

МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел «Сестринская помощь в гериатрии»

Теоретическое занятие №1 Сестринская помощь лицам пожилого и старческого возраста в условиях стационара и амбулаторно-поликлинических.

План лекции.

1. Определение понятий геронтология, гериатрия.
2. Классификация возрастных границ.
3. Общие принципы ухода за пожилыми людьми.
4. Этапы геронтологического сестринского процесса

ГЕРОНТОЛОГИЯ - раздел биологии и медицины, изучающий процесс старения человека. Особенности пациентов пожилого и старческого возраста.

ГЕРИАТРИЯ — область клинической медицины, изучающая болезни людей пожилого и старческого возраста, разрабатывающая методы их лечения и профилактики с целью сохранения физического и психического здоровья человека до глубокой старости.

Старость, старение. Старость — закономерно наступающий период возрастного развития, заключительный этап онтогенеза. Старение — неизбежный биологический разрушительный процесс, приводящий к постепенному снижению адаптационных возможностей организма;

В России принята следующая классификация по определению возрастных границ:

- молодой возраст – 18-29 лет;
- зрелый возраст – 30-44 года;
- средний возраст – 45-59 лет;
- пожилой возраст: для мужчин – 60-74 года, для женщин – 55-74 года;
- старческий возраст – 75-90 лет;
- долгожители – лица, достигшие 90 лет.

Уход за больными пожилого и старческого возраста более сложен и требует от медицинского работника большего внимания и времени, чем обычный медицинский уход, так как здесь должны учитываться многие психологические и социальные факторы.

Очень важно при уходе и наблюдении за пожилыми и старыми пациентами соблюдение правил этики и деонтологии. В организации ухода имеет место не только физический уход, но и восстановление нарушенных психических и физических функций, поддержание социальных связей пациента с семьей и обществом.

Общие принципы ухода за пожилыми больными.

- Безопасность (предупреждение травматизма пациента).
- Уважение чувства достоинства (выполнение всех процедур с согласия пациента, обеспечение уединения, если необходимо).
- Общение (расположение пациента и членов его семьи к беседе, обсуждение предстоящей процедуры и плана ухода в целом).
- Инфекционная безопасность.
- Независимость (поощрение каждого пациента к самостоятельности).
- Конфиденциальность (скрывать от посторонних подробности личной жизни и заболевания пациента).

Для правильной организации геронтологического ухода учитываются физиологические и психологические особенности пожилых людей.

- Комната, где живет пожилой человек, должна быть небольшой, с минимальным количеством мебели.
- Рекомендуются кровати не ниже 60 см.
- Важно обеспечить умеренно жесткую постель, так как при наличии спондилоартроза и остеохондроза возможна боль в позвоночнике.
- Кресла для пожилого и старого человека следует подбирать достаточно мягкие, но неглубокие и с высокими удобными подлокотниками и спинкой, достаточно высокой для опоры головы.

■ Старики нуждаются в более частом сне, чем люди среднего возраста. Если у пожилого и старого человека является желание поспать днем, то для этого нужно использовать мягкое глубокое кресло, а не кровать.

■ Снижение зрения и слуха, недостаточная координация движения и равновесия — обычные причины частого падения стариков и легко возникающих при этом переломов. Поэтому пол в местах проживания старых людей должен быть чистым, сухим и нескользким, без ковров и дорожек.

■ Освещение во всех комнатах должно быть ярким.

■ В коридорах, туалетах и ванных комнатах необходимы поручни, эти помещения не должны запираются изнутри.

■ Важно обеспечить старому человеку возможность приема пищи в вертикальном или полувертикальном положении, что связано с возрастными изменениями системы пищеварения.

Уход за полостью рта. Обязательно после приема пищи полоскать рот и горло. Если пожилой человек не может полоскать рот, его очищают салфеткой, смоченной смесью равных частей глицерина и лимонного сока. Если у пожилого человека имеются испорченные зубы, рекомендуется удалить их и произвести протезирование. Зубные протезы следует мыть щеткой теплой или прохладной водой с мылом, так как многие материалы от жары коробятся, деформируются. В местах давления протезов могут образовываться участки покраснения и язвочки. Поэтому нужно регулярно осматривать полость рта и санировать возникшие поражения.

Рациональный уход за телом. В старости кожа заметно истончается, секреция сальных желез и защитная функция кожи снижаются. При приеме ванны кожа обезжиривается, что способствует ее высыханию и зуду. Для замещения недостающего кожного жира достаточно добавить в ванну несколько капель растительного масла. Желательно пользоваться мылом с увлажняющим эффектом. Пожилым людям достаточно купаться 1-2 раза в неделю (принимать ванну), но ежедневно принимать теплый душ, осторожно растирая и массируя кожу. При появлении перхоти и струпьев на коже

головой мыть голову 1—2 раза в месяц сульсеновым мылом, а в некоторых случаях можно смазывать болезненные участки головы преднизолоновой или гидрокортизоновой мазью.

Уход за ногами. Более выраженные возрастные нарушения трофики требуют повышенной осторожности. Важно своевременно стричь ногти на ногах, удалять мозоли, так как даже небольшие травмы могут ограничить подвижность старого человека. Обычно твердые и ломкие ногти на пальцах ног перед остриганием следует размягчить теплыми масляными припарками (лучше из касторового масла). Нельзя слишком коротко обрезать ногти. Рекомендуется ношение мягкой, удобной обуви соответствующего размера.

Необходимо всячески поощрять желание пожилого человека быть аккуратным и привлекательным.

Из-за возрастных нейро-психологических изменений старый человек характеризуется, прежде всего, повышенной уязвимостью. Вот почему при уходе требуется бережное, доброжелательное, внимательное отношение окружающих к пожилому и старому человеку.

Старые люди тяжело переживают свою беспомощность, все это не должно вызывать раздражения, недовольства у окружающих. В общении с престарелыми людьми мед. работник должен проявлять большое чувство такта, терпение; принимать старого человека таким, какой он есть, с его достоинствами и недостатками.

Проблемы пациента обусловлены возрастными анатомо-физиологическими и психосоциальными данными, возрастными изменениями потребностей.

Возможные проблемы пожилого человека:

1. Физиологические:

- ограничение подвижности;
- высокий риск травм и повреждений;
- запоры или диарея;
- восприимчивость к инфекциям;

- снижение памяти и мыслительной деятельности;
- недержание кала и мочи;
- усталость;
- нарушения речи.

2. Психологические:

- депрессия;
- одиночество;
- пенсионный стресс;
- страх «постели»;
- беспокойство;
- нежелание следить за собой;
- чувство отчаяния;
- стресс от конфликтов в семье.

3. Социальные:

- потеря независимости;
- ухудшение питания;
- социальная самоизоляция;
- нарушение чувства собственного достоинства.

Этапы геронтологического сестринского процесса:

1. Сбор информации.
2. Анализ полученных данных и выделение проблем пациента.
3. Определение задач и построение плана ухода.
4. Сестринское вмешательство.
5. Оценка эффективности сестринского процесса.

Особенности каждого этапа обусловлены особенностями пожилого и старческого возрастов. Так, на первом этапе сбор информации может быть затруднен в связи с нарушениями памяти пациента, снижением интеллекта, отсутствием контакта медицинского работника с пациентом. Определение задач и построение плана ухода затруднено многообразием проблем пациента, как настоящих, так и потенциальных.

Основные задачи геронтологической помощи — сохранение физического и психического здоровья, социального благополучия пожилых и старых людей.

Ее решение предполагает тесное взаимодействие гериатрического пациента и медицинского персонала.

В формировании хороших взаимоотношений между больными и медицинскими работниками последним отводится активная роль. Поэтому так важно знание проблем пациента, связанные с дефицитом знаний, умений, навыков в области укрепления здоровья; факторов индивидуального риска, универсальных потребностей стареющего человека и их влияния на здоровье.

Общепризнанно, что в «третьем возрасте» состояние пожилого человека тесно связано с перенесенными заболеваниями, влиянием внешней среды (труд, питание, быт, стрессовые ситуации), возрастная адаптация к старости происходит сугубо индивидуально.

Есть общие черты, присущие старости, *характеризующиеся изменением психики у большинства людей* в переходный к старости период. В их основе лежит ослабление силы и подвижности нервных процессов. Это может быть основой снижения психической активности, ослабления способности усвоения новых впечатлений, памяти; появляется консерватизм, отрицательное отношение ко всему новому.

Характерен постоянный возврат к прошлому, оторванность от будущего, его жизненной перспективы. Это выражается иногда в безучастном отношении к настоящему и будущему. Брюзжание и ворчливость, стремление поучать, обидчивость и эгоцентризм, скупость и подозрительность, усиливающиеся самонаблюдения и вытекающее из этого тревожное ожидание — частые характерные черты психического старения.

Для старости характерна также повышенная эмоциональная реакция на внешние раздражители. Часто это заострение черт характера, существовавших в более молодом возрасте, но не проявившихся столь ярко. Эти черты измененного отношения к окружающим могут, однако, частично

или полностью отсутствовать у людей, хорошо адаптирующихся к внутренним и внешним изменениям, которые приносит старость.

Все приведенные здесь нейропсихологические *сдвиги у здорового старого человека выражены весьма умеренно*, и он вполне адекватно решает возникающие жизненные ситуации. При присоединении болезни в стрессовых ситуациях нейропсихологические сдвиги усугубляются.

Одной из задач сестринского ухода в гериатрии является сохранение максимально возможной самостоятельности пациентов в повседневной жизни.

Медицинский работник должен уметь убедить пациента в необходимости сохранения независимого образа жизни **и** обучить приемам самообслуживания в пределах возможного.

Гериатрические пациенты часто «уходят в себя», становятся раздражительными **и** плаксивыми, придирчивыми по мелочам. Терпение **и** такт, доброжелательность и выдержка— необходимые условия общения с пациентами, тем более что порой медицинская сестра становится для одинокого пожилого пациента единственным близким человеком.

Вопросы лечения, режима питания **и** возможного обследования необходимо заранее продумывать и обговаривать с больным. Мед. работник обязан регулярно осматривать больного, чтобы своевременно заметить изменения в его состоянии, обеспечить грамотный уход, консультацию специалиста.

Долг медицинского работника по отношению к людям пожилого возраста — ***не только найти причину недомогания и назначить лечение, но и оказать психологическую помощь, которая порой может быть даже важнее основного лечения.*** Необходимо укреплять веру пациента в благоприятный исход заболевания.

Старые люди по мере уменьшения их физических возможностей, ослабления психических реакций все чаще ощущают беспомощность при столкновении с жизненными обстоятельствами. Приходит время, когда они

не могут справиться с повседневными заботами самостоятельно, становятся зависимыми от других. Это обстоятельство вызывает у многих чувство бессилия, не полноценности, покинутости. В организации жизни этих людей роль медицинских работников и работников социальной сферы очень велика.

При общении с пожилыми и старыми людьми медицинские работники должны помнить, что ***в первую очередь нужно исключить отрицательное отношение к возможности помочь обращающемуся пациенту, потому что он стар.*** Каждый медицинский работник должен осознавать, что пожилой и старый человек — это член общества, заслуживающий уважения и внимания.

Чувство уважения к пожилому человеку резко повышает его доверие к медицинскому персоналу. Мед. работник должен поддерживать особые отношения с пациентом пожилого возраста, сохранять психологический контакт, учитывать ранимость его психики, ориентироваться в семейной обстановке.

Следует учитывать, что пожилые люди по-разному воспринимают наступающую старость с ее ограничениями. Одни продолжают считать себя по-прежнему полными сил, не соглашаются с рекомендуемым изменением образа жизни и не хотят учитывать, что появляющиеся физические недомогания— это проявления старения организма; другие, критически анализируя изменения своего состояния, сами приходят к мысли о приближении старости, но с трудом смиряются с этим.

Задолго до достижения периода старости пациента следует познакомить со сдвигами, которые постепенно происходят в организме, помочь осознать наступающие изменения и дать рекомендации по перестройке различных элементов образа жизни.

Давая свои рекомендации, медицинский работник должен учитывать, что преждевременный физический и духовный покой является одним из факторов, приближающих преждевременную старость, одряхление и смерть. Когда говорят о необходимости установить психологический контакт с

больными, это значит, что нужно приспособиться к нему, узнать и понять его особенности.

Медицинский работник должен индивидуально подходить к каждому пациенту, учитывать его характер, тяжесть заболевания и собственное отношение к болезни и ее симптомам.

Знание закономерностей развития старения, его механизмов необходимо мед. работнику для объективной оценки здоровья, прогноза возможной продолжительности жизни и причин развития ряда болезней. В социологии имеются термины: «одинокое люди» — не имеющие близких родственников, «одиноко живущие» — имеющие родственников, проживающих далеко от престарелых родственников.

Чувство *одиночества*, которое испытывают старые люди, не обязательно сопровождается уединением. Оно может ощущаться и в *присутствии* других людей. Одиночество является осознанием отсутствия общности с окружающими, пониманием того, что ты исключен из системы интересов и деятельности, возможностей, объединяющих других людей.

Одиночество часто сопровождается тоской, некоторым снижением умственного потенциала, эгоцентризмом. Особенно подвержены этому тяжелому чувству люди, недавно потерявшие супруга или супругу и не живущие среди членов своей семьи. Нередко на одиночество жалуются пожилые и старые, живущие в домах-интернатах среди других людей пожилого возраста и внешне вроде бы взаимодействующие друг с другом.

Направления работы медицинского работника:

- помощь в выполнении жизненных потребностей;
- советы и обучение пациента и родственников;
- защита интересов пациента на всех уровнях обслуживания;
- выполнение назначений врача;
- контроль эффективности лекарственной терапии.

Советы медицинскому работнику. Помни!

- Чувствуйте себя уверенно во время общения с пациентом.

- Постепенно подходите к наиболее волнующим вопросам.
- Будьте внимательны, проявите интерес к проблемам пациента.
- Выслушайте пациента. Умейте помолчать. Это даст возможность понаблюдать за пациентом и собраться с мыслями.
- Вольные быстро устают. Не утомляйте их.
- Чтобы больной Вас легче понимал, говорите медленно. Переспросите, все ли он понял. Желательно, чтобы он повторил Ваши рекомендации.
- При общении говорите громко, вопросы задавайте четко, ответы выслушивайте до конца, не перебивайте пациента.
- Старайтесь понять пациента. Будьте снисходительны к образу жизни пациента.
- Не пытайтесь резко изменить привычный образ жизни пациента (распорядок дня и т. д.).
- Не сосредотачивайте общение на себе.
- Ориентируйте разговор в нужном направлении, уточняйте подробности.
- Не используйте медицинские термины при общении с пациентом.
- Информировать пациента о его заболевании. Это даст возможность многое ему объяснить и получить положительный результат.
- Для получения результата от Вашей беседы необходимо суммировать и тщательно проанализировать всю полученную информацию.

Вопросы для закрепления.

- 1) Определение понятия гериатрия .
- 2) Задачи медицинской сестры в уходе за пожилыми людьми .
- 3) Этапы геронтологического процесса.
- 4) Что такое геронтология.

Задание на дом : Подготовить краткий конспект по данной лекции.

Теоретическое занятие №2 Особенности течения болезней сердечно-сосудистой системы и болезней крови у пожилых людей.

План лекции.

1. Возрастные особенности системы кроветворения.
2. Железодефицитные анемии у пожилых пациентов.
3. Особенности В-12-дефицитной анемии у пожилых .
4. Лейкозы в пожилом возрасте.
5. Особенности заболевания сердца (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, атеросклероз, инфаркт миокарда.)

Информационный блок

Возрастные особенности системы кроветворения.

С возрастом снижается масса костного мозга, селезёнки, лимфатических узлов, миндалин. Происходит замещение кроветворной ткани на жировую, уменьшается количество клеток крови, отвечающих за иммунитет. Показатели СОЭ могут возрастать до 40 мм. в час.

Анемии встречаются в любом возрасте, но в пожилом возрасте они имеют свои особенности. Наиболее часто встречается железодефицитная анемия.

Особенности железодефицитной анемии у пожилых.

Причины её возникновения – хронические кровопотери при язвенной болезни, варикозном расширении вен пищевода, опухоли желудочно-кишечного тракта, язвенный колит, гематурия при опухолях почек, мочекаменной болезни, геморрой, носовые кровотечения.

С возрастом нарушается всасывание железа из-за атрофии слизистой кишечника, снижения концентрации соляной кислоты, после резекции желудка. Недостаточное поступление железа с пищей- более значительная причина анемии , чем у молодых. Важны также социальные причины, психические расстройства, ограниченная активность больных и возможность приготовления пищи.

Причиной анемий могут быть хронические инфекционные заболевания.

Клинические проявления разнообразны:

- Синдром гипоксии – слабость, утомляемость, потливость, головокружение, шум в ушах. При этом усиливаются проявления ишемической болезни сердца, появляются явления сердечной недостаточности.

- Трофические нарушения кожи, волос, ногтей, мышц. Характерны мышечная слабость, недержание мочи при кашле и чихании. Отмечается также извращение вкуса и обоняния – больные едят мел, глину.

- В крови отмечается снижение гемоглобина, эритроцитов, уровня сывороточного железа.

Для поиска причины анемии используются – ФГДС, УЗИ, рентгеновское исследование, пальцевое исследование прямой кишки, анализ кала на скрытую кровь.

Лечение. Необходима диета, богатая железом. Она включает в себя говяжье мясо, рыбу, печень, почки, лёгкое, яйца, гречневую и овсяную крупы, бобовые, белые грибы, шоколад, зелень, яблоки и овощи, изюм, чернослив, сельдь, гематоген. Фитотерапия включает в себя листья земляники, череды, чёрной смородины. Препараты железа—ферроплекс, тарзиферрон, ферроградумент, сорбифер- дурулес, гемофер. Все препараты применяются за час до или через два часа после еды. Обязательно полоскание рта после приёма препарата. Сочетание железа с аскорбиновой кислотой, а также присутствие фолиевой кислоты усиливает его всасывание.

Парэнтерально препараты железа назначают при непереносимости железа при приёме через рот, после операций на кишечнике.

Парэнтерально: вводят в\м или в\в феррум-лек, ферковен, эктофер, фербитол.

Особенности В-12-дефицитной анемии у пожилых .

Причины развития заболевания:

1.Нарушение всасывания В12 ,атрофический гастрит, рак желудка, заболевания ЖКТ, резекции кишечника, дисбактериоз.

2. Алиментарный дефицит –в пище мало продуктов , богатых В12 . Это мясо, сыр, молоко, печень, почки.

3.Патология печени: цирроз и хронический гепатит нарушают депонирование В12 в печени. Заболевание часто сочетается с сахарным диабетом

Клиника .Происходит поражение кроветворной системы, ЖКТ, нервной системы

Анемический синдром: слабость сонливость, шум в ушах, головокружение, утомляемость, сердцебиение, боли в области сердца при физической нагрузке, одышка.

Нервная система: развивается фуникулярный миелоз, проявляющийся парестезиями, снижением вибрационной чувствительности.

Пищеварительная система: развивается прогрессирующая атрофия слизистых, проявляющаяся жжением кончика языка, тошнотой, тяжестью в эпигастрии, снижением кислотности.

Кровь: повышается цветной показатель, появляются гиперхромные эритроциты, анизоцитоз и пойкилоцитоз, снижается количество лейкоцитов и тромбоцитов, появляются мегалоциты.

Клинические особенности В12-дефицитной анемии у пожилых пациентов:

1.Быстрая декомпенсация сердечной деятельности с появлением одышки, отёков, тахикардии.

2.Более быстрое развитие нарушений функции тазовых органов.

Лечение: Диета, включающая мясо, печень, молоко, сыр, яйца. В\м введение В12 –цианокобаламин 1 раз по 400-500 мкг в день в течение 4-6 недель. Фолиевая кислота, содержащаяся в салате, зелени.

Лейкозы в пожилом возрасте.

Это злокачественные заболевания белой крови. Чаще других встречается хронический лимфолейкоз, реже – хронический миелолейкоз, еще реже- острый лейкоз-тяжелейшее заболевание крови.

Клиника: Хронический лимфолейкоз имеет следующие симптомы: кожный зуд, лихорадка, боли в костях, суставах, увеличение лимфоузлов ,бледность кожи с желтоватым оттенком, похудение, кожные геморрагии, увеличение размеров селезёнки и печени.

В анализе крови –выраженный лейкоцитоз, лимфоцитоз, анемия, клетки Гумпрехта.

Лечение лейкозов: цитостатики, глюкокортикоиды, лучевая терапия на область лимфоузлов.

Ишемическая болезнь сердца.

Проявления ишемической болезни сердца: стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, нарушения ритма.

Особенности течения ИБС у пожилых и престарелых пациентов: болевой синдром может быть типичным, но с возрастом увеличивается частота атипичных форм (попёрхивание, затруднение глотания, чувство кома в горле). Отсутствует яркая эмоциональная окраска приступа стенокардии.

Боли менее интенсивные, могут быть незначительными и иметь характер сдавления или стеснения за грудиной и в области сердца, могут быть в виде тяжести в левой половине грудной клетки. Необычной бывает иррадиация боли: в нижнюю челюсть, в затылок, в область шеи слева, в кисть, или ощущается только в местах иррадиации. Боль за грудиной может быть вызвана повышением артериального давления.

Факторы, провоцирующие приступ стенокардии: метеоусловия, обильная или жирная пища, физическая нагрузка, баня. Атеросклероз мозговых сосудов предшествует стенокардии. Чаще он развивается у лиц с избыточной массой тела. Выражается извитостью и выпуклостью сосудов на висках, а также наличием ксантелазмов на коже. Возможны частые

нарушения ритма, учащения пульса. В диагностике ишемической болезни помогает ЭКГ.

Лечение: Режим при обострении полупостельный.

Медикаменты: нитраты, коронаролитики, валидол. При применении нитратов может быть головная боль, головокружение, слабость. Для длительного применения рекомендуются нитраты пролонгированного действия: нитронг, сустак, нитрогранулонг. Причём дозы должны быть на $1/3-1/2$ меньше, чем у пациентов среднего возраста. При головной боли рекомендуется принять аспирин. Применение антагонистов ионов кальция уменьшает потребность миокарда в кислороде. Они оказывают также антиаритмическое действие. Это группа нифедипина, верапамил, изоптин, фенотин. Для лечения часто используются β -адреноблокаторы, уменьшающие потребность миокарда в кислороде, но они противопоказаны при брадикардии, гипотонии, бронхоспазме, бронхиальной астме. Дозы небольшие, отмена постепенная (в течение четырёх дней). Для улучшения реологических свойств крови используется аспирин, трентал, курантил. В качестве фитотерапии применяются настойка пустырника, валерианы, корвалол, валокордин.

Для лечения ИБС используется лазеролечение, аорто-коронарное шунтирование, стентирование, а при отсутствии эффекта сан-курортное лечение.

Инфаркт миокарда- грозное осложнение ишемической болезни сердца, одна из главных причин смерти пожилых и престарелых пациентов. В преклонном возрасте при инфаркте миокарда чаще возникают *осложнения*: кардиогенный шок, отёк лёгких, аневризма, нарушение ритма.

В развитии инфаркта миокарда большое значение имеет физическое перенапряжение, пищевая нагрузка, особенно жирами, метеоусловия (морозная, ветреная) погода, баня, реже психоэмоциональное напряжение. Инфаркт в старческом возрасте чаще крупноочаговый, трансмуральный, с

большой зоной некроза, чаще бывает затяжное или рецидивирующее течение. Часто встречаются атипичические формы инфаркта: астматическая, аритмическая, церебральная, абдоминальная, безболевая.

Особенности клинического течения: невыраженность болевого синдрома, стёртость клиники, может не быть типичной локализации и иррадиации боли. Течение чаще тяжёлое.

Лечение: режим постельный, с постепенным расширением, лёгкий массаж, ЛФК, дыхательная гимнастика с третьего дня для профилактики застойной пневмонии.

Питание легкоусвояемое, низкокалорийное, дробное, должно содержать клетчатку для улучшения опорожнения кишечника, а также продукты, содержащие калий.

Медикаменты: нитраты, обезболивающие, антикоагулянты, тромболитики, В-блокаторы, ингибиторы АПФ для профилактики сердечной недостаточности.

Гипертоническая болезнь.

Повышение систолического давления связано со снижением эластичности стенок артерий, со склерозированием их, с увеличением пульсового давления.

Особенности: с возрастом частота заболевания увеличивается.

Обычны: стёртость, скудность симптомов, неярко выраженная клиника (может быть головокружение, шум в ушах, нарушение равновесия, сильная головная боль бывает редко).

При гипертонии больше % *осложнений*: инсульт, инфаркт, застойная сердечная недостаточность, ХПН, кризы, носовые кровотечения.

Гипертонические кризы протекают тяжелее, могут сопровождаться расстройством мозгового кровообращения и сердечной недостаточностью. Часто встречаются ортостатические реакции.

Диагностика: измерение артериального давления, ЭКГ, осмотр глазного дна, холестерин крови.

Лечение немедикаментозное: прекратить курение, снизить массу тела, ограничить приём соли (не более пяти граммов в сутки), усилить физическую активность, снять эмоциональное напряжение, сократить употребление животных жиров.

Особенности лечения: постепенное снижение АД (не более, чем на 30%), начинать с небольших доз, следя за переносимостью. Избегать резерпиноподобные препараты, вызывающие тревогу, депрессию, паркинсонизм.

Не рекомендуется клофелин: вызывает запоры, резкое падение АД до коллапса, сонливость, сухость во рту.

Рекомендуются: В-блокаторы, диуретики, антагонисты ионов кальция, ингибиторы АПФ. Лечение длительное, дозы меньше на 1\2, возможна комбинация препаратов (учитывая сопутствующую патологию). В-блокаторы не рекомендуются при бронхиальной астме, выраженной сердечной недостаточности, брадикардии. Ингибиторы АПФ могут вызвать сухой кашель, нифедипин—тахикардию и отёки.

Особенности гипертонических кризов: часто отсутствует внезапное начало, криз развивается постепенно, в течение нескольких часов; часто криз сопровождается головокружением, тошнотой, рвотой; часто нарушается зрение: мушки, туман, сетка перед глазами; часто развивается сонливость, заторможенность; часто сопровождается болями в сердце- сжимающего, давящего характера, сердцебиением , перебоями ,одышкой; склонны к затяжному течению.

Лечение криза: АД снижается постепенно, коринфар даётся под язык, затем вводится парэнтерально фуросемид, особенно при мозговой симптоматике, затем вводится раствор дибазола и (или) раствор сернокислой магнезии.

Атеросклероз сосудов.

Атеросклероз сосудов - это системное заболевание, связанное с отложением липопротеинов низкой плотности на внутренних стенках

артерий. Таким образом, на внутренних стенках сосудов образуются холестериновые бляшки, которые затрудняют артериальный кровоток.

Проявлением атеросклероза сосудов головного мозга является извитость и выпуклость сосудов в височной области. Атеросклеротическая бляшка сместившаяся с своего места и попавшая в системный кровоток может стать причиной инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового кровообращения. В связи с этим лечение атеросклероза является профилактикой грозных осложнений, которыми являются инфаркт и инсульт.

Лечение атеросклероза включает в себя соблюдение диеты с уменьшением животных жиров, яиц, сыра, колбасных изделий. Сливочное масло заменить растительным маслом. Употребление в пищу овощей и зелени создает условия для снижения уровня холестерина в крови.

Медикаменты: холестирамин, вазилип, статины, никотиновая кислота, витамины групп: А , В ,С, препараты из чеснока, антиагреганты: аспирин, курантил , тромбоасс , кардиомагнил, улучшающие реологические свойства крови.

Вопросы для закрепления.

- 1.Что такое ИБС?
2. Причины и факторы риска возникновения ИБС?
3. Что такое инфаркт миокарда?
4. Определение гипертонической болезни.
5. Что такое гипертонический криз и неотложная помощь при кризе?
6. Немедикаментозное лечение гипертонии.
- 7.Какие хронические лейкозы вы знаете?
8. Что изучает гематология?
9. Изменения в анализе крови при В₁₂ дефицитной анемии?

Задание на дом : подготовить краткий конспект по лекции.

Теоретическое занятие №3 Болезни органов дыхания у гериатрических пациентов.

План лекции.

1. Возрастные особенности бронхо - лёгочной системы.
2. Особенности хронического бронхита у пациентов пожилого возраста.
3. Бронхиальная астма у пожилых людей , особенности течения.
4. Особенности течения пневмоний у пациентов старческого возраста.
5. Сестринский уход за пациентами с заболеваниями бронхо-легочной системы.

Возрастные особенности бронхо - лёгочной системы.

В преклонном возрасте ухудшается подвижность грудной клетки (окаменение хрящей, атрофия грудных мышц), снижается подвижность грудной клетки, уменьшается жизненная ёмкость лёгких. Из-за атрофии слизистой бронхов нарушается дренажная функция бронхов, развивается застой, нарушается вентиляция лёгких. К застою часто присоединяется инфекция. Отмечается снижение кашлевого рефлекса, снижение массы лёгких, развивается пневмосклероз, старческая эмфизема.

Особенности пневмонии у пожилых.

Пневмония у пожилых встречается чаще, чем у молодых, летальность, от неё выше.

Ухудшается течение вследствие наличия сопутствующих заболеваний, снижения физической активности (постельный режим), что ухудшает лёгочную вентиляцию и способствует застою. Длительное медикаментозное лечение ухудшает иммунитет, развиваются осложнения лекарственной терапии.

Особенности клиники.

Развитию болезней дыхательной системы способствует длительный постельный режим. Часто пневмония протекает атипично: слабо выражена

температурная реакция, отсутствует озноб и боль в грудной клетке, кашель может отсутствовать или появляется через 5-6 дней. У пневмонии в этом возрасте нет острого начала, она развивается после ОРВИ и часто даёт серьёзные осложнения (абсцесс, плеврит, сепсис). Рассасывание идёт долго. В клинической картине преобладают общие симптомы: слабость, потеря аппетита, снижение физической активности. Одышка появляется или усиливается (что может быть одним из проявлений пневмонии), течение как правило тяжёлое. При пневмонии отмечаются изменения в ЦНС (сонливость, заторможенность, спутанность сознания), ухудшается течение сопутствующих заболеваний. Хрипов в лёгких может не быть в начале заболевания. Они могут появиться на 4-5 день болезни. Хрипы также могут быть проявлением пневмосклероза. Помогает в диагностике появление цианоза губ, учащенного поверхностного дыхания и симптомов дыхательной недостаточности.

В анализе крови: незначительный лейкоцитоз или норма, СОЭ немного ускорена или в норме. Помогает в диагностике рентгеновское исследование.

Лечение: антибиотики пенициллинового ряда, макролиды, цефалоспорины в достаточных дозах,отхаркивающие и муколитики (АЦЦ, амброксол, мукалтин, лазалван, термопсис).При бронхиальной обструкции применяются бронхолитики (эуфиллин).При дыхательной недостаточности проводится оксигенотерапия, при сердечной недостаточности вводят кардиотоники и сердечные средства. При улучшении состояния— физиолечение, электрофорез, массаж, ЛФК. Диспансерный учёт в течение двух лет.

Особенности хронического бронхита.

Это наиболее часто встречающееся заболевание бронхолёгочной системы в преклонном возрасте. Ему способствуют длительное курение, снижение иммунитета, анатомо-физиологические особенности лёгких и грудной клетки, профвредности, сопутствующие заболевания.

Клиника. Вначале кашель с небольшим количеством мокроты, затем количество её увеличивается и может приобретать гнойный характер. Часто к этим симптомам присоединяются обструкция, (отёк, гиперсекреция слизи, бронхоспазм. При обострении бронхита вовлекаются в воспаление преимущественно мелкие бронхи, преобладает одышка, цианоз, дыхание с удлинённым выдохом с участием вспомогательной мускулатуры, сухие свистящие хрипы на фоне жесткого дыхания, кашель с плохо отходящей мокротой. Характерно быстрое присоединение симптомов дыхательной недостаточности и развитие хронического лёгочного сердца. Бронхиты у пожилых часто идут без температуры, склонны к затяжному течению и к переходу в хронические. При остром бронхите и обострении хронического бронхита, протекающего с повышением температуры назначают антибиотики, при гнойной мокроте и обструкции—бронхолитики и муколитики. В этом случае эффективен небулайзер.

Больным необходимо проветривание помещения, полноценное питание, богатое витаминами, белками, ЛФК, массаж.

В старости чаще развивается туберкулёз, онкозаболевания, поэтому так важно флюорографическое исследование для выявления этих скрыто протекающих заболеваний.

Бронхиальная астма.

В последние годы есть тенденция к увеличению заболеваемости бронхиальной астмой у пожилых.

Особенности: в этом возрасте бронхиальной астме часто сопутствуют другие заболевания, что ухудшает её течение, особенно заболевания сердечно-сосудистой системы и пищеварения. Провоцируют её вирусные инфекции, длительное курение, профвредности. У таких больных рано развивается лёгочное сердце. В клинической картине на первом плане будет не приступ удушья, а одышка и кашель, что затрудняет дифдиагностику с хроническим бронхитом.

Больные жалуются на приступ удушья ,сопровожающийся приступообразным надсадным кашлем с выделением небольшого количества вязкой трудноотделяемой стекловидной мокроты. Затем появляется одышка с затрудненным выдохом (эспираторная). Дыхание становится шумным, сопровождается «дистанционными» хрипами жужжащего и свистящего характера. Больной принимает вынужденное положение - ортопноэ: сидя с наклоном вперед, опираясь руками на край кровати или колени.

План сестринских вмешательств: наблюдение и уход за больным, подготовка больного к дополнительным исследованиям, выполнение врачебных назначений, оказание экстренной помощи при возникновении неотложных состояний, обеспечение консультаций других специалистов, обучение пациента и его родственников правильному использованию средств контроля и доставки лекарств, участие в диспансерном наблюдении.

Реализация сестринских вмешательств: осуществление ухода за больными – влажная уборка палаты, своевременная смена белья, дезинфекция плевательниц, поворачивание больного в постели, кормление больного.

Наблюдение за больным – подсчет частоты дыхания, пульса, измерения АД, контроль общего состояния, физиологических отпавлений с регистрацией полученных данных в сестринской истории болезни. Медицинская сестра готовит больного к рентгенологическому обследованию, бронхоскопии, проводит забор крови, мочи для лабораторного исследования, выполняет назначению врача. В обязанности медицинской сестры входит информирование пациента и его родственников о природе заболевания, профилактике его обострений, обучение правильному использованию средств контроля и доставки лекарств.

Методы исследования : Общий анализ крови – лейкоцитоз , ускоренная СОЭ, эозинофилия . Анализ мокроты - большое количество эозинофилов, кристаллы Шарко - Лейдена (продукты распада эозинофилов), спирали Куршмана («слепки бронхов»).

Рентгенография легких: повышенная воздушность легочной ткани.

Пикфлоуметрия - резкое снижение пиковой скорости выдоха, увеличение остаточного объема легких.

Лечение: используются глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), бронхолитики, муколитики.

При сочетании бронхиальной астмы с ИБС целесообразно умеренное бронхорасширение антагонистами ионов кальция, а не В-блокаторами, которые вызывают бронхоспазм.

В лечении применяют ЛФК, массаж, физиолечение, лечение в соляных шахтах, фитотерапия, санаторно-курортное лечение.

Вопросы для закрепления.

1) Возрастные особенности дыхательной системы, их роль в формировании патологии.

2) Особенности возникновения течения и клинической картины пневмонии у пожилых людей.

3) Возможные осложнения, признаки дестабилизации состояния.

4) Принципы диагностики, лечения и реабилитации пневмонии у пожилых пациентов.

5) Хронический бронхит у пожилых людей, принципы лечения, реабилитации.

6) Особенности течения бронхиальной астмы, принципы лечения, реабилитации, профилактики бронхиальной астмы.

7) Потребности и проблемы лиц старших возрастных групп с заболеваниями органов дыхания.

8) Перечислите методы исследования органов дыхания.

Задание на дом. Подготовить краткий конспект к практическому занятию. Алгоритм использования карманного ингалятора.

Алгоритм подачи увлажненного кислорода.

Теоретическое занятие №3 Лечение системы пищеварения у пациентов пожилого старческого возраста.

План лекции:

1. Возрастные особенности пищеварительной системы
2. Дивертикул пищевода.
3. Хронический гастрит и язвенная болезнь у пожилых
4. Болезни желчевыводящих путей.
5. Запоры у пациентов старческого возраста.

1. Возрастные особенности пищеварительной системы

При старении отмечается атрофия слюнных желёз, потеря зубов, атрофия слизистых оболочек, снижение кислотности желудочного сока, атрофия мышц кишечника, нарушение всасывания, дисбактериоз. Характерна множественность поражения ЖКТ.

2. Дивертикул пищевода.

Дивертикул — это ограниченное грыжеподобное выпячивание стенки пищевода, которое сообщается с его просветом.

Этиология: пороки развития эмбриона, врожденная гипотония мышц, травмы слизистой оболочки пищевода, позвоночника, воспалительные процессы в пищеводе и окружающих органах, инволюционные изменения тканей пищевода.

Механизмы возникновения:

- а) врожденные, приобретенные;
- б) истинные, ложные;

Осложнения: дивертикулит, эзофагит, хронический бронхит, аспирационная, в том числе деструктивная, пневмония, плеврит, кровотечение, перфорация, медиастинит, полипоз, рак.

В пожилом и старческом возрасте дивертикулы пищевода часто клинически ни как не проявляются, а обнаруживают их только при

появлении осложнений. В них может застаиваться пища, срыгивание которой у пожилых пациентов нередко приводит к развитию аспирационной пневмонии.

Диагностика- рентгенография , эндоскопия с биопсией.

Лечение-При возникновении осложнений (*перфорация, кровотечение, свищи, полипоз, рак*) показано оперативное лечение, которое заключается в ушивании или удалении дивертикула (при размерах более 2 см). Во всех остальных случаях у лиц пожилого и старческого возраста лучше по возможности ограничиться консервативной терапией, так как риск оперативных вмешательств у них очень высок. Консервативная терапия включает в себя дробное питание, прием пищи в теплом, протертом виде, исключение алкоголя, холодной и грубой пищи. Перед едой рекомендуют выпивать 1 ст. ложку растительного масла, после еды — 100—200 мл теплой минеральной воды, а также использовать постуральный дренаж. При больших размерах дивертикула показано периодическое промывание его полости растворами фурацилина, калия перманганата или теплой водой.

3.Хронический гастрит и язвенная болезнь у пожилых

Наиболее распространённое заболевание — *хронический гастрит*. Заболевание протекает чаще стёрто, имеет хроническое течение. Хронический гастрит в этом возрасте—атрофический, с снижением кислотности. Ему способствует приём лекарственных препаратов: группа НПВС.

Характерны следующие симптомы: снижение аппетита, тяжесть в желудке, отрыжка - иногда тухлым, тошнота ,вздутие и урчание в животе, склонность к жидкому стулу. Низкая кислотность способствует анемии и онкопатологии. Обследование—ФГС.

Язвенная болезнь—чаще встречается в желудке, но может быть сочетанной. Ей способствует ухудшение микроциркуляции в слизистой

оболочке желудка (склероз сосудов). Характерна стёртость клиники, возможны немые язвы, которые выявляются по осложнениям. Нет чёткой связи болей с приёмом пищи.

Осложнения бывают чаще. Это—кровотечения, перфорация, пенетрация, стеноз, малигнизация.

Анемия расценивается как первый симптом язвы. Нередки лекарственные язвы(от приёма НПВС, резерпина, глюкокортикоидов, аспирина. Язва дна желудка чаще перерождается в рак. Язвы более обширные по площади, но при лечении они быстрее рубцуются из-за снижения кислотности.

Лечение: Антибактериальные препараты: амоксициллин , клацид. Препараты висмута – Де-нол , Ингибиторы протонной помпы- омез, париет.

Антациды- алмагель , смекта.

Гемостатические препараты в случае кровотечения – транексам, викасол , этамзилат, аминокaproновая кислота.

4.Болезни желчевыводящих путей.

Это *хронический холецистит, желчно- каменная болезнь*. Снижение моторики способствуют застою желчи, быстрее присоединяется инфекция.

Хронические панкреатиты имеют стёртое малосимптомное течение. В пожилом возрасте чаще встречается раковые опухоли различных отделов ЖКТ, должна быть онконастороженность.

Больные жалуются: на боли в эпигастральной области и в правом подреберье, усиливающиеся при погрешности в диете.

Лечение :

- Стол №5, исключается острое , консервы, жирное, жареное.
- Антибиотики.
- Противопаразитарные.
- Желчегонные.
- Холекинетики.

- Спазмолитики.

Престарелые пациенты часто страдают дисбактериозом, при этом уменьшается количество молочнокислых бактерий и увеличивается количество гнилостных бактерий.

Запоры у пациентов старческого возраста.—типичная проблема пожилых.

Ему способствуют: атрофия мышц кишечника , затруднение оттока желчи, неправильное питание(мало клетчатки), малоподвижный образ жизни, дефицит жидкости в организме, болезни прямой кишки(рак, трещины , геморрой , колит, микседема) , приём некоторых лекарств(альмагель, мочегонные, антагонисты ионов кальция, клофелин).

Лечение запоров у гериатрических больных

-Лечебное питание с повышенным количеством пищевых волокон.

-Достаточное количество жидкости. Натощак принять 1 стакан холодной воды.

-Употребление хлеба с отрубями, печенья с отрубями.

-ЛФК, направленное на укрепление брюшного пресса: ходьба, прогулки перед сном.

-Лечение дисбактериоза: колибактерин, хилак-форте.

-Слабительные средства: регулакс (инжир, чернослив, курага с мёдом, лист сенны), гутталакс(10-20 капель перед сном, постепенно уменьшая дозу до 3-5 капель).

-Клизмы—не чаще одного раза в неделю.

-Фитотерапия: алоэ , кора и ягоды крушины, корень ревеня , картофельный сок, морская капуста.

-Минеральные воды: Ессентуки-17, Смирновская , Славянская(по одному стакану комнатной температуры 3 раза в день.

Они стимулируют перистальтику.

Больным противопоказано применение холинолитиков. Хороший эффект даёт местное санаторно-курортное лечение.

-Из антацидов лучше использовать маалокс (даёт слабительный эффект). При печеночной колике используют спазмолитики: баралгин, но-шпа.

Вопросы для закрепления.

1) Возрастные особенности пищеварительной системы, их роль в формировании патологии.

2) Понятие о дивертикулах пищевода у пожилых

3) Особенности возникновения, течения, клинической картины хронических гастритов, язвенной болезни, рака желудка и кишечника у лиц пожилого и старческого возраста.

4) Проблема нарушения перистальтики кишечника и запоров в гериатрии.

5) Принципы диагностики, лечения, реабилитации, профилактики заболеваний ЖКТ у пожилых.

6) Особенности подготовки пациентов к лабораторно-инструментальным методам исследования в гастроэнтерологии у пожилых и старых людей.

7) Потребности пожилых и старых пациентов с заболеваниями ЖКТ.

8) Уход за пациентами пожилого и старческого возраста с заболеваниями органов пищеварения, основные клинические симптомы, динамика, подготовка исследованием, диетотерапия, медикаментозное лечение, профилактика осложнений.

Задание на дом. Подготовить краткий конспект к практическому занятию данную тему.

И по следующим вопросам: подготовка пациента к Узи, ФГДС исследованию. Алгоритм проведения желудочного зондирования.

Алгоритм проведения очистительной клизмы.

Теоретическое занятие №5 Болезни почек и мочевыводящих путей у пациентов пожилого и старческого возраста.

План:

1. Возрастные особенности пищеварительной системы.
2. Предстательная железа
3. -Аденома простаты.
4. -Недержание мочи
5. -МКБ-
6. Хроническая почечная недостаточность (ХПН)
7. Пиелонефрит (острый и хронический).

1. Возрастные особенности пищеварительной системы.

Мочеточники в глубокой старости расширяются и удлиняются, нарушается их сократительная способность.

Мочевой пузырь уменьшается в объеме, его стенки уплотняются, становятся менее эластичными, они хуже растягиваются. Сократительная способность сфинктеров мочевого пузыря понижается, может даже развиваться атония (слабость) мочевого пузыря. Учащаются позывы к мочеиспусканию, причем как днем, так и ночью. Значительно снижается тонус мышц малого таза и сфинктера мочевого пузыря, что ведет к недержанию мочи.

У пожилых и старых женщин иногда наблюдается частичное **недержание мочи**: при кашле, смехе, чихании, поднятии тяжести.

Предстательная железа (простата) у мужчин несколько увеличивается к 60 годам. У пожилых мужчин нередко вокруг **мочеиспускательного канала** формируется аденома простаты (доброкачественная опухоль), она сдавливает мочеиспускательный канал и вызывает задержку мочи.

-Аденома простаты.

В моче –лейкоцитурия или выраженная пиурия. Затруднён акт мочеиспускания: часто, малыми порциями, недержание мочи, присоединение инфекции. Для лечения аденомы простаты с успехом применяется простамол. При затруднении мочеиспускания или задержке отхождения мочи производится катетеризация.

-Недержание мочи , частая патология пожилых.

Причины: хронические заболевания воспалительного характера, аденома простаты, фибромиома тела матки, атрофия мышц брюшного пресса, малого таза у женщин, атрофия сфинктеров и мышц мочевого пузыря. Лечение недержания: палаты с санузлами, ограничение приёма жидкости во второй половине дня, но диурез в сутки не должен быть менее одного литра, рекомендуется использовать памперсы.

-МКБ-у пожилых клиника стёртая.

Может сопровождаться приступами почечной колики (с этого проявления заболевания быстро присоединяется инфекция). Диета при этом заболевании зависит от состава конкрементов.

Если соли-ураты, то нужно ограничить мясо, рыбу, алкоголь.

Если соли оксалаты—ограничить помидоры, картофель, салат, шпинат, шоколад, чай , щавель

Если фосфаты—ограничить молочные продукты. Хороши минеральные воды: Борисовская, Эссентуки, Смирновская.

Санаторно-курортное лечение местное.

Хроническая почечная недостаточность (ХПН)

ХПН возникает в результате многих заболеваний и характеризуется прогрессирующим, необратимым повреждением нефронов и почечных клубочков.

Основным методом лечения ХПН является хронический гемодиализ, с помощью которого проводится внепочечное очищение крови.

Метод основан на диффузии крови через полупроницаемую мембрану мочевины, креатинина, мочевой кислоты и других веществ, задерживающихся в крови при уремии.

Перитонеальный диализ чаще проводится пожилым пациентам, страдающим терминальной почечной недостаточностью. При этом методе лечения в брюшную полость вводится специальный диализирующий раствор, в который диффундируют вещества из крови.

Трансплантации почки – самый эффективный метод лечения ХПН, однако в пожилом возрасте практически не применяется из-за большого количества осложнений.

Пиелонефрит (острый и хронический).

Острый пиелонефрит – инфекционно-воспалительный процесс с поражением чашечно-лоханочной системы, канальцев и интерстициальной ткани почки.

Хронический пиелонефрит – хронический неспецифический инфекционно-воспалительный процесс с поражением чашечно-лоханочной системы, канальцев и интерстициальной ткани с последующим вовлечением клубочков и сосудов почек.

Этиология: Заболевание вызывается различными видами инфекции (Бактериальная вирусная, грибковая инфекция и т.д.). Наиболее часто инфекция попадает в почку гематогенным и восходящим (уриногенным) путями.

Клиническая картина острого пиелонефрита.

Больных с острым пиелонефритом беспокоят боли ноющего характера в поясничной области, нередко с иррадиацией в область мочевого пузыря, бедро; выделение мутной мочи с неприятным запахом; повышение температуры до 40°C; озноб, пастозность лица, голеней; слабость, головная боль, иногда бывают дизурические явления (нарушения мочеиспускания).

При осмотре обращает на себя внимание бледность кожи и видимых слизистых, незначительные отеки ног, пастозность лица. Моча мутная с хлопьями.

При поколачивании поясничной области (симптом Пастернацкого) отмечается болезненность на стороне поражения.

Клиническая картина хронического пиелонефрита.

Характерны периоды обострений и ремиссий

При обострении хронического пиелонефрита симптоматика та же, что и при остром пиелонефрите, но менее выраженная (температура тела 37,5° – 39°С, отсутствует пиурия, боли в поясничной области не выражены)

При ремиссии в анализе мочи может сохраняться незначительная лейкоцитурия

Диагностика.

Применяют следующие методы диагностики:

1. общий анализ мочи (лейкоцитурия, иногда эритроцитурия, протеинурия, бактериурия)
2. общий анализ крови (лейкоцитоз, повышение СОЭ);
3. исследование мочевого осадка (проба Нечипоренко)
4. бактериологическое исследование мочи;
5. биохимический анализ крови с определением уровня остаточного азота, креатинина и мочевины;
6. рентгенологическое исследование почек (изменение размеров почек, деформация чашечек и лоханок, нарушение тонуса мочевыводящих путей);

Принципы лечения.

Лечение острого и обострения хронического пиелонефрита включает госпитализацию, постельный режим, диету и медикаментозную терапию.

Диета.

Необходимо исключать из рациона острые блюда и специи, кофе, алкогольные напитки, мясные и рыбные бульоны. В то же время пища должна быть витаминизированной и достаточно калорийной. Можно

употреблять практически все фрукты и овощи, особенно содержащие много калия, а также яйца, отварное нежирное мясо и рыбу, молоко и молочные продукты. Кроме того, необходимо выпивать достаточное количество жидкости (около 2 л-3л в сутки), чтобы предупредить чрезмерную концентрацию мочи и для промывания мочевыводящих путей.

Медикаментозное лечение.

Основой в лечении острого и обострения хронического пиелонефрита является антиинфекционная терапия, при этом выбор препаратов проводится с учетом вида и чувствительности возбудителя к антибиотикам. В качестве этиотропной терапии назначаются антибиотики (амоксиклав), фторхинолоны (офлоксацин, ципрофлоксацин), уросептики (нитроксалин, палин), в комплексном лечении острого и хронического пиелонефрита определенную роль занимает фитотерапия (клюква, брусника).

Профилактика.

Главное направление профилактики хронического пиелонефрита – устранение возможных причин:

- своевременная диагностика и активное лечение острых инфекций мочеполового тракта (уретрит, цистит, острый пиелонефрит, аднексит);
- санация хронических инфекционных очагов (хронический аппендицит, тонзиллит);
- устранение местных изменений мочевых путей, которые могут нарушать уродинамику (лечение мочекаменной болезни, ликвидация стриктур и перегибов мочеточников);
- нормализация иммунного статуса для улучшения противоинфекционной защиты организма.

Вопросы для закрепления.

- 1 Перечислите причины воспалительных заболеваний почек?
- 2 Какие предрасполагающие факторы способствуют развитию пиелонефритов?

3 Что такое фитоуросептики?

4 Какая проблема будет приоритетной для пациента при остром пиелонефрите?

5 Первая помощь при острой задержке мочи.

6 Возрастные особенности мочевыделительной системы.

Задание на дом.

Подготовить краткий конспект по данной теме.

Теоретическое занятие №6 Заболевания эндокринной системы у гериатрических пациентов.

План :

- 1.Эпидемиология сахарного диабета.
- 2.Понятие "сахарный диабет".
- 3.Классификация сахарного диабета.
- 4.Клинические проявления диабета I и II типа, возможные проблемы пациентов.
5. Принципы диагностики сахарного диабета.
- 6.Осложнения сахарного диабета.
7. Острые осложнения сахарного диабета: гипо- и гипергликемическая комы. Предрасполагающие факторы. Характерные симптомы, принципы неотложной помощи.
- 8.Принципы лечения диабета и ухода за больными.
- 9.Диетотерапия при сахарном диабете.

Сахарный диабет (СД) — это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является результатом дефектов секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Заболеваемость СД постоянно растет

В промышленных странах она составляет до 6—7% всего населения. Для повышения эффективности профилактики и лечения СД комитет экспертов ВОЗ в 1999 г. утвердил новую классификацию и диагностические критерии болезни.

Инсулинзависимый СД 1-го типа (аутоиммунный, идиопатический) развивается вследствие деструкции β -клеток поджелудочной железы, обычно приводящей к абсолютной инсулиновой недостаточности. СД 1-й тип возникает у молодых, в возрасте до 20 лет.

При инсулиннезависимом СД 2го типа развиваются дефект секреции инсулина и резистентность тканей к инсулину, которые имеются у каждого больного, но в разных соотношениях. Развивается СД 2-го типа в возрасте старше 40 лет. При СД 2-го типа нарушена чувствительность клеток организма к инсулину. Сахарный диабет 2-го типа развивается при болезнях печени, когда начинает вырабатываться в избытке инсулиназа — ингибитор инсулина; болезнях поджелудочной железы с гиперпродукцией глюкагона, ожирении, атеросклерозе, ИБС, несбалансированном питании.

К другим типам сахарного диабета относятся: генетические дефекты функции β -клеток, генетические дефекты в действии инсулина, болезни экзокринной части поджелудочной железы (панкреатит, травма, панкреатэктомия, неоплазии, кистозный фиброз, гемохроматоз), гестационный сахарный диабет (диабет беременных) и др.

Клиника. Зависит от: типа сахарного диабета (первичный, инсулиннезависимый, 1-й тип; вторичный, инсулиннезависимый, симптоматический, 2-й тип; другие типы СД), тяжести заболевания (легкий — нет микро- и макрососудистых осложнений; средней тяжести — диабетическая ретинопатия 1-й степени, диабетическая нефропатия на стадии микроальбуминурии, диабетическая полинейропатия; тяжелый — диабетическая ретинопатия 2—3 степени, диабетическая нефропатия с протеинурией или ХПН, макроангиопатии (ИБС, сердечная недостаточность, синдром диабетической стопы и др.), состояния компенсации (компенсация, субкомпенсация, декомпенсация), осложнений инсулинотерапии (анафилактический шок, местная аллергическая реакция, инсулинорезистентность), осложнений заболевания (кетацидоз, диабетическая кома, гипогликемическое состояние, гипогликемическая кома; микро- и макроангиопатии, нейропатии; энтеропатия, гепатопатия, катаракта, остеоартропатия).

В течении сахарного диабета различают три стадии: преддиабет, скрытый диабет (нарушенная толерантность к глюкозе) и явный диабет.

Преддиабет — стадия, которая современными методами исследования не выявляется. Это преимущественно лица с отягощенной наследственностью, женщины, родившие ребенка весом 4,5 кг и более, пациенты с ожирением. Больные со скрытым диабетом жалоб не предъявляют. Скрытый диабет выявляют с помощью пробы с сахарной нагрузкой (тест толерантности к глюкозе). Тест проводится утром натощак на фоне 3-дневного неограниченного питания и обычной физической нагрузки. После забора крови натощак в течение не более 5 мин выпивается 75 г глюкозы в 200 мл воды. У здоровых лиц содержание сахара в капиллярной крови (из пальца) натощак и через 2 ч после сахарной нагрузки составляет соответственно: меньше или равно 5,5 и меньше 7,8 ммоль/л; у пациентов с гипергликемией натощак и через 2ч — больше или равно 5,6, но меньше 6,1 и меньше 7,8 ммоль/л; у лиц с нарушенной толерантностью к глюкозе натощак и через 2ч — больше или равно 5,6, но меньше 6,1 и больше или равно 7,8 и через 2 ч меньше 11,1 ммоль/л; у больных сахарным диабетом натощак и через 2ч — больше или равно 6,1 и больше или равно 11,1 ммоль/л.

При явном диабете в состоянии компенсации жалобы у пациентов, как правило, отсутствуют.

В состоянии *субкомпенсации и декомпенсации* жалобы полиморфны. Больные отмечают сухость во рту, жажду, полиурию, иногда полифагию, похудание, зуд кожи, зуд промежности, плохой сон, повышенную утомляемость, головную боль, снижение зрения, снижение чувствительности пальцев рук, парестезии. При длительном течении сахарного диабета в состоянии субкомпенсации, когда лечение не проводится или лечение проводится неадекватно, развиваются поздние осложнения — микроангиопатии, макроангиопатии и др.

Кожа становится сухой, появляется румянец на щеках, развиваются атрофия мышц, похудание, фурункулез, нарушение зрения. На коже голени появляются плотные, безболезненные округлой формы красноватые

фиолетовые узелки, склонные к росту и образованию бляшек восковидного цвета. В центре бляшки кожа атрофирована, некротизируется, изъязвляется. Наряду с этим отмечаются вывихи, подвывихи, деформация суставов кистей и стоп; увеличение печени; боли, онемение, зябкость, парестезии в руках, ногах; снижение чувствительности, мышечной силы; язвы, нарушение зрения, гангрена нижних конечностей, ХПН. При длительной суб- и декомпенсации сахарного диабета развивается диабетический кетоацидоз.

Причины кетоацидоза: лечение диабета неадекватно малыми дозами инсулина, избыточное потребление углеводов, голодание, инфекции, интоксикации, беременность и роды. Иногда сахарный диабет впервые устанавливается по наличию симптомов кетоацидоза. Развивается кетоацидоз постепенно, в течение часов и дней. Нарастает слабость, появляется и усиливается головная боль, снижается аппетит, усиливаются сухость во рту, жажда, появляются тошнота, редко рвота, разлитые боли в животе, судорожные подергивания отдельных мышечных групп. При осмотре кожа сухая, бледная. Гипотония глазных яблок. Запах ацетона изо рта. Дыхание везикулярное. ЧДД 16—18. Пульс учащен. Тахикардия. Язык сухой. Живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

В крови: лейкоцитоз, гипергликемия; в моче: гликозурия, ацетонурия. Если лечение своевременно не начато, симптоматика меняется. Появляется рвота, которая становится многократной, не облегчает состояния больного. Боли в животе усиливаются до острых, симптомы раздражения брюшины (псевдоперитонит). Нарастает слабость, вялость, сонливость. Больные становятся безучастными, адинамичными. Сознание спутанное. В некоторых случаях у молодых пациентов может быть эйфория. Далее наступает сопор, потеря сознания и диабетическая кома. При диабетической коме кожа бледная, сухая. Глаза запавшие, зрачок узкий, черты лица заострены, тургор кожи резко снижен. Тоны сердца глухие. Пульс мягкий, частый, гипотония.

Язык сухой, покрыт коричневым налетом. Живот вздут, иногда напряжен. Могут быть явления перитонизма.

В крови высокий нейтрофильный лейкоцитоз, высокие цифры гемоглобина, эритроцитов за счет сгущения крови. Увеличение СОЭ. Гипергликемия до 15—50 ммоль/л, гиперазотемия, электролитные нарушения, кетонемия. В моче — гликозурия до 3—10%, кетонурия.

Сестринские диагнозы: жажда; сухость во рту; частое обильное мочеиспускание; слабость; кожный зуд; повышенный или пониженный аппетит; похудание.

Уход и лечение. Независимые, взаимозависимые и зависимые сестринские вмешательства при сахарном диабете должны быть направлены на все звенья патогенеза болезни и проводиться с учетом типа, тяжести течения, основных симптомов заболевания, состояния компенсации, побочных эффектов фармакотерапии, возможных осложнений с целью их предупреждения. Медицинская сестра обеспечивает: выполнение больным назначенных врачом двигательного режима и режима питания; своевременный и правильный прием лекарственных препаратов; контроль передач больному продуктов питания; контроль побочных эффектов лекарственной терапии; контроль АД, ЧД Д, пульса, массы тела и величины суточного диуреза; подготовку пациентов к лабораторным и инструментальным исследованиям (тест толерантности к глюкозе, гликемическая кривая, глюкозурический профиль, УЗИ поджелудочной железы и др.).

Также она проводит: беседы о значении режима и диеты в лечении сахарного диабета, о пользе правильного приема лекарственных средств; обучение больных правильному приему инсулина или сахароснижающих препаратов. Режим назначается свободный, диета № 9. Для предупреждения резких колебаний содержания сахара в крови питание больных диабетом должно быть дробным, не менее 4—6 раз в сутки. Частота приемов пищи зависит от числа приемов инсулина (прием пищи не позднее 15—20 мин

после введения инсулина). Рекомендуются продукты с грубой волокнистой клетчаткой, что способствует замедлению всасывания и утилизации углеводов. Состав суточного рациона: углеводов — 50—60%, белков — 20—25%, жиров — 15—20%. В пересчете на энергетическую ценность — 30 ккал на 1 кг веса тела при легком труде; 40—45 при труде средней тяжести, 50 и более при тяжелом труде. В настоящее время используют аминокислотные заменители сахара — сластилин, аспартам, сладекс, нутривит, которые в 100 раз слаще сахара, обладают минимальной калорийностью, не вызывают осложнений, не разлагаются при кипячении и не имеют побочных эффектов.

Лечение сахарного диабета 1-го типа Пациенты с впервые выявленным диабетом госпитализируются в эндокринологическое отделение, где проводится подбор адекватных доз инсулина. Различают препараты инсулина короткого, среднего и длительного действия. К препаратам короткого действия относятся обычный (простой) инсулин со сроком действия 4-6 ч и свиной инсулин (суинсулин) со сроком действия 6-7 ч. В группу инсулинов средней продолжительности действия входит суспензия цинк-инсулина аморфного («Семиленте») со сроком действия 10-12 ч, инсулин Б (срок действия 10-18 ч) и пр. К препаратам инсулина длительного действия относятся протамин-цинкинсулин (срок действия 24-36 ч), суспензия цинк-инсулина («Ленте»; срок действия до 24 ч), суспензия цинк-инсулина кристаллического (или «Ультраленте» со сроком действия 30-36 ч). Большинство больных принимают препараты инсулина пролонгированного действия, так как они действуют относительно равномерно в течение суток. Начальная доза инсулина короткого действия составляет 0,5—1,6 ЕД/кг массы тела в сутки. Через 15—30 мин после введения инсулина короткого действия пациенту надо поесть, а через 1,5—2 ч — выпить стакан кефира или молока и съесть кусок хлеба. В целях достижения стойкости компенсации углеводного обмена в течение суток проводится интенсивная инсулинотерапия: многократные инъекции инсулина с использованием

шприцев-ручек, микродозаторов инсулина, обеспечивающих постоянное введение инсулина под кожу по заданной программе. Критериями эффективности инсулинотерапии сахарного диабета являются: гликемия натощак 5—7 ммоль/л, гликемия в течение дня — 9—11 ммоль/л, отсутствие гликемических реакций (кетоацидоз, гипогликемическое состояние).

Лечение сахарного диабета 2-го типа Строго по назначению врача используются сахароснижающие препараты: Препараты сульфаниламочевины: глибенкламид (манинил, даонил, глюкобене, эуглюкон), микроионизированная форма манинила, гликвидон (глюренорм, бигликор), гликлазид (минидаб, глибенез, антидаб), глипизид (минидаб, глибенез, антидаб). Перечисленные препараты ПСМ принимают за 30 мин до еды 2 раза в день. Продолжительность действия препаратов составляет 10—12 ч. Препараты пролонгированного действия (действие до 24 ч, прием 1 раз/сут.): глюкотрол Х, глимепирид (амарил). Бигуаниды. Основные механизмы действия: снижение периферической инсулинорезистентности, подавление глюконеогенеза в печени. Применяется метформин (сиофор, глюкофаж). Побочные эффекты: диспептический синдром, лактацидоз (крайне редко), аллергические реакции. Фитотерапия сахарного диабета проводится в дополнение к фармакотерапии и включает чернику (лист, цветы, ягоды), створки фасоли, листья грецкого ореха, овес (зерно с отрубями), бруснику (листья, ягоды), женьшень, элеутерококк.

Сестринские вмешательства

1. Обеспечить строгое соблюдение диеты N° 9, исключить раздражающую острую, сладкую и соленую пищу
2. Осуществлять уход за кожей, полостью рта, промежностью
3. Обеспечить выполнение программы ЛФК
4. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты в течение 30 мин 3 раза в день
5. Обеспечить наблюдение за пациентом (общее состояние, пульс, АД, ЧДД, физиологические отправления, масса тела)

6. Своевременно и правильно выполнять назначения врача
7. Обеспечить психологическую поддержку пациенту.

Доврачебная помощь при гипогликемическом состоянии и гипогликемической коме

Гипогликемическое состояние: • Слабость, чувство тревоги, дрожь в руках, потливость, сильное чувство голода, спазмы в желудке, головная боль, двоение в глазах. В тяжелых случаях — возбуждение, дезориентация, оглушенность. Гипогликемическая кома: • Внезапная потеря сознания, гипертонус мышц, кожа бледная, влажная, пот; пульс слабый, частый, снижение АД, судороги; в крови уровень сахара меньше 3,3 ммоль/л.

Тактика медицинской сестры

1. Успокоить, создать удобное положение
2. Вызвать врача
3. Дать съесть не менее 5 кусков сахара или конфеты, выпить сладкий чай, булку, хлеб, печенье
4. Вызвать лаборанта
5. Обеспечить доступ свежего воздуха, дать увлажненный кислород
6. Провести массаж в области печени и крупных мышц
7. Обеспечить уход за кожей, слизистыми
8. Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД
9. Подготовить аппаратуру, инструментарий, медикаменты: — систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут; — 40%-ный раствор глюкозы, 0,9%-ный раствор хлорида натрия (500 мл), преднизолон, кислород.

Доврачебная помощь при гипергликемической (диабетической) коме • Кожа бледная, с серым оттенком, сухая, морщинистая, явления дегидратации, тонус мышц резко снижен, рука падает как «плеть». Дыхание

глубокое, шумное (Куссмауля), запах ацетона (гнилых яблок) изо рта, глазные яблоки мягкие, при надавливании остается «ямка», зрачок узкий, пульс частый, АД снижено, потеря веса.

Тактика медицинской сестры

1. Вызвать врача и лаборанта
2. Уложить на бок, придать устойчивое положение, подложить под рот лоток или салфетку, вынуть съемные зубные протезы
3. Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД
4. Определить уровень сахара в крови из пальца портативным глюкометром
5. Подготовить аппаратуру, инструментарий, медикаменты: • систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут; • раствор Рингера, 4%-ный раствор бикарбонат натрия, 5%-ный раствор глюкозы, 0,9%-ный раствор хлорида натрия, инсулин простой; кокарбоксылазу, аскорбиновую кислоту (5% - 5 мл в амп.); 1000 мл теплого 2%-ного раствора гидрокарбоната натрия для клизмы.

Вопросы для закрепления.

1. Определение СД 2 типа.
2. Клинические проявления диабета I и II типа, возможные проблемы пациентов.
3. Принципы диагностики сахарного диабета.
4. Осложнения сахарного диабета.
5. Острые осложнения сахарного диабета: гипо- и гипергликемическая комы. Предрасполагающие факторы. Характерные симптомы, принципы неотложной помощи.
6. Принципы лечения диабета и ухода за больными.
7. Диетотерапия при сахарном диабете.

Задание на дом: Подготовить краткий конспект по данной лекции.

Теоретическое занятие №7 Заболевание нервной системы органов чувств, опорно-двигательного аппарата в пожилом и старческом возрасте.

План:

1. Возрастные изменения опорно-двигательного аппарата.
2. Деформирующий остеоартроз(ДОА)
3. Варианты течения остеоартритов:
4. Остеопороз –течение заболевания у пожилых людей.

1. Возрастные изменения опорно-двигательного аппарата

Развивающиеся при старении изменения костной, хрящевой и мышечной тканей, сумочно-связочного аппарата проявляются чаще дистрофически-деструктивными нарушениями с преобладанием остеопоротических и гиперпластических процессов. Старение скелета четко коррелирует уменьшением роста человека, что происходит в основном за счет увеличения кривизны позвоночника, снижения высоты межпозвоночных дисков и суставного хряща.

Клинически старение опорно-двигательного аппарата чаще проявляется утомляемостью при ходьбе, периодическими ноющими тупыми болями в области позвоночника и суставов, нарушением осанки и походки, ограничением подвижности и болезненностью в позвоночнике и суставах. Наиболее характерно нарастающее разрежение костной ткани.

Изменения в костной и хрящевой ткани позвоночника более выражены, чем в конечностях. Снижается высота межпозвоночной щели, развиваются костно-хрящевые разрастания по краям тел позвонков и умеренный остеохондроз. У пожилых и старых людей остеохондроз позвоночника сочетается с узлами Шморля (до 25%) и спондилезом (около90%).

Клинически данные заболевания проявляются нерезко выраженными болями в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника и множеством висцеральных симптомов (кардиологические и др.).Отмечаются

болезненность в суставах при движениях и ограничение их подвижности, потеря опороспособности конечностей, хромота. По мере старения уменьшается сила мышц, они вялые, гипотрофичные, нечетко контурируются.

2. Деформирующий остеоартроз(ДОА)

ДОА -- это заболевание суставов, в основе которого лежит первичная дегенерация и деструкция суставного хряща с последующей пролиферацией костной ткани и развитием вторичного синовита. ДОА проявляется:

1. Потеря костной массы.
2. Изменение рельефа суставных поверхностей.
3. Субхондральный склероз гиалинового хряща.
4. Сужение суставной щели.
5. Истончение суставного хряща.
6. Истончение суставной сумки.
7. Уменьшение мышечной массы.

Способствуют развитию заболевания факторы:

1. Механическое повреждение хряща в процессе жизни
2. Генетические нарушения
3. Нарушения развития хряща в детстве.
4. Метаболические нарушения.
5. Возраст.
6. Пол -- у женщин с избыточной массой тела это заболевание встречается чаще
7. Физические нагрузки -- работа с опорой на колени, ходьба по лестнице, подъем тяжестей
8. Инфекции суставов.
9. Эндокринные нарушения.
10. Нервно-трофические нарушения.

Заболевание развивается незаметно. Поражаются в основном нагрузочные суставы позвоночника, крупные суставы нижних конечностей,

дистальные суставы кистей рук и стоп. Основными клиническими проявлениями ДОА являются боль и деформация суставов. Боли в пораженных суставах носят неоднородный характер, причины возникновения болей разнообразны. Боли могут быть незначительны, связанные с физической нагрузкой, могут усиливаться к вечеру, отмечается хруст в суставах.

Варианты течения остеоартритов:

- Медленно прогрессирующее течение(наиболее часто)
- Быстро прогрессирующее течение с выраженной деформацией суставов,приводящее к развитию функциональной недостаточности в течение 1,5-2 месяцев(встречается редко)
- Стабильная форма

Многообразие форм остеоартроза и высокая частота сопутствующей патологии диктуют необходимость учитывать их при выработке тактики лечения ДОА, т.е. предполагается разработка индивидуального подхода в лечении больныхс коррекцией общей терапии.

Лечение и особенности ухода:

Профилактика, направленная на замедление прогрессирования заболевания. Для разгрузки суставов применяется диетотерапия. Пациентам рекомендуют достаточное количество белка с равным содержанием животного и растительного происхождения. Норма углеводов соответственно возрасту со снижением легкоусвояемых углеводов, снижение количества натрия, достаточное количество витаминов, минералов.

Необходимо включать в рацион продукты сои, авокадо, они снижают разрушение хряща.

Разгрузочный режим предусматривает не только снижение веса, но и устранение длительных статических нагрузок, придание телу среднефизиологического положения, опора на трость, ношение надколенников при нестабильности суставов.

Медикаментозная терапия представлена двумя основными классами лекарственных препаратов:

1. симптоматические препараты немедленного действия;
2. препараты, структурно модифицирующие хрящ.

Медицинская сестра может рекомендовать следующие мероприятия:

1. Ходьба с опорой на трость
2. Мягкие стельки в обуви
3. Снижение массы тела
4. Ограничение физической нагрузки
5. Хирургические ортопедические операции
6. Применение биостимуляторов, витаминов и других геропротекторов
7. Аппликации бишофита, димексида, мазей отвлекающего действия, таких как: индометациновая, бутадионовая, а так же кремы: Софья, Ревматин, Аура, Франт, Тигровый глаз.

3. Остеопороз

Остеопороз - это заболевание, характеризующееся потерей костной массы, с нарушением её архитектоники, приводящее к повышенной хрупкости костной ткани.

Остеопороз является одной из причин страданий, инвалидности, снижения качества жизни и безвременной смерти пожилых людей

В основе заболевания лежит вымывание из костной ткани солей кальция, магния, фосфора и других микроэлементов. Нормальная масса кости может быть достигнута и сохранена рациональным питанием и адекватной физической нагрузкой, включением в рацион добавок кальция, отказом от пищевых пристрастий, курения. Главным фактором, стимулирующим всасывание кальция в тонком кишечнике, является активный метаболит витамина Д - кальцитриол. В его отсутствие только 10% кальция из кишечника усваиваются. Большое значение имеют также эстрогены и паратиреоидный гормон. В процессе жизни в костной ткани постоянно идёт

процесс разрушения и созидания новой ткани. Важнейшими регуляторами минерального состава костной ткани является кальцитонин (гормон щитовидной железы), витамин Д и эстрогены.

Риск развития остеопороза выше у женщин. У 1/3 женщин после 50 лет возникают переломы даже при незначительной нагрузке. Объясняется это тем, что костная ткань женщины значительно слабее, чем у мужчины.

Факторы риска остеопороза: 1)возраст; 2)пол; 3)этническая принадлежность (белая и азиатская раса); 4)субтильное телосложение (небольшой рост и масса тела); 5)снижение массы тела в пре- или перименопаузе более чем на 10%, либо снижение роста более 4 см; 6)нарушение соотношения веса и роста (индекс Кетле); 7)курение, злоупотребление кофе, чая, алкоголя, наркотиков; 8)малая и чрезмерная физическая нагрузка; 9)дефицит кальция в диете; 10)дефицит витамина Д; 11)гастрэктомия, массивная резекция тонкой кишки; 12)вегетарианство или злоупотребление мясной пищи; 13)отсутствие регулярной половой жизни и беременностей; 14)продолжительное кормление грудью, многочисленные роды, ранняя менопауза; 15)длительное потребление некоторых медикаментов (диуретики, антациды, аминазин); 16)длительная иммобилизация; 18)гипокинезия.

У пожилых людей выделяют следующие формы остеопороза: первичный и вторичный.

Пациенты жалуются на боли в длинных трубчатых костях, ноющие боли в пояснице, боли опоясывающего характера в грудной клетке, брюшной полости. Боли усиливаются при физической нагрузке, кашле, нередко принимают опоясывающий характер. Возможно появление болей в брюшной полости, которые иногда приводят пациента на операционный стол. Болевые ощущения имеют разную степень выраженности, от незначительных тупых болей до сильнейших болей.

В некоторых случаях отмечаются периодически появляющиеся болевые приступы, длящиеся несколько дней, проходящие самостоятельно,

при этом после болевой атаки отмечается снижение роста пациента. Характерным является то, что болевые ощущения практически не снимаются анальгетиками. Реже встречаются боли в суставах. Отмечаются также нарушения походки, хромота.

Диагностика основывается на опросе, клинических данных. Большое значение придаётся лабораторным исследованиям: -биохимическое исследование на наличие кальция, фосфора, магния, щёлочной фосфатазы; - исследование мочи на наличие метаболитов витамина Д; -биопсия кости.

Из дополнительных методов применяются: -рутинная рентгенография позвоночника; -двухфотонная абсорбционная рентгенологическая денситометрия, которая уже выявляет 2-5% потерю костной массы, в то время как обычная рентгенография выявляет изменения костной ткани, когда потеря костной ткани достигает 20-30%; -ультразвуковая денситометрия - метод менее затратный и не дающий лучевую нагрузку на пациента; -рекомендуется также ультразвуковая биолокация скелета; -компьютерная количественная томография.

Лечение и уход. Для снятия болей применяется препарат миокальцик в виде инъекций по 100 ЕД в/м ежедневно или в виде спрея интраназально. Хорошие результаты даёт препарат ксидофон в виде аппликаций или мазей или кремов, выпускаемых нашей промышленностью (Ксения, Антикс, Геомакс, Ксанти).

Всем пациентам, независимо от степени тяжести заболевания рекомендуется приём витаминов и фитопрепаратов. Всем без исключения, в зимнее время рекомендуется приём витамина Д. Широко применяются активные формы витамина Д - кальцитриол, альфакальцидол, б ДЗ, ТЭВА, остеогенон.

Остеотропные медикаменты назначают после лабораторного исследования и остеоденситометрии позвоночника и шейки бедра.

Широкое применение нашла группа бисфасфонатов: фосамакс, алендронат. Эти препараты предотвращают остеолитический процесс.

Обязательным условием лечения является ежедневная ходьба по 10-15 минут 3 раза в день. В зависимости от состояния больного прогулки увеличивают до 1,5-2 часов. У пациентов, пренебрегающих ходьбой, быстро развиваются контрактуры. Большое значение имеет обучение пациента правильному вставанию из постели.

Важным компонентом лечения является ношение ортезов (корсетов). Главная задача ортезов - восстановление баллонной функции живота, что позволяет разгрузить позвоночник.

Массаж входит в комплексную терапию остеопороза, назначают массаж не раньше 4-6 месяцев от начала лечения, применяют только поглаживание и растирание.

Советы медицинской сестры при заболеваниях суставов:

1.Разминка для суставов. В возрасте после 55 лет следует начать с пеших прогулок, сочетая их с занятиями в бассейне. Заниматься желательно не менее 3 раз в неделю. Если вы давно не занимались гимнастикой, первые прогулки не должны превышать 5 км в день.

2.Следите за погодой. Если местность, где вы проживаете, постоянно преподносит вам сюрпризы, то необходимо следить за всеми изменениями погоды, и планировать свои занятия, учитывая погодные условия, чтобы не пропустить эти занятия, потому, что начинать снова, всегда сложно.

3.Постарайтесь снизить вес до идеального, так как излишний вес усиливает нагрузку на суставы и усиливает процессы разрушения в суставных тканях. Если вы похудеете на 2-3 кг, нагрузка на суставы нижних конечностей сразу снизится.

4.Стараться ходить лёгким шагом. Представьте, что вы парите над землёй.

5.Помните, что обезболивающие препараты имеют много побочных явлений, поэтому принимайте их только после консультации врача, прибегайте к мерам, снижающим риск осложнений, а именно:

а)запивать препараты большим количеством воды; б)принимать препараты в положении стоя, на крайний случай - сидя, это снизит риск прилипания препарата к слизистой оболочке пищевода и снизит риск её повреждения.

6.Удобная обувь.

7. Употреблять в пищу рыбу: судак, треска, щука, стерлядь, лосось, сельдь, сардины. Эти рыбы содержат легко усвояемый кальций и полиненасыщенные кислоты класса Омега-3, благодаря чему снижаются боли в суставах и восстанавливается повреждённый хрящ.

8.Включать в пищу льняное, горчичное, оливковое масла, они так же содержат жирные кислоты класса Омега-3.

9.Отказ от курения.

10.Отказ от кофеина. Значительное потребление кофе, чёрного чая способствует развитию остеопороза, ухудшает деятельность сердечно-сосудистой системы.

Нервная система. Важнейшие проявления старения человека связаны с возрастными изменениями ц.н.с. Однако при этом часто сохраняются высокий уровень интеллектуальной деятельности, способность к обобщениям, к концентрации внимания.

Психические расстройства. Среди психических изменений, вызываемых старением, наиболее важным и постоянным является снижение психической активности. Замедляется темп психической деятельности, возникает ее «тугоподвижность» (затруднения при решении задач, требующих находчивости, воображения, изобретательности, нахождения новых, «обходных» путей решения), ухудшается восприятие окружающего и сужается его объем, ослабевает способность к абстрагированию и интегрированию различных восприятий в одно целое, снижается способность к усвоению нового, в частности не только новых сведений, но и новых навыков. Последние особенно затруднены, когда не согласуются с теми, которые существовали ранее. Замедление и снижение психической

продуктивности часто влекут за собой диссоциацию между темпами мышления и речи.

В старческом возрасте возникают психические болезни, свойственные только этому периоду жизни, т. е. заболевания, при которых старение в определенных случаях представляет собой этиологический фактор, — старческое слабоумие, Альцгеймера болезни, Пика болезни и др.

При лечении психических расстройств у больного старческого возраста всегда следует учитывать его соматическое состояние. В связи пониженной и даже плохой переносимостью в старости лечение психофармакологическими средствами, их применение требует осторожности: медленное повышение доз, уменьшение максимально применяемых доз (приблизительно вдвое и даже втрое по сравнению с дозами, используемыми при лечении больных молодого и среднего возраста), обязательное одновременное использование корректоров (циклодол и др.) из-за легкости развития плохо поддающихся коррекции неврологических осложнений. Следует очень осторожно назначать транквилизаторы в связи с их выраженным миорелаксирующим эффектом и резко возрастающим расстройством координации движений. По этой причине лучше вовсе не применять такой транквилизатор, как реланиум (седуксен).

При лечении депрессивных состояний достаточно широко используется электросудорожная терапия. Многим больным показано лечение ноотропными средствами (пирацетам, пиридитол и др.). Эти средства обладают помимо прочего еще и легким стимулирующим эффектом, поэтому их следует назначать лишь по утрам и в полдень. Кроме того, нередко применение ноотропных препаратов влечет за собой появление выраженной раздражительности. Из психотерапевтических методов большое значение придают семейной психотерапии.

Проблема бессонницы. Пожилые пациенты часто жалуются на бессонницу, у них меняется режим сна - нередко они спят больше днём, а ночью ведут более активный образ жизни (едят, ходят по палате, читают).

Часто употребляемые больными в этом случае снотворные препараты могут быстро вызвать привыкание. Кроме того, на фоне приёма снотворных средств могут появиться слабость, головные боли, ощущение утренней «разбитости», запоры. При необходимости снотворные средства назначает врач. Медсестра может рекомендовать больному приём лекарственных трав (например, отвар пустырника по 10-15 мл за 40 мин до отхода ко сну), 10- 20 капель «Валокордина», стакан тёплого молока с растворённым в нём медом.

Старение организма сопровождается ухудшением деятельности органов чувств, в первую очередь зрения.

Одним из серьезных заболеваний является глаукома — это группа хронических дистрофических заболеваний глаза, при которых ведущий симптом — повышение внутриглазного давления (ВГД) с последующим развитием типичных дефектов поля зрения и атрофией зрительного нерва.

По состоянию поля зрения и диска зрительного нерва различают четыре стадии глаукомы: начальная, развитая, далеко зашедшая, терминальная.

Клиническое течение закрытоугольной глаукомы характеризуется чередованием периодических обострений (подострых приступов), проявляющихся повышением ВГД до 30-40 мм рт. ст. в сочетании с типичными жалобами на кратковременные (до 10-15 минут) ощущения тумана и радужных кругов вокруг источника света перед пораженным глазом, покраснение последнего, боли в глазном яблоке и надбровий с иррадиацией в височную и лобную область соответствующей половины головы и последующих ремиссий длительностью 1-2 месяца и более.

Лечение острого приступа глаукомы:

Это частое закапывание пилокарпина — каждые 15 минут в течение первого часа, через 30 минут в течение второго часа, далее через час, в последующем закапывания уменьшаются до 6 раз.

Необходимо срочно обратиться к окулисту.

Больному глаукомой необходимо постоянно, не реже 1 раза в 3 месяца, наблюдаться у окулиста.

Заключение

Уход за пожилыми пациентами с заболеваниями требует особого подхода. Важная роль в оказании такой помощи отводится среднему медицинскому персоналу. Медико-социальная помощь лицам пожилого и старческого возраста направлена на поддержание активного образа жизни, лечение заболеваний и социальную помощь в случае неспособности удовлетворять свои основные жизненные потребности.

При уходе также необходимо учитывать и специфику геронтологии, т.к. по мере старения человека, с развитием различных соматических и психических заболеваний, возникают не только изменения в состоянии здоровья, но происходит переориентация жизненных интересов, потребностей, меняется социальный статус геронта, как в семье, так и в обществе.

В любом случае изучение и осваивание особенностей ухода за геронтологическими больными с заболеваниями опорно-двигательного аппарата необычайно актуально в наше время, заслуживает особого внимания так как напрямую связано с текущей и будущей демографической ситуацией в стране.

Вопросы для закрепления.

1. Возрастные изменения опорно-двигательного аппарата.
2. Деформирующий остеоартроз, клиника(ДОА)
3. Дифф. диагностика между ревматоидным артритом и ДОА.
4. Остеопороз – течение заболевания у пожилых людей.
5. Проблемы бессонницы у пожилых пациентов.
6. Психические расстройства у пожилых пациентов, сестринский уход .

Задание на дом. Подготовить краткий конспект по данной лекции.