© А.Н. Ильницкий, 2017

МЕДСЕСТРА И РЕАБИЛИТАЦИЯ В ГЕРИАТРИИ

А.Н. Ильницкий, докт. мед. наук, профессор
Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства, Москва
E-mail: a-ilnitski@yandex.ru

Представлены функции медсестры в реабилитации гериатрического пациента при гериатрических синдромах недостаточности питания, падений, инсомнии, в раннем выявлении когнитивных расстройств.

Ключевые слова: реабилитация, функциональная способность, гериатрические синдромы.

Ключевые понятия современной реабилитации в гериатрии с точки зрения сестринского процесса – здоровое старение и функциональная способность. Согласно действующим положениям ВОЗ, здоровое старение – не отсутствие болезней, а хорошая функциональность пациента [1]. Приведем 2 примера. Нередко приходится встречаться с такой ситуацией: пожилой пациент проживает на высоком этаже без лифта и при этом страдает остеоартрозом суставов нижних конечностей с болевым синдромом, что затрудняет его передвижение по лестнице. В результате из-за плохо приспособленной для проживания пожилого человека среды (высокий этаж без лифта) и состояния здоровья (болевой синдром на фоне суставной патологии) происходит снижение функциональной способности с развитием гериатрического синдрома нарушения передвижения. Второй пример – часто при установке новых зубных протезов развивается синдром недостаточности питания: пациенту пожилого и старческого возраста трудно пережевывать пищу из-за плохого качества зубных протезов, и он резко уменьшает объем пищи или вовсе от нее отказывается. Такой вариант развития ситуации должны знать медсестры, чтобы предупредить снижение функциональной способности и ухудшение общего состояния пациента.

Таким образом, главная задача медсестры в процессе реабилитации пациента пожилого и старческого возраста – достижение максимальной функциональной способности путем рекомендации мер по поддержанию здоровья и обустройству жизненной среды.

Синдром недостаточности питания

Для своевременного выявления и оценки риска развития синдрома недостаточности питания в сестринской практике можно применять, например, шкалу MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), которая разработана и рекомендована к применению Британской ассоциацией парентерального и энтерального питания (British Association for Parenteral and Enteral Nutrition).

Шкала включает в себя следующие 3 позиции, каждая из которых оценивается в баллах: 1) расчет индекса массы тела: >20 кг/м^2 = 0 баллов; 18,5 кг/м^2= 1 балл; <18,5 кг/м^2 = 2 балла; 2) оценка снижения массы тела за последние 3–6 мес в процентах: <3% = 0 баллов; 5% = 1 балл; >10% = 2 балла; 3) наличие острого заболевания с недостаточным приемом пищи на протяжении ≥5 дней = 2 балла. В зависимости от количества баллов разрабатывается тактика ведения пациента: 0 баллов – низкий риск развития синдрома недостаточности питания, необходимо повторить тест через 2–3 мес, вести динамическое наблюдение за состоянием пациента; 1 балл – средний риск развития синдрома недостаточности питания, важен анализ диеты на протяжении не менее 3 дней, следует привлечь специалиста-диетолога для коррекции диеты, определить степень доступности пищи, оценить состояние стоматологического здоровья, провести повторное тестирование через 1 мес; ≥2 балла – высокий риск развития синдрома недостаточности питания, когда нужны консультация необходимых специалистов, работа с пациентом по бригадному принципу.

Медсестра должна проинформировать пациента об основных проблемах питания, с которыми сталкивается среднестатистический россиянин: необоснованное голодание/диета; преобладание пищи, со-

держащей жиры животного происхождения; потребление мяса в значительно большем количестве, чем рыбы; излишества в принятии углеводсодержащей пищи (мучных, сладких продуктов); ограниченное потребление овощей, фруктов, зелени, растительного масла. Знание этих неправильных подходов к питанию позволит пациенту перейти к более верной стратегии, что будет способствовать повышению потенциала здоровья [2].

Важно обеспечить баланс между калорийностью потребляемых продуктов и фактическими энергозатратами организма, чему способствует правильный подбор доли белков, жиров и углеводов. Что касается белков, то должна быть соблюдена норма животного белка: до 1 г на 1 кг массы тела; соотношение животных и растительных белков – 1:1; мясные блюда целесообразно потреблять преимущественно в отварном виде; надо использовать нежирные сорта мяса; необходимо ограничивать потребление мяса и мясных продуктов (предпочтительны рыбные блюда); сбалансированности рациона способствует введение в него до 30% белка за счет молочных продуктов; следует использовать неострые и несоленые сорта сыра, вводить в рацион растительные белки, главным образом – за счет зерновых культур и бобовых.

При подборе жиров важно помнить, что ориентировочно общая потребность в жире у лиц старших возрастных групп на 10% больше потребности в белках. Необходимо ограничить в первую очередь потребление животных жиров; наряду со сливочным маслом важно в достаточном количестве использовать растительное.

Рекомендуется: использовать в качестве источников углеводов продукты из цельного зерна; ограничить прием сахара и сладостей; увеличить потребление сложных углеводов, содержащих клетчатку, пектиновые вещества, которые в настоящее время объединены термином «волокнистые вещества пищи» (пищевые волокна). Благодаря своим физико-химическим свойствам они обладают способностью адсорбировать пищевые и токсичные вещества и улучшать бактериальный пейзаж кишечника; у пожилых людей общее количество клетчатки должно составлять 25–30 г/сут (это приблизительно 400 г свежих овощей и фруктов).

Определенное значение придается антиатерогенной направленности питания. Правда, в последнее время появились данные, согласно которым способность определенных продуктов вызывать гиперхолистеринемию сильно преувеличены, но все же не следует перегружать рацион продуктами, содержащими холестерин (печень, почки, мозги, жирные сорта мяса, икра рыб, яичные желтки), и животными жирами, богатыми насыщенными жирными кислотами (говяжий, свиной, бараний, утиный, гусиный, куриный и другие жиры); надо заменять их растительными маслами (подсолнечным, оливковым, кукурузным, хлопковым, льняным, рапсовым и др.). Полезно вводить в рацион источники полиненасыщенных жирных кислот – морскую жирную рыбу (скумбрия, сардина, сельдь иваси) по 300–400 г в неделю в запеченном или консервированном виде.

Еще раз отметим: для обеспечения здорового питания важно дать установку на использование продуктов и блюд, обладающих легкой перевариваемостью и усвояемостью – 400 г желтых, красных и зеленых хрустящих овощей и фруктов в день, что дает организму клетчатку и комплекс необходимых для жизнедеятельности витаминов и минералов [3].

Синдром падений

По современным представлениям для профилактики падений в пожилом возрасте важно обеспечить посильную физическую активность, так как при любом состоянии здоровья регулярная посильная физическая активность способствует снижению смертности, частоты развития инсульта, инфаркта, сахарного диабета типа 2, предупреждает развитие депрессии, снижает частоту развития рака толстой кишки и молочной железы. ВОЗ не предлагает возрастных различий в уровне физической активности, в любом возрасте следует заниматься аэробными нагрузками средней интенсивности 150 мин в неделю или аэробными нагрузками высокой интенсивности 75 мин в неделю; при этом длительность 1 занятия – не менее 10 мин. Важны также упражнения для укрепления основных групп мышц не менее 2 дней в неделю. Пациентам 65 лет и старше рекомендуются упражнения для улучшения равновесия (чай-ши), так как они способствуют профилактике синдрома падений.

Эффективность такого подхода доказана во многих исследованиях; так, в США на протяжении 10 лет действовала программа «Здоровые люди 2010», в которую были вовлечены 15 700 человек в возрасте от 45 до 65 лет. На 6-м году исследования 970 человек изменили образ жизни (регулярно занимались физическими упражнениями по 3 ч в неделю; потребляли достаточное количество овощей и фруктов; снизили вес; бросили курить, что в целом позволило в данной группе пациентов снизить смертность на 40%, а частоту болезней сердца – на 35%). Таким образом, убежденность пациента в важности и значимости регулярной физической активности имеет чрезвычайно большое значение для сохранения и укрепления здоровья, профилактики синдрома падений.

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

Следует также разъяснить пациенту пожилого и старческого возраста необходимость достижения целевых цифр артериального давления (АД): не более 140/90 мм рт. ст. в возрасте до 75 лет, а после 75 лет – 150/90 мм рт. ст.; при этом темпы достижения целевого АД в гериатрической практике должны быть ниже, чем у лиц молодого и среднего возраста, так как при быстром снижении АД возможно нарушение адаптации церебрального кровообращения, что обусловит субъективное ухудшение симптоматики (например, усилится головокружение, что, наоборот, приведет к развитию синдрома падений) [4].

Раннее выявление когнитивных расстройств в сестринской практике

В нейрогериатрии существует представление о так называемом нормальном старении мозга – закономерных инволютивных изменениях головного мозга, допустимых в пожилом возрасте и не являющихся основанием для какого-либо диагноза. Существует и широко применяется также термин «доброкачественная возрастная забывчивость» – когда иногда люди не могут вспомнить недавно полученную информацию или новые имена. При этом нарастания нарушений памяти не происходит в течение многих лет или оно минимально, поэтому этот тип нарушения памяти не оказывает существенного влияния на профессиональную и повседневную деятельность.

Однако ухудшение памяти может быть первым признаком нарастающей деменции; целесообразно пользоваться скрининговыми тестами для оценки состояния памяти, в том числе в сестринской практике. Один из таких тестов – тест Брауна–Петерсона: пациент должен вслед за врачом произнести 3 согласных с интервалом в 1 с (например, В, К, Л), затем в обратном порядке произнести числа 1, 8, 6 (правильный ответ: 6, 8, 1), после чего повторить согласные. Но наиболее распространенный тест для своевременного выявления патологического снижения памяти – тест рисования часов, в ходе которого пациенту дается задача нарисовать циферблат с цифрами и стрелками, обозначив определенное время. Невыполнение данных тестов может свидетельствовать о снижении памяти и необходимости более углубленного обследования. Знание указанных тестов и их использование средним медицинским работником в повседневной деятельности принципиально важно, так максимально раннее выявление когнитивных расстройств позволяет своевременно назначить специальную терапию и увеличить период активной жизнедеятельности пациента, поддерживать у него высокую функциональную способность [5].

Нарушения сна

С проблемой нарушения сна сталкиваются многие пациенты пожилого и старческого возраста, а в среднем возрасте инсомния входит в число клинических состояний, приводящих к развитию синдрома преждевременного старения. Надо отметить, что теперь сон на 1 ч короче, чем в XIX веке; выделяют около 90 видов нарушений сна. В сестринской практике наиболее часто встречается длительное частичное лишение сна (хроническое недосыпание) – состояние, которое часто испытывает житель современного мегаполиса и при котором нарастают раздражение, тревога, депрессивные мысли, плохое самочувствие, повышается склонность к инфекционным болезням, развивается синдром эмоционального выгорания.

Сон имеет важное физиологическое значение, так как именно во сне происходит выработка гормона роста – отсюда расхожее выражение «дети растут во сне»; в период сна происходят восстановление функций мозга (психическое восстановление), повышение иммунитета, нормализация деятельности висцеральных органов и нормализация обмена веществ (физическое восстановление), регуляция памяти (забывание ненужного).

Выделяют 2 группы нарушений сна: нарушения физиологических функций во время сна (храп, синдром обструктивного апноэ сна, альвеолярная гиповентиляция – на фоне ожирения, хронической обструктивной болезни легких, ночные нарушения ритма сердца, появление стенокардии). Возможны собственно нарушения сна: инсомния, гиперсомния, парасомния (снохождение, ночные кошмары и страхи), нарколепсия.

Нарушения сна диагностируют, применяя скрининговые методы (опросники и шкалы); например, часто используются шкала сонливости Эпворта, мюнхенский опросник нарушений сна, опросник на выявление обструктивных апноэ во время сна.

Более углубленная диагностика нарушений сна осуществляется с помощью полисомнографии – «золотого стандарта» диагностики в сомнологии. По объему функций выделяют следующие виды полисомнографов:

- системы с малым набором параметров – для расширенного респираторного (скрининг апноэ) и кардиореспираторного мониторинга;
- мобильные полисомнографические системы – для анализа фазовой структуры сна и построения гипнограммы;
- стационарные полиграфические системы – применяются для выявления сопутствующих нарушений сна у пациентов с эпилепсией и другими неврологическими заболеваниями.

На практике медсестра может давать рекомендации по гигиене сна: вставать и ложиться в одно и то же время; в кровати необходимо только спать, не следует использовать ее для других занятий; не спать днем; важно создать удобные условия для сна (например, температура воздуха в спальне – не более 20–22°С); не лежать в кровати, если не хочется спать; не пить кофе во второй половине дня; в отношении физической нагрузки: она должна осуществляться не позже чем за 3 ч до сна; прием пищи: на ночь допустим легкий ужин без излишеств, противопоказан алкоголь.

В ряде случаев полезно соблюдение определенного ритуала засыпания – это могут быть прогулка перед сном, теплая ванна, пижама, теплый чай, «счет овец» и пр. Можно также рекомендовать рацион, обогащенный мелатонином, участвующим в регуляции цикла сон – бодрствование; его содержание снижается по мере старения. Для повышения поступления мелатонина с пищей следует рекомендовать: овес (содержит 1796 пкг/г продукта); кукурузу (1366 пг); рис (1006 пг); изюм (583 пг); помидоры (500 пг); бананы (460 пг); ячмень (378 пг) [4, 5].

Таким образом, главная цель реабилитации в гериатрии в соответствии с представлениями ВОЗ – достичь высокой функциональности пациента. Основные причины снижения функциональности с точки зрения состояния здоровья – такие гериатрические синдромы, как недостаточность питания, падения, снижение памяти, нарушения сна. Медсестра должна принимать активное участие в ведении данных пациентов, владея сестринским объемом рекомендаций, которые могут быть полезны при комплексном, бригадном ведении гериатрического больного.

Литература

1. WHO World report on ageing and health 2015. [Online] 2015 [cited 2016 Jul.29].Availablefrom: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1 (In Russian).

2. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии. Геронтология: научно-практический журнал. 2013; 1: 1–5.

3. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Коновалов С.С. Избранные лекции по гериатрии. СПб.: «Прайм-Еврознак», 2007; 778.

4. Коновалов С.С., Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Кветной И.М. Профилактическая нейроиммуноэндокринология. СПб.: «Прайм-Еврознак», 2008; 347.

5. Руководство по геронтологии. Под ред. В.Н. Шабалина. М.: Цитадель-Трейд, 2005; 796.

A NURSE AND GERIATRIC REHABILITATION

Professor A.N. Ilnitsky, MD

Institute of Advanced Training, Federal Biomedical Agency, Moscow

The paper presents the functions of a nurse in rehabilitating an elderly patient with geriatric syndromes, malnutrition, falls, insomnia, early cognitive impairment.

Key words: rehabilitation, functional ability, geriatric syndromes.