

# РОССИЙСКИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

## *Сестринские гериатрические протоколы*

### **Протокол: Предупреждение снижения функциональной активности у пожилых пациентов при госпитализации**

#### **Введение**

Развитие синдрома старческой астении у пожилых пациентов сопровождается снижением физической и функциональной активности, адаптационного и восстановительного резерва организма, повышает риск развития неблагоприятных исходов. Формирование зависимости от посторонней помощи является более сильным предиктором смертности и имеет большее значение для оценки прогноза для жизни и здоровья пожилого пациента, чем даже наличие конкретных заболеваний.

К основным видам нарушений функций организма относят:

- нарушение двигательных функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики и координации движений);
- нарушение психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);
- нарушение языковой, речевой и письменной функций, вербальной и невербальной речи, голосообразования и др.;
- нарушение сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, а также тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);
- нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и иммунитета.

Функциональный статус (ФС) пациента характеризуется уровнем его функциональной активности, мобильности и мышечной силы.

Функциональная активность человека зависит от его физических и когнитивных возможностей, желания и мотивации выполнять определенные действия, а также от существующих социальных и личностных возможностей обеспечения активности.

Поддержание или предупреждение потенциального снижения, или восстановление нарушенного физического и когнитивного функционального статуса пожилого человека относятся к основным принципам оказания помощи пациентам гериатрического профиля. Уровень функциональной активности пожилого человека должен играть ключевую роль при принятии любого медицинского решения. Зависимость от посторонней помощи в повседневной жизни требует организации ухода за пациентом.

#### **Цель**

1. Повышение уровня физического функционирования.
2. Обеспечение безопасности пациентов пожилого возраста.
3. Проведение мероприятий, предотвращающих или минимизирующих снижение уровня физического функционирования при повседневной активности.
4. Обеспечение преимущества в осуществлении ухода.

#### **Задачи**

Стандартизация мероприятий по оценке и оптимизация физического функционирования пациента (динамический контроль функционального статуса; профилактика снижения и поддержание уровня физического функционирования) в сестринской практике у госпитализированных пациентов пожилого возраста.

#### **Общие положения**

А. Функциональный статус (ФС) подразумевает способность пациента к выполнению повседневных задач, включая задачи, не являющиеся основополагающими, но необходимые для независимой жизни. Функциональный статус является чувствительным показателем состояния здоровья пожилых пациентов и, как следствие, важным параметром для анализа в условиях сестринской практики.

Б. До некоторой степени снижение уровня физического функционирования можно минимизировать или предотвратить посредством сестринского ухода (оптимизация двигательного режима, контроль мочеиспускания и дефекации, поддержание коммуникативных навыков, применение адаптивного оборудования, контроль за приёмом лекарственных средств и их дозировками, ведение боли).

В. В некоторых случаях снижение уровня физического функционирования носит необратимый характер. Функциональные нарушения часто встречаются у пациентов с терминальными стадиями заболеваний (например, при остеоартрозе, болезни Паркинсона, деменции, сердечной недостаточности, онкологическом заболевании). Для этой категории пациентов с целью обеспечения оптимальной оценки ФС и своевременного оказания специализированной медицинской помощи рекомендовано совместное консультирование специалистов различного профиля.

Г. На ФС оказывают влияние физиологические возрастные изменения, возможности адаптации к условиям внешней среды, острые и хронические заболевания. Снижение ФС достаточно часто возникает как первый симптом острых заболеваний (например, при пневмонии или инфекции мочевых путей) и носит обратимый характер. Данная ситуация требует своевременного оказания медицинской помощи. Кроме того, ФС зависит от мотивации, когнитивных способностей и состояния органов чувств (особенно зрения и слуха).

Д. Факторами риска снижения физического функционирования являются травмы, острые заболевания, побочные эффекты лекарственных препаратов, боль, депрессия, мальнутриция (дефицит питания), снижение подвижности, длительная иммобилизация (включая использование физического ограничения), длительное использование катетеров Фолея, изменения окружающей обстановки и повседневной активности.

Е. Нарушения ФС сопряжены с потерей независимости, падениями, недержанием мочи, недостаточным питанием, проблемами социализации, депрессией и большей вероятностью институализации.

Ж. Степень восстановления ФС следует рассматривать как один из показателей эффективности лечения (например, при дестабилизации течения сердечно-сосудистых заболеваниях, респираторных инфекциях, во время восстановительного периода после протезирования суставов или перенесенного мозгового инсульта).

З. Оценка ФС позволяет адекватно планировать уход за пациентом после выписки из стационара (краткосрочная специализированная помощь, уход на дому, помощь социального работника по месту жительства или при переводе в учреждения длительного пребывания).

И. Окружающие условия должны соответствовать потребностям пожилых пациентов и способствовать увеличению уровня физического функционирования (например, наличие стульев с подлокотниками, сидений-крышек для унитазов, дверных ручек-штанг, достаточного освещения и т.д.).

### **Параметры оценки функционального статуса**

А. Комплексная оценка ФС у пожилых пациентов включает в себя следующие компоненты:

1) шкала оценки функциональной активности в повседневной жизни - гигиенические процедуры, одевание, прием пищи, регуляция мочеиспускания и дефекации, передвижение в пространстве (шкала активности повседневной жизни, ADL);

2) оценка социальной активности/ шкала оценки инструментальной функциональной активности в повседневной жизни - приготовление пищи, покупки, приём лекарственных

препаратов, работа по дому, использование транспорта, учет денежных средств (шкала повседневной активности, обеспечивающей автономное проживание, IADL);

- 3) оценка возможности передвижения (мобильности)
- 4) оценка необходимости посторонней помощи для выполнения повседневных задач;
- 5) оценка состояния органов чувств;
- 6) оценка боли;
- 7) оценка когнитивного статуса.

Б. Функциональный статус является одним из важнейших параметров самостоятельной оценки здоровья пожилыми людьми, поэтому при консультировании следует учитывать функциональные возможности пациента и необходимость в посторонней помощи.

В. Необходимо проводить оценку исходного уровня физического функционирования и его недавнего/постепенного снижения и ее документация.

Г. Оценку ФС необходимо проводить в динамике, отслеживания ухудшения или улучшения.

Д. Для оценки ФС следует использовать высокоэффективные стандартизированные методы, результаты которых должны быть просты в интерпретации и включаться в историю болезни пациента (см. *Карта сестринского наблюдения за пациентом* на сайте РГНКЦ)

Е. Для отслеживания динамических изменений ФС необходимо междисциплинарное взаимодействие, которое должно быть неотъемлемой частью ведения пожилых пациентов на всех этапах лечения. В данный процесс должны быть максимально вовлечены пациент и члены его семьи.

Ж. Междисциплинарное взаимодействие способствует улучшению ФС за счет усовершенствования базовой и текущей оценки состояния пациента, планирования медицинских вмешательств и ухода за пациентом.

## **Стратегии сестринского ухода**

### **А. Мероприятия для поддержания ФС**

1. Поддержание базового уровня повседневной активности пациента. Мероприятия, направленные на сохранение физического, когнитивного и социального функционирования (увеличение физической активности, социализация и др.). Расширение двигательного режима (например, подъём с постели при приеме пищи), гибкий график посещений, чтение газет.

2. Общение с пожилыми пациентами, членами их семей и официальными опекунами для объяснения важности независимого выполнения повседневных задач пациентом и последствий снижения ФС, в том числе осложнений (недостаточное питание, падения, повторные госпитализации, перевод в учреждения длительного пребывания), увеличения смертности и снижения качества жизни. Далее представлены основные темы для обсуждения:

- Физиологическая и психологическая ценность независимого функционирования;
- Обратимые изменения ФС на фоне острых заболеваний;
- Использование стратегий, направленных на предотвращение функциональных нарушений (физические упражнения, питание, ведение боли и социализация);
- Методы оказания помощи при снижении функциональности;
- Увеличение физической активности. Проведение регулярных тренировок, в том числе направленных на увеличение объема движений в суставах;
- Максимальное расширение режима;
- Ограничение использования методов, снижающих мобильность пациента;
- Рациональное применение лекарственных препаратов (в первую очередь, психотропных средств) с использованием «гериатрических» дозировок;
- Применение адекватных методов оценки и ведения боли;

- Использование специальных мероприятий и оборудования, облегчающих повседневное функционирование (перила, широкие дверные проемы, сиденья-крышки на унитаз, поручни и сиденья/стулья для душа/ванной, усиленное освещение, кровати с низкой посадкой, стулья/кресла разных типов и высоты, в том числе кресла-реклайнеры и кресла-качалки).
- Восстановление ФС после острых заболеваний посредством физических упражнений, физио- и эрготерапии.

#### **В. Мероприятия для пациентов со сниженной функциональной активностью**

1. Получение достоверных данных о ФС пожилых пациентов на основании общей оценки состояния здоровья и консультаций смежных специалистов.
2. Обучение и поддержка членов семьи пациентов, у которых сохраняется снижение ФС, несмотря на адекватные реабилитационные мероприятия и сестринский уход в течение госпитализации.
3. Детальная регистрация всех интервенционных процедур и полученных результатов.
4. Информирование лиц, которые осуществляют уход за пациентом, о причинах функциональных нарушений, возникающих на фоне острых и хронических состояний.
5. Обучение лиц, которые осуществляют уход за пациентом, принципам обеспечения безопасности для пациентов с рисками падений, получения травм, других осложнений. В отдельных случаях может потребоваться кратковременная профессиональная помощь (физиотерапия) или перевод в учреждение длительного пребывания.
6. Оптимизация питания (потребление белка, достаточная калорийность пищевых продуктов) с целью профилактики дальнейшего ухудшения ФС. Возможна коррекция диеты с учетом личных предпочтений пациента.
7. Помощь и поддержка человеку, осуществляющему уход, социальная поддержка (обращение в центры для пожилых людей, помощь социальных работников, волонтеров, организация ухода на дому, сестринского ухода, проведение физио- и эрготерапии).

#### **Ожидаемые результаты**

##### **А. Для пациентов**

1. Поддержание уровня повседневной функциональной активности и увеличение мобильности.
2. Обеспечение безопасности и самостоятельности пожилого пациента (в том числе, за счет вспомогательных устройств и изменения окружающей обстановки).
3. Обеспечение максимального качества жизни, несмотря на физические ограничения.

##### **Б. Для лиц, осуществляющих уход**

1. Оптимизация диагностических мероприятий и ведения пациентов, подверженных функциональным нарушениям. Обеспечение оценки ФС на различных уровнях оказания медицинской помощи.
2. Документация и возможность детального обсуждения ФС, предлагаемых вмешательств, задач и исходов лечения.
3. Приобретение навыков, направленных на профилактику снижения уровня функциональной активности и восстановление ФС.
4. Приобретение навыков обеспечения безопасной среды для пожилых пациентов.

##### **В. Для лечебного учреждения**

1. Внедрение методов функциональной оценки в рутинные процедуры лечебного учреждения.
2. Снижение распространенности функциональных нарушений и инвалидности.
3. Снижение заболеваемости и смертности, обусловленных функциональными нарушениями.

4. Ограничение использования методов, снижающих мобильность пациента (физическое ограничение, длительный постельный режим, катетеризация мочевого пузыря и др.).

5. Снижение распространенности делирия.

6. Увеличение количества пациентов, выписанных с исходным (до поступления) или улучшенным ФС.

7. Снижение количества повторных госпитализаций.

8. Раннее участие служб, занимающихся нутритивной поддержкой и реабилитацией (эрготерапия, физиотерапия), в ведении гериатрических пациентов.

9. Создание приемлемой для гериатрических пациентов обстановки, которая обеспечивает безопасное и самостоятельное функционирование (например, кровати с низкой посадкой, удобная мебель), и обучение лиц, осуществляющих уход (например, программы упражнений, безопасная окружающая обстановка).

10. Непрерывное междисциплинарное взаимодействие, планирование ухода за пожилыми пациентами; анализ мероприятий по уходу за пациентами с функциональными нарушениями (в том числе, планирование амбулаторного наблюдения после выписки из стационара).

*При составлении протокола использованы материалы Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice, Springer Publishing Company, New York, 2016*