный объем физической активности средней и высокой интенсивности;
- пожилые люди с проблемами двигательной активности должны выполнять упражнения на равновесие и предотвращение падений 3 и более дней в неделю;
- силовые упражнения следует выполнять, задействуя основные группы мышц, 2 и более дней в неделю;
- если пожилые люди не могут получить рекомендуемый им объем физической активности, им следует выполнять упражнения, соответствующие их возможностям и состоянию здоровья.

Регулярные физические упражнения дают положительные физиологические результаты: помогают регулировать уровень глюкозы в крови; нейтрализуют отрицательное действие катехоламинов (адреналина и норадреналина); улучшают качество сна, функционирование всех элементов сердечно-сосудистой системы; укрепляют мышечную систему, что продлевает период независимости в пожилом возрасте; упражнения, стимулирующие движения, помогают сохранять и восстанавливать гибкость, «отодвигают» наступление возраста, связанного с ухудшением координации движений, что является главной причиной падений.

Физические упражнения положительно влияют на психологический статус:

- уменьшают проявления депрессии и тревоги;
- могут снизить негативное действие стресса.

Физическая активность способствует:

- сохранению и укреплению социального статуса (помогает играть более активную роль в производственной деятельности, жизни семьи и общества);
- снижает расходы на медицинскую и социальную помощь.

Профилактика падений. Установлено, что 15% падений у пожилых людей потенциально предотвратимы. Программы по предотвращению падений пожилых должны включать в себя следующие компоненты (ВОЗ):

- проверку бытовой окружающей среды с целью выявления факторов риска падения;
- мероприятия для определения факторов риска (проверка и изменение медицинских назначений, лечение сниженного артериального давления, дополнительное назначение витамина D, кальция и лечение нарушений зрения);
- оценку домашних условий и изменение окружающих условий у людей с известными факторами риска или у тех, кто уже имел падения;
- назначение надлежащих вспомогательных устройств при наличии физических и сенсорных нарушений;
- укрепление мышц и восстановление вестибулярной функции;
- обучение профилактике падений и упражнениям, направленным на сохранение динамического равновесия и развитие силы;
- использование специальных защитных приспособлений для шейки бедра у людей, подверженных риску перелома шейки бедра в результате падения.

Безопасность быта и жилища в основном зависит от организации пространства в квартире, расстановки мебели, наличия в ванной комнате и туалете вспомогательных приспособлений, позволяющих пожилому человеку выполнять необходимые процедуры. Нередко падение происходит в ванной на скользком полу. Лучше заменить ванну душем, поставив специальное кресло (приспособленный стул), сидя на котором можно мыться. Если же это невозможно, обязательно надо класть на дно ванны резиновый коврик на присосках, мыться стоя или сидя на специальном сидении для ванны. 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 позволяет снизить риск ожога горячей водой. Для пожилых рекомендуется температура воды 35–36°C, более теплой воды следует избегать. Нельзя направлять струю горячей воды на голову. Вообще ослабленным пожилым людям нельзя

мыться в одиночестве, рекомендуется обращаться за помощью к родственникам или социальным работникам. Закрывать в ванной и туалете людям с риском падения нельзя.

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, больницу или интернат, они теряются, появляется страх, иногда – спутанность сознания. Ковры, коврики у порога, пороги, стеклянные двери, темные длинные коридоры, загроможденные вещами проходы могут спровоцировать падение. Нужно тщательно продумать все детали, чтобы сделать жизнь старого человека безопасной. Поручни лучше расположить рядом с ванной и унитазом на уровне лучезапястного сустава. Иногда поручни устанавливают рядом с кроватью, в коридоре, в местах, где есть ступени. Если пожилой человек пользуется тростью или ходунками, они должны быть правильно подобраны – рукоять должна находиться на уровне лучезапястного сустава. Если после инсульта или травмы ослаблена одна из сторон тела, опираться на трость следует более сильной рукой.

Большую часть времени суток пожилой ослабленный человек проводит в спальне, где также часто происходят падения. Это может быть связано с неудобной, слишком высокой или слишком низкой постелью, провисающим матрасом, отсутствием осветительного прибора, до которого можно дотянуться рукой, лежа в 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. Матрац лучше подобрать индивидуально – не слишком мягкий, лучше всего – ортопедический. Если такой возможности нет, следует оценить матрац по нескольким параметрам. Матрац, легко деформирующийся под весом человека, быстро образующий ямы, комки, плохо поддающийся гигиенической обработке, не подходит. Слишком мягкий матрац плохо влияет на состояние позвоночника, причиняя боль и страдания. Прикроватная тумбочка не должна находиться слишком далеко от изголовья, на ней рекомендуется поместить ночник или обычную лампу с регулируемой силой света.

Так как сон у пожилых людей нередко бывает нарушен, они часто просыпаются, читают ночью, иногда принимают лекарства. Поэтому все необходимые предметы – очки, книги, газеты, лекарства, вода для питья, часы, телефон – должны лежать рядом с изголовьем. Это поможет избежать ночного хождения по комнате и снизить риск падения. В случаях, когда ночного вставания с постели избежать не удастся, особенно мужчинам с заболеванием предстательной железы, больным с сердечной недостаточностью, у которых имеется ночной энурез, людям, страдающим от почечной недостаточности, нужно

обеспечить достаточное освещение ночного «маршрута». В состоянии полудремы, особенно при плохом освещении, часто происходят ночные падения. На пути следования к туалету не должно быть проводов, лишних предметов, обуви, мисок для животных, сумок и других предметов. Рядом с кроватью ночью всегда должно находиться судно или утка, а лежащим больным на ночь нужно надевать памперсы. Если в квартире (доме) есть лестница, она должна быть с перилами, причем первую и последнюю ступени лестницы лучше покрасить в заметный цвет (желтый, белый, красный); на край каждой ступени наклеивают резиновую полоску шириной 2–3 см, чтобы не соскальзывала подошва. Домашняя обувь должна быть хорошо подобрана по ноге, не должна скользить по линолеуму и паркету, каблук должен быть низким, а задник – мягким. Если человеку трудно 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. Пожилому человеку не рекомендуется самостоятельно доставать предметы с верхних полок и антресолей, становиться на стремянки и стулья, так как при этом руки и голова подняты вверх, часто возникают головокружения, приводящие к падениям, а травма, чаще всего возникающая при таком падении, – перелом шейки бедра. *Кресло пожилого человека*, в котором он проводит довольно много времени должно быть неглубоким, с высокой спинкой и подголовником, с невысокими удобными подлокотниками. Важно, чтобы край кресла не давил на подколенные ямки, так как это нарушает кровообращение в ногах и повышает риск развития тромбозов, тромбоэмболий.

В профилактике падений большую роль играет диета. Доказано неблагоприятное влияние алкоголя на сердечно-сосудистую систему пожилого человека, его потребление часто становится причиной падения. У некоторых пожилых с болезнями сосудов внутренних органов после горячей и обильной еды усиливается приток крови к желудку и уменьшается – к головному мозгу. Это вызывает приступ дурноты, головокружение, потемнение в глазах и может привести к падению. В подобных случаях пациенту советуют ограничивать количество пищи, принимаемой за 1 прием, питаться дробно, часто, малыми порциями. После еды следует полежать.

Сложность обучения принципам здорового питания, отказа от вредных привычек известны. А.П. Чехов в письме А.С. Суворину сообщал: «Вообще я в своей практике и в домашней жизни заметил, что когда старикам советуешь поменьше есть, то они принимают это чуть ли не за личное оскорбление».

Необходимо помнить и о недостаточности питания как причине падений. У пожилых и старых людей это может быть связано с социально-экономи-

ческой незащищенностью, физической немощностью, изоляцией, бытовыми неудобствами, стоматологическими проблемами и снижением пищевых потребностей вследствие низкой физической нагрузки. Если у пожилых людей выявлены нарушения походки, равновесия и повышенный риск падений, медсестре необходимо обсудить с врачом целесообразность назначения витамина D, что способствует снижению частоты падений более чем на 20%.

Советы медсестры пожилому пациенту по безопасности его двигательной активности и быта. Не поднимайте тяжелые вещи, не напрягайте спину, не носите предметы тяжелее 2 кг, несите груз перед собой, прижав к телу. При ходьбе, особенно на улице, пользуйтесь тростью или ходунками. Приобретите специальные защитные щитки, предохраняющие шейку бедра от перелома. Они вкладываются в трусы и не мешают при ходьбе. Не делайте резких движений, от которых может закружиться голова или произойти смещение позвонков. Сидя на стуле или в кресле, никогда не наклоняйтесь в сторону, чтобы достать что-то с пола. Если хотите поднять с пола какой-либо предмет, не наклоняйтесь, присядьте с ровной спиной и возьмите его. Если у вас был перелом шейки бедра, используйте другой безопасный способ – обопритесь рукой о стол или другую устойчивую опору, стойте на неповрежденной ноге, сгибайте туловище и одновременно отводите пострадавшую ногу назад, а свободной рукой доставайте предмет. При пробуждении не вставайте с постели слишком резко, так как рефлекторные реакции не успевают обеспечить адекватный кровоток в сосудах головного мозга и может закружиться голова. Позвоночник в первые 15 мин после пробуждения тоже очень уязвим. Сначала медленно примите вертикальное положение в постели, опираясь на руки за спиной, ноги слегка согните и скрестите в щиколотках, затем одновременно поверните таз и ноги к краю кровати, сведите ноги и медленно встаньте с постели. Не следует резко вставать с кресла или стула. Избегайте глубоких, слишком мягких и низких кресел. Нельзя сидеть на стуле или кресле, положив ногу на ногу, если у вас был прооперирован сустав шейки бедра. Старайтесь сидеть на стуле или в кресле так, чтобы ноги были под прямым углом к телу. Самые подходящие стулья и кресла для вас те, у которых регулируются высота сиденья и наклон спинки и есть подлокотники. Вставайте, опираясь обеими руками на спинку стула или кресла.

Стойте правильно, опираясь на обе ноги, пятки вместе, носки врозь либо ноги на ширине плеч. Если у вас прооперированы суставы шейки бедра, всегда поворачивайтесь назад и в стороны только медленно, поворачивая ноги и таз одновременно. Никогда не стойте и не ходите слишком долго, делайте небольшие перерывы для отдыха.

Одеваться в пожилом возрасте трудно, поэтому используйте нехитрые приспособления для надевания белья, одежды и обуви. Для одежды сделайте

«длинные руки», возьмите 2 рейки длиной 35–45 см, на конце каждой прикрепите по бельевой прищепке или зажиму от подтяжек. Зажмите прищепками пояс или резинку того предмета гардероба, который собираетесь надеть – трусы, брюки или юбку, возьмите рейки за концы и, сидя на стуле, надевайте белье. Когда подтяните предмет гардероба достаточно высоко, отстегните прищепки и надевайте белье руками. Натренировавшись, с помощью «длинных рук» можно надевать носки и чулки. Чтобы носки надевались лучше, прикрепите рейку к рожку для обуви и направляйте им пятку носка. Надеть туфли и ботинки можно с помощью обычного стула. Встаньте перед стулом, держитесь правой рукой за спинку, в левую возьмите туфлю, левую ногу согните и положите колено на сиденье стула. Наденьте туфлю на стопу, поменяйте ногу и руку и наденьте другую туфлю.

Снимать туфли и ботинки поможет специальная обувная доска с V-образным выпилом на одном конце и прибитом к середине внизу бруском. Поставьте одну ногу на конец без выпилов, прижмите доску к полу, конец с выпилом будет поднят вверх благодаря бруску. Вложите задник обуви на другой ноге в V-образный выпил и выньте ногу из туфли. То же сделайте и с другой туфлей.

Безопасно пользоваться туалетом и ванной помогают некоторые приспособления. Нарастите унитаза до удобной для вас высоты, чтобы ноги были согнуты под прямым углом. Садитесь на стульчак и вставайте, держась за вмонтированные в стены поручни и опираясь на обе ноги. Для мытья в ванне используйте специальный табурет одной высоты с ванной или чуть выше, навесное сиденье для ванны, специальный резиновый коврик на присосках. Постелите на дно ванны резиновый коврик, сядьте на табурет, перекиньте в ванну сначала одну ногу, затем другую. Держитесь рукой за поручень на стене и когда обе ноги будут в ванне, медленно вставайте и садитесь на навесное сиденье. Таким же образом выходите из ванны после мытья. Можно вместо навесного сиденья вмонтировать в стену над ванной откидное сиденье. Для мытья ног используйте губку или щетку на длинной ручке. В домашних условиях медсестра после консультации с врачом может рекомендовать больному несложные комплексы упражнений. Следует избегать резких движений.

Несколько упражнений для укрепления мышц и связок нижних конечностей

Исходное положение – стоя, ноги вместе, руки на талии. Поднимите прямую ногу вперед и вверх, медленно отведите в сторону, вернитесь в исходное положение. Повторите другой ногой.

1. Исходное положение то же. Поднимите ногу вперед и вверх, согните в колене, разогните, вернитесь в исходное положение. Повторите с другой ногой.

2. Исходное положение то же. Приседания в умеренном темпе.

3. Исходное положение – стоя, ноги на ширине плеч, руки на талии. Медленно присядьте, не отрывая пятки от пола, как можно ниже, медленно вернитесь в исходное положение.

4. Исходное положение – стоя, ноги вместе, руки вниз. Сделайте выпад ногой вперед, положив руки на колено, вернитесь в исходное положение. Повторите другой ногой.

5. Исходное положение то же. Поднимитесь на носки, вернитесь в исходное положение.

Несколько упражнений для развития и поддержки гибкости

1. Исходное положение – стоя, ноги на ширине плеч, руки на талии. Наклоны вперед, в стороны, назад.

2. Исходное положение – то же. Круговые движения туловищем вправо, затем влево.

3. Исходное положение – то же. Наклонитесь вперед, попробуйте достать правой рукой носка левой ноги, повторите другой рукой.

Упражнения для укрепления мышц и связок живота и таза

Исходное положение – сидя на полу, руки упираются в пол за спиной. Поочередно сгибайте и разгибайте ноги в коленях.

Падения людей обусловлены множеством внутренних и внешних факторов. Лица, регулярно падающие, нуждаются в тщательном обследовании, включающем в себя подробный сбор анамнеза, осмотр и оценку функционального статуса. Предупреждение падений предусматривает лечение острых и хронических заболеваний нервной, сердечно-сосудистой, кроветворной систем, опорно-двигательного аппарата, органов зрения, слуха и др., а также повышение физической активности, систематические занятия лечебной физкультурой. В профилактическом плане обязательна оценка домашней бытовой обстановки и при необходимости ее коррекция, создание безопасной внутрибольничной среды.

Рекомендуемая литература

Маколкин В.И. Овчаренко С.И., Семенов И.Н. Сестринское дело в терапии. – М.: МИА, 2008. – 544 с.

Пожилой человек. Сестринский уход. Пособие для медицинских сестер. Под ред. В.Н. Петрова. – СПб.: Диля, 2006. – 416 с.

Сестринское дело в гериатрии: руководство для медицинских сестер. Под ред. Т.В. Рябчиковой. – М.: ФГОУ «ВУНМЦ» Росздздрава, 2006. – 384 с.

ВОЗ. Падения. Информационный бюллетень № 344, октябрь 2012 – www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/ru

PREVENTION OF FALLS AT ELDERLY AND SENILE AGES
Prof. V.A. Lapotnikov¹; Prof. V.N. Petrov²

¹V.A. Almazov Federal Medical Research Center, Moscow

²I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg

The paper gives an account of the causes of falls and the principles of their diagnosis and prevention in elderly and senile people and the main components of nursing care.

Key words: falls, diagnoses, prevention, nursing care.