

ОСОБЕННОСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕМЕНЦИЕЙ

О.Ю. Кузнецова, И.Е. Моисеева

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

© О.Ю. Кузнецова, И.Е. Моисеева, 2017

В статье представлены некоторые особенности оказания паллиативной помощи пациентам пожилого и старческого возраста с деменцией. Рассматриваются типы и цели паллиативной помощи пациентам с когнитивными нарушениями, принципы планирования паллиативной помощи, особенности питания пациентов с деменцией, вопросы оценки болевого синдрома и лечения сопутствующих заболеваний у пациентов с деменцией.

Ключевые слова: паллиативная помощь, деменция, пожилой и старческий возраст.

FEATURES OF PALLIATIVE CARE FOR PATIENTS WITH DEMENTIA

O.Yu. Kuznetsova, I.E. Moiseeva

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia

The article presents some features of palliative care for elderly and senile patients with dementia. The types and purposes of palliative care for patients with cognitive impairment, the principles of planning of palliative care, the features of nutrition of patients with dementia, the issues of assessing the pain syndrome and the treatment of co-morbidities in patients with dementia are considered.

Keywords: palliative care, dementia, elderly and senile age.

Введение

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) паллиативная медицинская помощь — это подход, целью которого является улучшение качества жизни пациентов, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасным для жизни заболеванием, и членов их семей путем предотвращения и облегчения страданий за счет раннего выявления, тщательной оценки и лечения боли и других тягостных физических симптомов, а также оказания психосоциальной и духовной поддержки [1, 2].

По оценкам ВОЗ, ежегодно около 20 млн человек в мире нуждаются в оказании паллиативной медицинской помощи в конце жизни, при этом 69 % из них — люди старше 60 лет [3]. Потребность в паллиативной помощи растет в связи с глобальным постарением населения и с ростом распространенности хронических заболеваний во всем мире.

Паллиативная помощь должна оказываться не только пациентам со злокачественными новообразованиями. В ней также нуждаются больные, страдающие хроническими заболеваниями в далеко зашедшей стадии, когда все средства специализированной медицинской по-

мощи исчерпаны. К ним относятся ряд сердечно-сосудистых заболеваний, болезни легких, печени, почек, опорно-двигательного аппарата, неврологические заболевания, а также деменция, распространенность которой возрастает во всем мире. Потребность в паллиативной помощи возникает и у пациентов с ВИЧ-инфекцией, которым своевременно не была назначена анти-вирусная терапия, а также у больных с лекарственно устойчивыми формами туберкулеза.

Показания к оказанию паллиативной помощи определены соответствующим порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2015 № 187н, в котором указано, что этот вид медицинской помощи оказывается пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, среди которых выделяют следующие основные группы пациентов [4]:

- с различными формами злокачественных новообразований;
- с органной недостаточностью в стадии декомпенсации при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния;

– с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития;

– с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;

– с тяжелыми необратимыми последствиями травм, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;

– с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания;

– с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания.

Порядок оказания паллиативной помощи больным с ВИЧ-инфекцией регламентируется приказом Минздравсоцразвития России от 17.09.2007 № 610.

По данным ВОЗ, большинство взрослых пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной помощи, страдают от сердечно-сосудистых (38,5 %) и онкологических (34 %) заболеваний, а также от хронических респираторных заболеваний (10,3 %), ВИЧ/СПИДа (5,7 %) и сахарного диабета (4,6 %).

У большинства пациентов пожилого и старческого возраста высока потребность в паллиативной медицинской помощи, причем 30–50 % лиц этой возрастной группы имеют более 2–3 хронических заболеваний, которые оказывают совокупное негативное воздействие на их состояние, функциональную активность и качество жизни.

Возрастные особенности, наличие сопутствующих хронических заболеваний, многочисленные функциональные нарушения у пациентов пожилого и старческого возраста — все это определяет необходимость соблюдения принципов мультидисциплинарного подхода, лежащего в основе оказания паллиативной помощи и подразумевающего участие различных специалистов. Состав мультидисциплинарной команды зависит от многочисленных факторов, к числу которых относятся характер заболевания, индивидуальные особенности пациента, а также цели и объем оказываемой помощи и тот уровень, на котором она реализуется [4].

Одним из состояний, требующих оказания паллиативной медицинской помощи в пожилом и старческом возрасте, является деменция.

Деменция — часто встречающееся состояние у пациентов пожилого и старческого возраста, характеризующееся нарушением высших мозговых функций, значительным ослаблением интеллектуальных способностей, нарушения-

ми памяти, ориентации, способности к обучению [5]. Около 35,6 млн людей во всем мире в 2010 г. страдали деменцией, и, по прогнозам, можно ожидать увеличения этого числа в 2 раза к 2030 г. [6]. Смертность пациентов с деменцией увеличивается с возрастом: по некоторым данным, 6 % людей в возрасте 65–69 лет страдает деменцией на момент смерти, а в возрасте 95 лет и старше этот показатель составляет 58 % и более [7]. Наиболее частой причиной деменции является болезнь Альцгеймера.

Деменция может приводить к сокращению продолжительности жизни, тем не менее многие пациенты после выявления заболевания живут достаточно долго, в среднем 8–10 лет, несмотря на наличие выраженных когнитивных нарушений. Многие из них могут страдать соматическими заболеваниями. При этом наличие деменции значительно затрудняет выявление и оценку симптомов, оказание помощи и определение прогноза у таких пациентов. Кроме того, у пациентов с деменцией часто развиваются поведенческие и эмоциональные нарушения (апатия, депрессия). Потребность в паллиативной помощи у таких больных возрастает по мере прогрессирования заболевания, когда усиливается когнитивный дефицит, усугубляются эмоциональные расстройства, нарастает зависимость от посторонней помощи.

Необходимо отметить, что оказание паллиативной помощи пациентам с деменцией имеет специфические особенности, которые зависят от стадии заболевания, характера ведущих нарушений, наличия сопутствующих заболеваний. Врачи, работающие с пациентами, имеющими когнитивные нарушения, должны владеть методиками оценки симптомов, навыками купирования нарушений физического состояния и когнитивных функций. Общение с пациентами с деменцией и их родственниками — непростая задача, от решения которой во многом зависит эффективность паллиативной помощи. Важной составляющей оказания помощи больным с деменцией должна быть поддержка родственников больного, их обучение, разъяснение вопросов, связанных с прогрессированием деменции, помощь в принятии решений от имени пациента на последних стадиях развития деменции.

Паллиативная помощь при деменции: принципы, цели, типы

Основные принципы оказания паллиативной помощи пациентам с деменцией соответствуют общим принципам паллиативной медицины. Целями этой помощи являются улучшение качества жизни, сохранение функциональных способностей и создание максимального комфорта. При этом приоритеты в достижении постав-

ленных целей могут меняться в зависимости от стадии и выраженности деменции.

Так, у пациентов с легкими когнитивными нарушениями основными направлениями помощи оказываются специфическое лечение, сохранение и поддержание функциональных способностей, увеличение продолжительности жизни и улучшение ее качества. У пациентов с выраженной деменцией основным приоритетным направлением становится создание максимального комфорта, то есть поддержание качества жизни пациента и его семьи, которое возможно обеспечить на этом этапе оказания помощи.

Определение основных приоритетных целей при оказании паллиативной помощи позволяет планировать и проводить мероприятия, которые необходимы конкретному пациенту, а также оценивать их целесообразность. При этом планировать и начинать оказание помощи следует с момента постановки диагноза, то есть когда пациент может принимать участие в обсуждении планов лечения, высказывая свои предпочтения, убеждения и потребности.

Условно выделяют два типа паллиативной помощи пациентам с деменцией. Первый, основной тип — это паллиативный подход, ориентированный на пациента, направленный на устранение симптомов и улучшение качества жизни. Паллиативный подход — это внедрение принципов паллиативной помощи в работу врачей различных специальностей (терапевты, врачи общей практики, гериатры, психиатры и другие специалисты) и использование этих принципов при осуществлении всех видов лечения и ухода. Необходимо обеспечить адекватное лечение поведенческих и психологических симптомов деменции, сопутствующих соматических заболеваний, а также любых проблем со здоровьем, возникающих в процессе наблюдения и лечения.

Пациентам с комплексными, сложными проблемами должна быть оказана специализированная паллиативная помощь (второй тип), требующая более глубоких знаний и навыков в этой области, оказываемая специалистами по паллиативной помощи в тесном сотрудничестве с врачами других специальностей.

Личностно ориентированная помощь пациентам с деменцией и совместное принятие решений

При оказании паллиативной помощи пациенту с деменцией все вопросы должны рассматриваться с точки зрения самого пациента в соответствии с концепцией личностно ориентированной помощи. Оптимальной моделью являются партнерские отношения медицинских ра-

ботников с пациентом и членами его семьи, так как именно такие отношения позволяют принимать совместные решения об объеме, виде и месте оказания медицинской, в том числе паллиативной, помощи. При этом одним из основных принципов должно быть уважение мнения и пожеланий пациента. При решении вопроса о месте оказания помощи следует также учитывать интересы родственников, осуществляющих уход за пациентом, — их мнение, состояние, возможности.

Важно выяснить, какая информация и в каком объеме нужна пациенту и его родственникам в отношении течения и прогрессирования деменции, оказания помощи, возможностях лечения и т. д. Вся необходимая информация должна предоставляться на начальном этапе оказания паллиативной помощи, а также по мере развития заболевания и появления потребностей в дополнительной информации. Детальное своевременное обсуждение вопросов, связанных с течением заболевания, возможными проблемами и способами их решения или облегчения, необходимо для создания у пациента и членов его семьи определенной подготовленности к будущему.

Планирование паллиативной помощи при деменции [6]

Важная составляющая качественной паллиативной помощи пациентам с деменцией — определение приоритетных целей на каждом этапе оказания помощи в зависимости от стадии заболевания.

Планирование помощи должно быть заблаговременным, учитывающим прогрессирующий характер деменции. Предоставление паллиативной медицинской помощи должно начинаться, как только установлен диагноз деменции, то есть когда пациент может самостоятельно участвовать в планировании и высказывать собственные потребности, предпочтения и убеждения. При этом важно учитывать прогноз заболевания, возможности создания максимально благоприятной и комфортной среды для пациента и его семьи. Планы по оказанию помощи могут быть различными в зависимости от стадии заболевания, предпочтений пациента, конкретных условий и возможностей. Так, при легкой деменции требуется планирование на перспективу, то есть на достаточно длительное время. Один из важных вопросов, которые необходимо решить на этом этапе планирования, — выбор доверенных лиц и своевременное оформление опекуна при необходимости. При тяжелой деменции и на этапе приближения смерти приоритетным направлением планирования и оказания помощи в интересах пациента и его семьи

становится создание и поддержание максимально возможного комфорта и качества жизни.

По мере прогрессирования заболевания и при появлении новых потребностей как у пациента, так и у членов его семьи в стратегию оказания помощи могут вноситься коррективы и изменения. То есть заблаговременное планирование следует рассматривать как непрерывный процесс, требующий периодического пересмотра совместно с пациентом и его родными целей и составляющих паллиативной помощи.

Планы медицинской паллиативной помощи должны быть оформлены документально и быть доступными всем специалистам, участвующим в ведении пациента, на всех этапах оказания помощи.

Организация жизнедеятельности пациентов с деменцией

Значимым фактором, положительно влияющим на поддержание функционирования и качества жизни, является максимально возможное сохранение самостоятельности пациента, его способности к самообслуживанию. Для этого необходимо помнить о некоторых правилах организации жизнедеятельности пациентов.

Повседневная жизнь пациентов с когнитивными нарушениями должна быть упорядоченной. Важно стараться соблюдать режим дня, к которому привык пациент, сохранять привычную обстановку у него в доме, избегать радикальных изменений в интерьере, переездов в незнакомое место, госпитализаций без существенных показаний. Обстановка вокруг пациента должна быть спокойной, не вызывающей негативных эмоций.

Разговаривать с пациентами с деменцией надо спокойно, используя несложные короткие предложения. Темп речи должен быть не очень быстрым. Не следует общаться с пациентом сразу несколькими собеседникам, например, врачу, медицинской сестре и родственнику. Рекомендуется при разговоре с пациентом исключить посторонние шумы (включенный телевизор, радио и т. д.).

Во время беседы нужно поддерживать контакт «глаза в глаза», не отвлекаться на другие дела и разговоры. Необходимо выслушивать пациента, не перебивая, применяя приемы активного слушания и при необходимости задавая уточняющие и наводящие вопросы, чтобы направить беседу в нужное русло.

При общении с пациентом с деменцией важно не вступать в споры, избегать конфликтов. При проявлениях агрессии и грубости у пациента нужно понимать, что это тоже проявления болезни, а не свидетельство плохого характера или его отрицательного отношения к собеседнику.

Необходимо поддерживать интеллектуальную активность пациента, рекомендуя ему по возможности выполнение различных заданий для тренировки внимания, мышления и памяти. Это может быть чтение, решение головоломок, кроссвордов и т. п. Также важно следить за достаточной физической активностью пациента, рекомендовать соблюдение двигательного режима и выполнение упражнений, соответствующих его физическим возможностям.

Сохранению самостоятельности может способствовать вовлечение пациента в решение повседневных задач членами семьи. Это может быть помощь в покупке продуктов, уборке квартиры, сервировке стола или работе на приусадебном участке. Такое участие в жизни всей семьи позволяет чувствовать себя полезным и повышает самооценку.

Следует поддерживать социальные связи пациента и поощрять его общение с близкими людьми, друзьями, родственниками, так как это помогает сохранению функциональных способностей и положительной эмоциональной настроенности. Кроме того, полезным может быть общение пациента и его родных с другими пациентами с похожими проблемами. Такое общение — это и обмен опытом, и психологическая поддержка, и возможность высказать свои опасения или вопросы, получить совет или поделиться какой-то информацией.

Положительным влиянием на когнитивную и эмоциональную сферы обладает мультисенсорная активность: выращивание цветов, приготовление несложных блюд или выпечки, собирание пазлов, раскрашивание, настольные игры и т. д. Если у пациента есть увлечение или хобби (рисование, музыка, домашние питомцы и т. д.), рекомендуется поддерживать его в этом.

Пациенту и его семье нужно помочь в организации максимально комфортного безопасного быта: рассмотреть возможности отключения бытового газа, ограничения пользования бытовыми электроприборами, разъяснить необходимость наличия поручней и противоскользящих ковриков в ванной комнате и туалете. Также важно обучить пациента и его родственников способам контроля приема лекарственных препаратов (использование таймера, будильника, разноцветных баночек с надписями или специальных устройств для приема лекарств по часам), чтобы избежать их избыточного приема и передозировки или, напротив, пропусков в приеме, приводящих к снижению эффективности лечения.

Важнейший компонент ухода за пациентами с деменцией — социально-бытовая и психологическая поддержка, так как пациенты с когнитивными нарушениями при сохранности критического отношения к своему состоянию могут

осознавать имеющиеся у них проблемы, что часто приводит к развитию эмоциональных нарушений — тревоги, страха, депрессии. Большое значение имеет поддержка и помощь со стороны членов семьи пациентов.

В связи с этим при оказании помощи пациентам с когнитивными нарушениями необходимо активно вовлекать в этот процесс членов их семей, проводить их обучение по вопросам, касающимся заболевания, лечения, ухода за пациентом, возможных прогнозов. Лицам, осуществляющим уход за пациентами с деменцией, должна быть оказана максимальная психологическая, информационная, социальная и иная поддержка.

Родственников пациента необходимо информировать о течении и прогрессировании заболевания, возможностях паллиативной помощи и ухода. Информационная поддержка, так же как и паллиативная помощь в целом, должна быть непрерывной и соответствовать текущим потребностям пациента и его семьи.

Особенности питания пациентов с деменцией

Проблемы, связанные с нарушениями питания, часто встречаются у пациентов с деменцией. Важно своевременно выявлять и устранять эти нарушения, так как они могут не только усугублять деменцию, но и приводить к развитию сопутствующих патологических состояний.

При деменции часто возникают проблемы, связанные с питанием, когда пациент:

- не узнает пищу;
- забыл, какие блюда он любит;
- отказывается от пищи или выплевывает ее;
- сопротивляется при попытке его накормить;
- просит дать ему несочетаемые комбинации продуктов.

Такое поведение может быть обусловлено как когнитивными нарушениями, которые приводят к снижению аппетита, утрате чувства голода и уменьшению потребности в регулярном приеме пищи, так и нарушениями со стороны слизистой оболочки ротовой полости или проблемами, связанными с состоянием зубов или зубных протезов. Эти проблемы необходимо своевременно выявлять и по возможности устранять.

Лицам, осуществляющим уход, следует объяснить, как можно облегчить решение проблем, связанных с питанием:

- напоминать пациентам о необходимости приема пищи;
- обсуждать с пациентом меню на предстоящий день;

- по возможности вовлекать пациента в процесс приготовления пищи;

- предлагать пациенту небольшие порции;
- стараться, чтобы пища выглядела привлекательно;

- стараться сохранять спокойствие, так как состояние стресса у ухаживающего лица может передаваться пациенту;

- на прием пищи нужно отводить достаточное время, чтобы не спешить и не торопить пациента;

- если пациент не может есть самостоятельно (например, при диспраксии), можно дать ему в руки столовые приборы и помогать брать пищу и доносить ее до рта;

- стараться учитывать и принимать изменения поведения и пищевых привычек, гибко подходить к проблемам питания и кормления пациента;

- уделять особое внимание гигиене полости рта, состоянию зубов и зубных протезов.

Зондовое питание, которое иногда предлагают использовать у пациентов с выраженной деменцией, утративших способность есть самостоятельно, в настоящее время не рассматривается как метод, оказывающий положительное влияние на состояние. Нет убедительных данных, которые бы показали, что зондовое кормление снижает риск развития аспирационной пневмонии или инфекционных заболеваний, предотвращает развитие истощения и пролежней, улучшает функциональный статус, уменьшает чувство дискомфорта или продлевает жизнь. В то же время имеются сведения о ряде неблагоприятных эффектов зондового кормления, самым частым из которых, как это ни парадоксально, является аспирационная пневмония. В связи с этим рекомендуется избегать применения постоянного зондового питания у пациентов с деменцией, а предпочтительнее отдавать правильному, умелому кормлению с ложки.

Не менее важно для больных деменцией обеспечение достаточного потребления жидкости. Следует предлагать пациенту воду, соки, морсы. При необходимости может проводиться парентеральное введение жидкости для регидратации на фоне инфекционных заболеваний. Однако следует учитывать, что при приближении смерти такой метод регидратации становится неуместным.

Особенности терапии сопутствующих заболеваний у пациентов с деменцией

Сопутствующие соматические заболевания, интеркуррентные инфекции, полипрагмазия или передозировка лекарственных препаратов

могут оказывать выраженное негативное влияние на состояние пациентов с деменцией.

Необходимо обеспечить раннее выявление и адекватную терапию сопутствующих заболеваний, коррекцию декомпенсированных функций, лечение инфекционных заболеваний.

Важно контролировать и корректировать лекарственную терапию, которую следует регулярно пересматривать в соответствии с целями оказания помощи и ожидаемой продолжительностью жизни с учетом результатов лечения и побочных действий препаратов. Рекомендуются максимально ограничить применение лекарственных препаратов, которые могут ухудшать когнитивные функции (психотропные средства, включая бензодиазепины, барбитураты, нейролептики; антихолинергические средства). Применение антибиотиков при инфекционных заболеваниях может быть необходимо для облегчения симптомов и продления жизни пациента, например при пневмонии.

При оказании помощи пациентам с деменцией важно соблюдать холистический подход к выявлению и купированию симптомов, которые могут быть взаимосвязаны или выражаться в различных формах (например, боль может проявляться ажитацией).

Для скрининга и мониторинга состояния пациентов с деменцией следует использовать специальные инструменты. Так, для диагностики болевого синдрома у пациентов, общение с которыми затруднено, например при тяжелой деменции, могут быть использованы специальные инструменты, учитывающие наличие различных проявлений боли (табл. 1, 2). Это позволяет провести оценку болевого синдрома с учетом реакции пациента на боль: по выражению лица (нахмуренные брови, стиснутые зубы, сжатые губы, прикрытые глаза), наличию избыточных движений или ограничения подвижности, мышечному напряжению, голосовым реакциям (стоны, вздохи, плач, кряхтение и др.) [8–10].

Таблица 1

Перечень невербальных индикаторов боли
(Checklist of Nonverbal Pain Indicators – CNPI) [11, 12]

Индикатор	При движении	В покое
Голосовые реакции: невербальные (вздыхает, ахает, стонет, кряхтит, плачет)		
Гримасы (морщится, хмурит брови, прищуренные глаза, стиснутые зубы, крепко сжимает губы, страдальческое выражение лица)		
Фиксация (сжимает или держится за мебель, оборудование или сжимает и фиксирует пораженную область во время движения)		
Возбуждение, беспокойство (постоянная или периодическая смена положения тела, раскачивание, периодические или постоянные движения рук, невозможность спокойно сидеть или лежать)		
Растирание (массирование пораженной области)		
Голосовые реакции: вербальные (слова, выражающие дискомфорт или боль, например, «ой», «больно»; ругательства, возгласы протеста, например, «стоп», «хватит»)		
Итого баллов		
Общий балл		
<p><i>Примечание.</i> Подсчет баллов: 0 — индикатор отсутствовал, 1 — индикатор отмечался даже на короткое время активности или в покое. Баллы суммируются по столбцам «при движении», «в покое» и в целом. Четкие количественные показатели для оценки выраженности болевого синдрома отсутствуют; наличие любого из перечисленных индикаторов может свидетельствовать о боли и требует дальнейшего обследования, лечения и контроля со стороны врача</p>		

Оценка боли при тяжелой деменции по шкале
Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD) [8]

Показатели	0	1	2	Баллы
Дыхание Независимость от вокализации	Нормальное	Иногда затрудненное Короткие периоды гипервентиляции	Шумное затрудненное дыхание Длительная гипервентиляция Дыхание Чейна — Стокса	
Негативные головные реакции	Нет	Иногда стоны или вздохи Тихая речь с негативной интонацией	Повторяющиеся вскрики Громкие стоны Плач	
Выражение лица	Улыбка или нейтральное выражение	Печальное Испуганное Хмурое	Гримасы	
Положение тела	Расслабленное	Напряженное Затрудненные движения Беспокойство, суетливость	Ригидность Сжатые кулаки Согнутые колени Тянет к себе или отталкивает того, кто рядом	
Возможность успокоиться	Нет необходимости в утешении, успокаивании	Успокаивается и отвлекается в ответ на речь или прикосновение	Невозможно успокоить или отвлечь	
Общий балл				
<p><i>Примечание.</i> Следует наблюдать за пациентом в течение пяти минут, прежде чем оценить и записать показатели. Суммарный балл — от 0 до 10 баллов. Возможная интерпретация: 1–3 — слабая боль; 4–6 — умеренная боль; 7–10 — сильная боль</p>				

Для купирования физических симптомов, коррекции поведенческих нарушений и дискомфорта следует использовать все возможные доступные нефармакологические и фармакологические методы. В то же время при решении вопросов о выборе методов лечения, их целесообразности и эффективности следует учитывать недопустимость применения излишне агрессивных, обременительных и бесполезных методов.

Показания для госпитализации пациентов с деменцией

Госпитализация и связанные с ней польза и риски должны рассматриваться исходя из целей оказания помощи и стадии заболевания. Следует помнить, что резкая перемена обстановки при госпитализации в стационар или хоспис может негативно повлиять на пациента с деменцией, ухудшая как когнитивные функции, так и эмоциональное состояние. Поэтому для направления пациента в стационар должны быть очень веские основания [13].

Показаниями к госпитализации пациента с деменцией могут служить:

- действия и поведение пациента, представляющие опасность для него и окружающих (выраженное психомоторное возбуждение, агрес-

сивное поведение, систематизированные бредовые синдромы, суицидальные попытки и т. д.);

- выраженные когнитивные нарушения, приводящие к психической беспомощности, гигиенической и социальной запущенности, бродяжничеству;

- социальные факторы, невозможность оказания необходимой помощи и обеспечения ухода.

Показаниями к недобровольной госпитализации являются непосредственная опасность больного для него самого и окружающих; беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности при отсутствии надлежащего ухода; риск существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если пациент будет оставлен без психиатрической помощи.

Психосоциальная и духовная поддержка пациентов с деменцией и членов их семьи

Пациенты с деменцией и члены их семей нуждаются в эмоциональной поддержке со стороны медицинских работников. Большое значение для пациентов имеет также духовная поддержка. Важно уважать религиозные взгляды пациентов, обеспечивать им доступ к религиоз-

ным обрядам и ритуалам, к помощи со стороны духовных наставников.

Члены семьи пациентов с деменцией, несущие бремя ухода за тяжелобольным, также

нуждаются в поддержке как на протяжении болезни пациента, особенно при установлении диагноза, в периоды ухудшения его состояния, при госпитализациях, так и после его смерти.

Литература

1. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение: Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. – М.: Р. Валент, 2014. – 180 с. [Palliativnaja pomoshh' vzroslym i detjam: organizacija i professional'noe obuchenie: Sbornik dokumentov VOZ i EAPP. Moscow: R. Valent; 2014. 180 p. (In Russ.)]
2. Паллиативная помощь в амбулаторных условиях / Под ред. О.Ю. Кузнецовой. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2016. – 240 с. [Palliativnaja pomoshh' v ambulatornyh uslovijah. Ed by O.Ju. Kuznecovoj. Saint Petersburg: JeLBI-SPb; 2016. 240 p. (In Russ.)]
3. How many people are in need of palliative care worldwide? In: Global atlas of palliative care at the end of life. [Электронный ресурс] Geneva: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance; 2014. 111 p. URL: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf (date of access: 10.05.2017).
4. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденный приказом Минздрава России от 14.04.2015 г. № 187н. – М., 2015. – 43 с. [Porjadok okazanija palliativnoj medicinskoj pomoshhi vzrosloму naseleniju, utverzhdenyj prikazom Minzdrava Rossii ot 14.04.2015. No 187n. Moscow; 2015. 43 p. (In Russ.)]
5. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., и др. Деменции: Руководство для врачей. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 264 с. [Jahno NN, Zaharov VV, Lokshina AB, et al. Demencii: Rukovodstvo dlja vrachej. 3th ed. Moscow: MEDpress-inform; 2011. 264 p. (In Russ.)]
6. Van der Steen J, Radbruch L, Hertogh C, et al. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med.* 2014;28(3):197-209. doi: 10.1177/0269216313493685.
7. Hughes JC, Jolley D, Jordan A, Sampson EL. Palliative care in dementia: issues and evidence. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2007;13:251-260. doi: 10.1192/apt.bp.106.003442.
8. Feldt KS. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Manag Nurs.* 2000;1(1):13-21.
9. Horgas AL. Assessing pain in persons with dementia. In: Try This: Best Practices in Nursing Care for Hospitalized Older Adults with Dementia. M. Boltz, series ed. 2003. Fall;1(2). The Hartford Institute for Geriatric Nursing. www.hartfordign.org.
10. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* 2003;4(1):9-15. doi: 10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7.
11. Rao A, Cohen HJ. Symptom management in the elderly cancer patient: fatigue, pain, and depression. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2004;32:150. doi: 10.1093/jncimonographs/lgh031.
12. Sawyer P, Bodner EV, Ritchie CS, Allman RM. Pain and pain medication use in community-dwelling older adults. *Am J Ger Pharmacother.* 2006;4(4):316-324.
13. Профилактика, диагностика, и лечение болезни Альцгеймера и других видов деменции в общей врачебной практике: Клинические рекомендации. [Электронный ресурс] Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации. 2013 г. URL: <http://gigabaza.ru/doc/170006-pall.html> (дата обращения: 10.05.2017). [Profilaktika, diagnostika, i lechenie bolezni Al'cgejmery i drugih vidov demencii v obshhej vrachebnoj praktike: Klinicheskie rekomendacii. [Jelektronnyj resurs] Associacija vrachej obshhej praktiki (semejnyh vrachej) Russian Federation. 2013. URL: <http://gigabaza.ru/doc/170006-pall.html> (data obrashhenija: 10.05.2017). (In Russ.)]

Информация об авторах

Ольга Юрьевна Кузнецова — д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой семейной медицины ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: olga.kuznetsova@szgmu.ru.

Ирина Евгеньевна Моисеева — канд. мед. наук, доцент кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: irina.moiseeva@szgmu.ru.

Information about the authors

Olga Yu. Kuznetsova — DSc, professor, Head of the Department of Family Medicine of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: olga.kuznetsova@szgmu.ru.

Irina E. Moiseeva — PhD, associate professor of the Department of Family Medicine of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: irina.moiseeva@szgmu.ru.