Додаток 5.5

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

ім. Івана Боберського

Кафедра терапії та ерготерапії

Федорович О.Б..

ПОРУШЕННЯ ПАМ'ЯТІ І СТАРІННЯ.

Лекція з навчальної дисципліни

«ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ У ГЕРОНТОЛОГІЇ ТА ГЕРІАТРІЇ»

Для студентів спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія

ЗАТВЕРДЖЕНО‖

на засіданні кафедри терапії та ерготерапії

« » _____ 2024 р.

протокол №___

Зав.каф_____Гузій О.В.

ПОРУШЕННЯ ПАМ’ЯТІ І СТАРІННЯ.

1. Деменції та старечий вік.
2. Депресія у геріатричній практиці
3. Порушення сну у осіб похилого віку.

1. Депресія у осіб похилого віку.

У нейрогеріатрії існує уявлення про так зване нормальне старіння мозку. Це закономірні інволютивні зміни головного мозку, допустимі в літньому віці і не є підставою для будь-якого діагнозу. Для цього віку характерні складнощі при спробі згадати назви предметів та дати подій, незважаючи на збереження пам'яті на власне події. Також літні люди іноді не можуть запам'ятати нещодавно отриману інформацію чи нові імена. При цьому характерно, що ці зміни нетривалі, можуть виникати при втомі, після перенесеної хвороби та суттєво не впливають на якість життя. Цей тип порушення пам'яті називають доброякісною старечою забудькуватістю або пов'язаними з віком порушення пам'яті. При цьому типі, на відміну від деменції, наростання порушень не відбувається протягом багатьох років або воно є мінімальним, тому даний тип порушення пам'яті значно не впливає на професійну та повсякденну діяльність людини.

Повторення почутих слів, наприклад, послідовності чисел, орієнтація у часі та просторі, здатність до навчання та запам'ятовування певних термінів, математичні здібності і рахунок, і навіть пам'ять (особливо довгострокова) залишаються більш високому рівні за нормального старіння, ніж за розвитку деменції.

Деменція – процес, що характеризується деградацією всієї психічної діяльності. При деменції уражається пам'ять, творче мислення, виявляється неможливим виконання простих задач. Людина перестає орієнтуватися в часі, просторі, у важких випадках – у власній особи, відбуваються зміни емоційно-вольовий сфери - з'являється емоційна лабільність, дратівливість, істотно страждає мотивація (свідомість при цьому не страждає). Стає неможливим навчання та розуміння, бідніє мова, руйнується мова та здатність до рахунку.

Основні причини розвитку деменції – атеросклероз судин головного мозку, хвороба Паркінсона, епілепсія, тяжкий цукровий діабет, судинні порушення. Найчастіша причина деменції – хвороба Альцгеймера.

Протягом деменції виділяють кілька стадій:

1) легка – погіршення пам'яті, найбільш помітне у сфері засвоєння нової інформації може спостерігатися часто повторювана забудькуватість. На цій стадії літній людині можна зберегти незалежне проживання;

2) помірна – порушення пам'яті є серйозним перешкода для повсякденного життя. Утримується лише дуже добре засвоєний чи дуже знайомий матеріал. Нова інформація утримується лише випадково чи дуже короткий час. Хворий не може згадати основні відомості про те, де він живе, що він нещодавно робив чи як звати його знайомих. Він втрачає орієнтацію в часу та просторі, може заблукати у власній квартирі, у якій жив багато років.

3) важка - характеризується повною нездатністю засвоєння інформації. Хворий не може дізнатися навіть близьких родичів, відбувається ослаблення критики і мислення, зниження інтелектуальних здібностей. Прогресування захворювання наводить до порушення соціальної адаптації геріатричного пацієнта його не здатне продовжувати професійну діяльність, часто обмежує можливість самообслуговування, що призводить до залежності від сторонньої допомоги.

Якщо діагноз деменції поставлений, лікарями-фахівцями призначається лікування основного захворювання, за показаннями – препарати, покращують мозковий кровообіг, розробляються програми, спрямовані на забезпечення адекватного догляду. Важливий принцип догляду – намагатися якнайдовше зберігати у пацієнта навички самообслуговування.

2. Депресія у геріатричній практиці

Депресія є психічним розладом, що характеризується депресивною тріадою: зниженням настрою; втратою здатності відчувати радість і негативними судженнями з песимістичним поглядом на те, що відбувається; руховою загальмованістю та підвищеною стомлюваністю.

При депресії знижено самооцінку, спостерігається втрата інтересу до життя та звичної діяльності. У деяких випадках людина, яка страждає на неї,

може почати зловживати алкоголем або психотропними речовинами. Часто депресії виникають на тлі стресів, що тривало існують тяжких травмуючих ситуацій (сімейні конфлікти, втрата значних людей, улюбленої роботи, зміна місця проживання). Депресія може розвинутись на тлі хронічних соматичних захворювань, стати результатом побічної дії багатьох ліків (наприклад, нейролептиків, кортикостероїдів, бензодіазепінів). Іноді депресія виникає без видимих причин.

Жінки страждають на депресію набагато частіше за чоловіків. Існує форма депресії, що починається у клімактеричному періоді.

Депресія - досить поширене явище з частотою народження у геріатричних пацієнтів до 35%, у пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда – до 45%, у постінсультних хворих – до 47%.

У пацієнтів похилого віку факторами ризику для виникнення депресії стають наявність серйозних захворювань, часте звернення за медичною допомогою, хронічний больовий синдром, порушення слуху та зору.

У клінічній картині депресії виділяють основні та додаткові симптоми.

Основні симптоми:

• зниження настрою, очевидне порівняно з характерною для пацієнта нормою, що переважає більшу частину дня майже щодня і що спостерігається щонайменше 2 тижнів незалежно від ситуації;

• втрата колишніх інтересів та здатності отримувати задоволення від звичного кола занять;

• зниження рівня активності, енергійності, підвищена стомлюваність.

Додаткові симптоми:

- зниження здатності до зосередження та концентрації уваги;

• зниження самооцінки, поява почуття невпевненості у собі, свідомості власної нікчемності;

• неадекватне почуття провини, похмуре та песимістичне бачення майбутнього;

• думки про смерть, самогубство чи самоушкодження.

Для постановки діагнозу депресивного розладу повинні спостерігатися 2 основні симптоми та 2 додаткові.

Депресія може виявлятися різними «масками», або протікати під виглядом інших захворювань, наприклад, болями різного характеру, порушенням дихання, що нагадує астму, шлунково-кишковими розладами, вегетативними проявами. У таких пацієнтів часто відзначається порушення сну з ранніми пробудженнями, як правило, о 3-4 годині ранку, скорочення тривалості нічного сну, незрозумілі коливання ваги. Нерідко депресія веде до серйозних змін у стані внутрішніх органів. Обов'язковим діагностичним критерієм депресії є тривалість симптоматики щонайменше 2 тижнів.

3. Порушення сну у осіб похилого віку

Сон - фізіологічний стан людини, що чергується зі станом неспання. Повноцінний сон має велике значення для здоров'я. Він життєво необхідний для людини, для відновлення її сил та підтримки організму в хорошому функціональному стані.

Фізіологія сну людини складається з двох фаз: повільної та швидкої.

Перша фаза після засинання – повільна, яка змінюється швидко-хвильовою. Фази сну змінюють один одного циклічно, кілька разів протягом всієї ночі, дозволяючи людині відновити свій життєвий потенціал. При цьому тривалість швидкої фази збільшується від циклу до циклу.

У разі фізіологічного старіння спостерігаються певні зміни фізіології сну.

Порушення сну у літньому віці можуть бути представлені у вигляді:

- порушення фізіологічних функцій під час сну (дисомнію):
- хропіння, синдром обструктивного апное, альвеолярна гіповентиляція (на тлі ожиріння, хронічна обструктивна хвороба легень), синдром неспокійних ніг, нічні порушення ритму серця, стенокардія під час сну;
- власне порушення сну: інсомнія (труднощі засинання), гіперсомнія (незвична сонливість), парасомнія (нічні страхи) та кошмари).

У людей похилого віку спостерігаються часті короткі пробудження, нерідко через соматичні проблеми, що супроводжуються больовим синдромом. Виникає почуття незадоволеності нічним сном, що компенсується сном у денний час. Розвивається синдром поліциклічного сну у денний період. Часто поліциклічний сон розвивається у пацієнтів із когнітивними розладами. У розвитку цього типу порушень важливе значення має порушення гігієни сну:

- коли літній пацієнт перебуває в ліжку без особливої потреби,
- у нього видозмінюється періодичність "сон - неспання".

- Гіперсомнія (патологічна сонливість та прояв сонливості вдень) може бути симптомом деменції або наслідком передозування седативних препаратів.

Важливе значення у виявленні розладів сну має розмова з літнім пацієнтом та застосування спеціальних опитувальників, наприклад, «Чи задоволені Ви сном?», «Чи маєте Ви порушення сну, які заважають Вашій активності вдень?», «Чи помічає Ваш партнер незвичайні явища під час сну, наприклад, часті неусвідомлені пробудження?».

Лікування порушень сну включає нелікарські методи та прийом медикаментозних препаратів.

Нелікарські методи є основою застосування методики терапевтичного середовища і включають раціональне гігієну сну, аутогенне тренування.

Прості правила гігієни сну:

• вставати та лягати одночасно;

• у ліжку – тільки спати;

• не спати вдень;

• комфортні умови для сну (температура у кімнаті не більше 18– 20 ° С);

• не лежати у ліжку, якщо не хочеться спати;

• не пити каву у другій половині дня;

• фізичне навантаження – не пізніше ніж за 3 години до сну;

• легка вечеря без надмірностей;

• протипоказаний алкоголь;

• мати свій ритуал засинання – прогулянка перед сном, тепла ванна, піжама, теплий чай та інше;

• будь-який рахунок, наприклад, «рахунок овець»;

• запис проблем та їх вирішення для того, щоб звільнитися від важких думок.

Порушення сну та безсоння у геріатричних пацієнтів можуть виникати через нестачу гормону мелатоніну, вміст якого зменшується із віком. Для підвищення надходження мелатоніну з їжею рекомендується вживати овес, кукурудзу, рис, родзинки, помідори, банани, ячмінь. При неефективності

призначається лікарська терапія препаратами мелатоніну.

Рекомендована література

Основна:

1. Ковальчук І.В. Соціальна геронтологія: навчальний посібник. Чернівці, 2021. 264
2. Мухін В.М., Фізична реабілітація : підручник. – Київ : Олімпійська література, 2000. –424 с.
3. Практичні аспекти фізичної терапії та ерготерапії: навч. посіб. / [Н. А. Добровольська та ін.; під ред. Н. А. Добровольської та ін.]; Тавр. нац. ун-т ім. В. І. Вернадського. - Київ: Гельветика, 2020. - 367 с.
4. Усова О.В. Основи геронтології: конспект лекцій. Навчальний посібник Луцьк: Східноєвроп. нац. ун-т імені Лесі Українки, 2013. – 130с

Інформаційні ресурси інтернет:

1. **https://www.youtube.com/watch?v=0o_U_Xi6KN4**