

# Паллиативная помощь

- Актуальность вопроса.
- Паллиативная помощь. Хоспис: Определение. Цели.
- Организация службы паллиативной медицинской помощи :  
нормативы
- Факторы, препятствующие оказанию помощи
- Этика и деонтология в паллиативной медицине
- Роль медсестры в повышении качества паллиативной помощи
- Управление качеством = управление симптомами (научные исследования в паллиативной медицине)
- Отрицание смерти: говорить правду или обнадеживать?

# Преамбула

- Вероятно, пора задаться вопросом: какими мы становимся, более человечными или более бездушными?... каким бы ни был ответ на поставленный вопрос, вполне очевидно, что в наши дни больной страдает больше - если не физически, то эмоционально. За последние столетия его желания ничуть не изменились, изменилось лишь наше умение их исполнять.

(Элизабет Кюблер-Росс "О смерти и умирании»)

# Паллиативная помощь. Хоспис:

Определение

Цели

# Определение

- «Паллиативный» - лат. pallium (покрывало/покрывало).
- Задача паллиативного лечения — «упрятать» боль и другие подтачивающие силы симптомы, чтобы свести к минимуму их проявление или полностью устранить.

# Что такое «Паллиативное лечение»? (ВОЗ, 2002).

- «подход, который улучшает качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасной для жизни болезнью, путем предотвращения и облегчения страданий за счет раннего выявления, точной оценки и лечения боли и других проблем — физического, психосоциального и духовного плана».

# Хоспис

- заимствовано из средневековья, временное пристанище для пилигримов на их пути к Святой Земле.
- Сисли Сандерс: жизнь - путешествие, и также как пилигримы нуждались в месте, где они могли бы получить поддержку, чтобы закончить свое странствие, так и те, кто близок к концу жизненного путешествия, нуждаются в поддержке, чтобы достойно завершить свой путь.

# Что такое услуги хосписа?

- Услуги хосписа — это система обслуживания, которая предоставляет паллиативное лечение пациентам, которые имеют ограниченную вероятную продолжительность жизни и требуют комплексной биомедицинской, психологической и духовной поддержки при вступлении в завершающую стадию болезни или состояния

(Общенациональный форум по вопросам обеспечения качества, 2006 г.).



## **В соответствии с определением**

- **паллиативная помощь** признает смерть (умирание) как естественный закономерный процесс;
- не имеет намерений продлевать или сокращать срок жизни;
- цель - помочь больному по возможности активно прожить последние дни;
- предлагает помощь семье пациента во время болезни и психологическую поддержку в период тяжелой утраты;
- использует мультипрофессиональный подход с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи, в том числе и организацию ритуальных услуг, если это требуется;
- улучшает качество жизни пациента и может также положительно влиять на течение болезни;
- при достаточно своевременном проведении мероприятий в совокупности с другими методами лечения может продлить жизнь больного. (ВОЗ, 2002).

- В разных странах используется разнородная терминология
- Различия в терминологии были обнаружены не только в научной литературе, но также в текстах юридических документов и постановлений правительств, а также в экспертных заключениях, данных ассоциациями.
- **Например:** Для обозначения таких собирательных понятий как хоспис, хосписная помощь, долговременный уход, помощь в конце жизни, танатология, помощь по обеспечению комфорта и поддерживающая помощь используются различные термины

## Проблемы с терминологией

- Формирование эффективного подхода к организации ПП надлежащего качества требует использования одинаковых терминов, что является предварительным условием взаимного согласования значения этих терминов.
- Отдельные термины имеют различное культурное происхождение
- Например: В немецком языке не существует прямого эквивалента термину паллиативная помощь, и поэтому один термин используется для обозначения как паллиативной помощи так и паллиативной медицины.
- Однако использование одного термина привело к **медикализации** паллиативной помощи в Германии.
- Поэтому некоторые эксперты используют англоязычные термины, чтобы обозначить различия между паллиативной медициной и паллиативной

# Паллиатив – полумера...

- К сожалению, не только в широких кругах, но даже и среди медицинских работников, существует несколько искаженное представление и сущности паллиативной помощи.
- термин «паллиативный» является заимствованным, попал в русский язык в 60-70-е годы XIX в. вместе с широкой струей научных, особенно естественно-научных и медицинских терминов, и распространился в общелитературном языке в значении «полумера, мероприятие, дающее только временный выход из затруднительного положения».

# Паллиативная помощь в мире: обзор

- Мировая научная общественность заговорила о формировании новой философии оказания помощи incurable больным в середине 20 века.
- основополагающей концепцией этой философии является концепция «тотальной» (всесторонней) боли, которая заключается в том, что больной испытывает не только физические страдания, но также и психологическую, социальную, духовную боль.
- Новая философия паллиативной помощи явилась пересмотром отношения общества к умирающим его членам.
- основополагающим принципом нового подхода стало гуманное отношение к неизлечимым больным.

- Первый хоспис открыт в 60-е годы прошлого века Сислей Сондерс .
- Ей пришлось ухаживать за мальчиком, умирающим от рака. Общась, и ребенок, и врач пришли к выводу, что у человека, который вышел на прямую дорогу к смерти, должно быть место, где за ним присмотрят, поймут и поддержат.
- Все свои средства — 500 фунтов стерлингов — мальчик оставил на строительство такого учреждения.
- Сондерс создала хоспис святого Христофора (открыт до сих пор).
- Со временем были разработаны стандарты паллиативной помощи, предусматривающие полное обезболивание, создание комфортных бытовых и психологических условий для умирающего и его родных

Философия паллиативной помощи:  
Сисли Сандерс, основатель Хосписа Св.  
Христофора, Лондон, Англия)

- **«Вы имеете для нас значение, потому что вы — это вы. Вы имеете для нас значение до последнего мгновения вашей жизни, и мы сделаем все возможное, чтобы помочь вам не только умереть спокойно, но и жить, пока вы не умрете»**

- В 1970-е гг. группа экспертов под эгидой ВОЗ начала кампанию за развитие паллиативной помощи более чем в 40 государствах, (ведущими были Швейцария, США, Великобритания, Канада, Голландия, Бельгия, Франция и Австралия).
- ПП принимает статус специальной дисциплины со своими правами, академическими и клиническими позициями, специализированными научными исследованиями и литературой, комплексными программами развития.
- В 1987 г. ПП признана медицинской специальностью Королевской коллегией врачей Великобритании



- Все это позволило изменить отношение к инкурабельным пациентам и к понятию инкурабельности: «Пациенты с инкурабельным заболеванием не должны более рассматриваться как медицинская неудача, для которых ничего более не дано.
- Они нуждаются в ПП, которая не означает второразрядной недостаточной помощи, но лечения, в котором большинство людей будет иметь надобность в определенный момент их жизни, и многого со времени постановки диагноза, требующего значительного искусства, и получение того, что обычно приносится в предупреждение, изучение и лечение болезни» (Dr. Michael Kearney).

- Предоставление ПП основано на принципе уважения к решениям пациентов и направлено на оказание практической поддержки членам их семей, в частности, по преодолению горя в связи с утратой близкого человека как на всем протяжении болезни, так и в случае смерти пациента
- Оказание ПП способствует улучшению качества жизни пациентов (напр., за счет снижения тяжести симптомов заболевания) и членов их семей, а также является выгодным для самих систем здравоохранения, так как позволяет сократить число пациентов, поступающих в стационар и снизить нагрузку на медико-санитарные службы.

**Актуальность вопроса**

- Если медработник присутствует при рождении, то и конец жизни должен быть обеспечен присутствием его, ибо врач, медсестра, санитарка не просто работники медслужбы, но и друзья пациента, сострадающие ему в его страданиях.

- В начале XXI века человечество столкнулось с проблемой глобального старения населения.
- В развитых странах мира люди живут дольше, и все большее их число преодолевает 65-летний рубеж и достигает весьма преклонного возраста.
- Параллельно с этим растёт число людей с диагнозом злокачественного новообразования, установленным впервые в жизни.
- В России ежегодно умирает около 300 тыс. онкологических больных.
- Также кроме увеличения численности людей страдающих онкологическими заболеваниями, имеет место рост числа больных другими заболеваниями в терминальной стадии развития.

- Не менее острой проблемой в современном обществе является прогрессирующий рост заболеваемости ВИЧ/СПИДом.
- По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, число людей, живущих с ВИЧ, в Российской Федерации продолжает увеличиваться и по состоянию на конец 2012 года составляло 704 тысячи человек. Совокупность этих тенденций приводит к постоянному увеличению группы инкурабельных (неизлечимых) больных, которым необходима специализированная социально-медицинская помощь.

## Клинические состояния, при которых пациентам может потребоваться ПП:

- Неинфекционные хронические заболевания (рак, сердечно-сосудистые заболевания, хронические обструктивные заболевания легких, почечная недостаточность, хронические заболевания печени, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, ревматоидный артрит, неврологические заболевания, болезнь Альцгеймера и др. виды деменции, пороки развития)

А также

- Инфекционные заболевания (ВИЧ/СПИД и лекарственно-устойчивый туберкулез).

# Онкология сегодня

- Несмотря на несомненные достижения в области диагностики и лечения онкологических заболеваний, во всем мире сохраняется тенденция к росту заболеваемости раком и увеличению числа больных с распространенными формами злокачественных новообразований.
- Каждый год на планете выявляется двенадцать миллионов новых раковых больных – это в четыре раза больше, чем тех, кто заражается ВИЧ.
- Число заболеваний раком в мире за последние 10 лет выросло на 20%
- Согласно выводам специалистов 2,8 млн. случаев заболевания раком могли бы быть легко предотвращены, поскольку они связаны с плохим питанием и недостатком физической активности.



- Смертность населения России в возрасте 0-64 лет от онкологических заболеваний на 30% превышает этот показатель в «старых» странах ЕС и находится на одном уровне с «новыми» странами ЕС.
- Онкологические заболевания в России характеризуются высокой долей смертей в течение первого года после установления диагноза: смерть от рака легкого - 56%, от рака желудка – 55%.
- -поздняя выявляемость
- Мужчины трудоспособного возраста умирают от онкологии почти в 2 раза чаще, чем женщины, но заболеваемость среди женщин выше

# Удручающие факты

Национальная онкологическая программа - «Мероприятия по совершенствованию медицинской помощи онкологическим больным», рассчитанная до 2015 года, стартовала при тревожных показателях:

- второе место среди причин смертности занимают онкологические заболевания (13,2%);
- ежегодно выявляют 470 тыс. больных со злокачественными новообразованиями; неудовлетворительные показатели их активного выявления (12,9%).
- В крупных городах около 14% умирают в сроки до месяца, а 40% - в течение года после подтверждения диагноза в связи с запущенностью заболевания.

# Анализ ситуации за 20 лет:

- Первый период: 1993 год - низкая заболеваемость сопровождалась высокой смертностью.
- Второй период: это наша действительность, когда наблюдается рост заболеваемости, но при этом снижения смертности не происходит.

- 1993 год: снижено внимание к профилактической деятельности учреждений первичного звена, резко снизился уровень диспансерных и профилактических осмотров.
- С 2008 года ситуация в целом поменялась, мы повысили роль профилактической направленности, диспансеризации и профилактических осмотров, что отразилось на росте онкологической заболеваемости.

- Существует множество факторов риска развития онкологических заболеваний, однако по оценке экспертов ВОЗ 74,43% смертей от онкологических заболеваний связаны со следующими факторами риска: курение; нерациональное питание; употребление алкоголя; гиподинамия; инфекции (гепатит В и др.).
- Все эти факторы являются корригируемыми за счет проведения соответствующих профилактических мероприятий, которые включают в себя иммунизацию против онкогенных инфекций.
- Путем воздействия на указанные факторы риска можно снизить заболеваемость и смертность от опухолей легких, рака толстой кишки, кожи, печени и др.

# Глава ассоциации онкологов России Валерий Чиссов:

- **Ключ к выявлению онкологических заболеваний на ранней стадии - профилактика**
- Если бы онкологические заболевания выявлялись на ранних стадиях, то мы имели бы практически 90-95% успеха.
- Это не большие затраты финансовые..., достаточно большой процент выздоровления, это люди возвращаются к своей нормальной и семейной и социальной жизни.

**Факторы, препятствующие  
предоставлению  
качественного  
обслуживания**

# Неблагоприятные факторы (отечественный опыт):

- отсутствию онкологической настороженности у врачей первичного звена здравоохранения, отсюда больше заболеваний выявляется на поздних стадиях;
- отсутствию ответственного отношения к своему здоровью самих граждан, ответственного родительства в отношении детей;
- низкая информированность населения о факторах риска, о созданных в регионах центрах здоровья, о возможности прохождения дополнительной диспансеризации;
- отсутствию должного внимания со стороны медицинских работников к лицам с выявленными факторами риска, что приводит к позднему выявлению заболевания, отсутствию ожидаемого эффекта от лечения и к преждевременной смерти больных.



# Зарубежный опыт:

- Неспособность признать, что возможности медицины не безграничны. Это может привести к бесполезному лечению и применению неподходящих методов лечения, которые могут продлить процесс умирания и усилить физические и эмоциональные страдания
- Отсутствие соответствующей подготовки специалистов, особенно в отношении снятия боли и других симптомов.
- Внимание уделяется только физическим аспектам лечения без изучения психологических, социальных и духовных потребностей.
- Многие специалисты в области здравоохранения испытывают чувство дискомфорта, сообщая плохие новости и прогнозы.
- Плохое понимание сути услуг хосписа/паллиативного лечения.
- Отрицание смерти.

- за 20-летнюю историю развития паллиативной медицины в России имеется определенная положительная динамика.
- В то же время по уровню развития паллиативной помощи мы значительно уступаем не только странам Западной Европы и США, но и странам Восточной Европы.
- В 2005 г. был опубликован отчет рабочей группы экспертов Европейской ассоциации паллиативной помощи о состоянии паллиативной помощи в странах Европы.

- Что касается состояния данного вопроса в Российской Федерации, то выводы экспертов оказались малоутешительными:
- Выраженная диспропорциональность служб паллиативной помощи (наилучшим образом службы развиты в Санкт-Петербурге и Москве, а при этом по стране в целом паллиативной помощью охвачены всего 7-9% нуждающихся в ней)
- Впервые в 2011 г. паллиативная медицинская помощь признана одним из видов медицинской помощи населению ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Научные исследования

# Совет Европы (2003), рекомендации:

10 основных принципов паллиативной помощи. В частности:

- Должны проводиться **научные исследования** с целью улучшения качества помощи. Проведение всех манипуляций и вмешательств в паллиативной помощи должно быть **строго обосновано** в соответствии с данными научных исследований
- Программы образования по паллиативной помощи должны быть включены в подготовку всех заинтересованных медицинских работников.

- проблемы оказания паллиативной помощи заслуживают самого пристального внимания со стороны общества, так как они касаются каждого его члена.
- К сожалению, на сегодняшний день отмечается отсутствие социологического подхода к изучению проблем, связанных с оказанием паллиативной помощи.

- Исключение - несколько исследований, проведенных в середине прошлого века.
- Одним из первых исследований в этом направлении - разработка «траектории умирания».
- Авторы Б. Глейзер и А. Страус: анализировали случай одинокой пациентки, умирающей в больнице от рака.
- Они описывали стадии, которые прошли пациентка и медицинский персонал, сражаясь с болью и смертью.
- Авторы предложили концептуализацию, на основе которой единичный случай стал основой для социологического понимания ситуации в целом и влияния на реальную практику отношения к больным.

- социологическое исследование организации паллиативной помощи - 1952 г. фонд Марии Кюри.
- На основе опроса районных медицинских сестёр были описаны симптомы физического и социального стресса у онкологических больных, находящихся дома.
- В нашей стране немногочисленные исследования паллиативной помощи представлены работами медицинского плана (работы А.К. Хетагуровой, Н. В. Эккерт, Г.А. Новикова, Е.С. Введенской, Ю.А. Ходаревской, А.В. Гнездилова, В.И. Чиссова)



Исследование: определение информированности населения относительно проблем оказания паллиативной помощи населению и выявление отношения к сложившейся ситуации (2012) (Готовкина М.С.)

- 1. по мнению большинства респондентов, безнадежно больной человек нуждается в духовно-религиозной помощи не менее, чем в медицинской.
- 2. Так же большинство респондентов считают, что профессиональная и квалифицированная паллиативная помощь доступна не всем категориям граждан.
- 3 Основными трудностями в оказании паллиативной помощи респонденты считают нехватку финансовых средств и времени

# Роль медсестры

- Медсестры играют важную роль в улучшении качества паллиативной помощи. Следует помнить о существовании неизлечимых состояний:
- Мы не можем изменить факт неизбежности смерти
- Мы не можем исключить страдание, переживаемое из-за смерти того, кого мы любим
- Мы все должны принять тот факт, что мы тоже умрем
- Как бы мы ни старались, трудно найти слова или жесты, если таковые вообще существуют, для облегчения страданий пациента и его семьи — вот почему так важно присутствие «Присутствие» — это способ выражения заботы, полной сочувствия.
- Медсестры могут использовать терапевтическое присутствие как средство выражения заботы о пациенте, испытывающем эмоциональные/душевные страдания, связанные с множественными потерями.
- «По большому счету, присутствие может быть нашим самым дорогим подарком этим пациентам и их семьям» (Borneman & Brown-Saltzman, 2006 г.).

# Сохранение реалистичности восприятия

- Правил *правильного* умирания не существует
- Кризисы и трудности возникают наряду с неожиданными и мощными приступами радости
- Необходим гибкий подход, чтобы удовлетворить изменяющиеся потребности пациента и членов его семьи
- Признание того, что качество жизни определяется индивидуальными потребностями пациента и его семьи, помогает медсестре сосредоточиться на целях лечения.
- Чтобы продолжить этот тяжелый труд, заключающийся в «неспособности исправить ситуацию», медсестры должны скорбеть в связи со смертью своих пациентов и быть благодарными за то, что им выпала честь совершать это путешествие вместе с ними. Будем надеяться, что рядом с нами будет кто-то, когда придет наше время — а оно придёт (Vachon, 2006 г.).

# Психология умирания

- Современное общество вырабатывает определенный стереотип поведения человека. Разговоры о смерти неприличны.
- В прошлые века смерти уделялось особое внимание. О ней говорили, к ней готовились, перед ее лицом стояли, как перед священной Тайной.
- Считается, что тема смерти стала проблемой XX столетия и перешла в XXI век.
- А между тем каждого человека, без исключения, она волнует.
- И постоянная защита от нее, выраженная в отрицании, страхе, отстраненности, часто является источником внутренних конфликтов и лежит в основе многих психологических проблем

# Элизабет Кюблер-Росс

- американский психолог швейцарского происхождения, создательница концепции психологической помощи умирающим больным.
- Первая подняла вопрос об ответственности врача не только за здоровье умирающего, но и за то, чтоб последние дни жизни больного были прожиты с достоинством, без страха и мучений.
- 1969 «О смерти и умирании» — стала бестселлером в США. Во многом изменила отношение врачей к безнадежно больным пациентам. Именно с этой работы началось массовое движение хосписов.

# Пять стадий:

- Отрицание. Больной не может поверить, что это действительно с ним случилось.
- Гнев. Возмущение работой врачей, ненависть к здоровым людям.
- Торг. Попытка заключить сделку с судьбой. Больные загадывают, допустим, что они поправятся если монетка упадет орлом.
- Депрессия. Отчаяние и ужас, потеря интереса к жизни.
- Принятие. «Я прожил интересную и насыщенную жизнь. Теперь я могу умереть».
  - Не более 2 % людей переживают эту стадию.



- стадии не всегда идут в установленном порядке.
- Больной может остановиться на какой-то стадии или даже вернуться на предыдущую, однако знание этих стадий необходимо для правильного понимания того, что делается в душе человека, столкнувшегося со смертельной болезнью, и соответствующей психологической коррекции.
- Далеко не каждый больной сможет самостоятельно выработать для себя адекватную систему психологической компенсации, без которой ему трудно возобновить нормальный (подобный прежнему) образ жизни, вернуться к труду.
- Именно в этом случае они особенно нуждаются в эмоциональной поддержке со стороны медицинского персонала, в целом специально ориентированного в вопросах общения с онкологическими больными

Говорить правду или ложь?

Найти смысл жизни:

в 1959 г. Victor Frankl, психотерапевт и

выживший узник концентрационного лагеря,

писал:

- «Мы никогда не должны забывать о том, что мы можем найти смысл жизни даже в безнадежной ситуации, перед лицом судьбы, которую нельзя изменить... Если мы больше не способны изменить ситуацию, ...значит нам брошен вызов, и мы должны изменить себя» (Frankl, 1984 г., стр. 135).

# История хосписного движения в России

Нормативная база

# Приказ Минздрава РСФСР от 01.02.1991 № 19

- Улучшение медицинской и социальной помощи больным пожилого и старческого возраста, одиноким, детям-инвалидам и другим лицам, страдающим хроническими заболеваниями и по состоянию здоровья нуждающимся в поддерживающем лечении,
- повышение эффективности использования коечного фонда ЛПУ
- **Приказ №19 МЗ РФ от 1 февраля 1991 г. Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц**
- **Приказ № 297 от 28.07.1999 "О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в РФ«**

# Нормативные акты. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, ст. 30-34, 61

- Облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами
- Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе...
- Допуск к пациенту священнослужителя, а в больничном учреждении – на предоставление условия для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения..

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г.  
N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья  
граждан в Российской Федерации" (с  
изменениями и дополнениями)

Паллиативная помощь отнесена к видам медицинской помощи впервые в новой редакции Закона (ст. 32)

## Статья 36. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

- 1. Комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчения других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан
- 2. Может оказываться в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи



# ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

- *I. Повышение квалификации в рамках циклов тематического усовершенствования*
- Контингент: стажированные врачи лечебных специальностей
- Длительность обучения: не менее 100 часов
- Условия обучения: очное
- *II. Профессиональная переподготовка*
- Контингент: терапевты, врачи общей (семейной) практики
- Длительность обучения: более 500 учебных часов
- Условия обучения: очное
- *III. Повышение квалификации в рамках сертификационных циклов*
- Контингент: терапевты, врачи общей (семейной) практики,
- прошедшие профессиональную переподготовку по паллиативной медицинской
- помощи в объеме более 500 учебных часов.
- Условия обучения: очное

## Приложение № 1

к Порядку оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

от «...» 2012 г. №

### • **Положение об организации деятельности кабинета паллиативной медицинской помощи в медицинской организации**

- Кабинет паллиативной медицинской помощи может быть организован на базе медицинских организаций (в соответствии с п.11 ст.2 ФЗ)
- На должность врача Кабинета назначается врач паллиативной медицинской помощи.
- На должности среднего медицинского персонала Кабинета назначаются специалисты, соответствующие квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н.

# Функции кабинета

- обследование, динамическое наблюдение больных, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи;
- выписка с целью обезболивания наркотических средств из списка II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров...
- оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому;
- оказание социально-психологической помощи больным и их родственникам, обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольным пациентом
- участие в проведении мероприятий по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала медицинской организации по вопросам паллиативной медицины...

- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. № 187н “Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению” (не вступил в силу)

ГАРАНТ.РУ

# Паллиативная медицинская помощь оказывается пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, среди которых выделяют следующие основные группы

- пациенты с различными формами злокачественных новообразований;
- пациенты с органной недостаточностью в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;
- пациенты с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития;
- пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями травм, нуждающиеся в симптоматической терапии и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- пациенты с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания;
- пациенты с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания.

- **Правила организации деятельности кабинета паллиативной медицинской помощи**
- **Рекомендуемые штатные нормативы кабинета паллиативной медицинской помощи**

№ п/п Наименование должностей

Количество должностей, шт.

1. Врач по паллиативной медицинской помощи 1 должность на 100 тыс. взрослого населения
2. Медицинская сестра 2 должности на 1 должность врача по паллиативной медицинской помощи

Примечания:

1. В медицинской организации, в составе которой организован кабинет паллиативной медицинской помощи, рекомендуется предусматривать должности врача-психотерапевта или медицинского психолога из расчета 0,5 должности на 1 должность врача по паллиативной медицинской помощи и социального работника.

2. Настоящие рекомендуемые штатные нормативы кабинета паллиативной медицинской помощи не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения.

Приложение № 3  
к Порядку оказания паллиативной  
медицинской помощи  
взрослому населению,  
утвержденному приказом  
Министерства здравоохранения РФ  
от 14 апреля 2015 г. № 187н

## Рекомендуемые штатные нормативы выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи\*

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей, шт.
1.	Заведующий - врач по паллиативной медицинской помощи	1 должность
2.	Врач по паллиативной медицинской помощи	1 должность на: 100 тыс. человек городского населения, проживающего на территории обслуживания медицинской организации, в структуру которой входит выездная патронажная служба; 100 тыс. человек сельского населения, проживающих на территории обслуживания медицинской организации, в структуру которой входит выездная патронажная служба
3.	Врач-психотерапевт**	1 должность
4.	Медицинский психолог***	1 должность
5.	Старшая медицинская сестра	1 должность
6.	Медицинская сестра	2 должности на 1 должность врача по паллиативной медицинской помощи
7.	Медицинский регистратор	1 должность
8.	Младшая медицинская сестра по уходу за больными	1 должность на 1 должность врача по паллиативной медицинской помощи
9.	Санитар	0,5 должности

Примечания:

Настоящие рекомендуемые штатные нормативы выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения.

Что такое «улучшить качество жизни»?



# Управлять симптомами

- Определять характерные симптомы, связанные с процессами в конце жизни у пациентов из различных возрастных групп.
- Определять возможные причины симптомов.
- Проводить оценку симптомов.
- Применять меры, которые могут предотвратить или облегчить симптомы в конце жизни:
  - Боль
  - Одышка
  - Кашель
  - Анорексия и кахексия
  - Запор
  - Диарея
  - Тошнота и рвота
  - Усталость
  - Депрессия

# Управление болью

- Факторы, препятствующие эффективному облегчению боли в конце жизни.
- Составляющие тщательной оценки боли.
- Фармакологические и нефармакологические виды лечения, используемые для облегчения боли.
- Роль медсестры в оценке и снятии боли в конце жизни.

# Недостаточно эффективное снятие боли:

**ускоряет наступление смерти,**

- увеличивая психологический стресс, потенциально уменьшая иммунную активность,
- снижая подвижность,
- увеличивая риск возникновения пневмонии и тромбоэмболии,
- увеличивая объем работы дыхательных органов и потребности миокарда в кислороде.

# Результаты исследований

- Боль испытывает приблизительно треть людей, активно лечащихся от онкологии, и 2/3 тех, у кого заболевание находится на поздней стадии.
- Боль возникала у 54% и 34% пациентов за 4 недели и за одну неделю до смерти соответственно.
- Согласно исследованию, проведенному среди 50 со СПИД с прогнозируемой продолжительностью жизни 6 месяцев или менее, интенсивность боли - высокая.
- Наиболее часто называемые виды боли - головная боль, боли в брюшной полости, боли в груди и невралгия были среди

- Боль у **онкологического** больного может быть обусловлена непосредственным распространением опухоли (75% случаев), противоопухолевым лечением (20% случаев), в остальных случаях она вообще не связана с опухолевым процессом или противоопухолевым лечением.
- К настоящему времени достигнут значительный прогресс **обезболивании онкологических** больных, однако даже на терминальной стадии они нередко не получают адекватной помощи:
  - недостаточные познания в области снятия боли;
  - некомпетентная оценка боли;
  - сомнения, связанные с контролем над обращением опиоидов;
  - боязнь того, что у пациентов возникнет привыкание;
  - Опасения отрицательного действия анальгетиков;
  - опасения невосприимчивости (со временем) пациентов к действию анальгетиков.

# Трудности ведения пациентов обусловлены:

- Сложность оценки боли,
- нежелание больных принимать обезболивающие препараты,
- недостаточная доступность наркотических анальгетиков,
- отсутствие у медицинских работников навыков по купированию болевого синдрома у **онкологических** больных.

# Нефармакологические методы лечения

- Когнитивно-поведенческая терапия.
- Релаксация
- Управляемые психические образы
- Отвлечение
- переосмысление
- Группы поддержки
- Беседа со священником/молитва
- Физическое воздействие (обеспечивает релаксацию и облегчает боль. Согласно исследованию десятиминутный сеанс массажа спины облегчает боль у пациентов-мужчин, больных раком.
- Тепло/холод
- Массаж
- Изменение положения/ закрепление

# Когнитивно-поведенческая терапия

- общее понятие, описывающее психотерапии, в основе которых лежит предпосылка, что причиной психологических расстройств (фобий, депрессии и т. п.) являются дисфункциональные убеждения и установки

задачи:

- 1) осознать влияние мыслей на эмоции и поведение;
- 2) научиться выявлять негативные автоматические мысли и наблюдать за ними;
- 3) исследовать негативные автоматические мысли и аргументы, их поддерживающие и опровергающие («за» и «против»);
- 4) заменить ошибочные когниции на более рациональные мысли;
- 5) обнаружить и изменить дезадаптивные убеждения, формирующие благоприятную почву для возникновения когнитивных ошибок.



# Одышка

- Наблюдается у 50% от общего числа амбулаторных пациентов, больных раком, и у 70% пациентов с поздней стадией рака.
- Оценка диспноэ подобна оценке боли — субъективное описание пациента является единственным надежным показателем этого симптома.

# КАШЕЛЬ

- 39- 80 % пациентов испытывают проблемы, связанные с кашлем (Dudgeon, 2006 г.; Estfan & LeGrand, 2004 г.).
  - Продолжительный кашель также является постоянным напоминанием об ухудшении болезни.
  - Кашель часто присутствует на поздних стадиях заболеваний, таких как бронхит, застойная сердечная недостаточность, ВИЧ/СПИД и различные виды рака, однако пациенты с раком легких, сталкиваются с этим симптомом наиболее часто (Coyne и др., 2002 г.; Neudert и др., 2001г.).
- 
- ЗАПОР
  - наблюдается приблизительно у 10% населения, но среди взрослых пациентов этот показатель может составлять 50-78%.
  - является частым симптомом у пациентов в конце жизни

# АНОРЕКСИЯ И КАХЕКСИЯ

- Анорексия и кахексия обычно возникают на поздней стадии заболевания.
- **Анорексия — это:**
  - Отсутствие желания есть или потеря аппетита, ведущие к уменьшению потребления пищи (Кемп, 2006 г.).

## **Кахексия — это:**

- Общая нехватка питания и истощение, возникающие в ходе хронического заболевания.
- Результат метаболических отклонений.
- Усиливает недомогания, отрицательно влияет на самооценку и представление о своем теле, ассоциируется с пониженной выживаемостью и служит постоянным напоминанием о болезни и надвигающейся смерти.
- Этиология редко обратима на поздних стадиях заболевания.

# ДИАРЕЯ

Менее характерна, чем запор, является распространенным симптомом (Benson и др., 2004 г.).

- может вызывать особые проблемы у пациентов с ВИЧ.
- Диарея может:
  - Сильно повлиять на качество жизни пациента.
  - Вызвать усталость, электролитные отклонения и депрессию.
  - Привести к привязанности к дому (и пациента и родственников).
  - Создавать неудобства, отнимать время и вызывать такие проблемы, как нарушение целостности кожи и дегидратация.

## •ТОШНОТА /РВОТА

- характерно для поздних стадий болезни; страдает до 70% неизлечимо больных пациентов
- Рвота наблюдается приблизительно у 30% пациентов; этот симптом не был достаточно изучен на поздних стадиях заболевания.

# УСТАЛОСТЬ

- наблюдается у 60-90% пациентов (Anderson & Dean, 2006 г.).
- обычно связана и со множеством других заболеваний, включая:
  - болезнь коронарных артерий,
  - ВИЧ/СПИД,
  - ревматический артрит,
  - позднюю стадию болезни почек,
  - другие заболевания.
- связана с анорексией/кахексией; однако улучшенное питание не облегчает этот симптом.

# БРЕД/ВОЗБУЖДЕНИЕ

- Бред — острое изменение сознания или восприятия.
- Предсмертный бред наблюдается приблизительно у 88% пациентов .
- Раннее выявление и оценка могут способствовать устранению бреда, если причина обратима, но, в любом случае, оказание поддержки пациенту и членам семьи играет очень важную роль .

Депрессия

# ДЕПРЕССИЯ

- Широкий спектр реакций от «ожидаемой, кратковременной и неклинической грусти до значительных клинических депрессивных расстройств и самоубийства» (Pasacreata и др., 2006 г.).
- Депрессия и тревожность — частые сопутствующие факторы хронического состояния.
- отмечается у 25-77% неизлечимо больных людей (Wilson и др., 2000 г.).
- Часто симптомы не распознаются и недостаточно эффективно лечатся.
- Обычно являются реакцией на лечение, и признание их существования чрезвычайно важно.



- **По данным ВОЗ к 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире в структуре заболеваемости**
- *Особенность неинфекционных заболеваний состоит в том, что большинство факторов риска лежат в состоянии окружающей природной среды, социального окружения, в образе жизни самого человека (курение, злоупотребление алкоголем, неправильное питание, малоподвижный образ жизни)».*
- Эти заболевания вызывают 60% смертей в мире.
- Особенно страдают люди трудоспособного возраста: 9 из 10 их смертей происходит по причине неинфекционных заболеваний. Наибольший урон наносят сердечнососудистые, онкологические, хронические респираторные заболевания и диабет.
- Сегодня в мире говорят об «эпидемии неинфекционных заболеваний».

# Оценка вероятности летального исхода

- Пациенты, подверженные наиболее высокому риску самоубийства:
  - Тяжелое, быстро прогрессирующее заболевание, приводящее к функциональным нарушениям.
  - Неустраняемая боль.
  - наличие плана самоубийства, метода осуществления плана, доступности средств и возможностей для выполнения плана,
  - способности выразить намерение и подразумеваемые результаты (показная попытка в сравнении с серьезными попытками умереть).

## Вопросы для оценки вероятности самоубийства

- Вы когда-нибудь думали о том, что жить не стоит?
- Вы когда-нибудь думали о том, чтобы покончить с собой? Вы думаете об этом сейчас?
- Вы думали о том, как бы вы хотели покончить с собой?

# Этика и деонтология

# Этический кодекс медицинской сестры России

- Медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности, профессиональным стандартам и современным представлениям медицинской науки. (ст.2)
- Медицинская сестра несет моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. этическая обязанность медицинской сестры оказывать, в меру своей компетенции, неотложную медицинскую помощь человеку, нуждающемуся в ней в любых условиях, во время исполнения служебных обязанностей и в иное время. (Ст.2)

# Этический кодекс медсестры России

- **Искренность и осведомленность**

Безусловная искренность в любых вопросах, касающихся состояния здоровья пациента, - неременное условие эффективной сестринской помощи.

Пациент должен быть осведомлен о своем праве задавать вопросы при оказании медицинской помощи и получать на них исчерпывающие и честные ответы. (Часть П, ст.7)

## Часть П. Ст. 10

- ...с уважением относиться к праву умирающего на гуманное обращение и достойную смерть. *Никто и никогда не должен умирать в одиночестве, испытывая страдания без профессиональной сестринской поддержки там, где эта поддержка могла быть оказана.*
- ...владеть необходимыми знаниями и умениями в области **паллиативной медицинской помощи**, дающей умирающему возможность окончить жизнь с максимально достижимым физическим, эмоциональным и духовным комфортом.
- Первейшие моральные и профессиональные обязанности медицинской сестры: предотвращение и облегчение страданий, как правило, связанных с процессом умирания; оказание умирающему и его семье психологической поддержки.

## **Статья 16. ЭТИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ РУКОВОДИТЕЛЕЙ СЕСТРИНСКИХ СЛУЖБ**

- *Медицинские сестры – руководители сестринских служб несут персональную ответственность за качество сестринской помощи, оказываемой их подчиненными, уровень их подготовки...*

Последние права пациента



# Последние права пациента:

## *Право контролировать ситуацию*

- Дайте мне право принимать столько решений относительно моего ухода, сколько возможно. Не решайте за меня. Дайте мне самому принимать решения.

## *Право на целеустремленность*

- Я потерял работу. Я больше не могу исполнять свои функции в семье. Прошу, помогите мне найти какую-то цель в последних днях моей жизни.

## *Право на воспоминания*

- В моей жизни была радость, моменты гордости и моменты любви. Дайте мне время вспомнить эти моменты. И прошу вас, выслушайте мои воспоминания.

## *Право на комфортное состояние*

- Когда умираешь, боль имеет множество граней. И если не всю мою боль можно снять, прошу вас, избавьте меня хотя бы от той ее части, которую можно устранить.

### *Право на прикосновения*

- Иногда мне необходима дистанция. Но бывает, что мне обязательно нужно ощущение близости. Если я хочу обратиться к вам, то прошу вас, подойдите ко мне и обнимите меня.

### *Право на смех*

- Ко мне часто, даже слишком часто приходят, надев маску серьезности. Пусть я умираю, но мне все еще нужен смех. Прошу вас, смейтесь со мной и помогайте другим смеяться.

### *Право на злость и грусть*

- Очень сложно оставлять все то, к чему я привязан и что я люблю. Позвольте мне иногда грустить и злиться.

### *Право на уважение духовности*

- Иногда, когда я задаю вопросы или утверждаю что-либо, сомневаюсь или хвалю, мне просто нужно, чтобы вы выслушали, а не судили. Пусть мой дух идет своим путем, не обсуждайте его направление.

### *Право знать правду*

- Если вы скрываете от меня правду, значит для вас я уже давно не живу. Но я еще жив и должен знать правду о своей жизни. Помогите мне узнать эту правду.

### *Право отрицать*

- Если я слышу правду и отказываюсь ее принять, это мое право.

# Ассоциация помощи онкологическим больным "Антирак"

- «Телефон доверия» — 234-90-97, который оказывает больным столь необходимую психологическую поддержку.
- Проведение акций по бесплатному обеспечению протезами молочной железы лучших фирм Европы, средствами ухода.
- Помощь «Хосписам»: работа волонтеров, организация поставок гуманитарной помощи, концертная деятельность.
- Оказание материальной и психологической помощи больным и их семьям.
- Организация отдыха в санаториях и домах отдыха.
- Просветительская работа с населением. Члены Ассоциации пропагандируют здоровый образ жизни, делятся знаниями о профилактике онкологических заболеваний, борются с курением.

# Немедицинское объяснение причины онкологии

# Метафизическое объяснение причины ОНКОЛОГИИ:

- Эта болезнь возникает у человека, который в детстве пережил серьезную психологическую травму и всю жизнь носил свои отрицательные эмоции в себе.
- К психологическим травмам, способным вызвать серьезные болезни, относятся:
- Травма отвергнутого, травма покинутого, унижение, предательство и несправедливость.
- Как правило, от рака страдает человек, который так хочет жить в любви и согласии со своими близкими, что слишком долго подавляет в себе злобу, обиду или ненависть к одному из родителей.
- Они запрещают себе проявлять эти отрицательные чувства: последние тем временем накапливаются и усиливаются всякий раз, когда какое-нибудь событие напоминает о старой психологической травме.

# Индивидуально-психологические особенности онкобольных:

- трудности выражения отрицательных чувств, потребность всегда быть "хорошим",
- связывание себя с одним объектом или ролью. Узкий ролевой репертуар,
- неумение позаботиться о себе,
- быть самим собой,
- неспособность удовлетворить собственные потребности,
- жертвенность, обидчивость и др.

# Болезнь Альцгеймера

Дементные пациенты



- По общему мнению исследователей, наиболее частая причина слабоумия среди лиц старше 65 лет — болезнь Альцгеймера
- Заболеваемость АБ – одна из самых актуальных проблем во всем мире
- впервые описано в 1906 году немецким психиатром Алоисом Альцгеймером
- БА - неизлечимое нейро-дегенеративное заболевание,

- Рост численности таких больных в будущем повлечет за собой огромную нагрузку не только на здоровье и качество жизни больных и их семей, но и функционирование служб общественного здравоохранения в целом.
- В связи с этим многие авторы публикаций на эту тему именуют БА «молчаливой эпидемией» или «тикающей бомбой»

# Факторы риска деменции

- Пожилой возраст является главным фактором риска
- на каждые пять лет после 65-летнего возраста показатель риска увеличивается примерно в 2 раза, вырастая от 3 случаев в 65 лет до 69 случаев на 1000 человеко-лет к 95 годам
- Около 43% больных БА находятся в возрасте от 75 до 85 лет.
- Существуют и половые различия — женщины чаще заболевают БА, в особенности после 85 лет.
- Сегодня женщины составляют 72% всех пациентов с БА.
- К относительным факторам риска относят сахарный диабет, гипертонию, ожирение, депрессию, отсутствие физической активности, курение, сосудистые заболевания, легкие и умеренные когнитивные нарушения, низкий уровень образования и семейный анамнез.
- Сахарный диабет ассоциируется с повышенным риском развития БА и слабоумия в нескольких исследованиях

# Факторы риска (эпидемиология БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА В МИРЕ Н.А. Яузина и соавт. 2012)

- Лечение АГ снижает риск развития БА или деменции.
- В 3 из каждых 4 исследований сообщается о том, что индекс массы тела связан с повышенным риском развития БА и деменции.
- Депрессия является фактором риска или продромальным симптомом БА .
- Отсутствие физической активности влияет на структуру и функционирование мозга у животных и человека
- Курение способствует развитию субклинических и клинических сосудистых заболеваний, включая атеросклероз и цереброваскулярные заболевания, которые в свою очередь могут привести к повышенному риску развития БА

# Факторы риска БА

- Неграмотность и низкий уровень образования являются
- Низкая грамотность часто связана с бедностью и низким социально-экономическим статусом, что также сопряжено со слабым здоровьем, снижением доступа к медицинским услугам, а также повышенным риском развития деменции.
- Семейная история
- Лица, у которых один из родителей, брат или сестра страдают БА, имеют больше шансов на развитие болезни, чем те, кто не имеет родственников первой степени родства с БА

# Потенциальные факторы

- мигрень, профессиональный контакт с дефолиантами /фумигантами
- различные экологические факторы, в том числе воздействия на ранний период развития мозга, социальные условия, черепно-мозговая травма, могут способствовать развитию слабоумия.
- Однако влияние этих факторов не было систематически исследовано.
- Физические характеристики, такие как длина голени и окружность головы, могут быть маркерами стресса раннего периода жизни, которые приводят к снижению когнитивного резерва.
- **Тем не менее БА является многофакторным заболеванием, и неизвестно, приводит ли устранение факторов риска к снижению развития БА.**

- Результаты исследования: более 10—20 % людей в возрасте 65 лет и старше имеют умеренные когнитивные нарушения
- Умеренные когнитивные нарушения — это состояние, при котором у человека есть проблемы с памятью, речью или другими когнитивными способностями, которые являются достаточно серьезными, чтобы быть заметными для других и быть выявленными в когнитивных тестах, но недостаточно серьезными, чтобы помешать повседневной жизни.

# Поведенческие и психопатологические СИМПТОМЫ

- Помимо когнитивных нарушений, у больных деменцией отмечаются различные поведенческие и психопатологические симптомы, которые оказывают значительное влияние не только на качество жизни самих пациентов, но и на лиц, ухаживающих за ними.
- ППС развиваются у 61 % амбулаторных больных с деменцией и более чем у 80 % пациентов с деменцией, проходящих лечение в стационарах
- Психопатологические нарушения при деменции представлены бредовыми расстройствами и галлюцинациями, иллюзиями, депрессией и тревогой, в то время как поведенческие симптомы включают в себя психомоторное возбуждение (беспокойство, гиперактивность, крики, нарушения сна и т. д.), физическую и вербальную агрессию
- Психотические симптомы, возбуждение и агрессия являются симптомами, которые наиболее часто приводят к попаданию пациентов с деменцией в психиатрические стационары



# Уход за пациентом с БА

- особенно сложен и включает физические, психологические, социальные и эмоциональные проблемы, с которыми сталкиваются члены семьи
- груз проблем возрастает, когда болезнь достигает стадии умеренной и особенно тяжелой деменции и, как правило, сопровождается появлением поведенческих и психотических симптомов
- Своевременная профилактика и лечение этих симптомов заметно облегчает уход за больными

# Ухаживающие

- По данным Альцгеймеровской ассоциации, 40 % родственников, ухаживающих за пациентами с деменцией, оценивают собственный эмоциональный стресс, развивающийся из-за необходимости ухода за этими больными и совместного проживания с ними, как высокий или очень высокий, а примерно треть этих людей имеют признаки депрессии
- Появление стресса у ухаживающего лица особенно тесно связано с наличием у больного поведенческих нарушений и необходимостью принятия решения о помещении его в стационар или интернат. По данным отчета, опубликованного Альцгеймеровской ассоциацией, в семьях пациентов с деменцией проблемы со здоровьем у лиц непосредственно ухаживающих за больными, достоверно более выражены по сравнению с другими членами семьи

- В частности, именно ухаживающие лица имеют повышенный уровень гормонов стресса, у них снижен иммунитет, медленнее заживают раны, более выражена сердечно-сосудистая патология (гипертония и ИБС), имеются признаки ускоренного старения, в том числе на генетическом уровне.
- В этой связи большую актуальность приобретает вопрос о том, в какой степени лечение больных с БА способно оказать позитивное влияние не только на когнитивное и повседневное функционирование самих пациентов, но и снизить нагрузку (как физическую, так и психологическую) на членов их семей, осуществляющих функции опекуна, и, соответственно, улучшить качество жизни и состояние их здоровья

# Терапевтическая динамика выраженности психотических и поведенческих расстройств (исследование)

- Бредовые идеи ущерба, столь характерные для больных старческого возраста, отмечались у 11 больных; 3 больных считали, что в доме живут незваные гости; 2 пациента были убеждены, что их лишили дома и поселили в чужой квартире; 1 больной высказывал бредовые идеи ревности.
- Галлюцинаторные расстройства были представлены только зрительными галлюцинациями
- Агрессия в поведении у большинства пациентов (17 чел.) проявлялась в сопротивлении какой-либо помощи со стороны ухаживающих лиц, например при попытках их переодеть или помыть. Восемь пациентов с агрессивным поведением проявляли вербальную агрессию – кричали или ругались на своих близких, у четверых больных агрессия проявлялась в бросании предметов, пинании ногами мебели и хлопанье дверьми, и столько же пациентов пытались причинить боль или ударить своих близких

Колыхалов И. В., Рассадина Г. А. Роль патогенетической терапии болезни Альцгеймера в снижении нагрузки на лиц, ухаживающих за пациентами // стпн . 2012. №2. С.15-19.

- В данной выборке больных раздражительность проявлялась в резких сменах настроения, эмоциональных срывах по незначительным поводам (13 чел.). У 11 пациентов отмечались внезапные вспышки гнева, они были капризны и легко возбудимы, проявляли нетерпение, часто вступали в споры с окружающими, с ними было трудно договориться о чем-либо
- До начала лечения пациентов практически у всех лиц, осуществляющих уход за больными, отмечались различные психогенно-ситуационные психопатологические расстройства. Так, депрессивные симптомы выявлялись у 60 % (15 чел.) ухаживающих лиц, 36 % (9 чел.) жаловались на повышенную слабость и утомляемость, 28 % (7 чел.) испытывали состояние тревоги, а 24 % (6 чел.) испытывали повышенную раздражительность по отношению к больному. Некоторые из ухаживающих лиц имели сочетание нескольких из указанных симптомов

## Кейс стади

Нагорнова Н. А. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА, СТАДИЯ ПЯТАЯ ИЗ СЕМИ // Сборники конференций НИЦ Социосфера . 2012. №11. С.117-119.

- Пожилая женщина 72 лет. В прошлом – преподаватель. Растеряна, раздражительна, забывчива. Замкнута и апатична. Вспышки гнева и агрессии (замахивалась ножом). Не помнит фактов своей жизни, имён членов семьи (кроме младшего сына), адреса, номеров телефонов, не ориентируется во времени; испытывает трудности при выборе необходимой одежды; нуждается в помощи в повседневной жизни. Не слышит или не понимает обращенной к ней речи. В квартире перестала убираться, постель не застилает, не умывается, ест руками. Депрессивное состояние. Приступы страха. На прогулке испытывала ужас.

- Терапия социумом – посещение общественных мест с большим количеством людей, вовлечение в результативные события (выбор и покупка продуктов, расчёт на кассе, совместное чаепитие в клубе, примитивная помощь в кружке рукоделия). Терапия воспоминаниями – вспоминание литературных произведений (цитирование с продолжением в диалоге Пушкина, Некрасова, 1–3 слова), перечисление любимых писателей, исторических деятелей. Воспоминания по семейному фотоальбому. Воспоминания окружением, схожим с её основной длительной трудовой деятельностью, – частое пребывание на школьном дворе в самое активное время дня

- Портретная терапия – маскотерапия. С её помощью произошёл коренной перелом в осознании. Удалось "вытащить" её из отсутствующего состояния, вернуть осмысленный взгляд, интерес к окружающему. Портретная терапия позволила принять свою внешность. Предъявляемые ей нынешние её фотографии она не признавала за свои. ("Это твоя мама?", "Это моя старшая сестра"). А в процессе рисования с натуры она сначала признавала факт изображения на рисунке именно её ("Ты меня рисуешь?"). Затем она при рассматривании рисунка как бы смотрела на себя со стороны, оценивая свою внешность: либо нравилась сама себе, либо не нравилась.



# Результат трёхмесячной работы

- Узнаёт родных и знакомых (даже давних). Есть желание чему-то научиться (печь сырники, вязать, пользоваться банкоматом и сотовым телефоном), что свидетельствует об отсутствии депрессии. Спрашивает значение новых незнакомых слов с рекламных вывесок. Появились ежедневные развивающие занятия (пазлы, рисование), которые она прилежно исполняет, критическое отношение к своим поступкам (после редких приступов агрессии искренне раскаивается и просит прощения), желание вернуться к прежней деятельности (в школу преподавать). Помнит детально прогулочный маршрут, предваряет словами установленные метки, интересные места.

- Может ответить на случайный вопрос незнакомого человека (не информативно, но хотя бы поведенчески).
- Помимо ситуативных диалогов появились оценочные реплики, задавание вопросов. Избавилась от панической боязни собак.
- Отражение изменения психического состояния на её рисунках: – «эволюция» домиков в рисуночном тесте «Дом-деревочеловек»; – появление на рисунках новых персонажей (речка, вторая труба и второй этаж на доме, собаки, кошки);
- – появление на рисунках цвета.

# Первые признаки болезни Альцгеймера

- трудности обучения и усвоения новой информации;
- трудности выполнения сложных бытовых задач;
- трудности ориентировки в пространстве;
- ослабление и/или ухудшение мыслительных процессов;
- речевые (дисфазические) расстройства;
- изменения настроения или поведения.

# Профилактика: чем следует питаться

- Жиры и фосфолипиды: работа мозга и нервной системы зависит от наличия необходимых жиров. Чтобы получить правильную комбинацию, следует:
- есть одно яйцо в день, причем лучше не жарить!
- принимать одну столовую ложку семян и орехов ежедневно - наилучшими семенами являются лен, конопля, тыква, подсолнечные, кунжут
- не забывать про рыбу: сельдь, скумбрия, лосось, или сардины – 2-3 раза в неделю (ограничить употребление тунца, если не подтверждено низкое содержание ртути)
- употреблять растительное масло холодного отжима.

- Медленно-высвобождающиеся углеводы: поддерживают энергию на высоком уровне, гарантируя «ровное» настроение и память «без провалов»
- Цельнозерновые продукты – цельные зерна, чечевица, фасоль, орехи, семена, свежие фрукты и овощи.
- Избегать белых, рафинированных и чрезмерно обработанных продуктов
- Свежие фрукты, предпочтительно яблоки, груши и или ягоды
- Разбавлять фруктовые соки, употреблять сухофрукты как можно реже и в небольших количествах, предпочтительно с небольшим количеством орехов или семян.

# Особенности диеты:

- Антиоксиданты и продукты, богатые витаминами: защитите свой мозг от дегенеративного влияния стресса окружающей среды и отравления
- Половина диеты должна быть «сырой» или приготовленной «на пару»
- Ежедневно в диете должны присутствовать:
  - свежие фрукты, включая один вид ягод
  - темно-зеленые овощи с листьями и корнями на выбор, такие как брокколи, листовая капуста, шпинат, морковь, сладкий картофель, брюссельская капуста, зеленые бобы.
  - одна порция фасоли, чечевицы, орехов или семян: в них высокое содержание фолиевой кислоты.
- белки: нейротрансмиттеры производятся из белков, которые содержат существенные аминокислоты и поэтому являются жизненно важной пищей для мозга.
- Мужчинам рекомендуется съесть в день 3 порции белковых продуктов, женщинам - 2 порции
- Следует подобрать хороший источник растительного белка (фасоль, чечевицу, соевый творог) и «зерновые» овощи, такие как горох, фасоль и кукуруза
- Если употребляются животные белки, следует выбрать постное мясо, но предпочтительна рыба!

# Чего следует избегать:

- Вредные жиры: следует свести к минимуму прием жаренных или обработанных продуктов и сатурированных жиров из мяса и молочных продуктов, а также избегать сильной жарки.
- Готовить на пару или варить
- Сахар, кофеин и алкоголь: следует свести к минимуму прием сахара.
- В день – не более одного напитка с кофеином.
- В неделю – не более 4 алкогольных напитков

# Да будет свет!

- Свет помогает стимулировать продукцию нейротрансмиттеров в мозге. И, действительно, мы просыпаемся потому, что свет проникает через веко, - оболочка которого достаточно тонка для этого - и тонкие слои черепа, что является своего рода «спусковым механизмом» для выработки адреналина. Кроме того, свет помогает поддерживать нормальный уровень серотонина, а световая терапия показала обнадеживающие результаты для страдающих потерей памяти. Установите весь спектр лампочек в том месте, где вы проводите большую часть своего времени (в офисе, гостиной, на кухне). Ну и конечно же, побольше бывайте на улице в дневное время.



# Тест на проверку памяти

- По сравнению с другими органами, деятельность мозга больше всех зависит от питательных веществ. Работает ли он во всю мощь или ваша память менее надежна, чем была раньше? Проверьте себя с помощью этой анкеты:
- Каждый ответ «да» приравнивается к одному баллу
- Ухудшается ли ваша память?
- Сложно ли вам концентрироваться и часто ли ваши мысли «путаются»?
- Ловите ли вы себя иногда на том, что при встрече с хорошо знакомым вам человеком вы не можете вспомнить его имя?
- Часто ли вы обнаруживаете, что можете помнить события давнего прошлого, но не можете вспомнить, что делали накануне?
- Часто ли вы путаете дни недели?
- Если вы начинаете искать что-либо, забываете ли вы, что ищете?
- Считают ли ваши друзья и близкие, что вы становитесь более забывчивой, чем были раньше?
- Сложно ли вам подсчитывать «в уме»?

- Часто ли вы испытываете умственную усталость?
  - Трудно ли вам поддерживать внимание в течение более одного часа?
  - Часто ли вы кладете ключи не на место?
  - Часто ли вы повторяетесь?
  - Забываете ли вы иногда то, что хотите доказать?
  - Увеличилось ли время на усвоение нового, по сравнению с прошлым?
- 
- 1. Ниже пяти баллов: у вас нет серьезных проблем с вашей памятью – однако вы почувствуете ее обострение на фоне натуральных стимуляторов.
  - От 5 до 10: вашей памяти действительно нужны стимуляторы – вы начинаете страдать от истощения мозга. Попробуйте предложенную в этой статье диету.
  - Более 10: У вас серьезные нарушения памяти и вам необходимо что-то предпринять. Очевидно, что одной диеты будет недостаточно, скорее всего, надо проконсультироваться у лечащего врача и диетолога.
  - (По материалам «Пойти Мейд» Июнь, 2005)