

Лекция 1. Геронтологический сестринский процесс. Особенности оказания сестринской помощи лицам пожилого и старческого возраста с заболеваниями дыхательной и сердечнососудистой систем

План:

1. Возрастные изменения дыхательной системы.
2. Особенности течения заболеваний органов дыхания у лиц пожилого возраста.
3. Возрастные изменения сердечнососудистой системы.
4. Особенности течения заболеваний сердечнососудистой системы у лиц пожилого возраста.

Дыхательная система:

- атрофические процессы слизистых оболочек (увеличение вязкости секрета, сухость)
- снижение подвижности грудной клетки, деформация
- старческая атрофическая эмфизема лёгких (изменение структуры альвеол)
- увеличение частоты дыхательных движений
- возникновение дыхательных аритмий
- снижение резервного объёма вдоха и выдоха
- уменьшение ЖЕЛ

Острая пневмония относится к наиболее распространенным заболеваниям. У пожилых людей заболеваемость внегоспитальной пневмонией в 2 раза выше, чем у молодых, частота госпитализации увеличивается с возрастом более чем в 10 раз. Летальность от пневмонии у людей старше 65 лет в 10 раз выше, чем в других возрастных группах и составляет 10-15% при пневмококковых пневмониях и около 70% при пневмонии, вызванной синегнойной палочкой. Среди больных пневмонией преобладают мужчины, они составляют 52-56%.

Пневмонии - группа различных по этиологии, патогенезу и морфологической характеристике острых инфекционных заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательной внутриальвеолярной экссудацией, наличием ранее отсутствовавших клинико-рентгенологических признаков локального поражения, не связанных с другими известными причинами.

Выраженность эти проявлений во многом зависит от характера возбудителя, состояния иммунной системы, сопутствующих заболеваний, возраста и других факторов.

У пожилых пациентов предрасполагающими к развитию пневмонии факторами являются застойная СН, ХОБЛ, заболевания центральной нервной системы (сосудистые, атрофические), онкологические заболевания, СД, инфекции различной локализации, недавние операции, медикаментозная терапия, снижающая иммунный ответ, ОРВИ, гиподинамия, возрастные особенности.

Клиническими особенностями пневмоний у пожилых пациентов являются:

- ☐ скудная объективная симптоматика, нередко отсутствуют локальные клинические и рентгенологические признаки легочного воспаления, особенно у обездвиженных пациентов (нарушение процессов экссудации);
- ☐ неоднозначная трактовка выявляемых хрипов
- ☐ частое отсутствие острого начала, болевого синдрома
- ☐ частые нарушения со стороны ЦНС (*спутанность сознания, заторможенность, дезориентация, сонливость, головная боль и др.*)

- ☐ одышка, которую нельзя объяснить другими причинами (*СН, анемия и др.*)
- ☐ изолированная лихорадка без признаков локального легочного воспаления или слабо выраженная лихорадочная реакция;

- ☐ ухудшение общего состояния, снижение физической активности и способности к самообслуживанию;
- ☐ обострение и декомпенсация сопутствующих заболеваний.

Нередко симптомы этих заболеваний выступают в клинике на первый план.

Сестринский диагноз: озноб, лихорадка, кашель с мокротой, боль в грудной клетке при кашле и дыхании, при рентгенологическом обследовании - инфильтративные изменения.

Объем обследования: рентгенографическое исследование в 2-х проекциях, общий анализ крови, бактериоскопия мазка мокроты, окрашенного по Грамму, посев мокроты, анализ мочи, ЭКГ.

План сестринских вмешательств: наблюдение и уход за больным, подготовка больного к дополнительным исследованиям, обеспечение консультаций других специалистов, выполнение врачебных назначений, участие в оказании экстренной помощи при возникновении неотложных состояний, помощь в мерах личной гигиены, участие в диспансерном наблюдении и реабилитации больных,

Реализация плана сестринских вмешательств: осуществление ухода за больным – проветривание и влажная уборка палаты, своевременная смена белья, дезинфекция плевательниц, поворачивание больного в постели, кормление; наблюдение за больным – подсчет частоты пульса, дыхания, измерение АД, контроль общего состояния; физиологических отпавлений с регистрацией полученных данных в сестринской истории болезни.

Лечение:

антибактериальная терапия, направленная на конкретного возбудителя пневмонии.

Больные старше 70 лет, со среднетяжелым и тяжелым течением пневмонии подлежат обязательной госпитализации.

макролиды (*азитромицин, рокситромицин, кларитромицин*).

При наличии сопутствующей ХОБЛ препаратами первого ряда являются **аминопенициллины** (*ампиокс*)

цефалоспорины (*цефаклор, цефуроксим*).

При тяжелых госпитальных пневмониях обычно проводится парентеральная антибактериальная терапия цефалоспоринами третьего поколения или фторхинолонами.

бронхолитики, отхаркивающие средства, муколитики, постуральный дренаж. Пожилых больных необходимо как можно раньше активизировать: присаживание в кровати, кресле, хождение по комнате, занятия дыхательной гимнастикой, ЛФК.

Если позволяет состояние, назначают физиопроцедуры.

Острый бронхит – это острое диффузное воспаление слизистой оболочки бронхиального дерева в результате вирусной или бактериальной инфекции на фоне охлаждения, реже на фоне раздражающего воздействия физических и химических факторов. Бронхит у пожилых и старых людей обычно имеет вирусную этиологию, почти всегда возникает в результате ОРВИ или гриппа.

В возникновении острого бронхита у пожилых немаловажное значение имеют охлаждение, хронические синуситы, гаймориты, тонзиллиты, курение, прием алкоголя, кифосколиоз, недостаточность кровообращения с застойными явлениями в легких. Эти факторы являются предрасполагающими, так как они ослабляют иммунитет.

Начало острого бронхита обычно проявляется симптомами ОРВИ, затем присоединяется кашель, вначале сухой; больные часто отмечают симптом «горячего воздуха» - ощущение

вдыхаемого воздуха. Со 2-3 дня болезни кашель становится мягче, появляется небольшое количество мокроты, боль за грудиной проходит, уходят явления интоксикации. При аускультации дыхание жесткое, могут быть сухие рассеянные хрипы.

На рентгенограмме, как правило, изменений нет. В клиническом анализе крови определяется умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Упорная лихорадка, появление гнойной мокроты указывают на возможное присоединение бактериальной инфекции.

В пожилом возрасте, особенно у ослабленных больных, процесс может распространяться вплоть до бронхиол, что ведет к резкому ухудшению общего состояния. Развивается интоксикация, больные адинамичны, выраженная тахикардия, гипотония, нарушение функции внешнего дыхания, присоединяется или усиливается сердечная недостаточность. У пожилых пациентов нередко острый бронхит осложняется пневмонией.

Сестринский диагноз: кашель, общая слабость, лихорадка, тахикардия.

План сестринских вмешательств: наблюдение и уход за больным, подготовка больного к дополнительным исследованиям, своевременное выполнение врачебных назначений по лечению больного.

Реализация плана сестринских вмешательств: осуществление ухода за больным: проветривание и влажная уборка помещения, контроль пульса, АД, числа дыханий, физиологических отпавлений, кормление больного, постановка банок, горчичников.

Подготовка больного к рентгенологическому исследованию грудной клетки, забор крови, мочи, мокроты на лабораторное исследование, при необходимости - исследование функции внешнего дыхания. Выполнение врачебных назначений по лечению больного.

Лечение больных в большинстве случаев амбулаторное. Госпитализации подлежат пациенты пожилого возраста с сопутствующей легочно-сердечной недостаточностью и тяжелой интоксикацией. Показан полупостельный режим, исключение резкой смены температурного режима в комнате, обильное теплое питье с медом, малиновым вареньем.

Назначаются **НПВС** (парацетамол, нимесулид и др.), обладающие жаропонижающим и болеутоляющим действием. При сухом мучительном кашле назначают **противокашлевые средства**: *либексин, глауцин, кодеин*. При продуктивном кашле для **разжижения мокроты** - АЦЦ, теплые настои термопсиса, корня алтея, чабреца и др., ингаляции с травами. При отсутствии лихорадки - тепловые процедуры, отвлекающие средства (банки, горчичники, теплые ножные ванны).

При тяжелом течении острого бронхита, наличии слизисто-гнойной мокроты, интоксикации пожилым, старым, ослабленным больным назначают **антибиотики** в обычных дозах, предпочтение отдают **фторхинолонам и макролидам**. При наличии бронхоспазма показаны **бронходилататоры**: эуфиллин в таблетках, ингаляции атрвента, беротека.

Хронический бронхит – это диффузное поражение слизистой оболочки бронхиального дерева или более глубоких слоев бронхиальной стенки, обусловленное длительным раздражением воздухоносных путей с развитием воспаления, гиперсекрецией слизи и нарушением очистительной функции бронхов.

По определению экспертов ВОЗ, «к больным хроническим бронхитом (ХБ) относят лиц, у которых имеется кашель, не менее трех месяцев в году в течение двух лет при исключении других

заболеваний верхних дыхательных путей, бронхов и легких, которые могли бы вызвать эти симптомы».

В возникновении ХБ ведущую роль играют курение, повышенное содержание пыли и газов в воздухе, связанное с профессиональными вредностями, неблагоприятные климатические условия: сырой холодный климат, резкая перемена погоды, хронические очаги инфекции: тонзиллиты, синуситы; нарушение конденсирующей функции носового дыхания, застойные явления в малом круге кровообращения, бактериальная инфекция.

Клиника ХБ зависит от уровня поражения бронхиального дерева: с преимущественным поражением крупных бронхов (проксимальный) и мелких бронхов (дистальный). Принципиально важно выделение простого бронхита (необструктивного) и ХОБЛ.

При простом ХБ больного беспокоит кашель в начале малопродуктивный, преимущественно по утрам, затем в течение суток, интенсивность его нарастает, усиливается в холодную и сырую погоду, после переохлаждения, ОРВИ. В дальнейшем появляется мокрота водянистая или слизистая, при присоединении бактериальной флоры мокрота становится гнойной (хронический гнойный бронхит). При повышенной вязкости мокроты кашель становится длительным, надсадным, в мокроте могут появиться прожилки крови. Одышка для хронического простого бронхита не характерна.

При объективном исследовании над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание и сухие низкотональные рассеянные хрипы, которые становятся более высокими при уменьшении просвета пораженных бронхов. При выделении жидкой, водянистой мокроты могут появиться влажные незвучные хрипы. Изменения в анализе крови (лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ) выявляют, как правило, период обострения бронхита (при гнойном характере мокроты).

При рентгенологическом исследовании грудной клетки изменения отсутствуют.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – хроническое воспалительное заболевание, возникающее у лиц 35 лет под воздействием различных факторов экологической агрессии, протекающее с преимущественным поражением дистальных дыхательных путей и паренхимы легких, формированием эмфиземы, характеризующееся частично обратимым (при применении бронхолитиков) ограничением воздушного потока, индуцированное воспалением, отличающимся от воспаления при БА, и существующее вне зависимости от степени тяжести заболевания.

Болезнь развивается у предрасположенных лиц, проявляется кашлем, продукцией мокроты и нарастающей одышкой, имеет неуклонно прогрессирующий характер с исходом в хроническую дыхательную недостаточность и хроническое легочное сердце.

Развитию ХОБЛ способствуют **экзогенные** (курение, профессиональные вредности - кадмий, кремний, воздушные загрязнители, низкий экономический статус, пассивное курение, алкоголь, аденовирусная инфекция, дефицит витамина С) и **эндогенные** (недостаток альфа 1-антитрипсина, семейная предрасположенность, бронхиальная гиперреактивность и др.) факторы.

Основными особенностями пожилого больного ХОБЛ являются: атипичное течение обострений ХОБЛ; частое наличие дыхательной недостаточности; трудности обследования больных;

недостаточная приверженность к лечению и соблюдения рекомендаций врача; нарушение качества жизни больных и их социально-психическая дезадаптация.

Основным признаком ХОБЛ является постбронходилататорное снижение соотношения ОФВ1 к ФЖЕЛ менее 70%, характеризующее ограничение экспираторного воздушного потока. В зависимости от выраженности снижения данного показателя выделяют 4 стадии заболевания.

Стадия I - легкое течение ХОБЛ: на этой стадии больной может не заметить, что функция легких у него нарушена. Обычно, но не всегда, имеется хронический кашель и продукция мокроты. Обструктивные нарушения: $\text{ОФВ1/ФЖЕЛ} < 70\%$, $\text{ОФВ1} > 80\%$ от должных величин.

Стадия II - среднетяжелое течение ХОБЛ: на этой стадии пациенты обращаются за медицинской помощью в связи с одышкой и обострением заболевания. Отмечается усиление симптомов с одышкой, появляющейся при физической нагрузке. Характерно увеличение обструктивных нарушений: $\text{ОФВ1} > 50$, но $< 80\%$ от должных величин, $\text{ОФВ1/ФЖЕЛ} < 70\%$.

Стадия III - тяжелое течение ХОБЛ: характеризуется нарастанием одышки, частоты обострений заболевания, дальнейшим увеличением ограничения воздушного потока: $\text{ОФВ1/ФЖЕЛ} < 70\%$, $\text{ОФВ1} > 30$, но $< 50\%$ от должных величин.

Стадия IV - крайне тяжелое течение ХОБЛ: заметно страдает качество жизни, обострения могут быть угрожающими для жизни. Болезнь приобретает инвалидизирующее течение. На этой стадии возможно развитие легочного сердца. Характерна крайне тяжелая бронхиальная обструкция: $\text{ОФВ1/ФЖЕЛ} < 70\%$, $\text{ОФВ1} < 30\%$ от должной..

Заболевание может протекать стабильно и с обострениями. Стабильным считается состояние, когда прогрессирование заболевания выявляют при длительном динамическом наблюдении больного, а выраженность симптомов длительно не меняется (недели, месяцы). Обострение заболевания проявляется ухудшением состояния больного с нарастанием клинической симптоматики и функциональных нарушений, продолжающимся не менее 5 дней. **Выделяют два типа обострения ХОБЛ:**

обострение, характеризующееся воспалительным синдромом (повышение температуры тела, увеличение количества и вязкости мокроты, гнойный характер мокроты)

обострение, проявляющееся нарастанием одышки, усилением внелегочных проявлений ХОБЛ (слабость, усталость, головная боль, плохой сон, депрессия).

Первым признаком ХОБЛ, с которым пациенты обращаются к врачу, является кашель с выделением слизистой мокроты в небольшом количестве, которая становится гнойной при присоединении бактериальной флоры. Затем присоединяется экспираторная одышка, вначале при физической нагрузке, по мере прогрессирования заболевания, в покое. Одышка возникает в среднем на 10 лет позже появления кашля.

Сестринский диагноз: кашель сухой или продуктивный в течение дня, реже ночью, экспираторная одышка, недомогание, быстрая утомляемость, потливость, повышение температуры, утренняя головная боль и сонливость днем, бессонница ночью (следствие гипоксии и гиперкапнии), снижение массы тела.

У пожилых при осмотре на бронхиальную обструкцию указывают: дыхание сквозь сомкнутые губы, участие в дыхании дополнительных мышц, удлинённый выдох, свистящие хрипы при спокойном дыхании, набухание шейных вен. В связи со снижением кашлевого рефлекса у пожилых людей, кашель не выражен или вообще отсутствует. В то же время, он бывает одним из проявлений других заболеваний (рака легкого, левожелудочковой сердечной недостаточности).

При длительном течении ХОБЛ грудная клетка приобретает бочкообразный характер, происходит ограничение экскурсии нижнего края легких. Западение межреберных промежутков (один из диагностических признаков повышенной работы дыхания). При перкуссии грудной клетки отмечается коробочный перкуторный звук; нижние границы легких опущены в среднем на одно ребро, что связано с развитием эмфиземы.

При выраженной бронхиальной обструкции главным аускультативным симптомом являются сухие, преимущественно свистящие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе, имитации кашля, в положении лежа на спине. Постепенно нарастает легочная гипертензия, формируется хроническое легочное сердце. Тоны сердца прослушиваются с трудом. По мере прогрессирования заболевания у таких больных определяется диффузный цианоз, усугубляется одышка. Наблюдается сначала транзиторная, а затем и постоянная гипоксия и гиперкапния, нередко повышается вязкость крови, что обусловлено вторичной полицитемией. Формируется декомпенсированное легочное сердце, увеличивается в размерах печень, появляются периферические отеки.

Обязательные дополнительные методы обследования у больных ХОБЛ: общий анализ крови, общий анализ мочи, мокроты с исследованием атипических клеток и БК, исследование функции внешнего дыхания, с проведением бронходилатационного теста, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, при необходимости - КТ грудной клетки, бронхоскопия.

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.

Лечение направлено на предупреждение прогрессирования болезни, уменьшение симптоматики; повышение толерантности к физической нагрузке; улучшение качества жизни; профилактику и лечение обострений заболевания и его осложнений; снижение смертности.

Основным методом лечения ХОБЛ является назначение **бронхолитиков, М-холинолитики** (ипратропия бромид – атровент, тиотропия бромид – Спирива, **β2- агонисты** короткого или длительного действия, пролонгированные формы теofilлин.

Обязателен контроль качества лечения с помощью пикфлоуметра.

Использование **ГКС** при ХОБЛ ограничено, они назначаются при тяжелом течении болезни. В комплекс лечения включают **отхаркивающие средства** растительного происхождения, **муколитики** (мукокинетики, мукорегуляторы: амброксол, карбоцистеин, фенспирид, и др.), **оксигенотерапия**

Показаниями для назначения антибиотиков является обострение ХОБЛ, подтвержденное клинико-лабораторными данными (гнойная мокрота, лихорадка, интоксикация), хотя повышение температуры и изменения в периферической крови у пожилых наблюдаются не всегда: **амоксиклав, ампициллин/сульбактам, цефалоспорины, макролиды, фторхинолоны.**

БА – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, протекающее при участии многих клеток: тучных клеток, эозинофилов, Т-лимфоцитов. Воспаление обуславливает развитие гиперчувствительности дыхательных путей у предрасположенных людей, что приводит к появлению хрипов, эпизодам свистящего дыхания, чувству сдавливания в грудной клетке, заложенности в груди, кашлю в ночные и предутренние часы.

Эти симптомы сопровождаются обычно распространенной, но вариабельной обструкцией дыхательных путей, которая, хотя бы частично, обратима, спонтанно или под влиянием терапии.

БА является полиэтиологическим заболеванием, в развитии которого участвуют как **внутренние факторы** (генетическая предрасположенность, аллергическая сенсibilизация, в том числе, атопия, гиперреактивность дыхательных путей, пол, раса), которые обуславливают предрасположенность человека к развитию БА, так и **внешние факторы** (аллергены и другие сенсibilизирующие агенты), которые вызывают развитие БА у предрасположенных к этому людей или приводят к обострению заболевания.

Основными клиническими симптомами астмы являются:

- ☐ свистящие хрипы в грудной клетке, нередко слышимые на расстоянии, приступообразные, усиливающиеся на выходе, купирующиеся под действием ингаляций бронхолитиков;
- ☐ кашель, обычно непродуктивный (симптом непостоянный);
- ☐ чувство сдавления в грудной клетке;
- ☐ эпизодическая одышка (удушье) не всегда сопровождающаяся свистящими хрипами;
- ☐ выделение мокроты (обычно скудное);
- ☐ нередко приступу астматического удушья может предшествовать продромальная симптоматика: зуд под подбородком, чувство дискомфорта между лопатками, необъяснимый страх, чихание и другие.

Преобладают эпизоды дыхательного дискомфорта, смешанная одышка, постоянное затрудненное дыхание с удлинённым выдохом, приступообразный кашель с экспираторной одышкой. Во время приступа больной возбужден, положение ортопноэ, с фиксацией плечевого пояса, опираясь руками о край кровати, стола, нагнувшись вперед; крылья носа раздуты при вдохе, в

дыхании участвует вспомогательная дыхательная мускулатура; дыхание свистящее, слышимое на расстоянии. Выслушиваются рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы, которые постоянно меняют свою интенсивность и локализацию. У некоторых больных даже в период обострения хрипы могут не выслушиваться вследствие вовлечения в процесс мелких бронхов. Характерны тахикардия, глухость сердечных тонов, возможно снижение АД. Приступ заканчивается отхождением вязкой слизистой или слизисто-гнойной мокроты (при присоединении инфекции).

Одним из главных методов диагностики БА является исследование функции внешнего дыхания. Установление факта бронхиальной обструкции, измерение ее колебаний в течение суток или недель дает основание оценить бронхиальную гиперреактивность. Наиболее широкое применение получили измерение ОФВ₁ и связанное с ним измерение ФЖЕЛ, а также измерение ПСВ.

Каждому больному БА показана ежедневная пикфлоуметрия, результаты которой фиксируются в специальном дневнике. Мониторирование астмы с помощью пикфлоуметрии дает следующие возможности: определить обратимость бронхиальной обструкции; оценить тяжесть течения заболевания, оценить гиперреактивность бронхов, прогнозировать обострение астмы, идентифицировать профессиональную астму, оценить контроль лечения.

Для оценки аллергологического статуса используются скарификационные, внутрикожные и уколочные (прик) тесты. Часто проводится определение специфических IgE-антител в сыворотке крови. Эозинофилия крови и мокроты также свидетельствуют об аллергическом процессе.

С целью дифференциальной диагностики проводят: рентгенографию легких (для исключения пневмоторакса, объемных процессов в легких, поражения плевры, интерстициального фиброза и др.); ЭКГ для исключения поражения миокарда; клинический анализ крови; анализ мокроты общий (эозинофилия, микобактерии туберкулеза, грибы, клетки опухоли) и, при необходимости, микробиологический.

Клинически выделяют две формы течения АС: **анафилактическую** (анафилактоидную) с мгновенным развитием тяжелой обструкции и **метаболическую**, имеющую довольно четко выраженную стадийность.

I стадия – «стадия резистентности к симпатомиметикам»: характеризуется нарастающим удушьем, не купирующимся или даже усугубляемый симпатомиметиками; снижением продуктивности кашля. При объективном исследовании выявляется та же симптоматика, что и при обычном приступе, но не купирующаяся бронхолитиками.

II стадия – «стадия немного легкого»: вследствие нарастания бронхиальной обструкции появляются участки, в которых бронхи обтурированы, и эти зоны не вентилируются (дыхательные шумы в этих зонах не выслушиваются). Прогрессирующая гиповентиляция приводит к развитию гипоксемии и гиперкапнии с респираторным и метаболическим ацидозом. В результате ацидоза и действия различных медиаторов аллергических реакций развивается диффузное внутрисосудистое свертывание крови. Одновременно развивается гиповолемия вследствие потери жидкости из-за форсированного дыхания и обильного потоотделения. На этой стадии больные имеют характерный вид (положение тела с фиксированным плечевым поясом, экспираторное тахипноэ с дистантными свистящими хрипами, признаки острой эмфиземы, «серый» диффузный цианоз, обильный гипергидроз).

III стадия – «гиперкапническая астматическая кома»: усугубление клинической симптоматики, возникают церебральные и неврологические расстройства.

Сестринский диагноз: повторяющиеся приступы экспираторного удушья со свистящими хрипами или кашля с трудноотделяемой вязкой мокротой, приступообразное или постоянное затруднение дыхания с удлинённым выдохом, «заложенность» в груди в ответ на контакт с аллергенами, триггерами, инфекцией или без явной причины.

План сестринских вмешательств: наблюдение и уход за больным, подготовка больного к дополнительным исследованиям, выполнение врачебных назначений, оказание экстренной помощи при возникновении приступа, обеспечение консультаций других специалистов; информация пациента и родственников о природе заболевания, необходимости длительной противовоспалительной терапии; обучение пациента и его родственников правильному использованию пикфлоуметра, спейсера, средств доставки лекарственных средств, правилам поведения при приступе и методам самопомощи, показаниям для вызова врачей скорой помощи и участкового врача-терапевта.

Реализация плана сестринских вмешательств.

Медицинская сестра должна оказать первую доврачебную помощь при приступе удушья: успокоить больного, создать ему удобное положение, открыть окно, форточку для доступа свежего воздуха, дать кислород, теплое питье, поставить в известность лечащего или дежурного врача. Контролировать своевременную смену белья, влажную уборку палаты, кормление больного. Осуществлять наблюдения за больным – подсчет частоты пульса, дыхания, измерения АД, контроль общего состояния, физиологических отпавлений.

Подготовка больного к рентгенологическому исследованию, консультации других специалистов, забору крови, мочи, мокроты для лабораторного исследования, проведению других методов исследования, выполнение врачебных назначений по лечению больного.

Проведение ряда занятий в астма-школе и индивидуальная разъяснительная работа о природе заболевания, методах профилактики, правилах пользования пикфлоуметром, средствами доставки лекарств и др.

При лечении астмы в настоящее время применяют "ступенчатый подход", при котором интенсивность терапии увеличивается по мере увеличения степени тяжести астмы.

Основой базисной терапии являются **ГКС** ингаляционные (беклометазон, ингакорт, флутиказон, будесонид и др.), а при необходимости, системные (преднизолон, дексаметазон) и препараты кромоглициевой кислоты (интал, тайлед и др). Дозы препаратов определяются степенью тяжести течения астмы, лечение назначают через спейсер, что способствует более эффективному контролю над астмой, снижает некоторые побочные эффекты, или используют ингалятор "легкое дыхание". Наилучший путь введения препаратов – через дыхательные пути. Пациенты должны знать, что базисные препараты используются длительно с целью контроля астмы, их нельзя применять для купирования приступа.

Препараты для использования по потребности, т.е. при приступе удушья:

□ В₂-агонисты короткого действия (сальбутамол, фенотерол, тербуталин). Предпочтительный путь введения - ингаляционный: в виде дозированных аэрозолей, сухой пудры и растворов через небулайзер.

□ Антихолинергические препараты (ипратропиум бромид). Начинают действовать позже, чем β_2 -агонисты. Ипратропиум усиливает действие β_2 -агонистов при их совместном применении.

Беродуал - комбинированный препарат, содержащий фенотерол и ипратропиум бромид. Способ введения ингаляционный (дозированный аэрозоль и раствор для небулайзера).

□ Теофиллины используются в виде таблеток и раствора для внутривенного введения (эуфиллин 2,4% раствор).

□ β_2 -агонисты длительного действия (сальметерол, формотерол).

Сердечно-сосудистая система:

- уменьшение массы сердца, расширение полостей
- утолщение эндокарда
- увеличение количества соединительной ткани в миокарде
- атрофия клеток
- уменьшение количества крови, изгоняемой из сердца за 1 мин
- изменение длительности фаз сердечного цикла
- снижение интенсивности тканевого дыхания
- разрастание соединительной ткани в стенках сосудов
- анаэробный распад гликогена (небольшой запас энергетических веществ, незначительная функциональная активность)
- замедление пульса в покое
- учащение пульса при физической нагрузке
- увеличение АД
- головные боли, головокружения
- нарушение сердечного ритма
- зябкость, прежде всего сто
- нарушение питания тканей

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – совокупность заболеваний, имеющих общий патогенез – нарушение кровообращения с замещением его части соединительной тканью. ИБС проявляется в виде стенокардии, инфаркта миокарда, нарушения ритма и проводимости, сердечной недостаточностью.

Классификация ИБС (ВОЗ, 1984)

I. Внезапная коронарная смерть (первичная остановка сердца)

II. Стенокардия

стенокардия напряжения

- ✓ впервые возникшая стенокардия
- ✓ стабильная (I-IV функциональный класс)
- ✓ прогрессирующая стенокардия напряжения

спонтанная (вазоспастическая) стенокардия

III. Инфаркт миокарда

с зубцом Q (крупноочаговый, transmуральный инфаркт миокарда)

без зубца Q (мелкоочаговый, интрамуральный инфаркт миокарда)

IV. Постинфарктный кардиосклероз

V. Нарушения сердечного ритма (с указанием формы)

VI. Недостаточность кровообращения (с указанием стадии и формы)

V II. Безболевая (немая) ишемия

Стенокардия («грудная жаба») – клинический синдром, характеризующийся специфическими ощущениями (боль, сжатие, дискомфорт), возникающими за грудиной или в области сердца, вызываемые преходящей ишемией миокарда.

Этиология:

- ✓ атеросклероз коронарных артерий
- ✓ спазм
- ✓ недостаточность кровообращения при гипертрофии миокарда

Патогенез:

- **при стабильной стенокардии** – стойкое непрогрессирующее атеросклеротическое сужение просвета коронарных артерий
- **при нестабильной стенокардии** – причиной дестабилизации является интермиттирующая окклюзия коронарной артерии вследствие изъязвления, разрыва атеросклеротической бляшки, что может сопровождаться спазмом и тромбозом
 - снижение коллатерального кровотока
 - «синдром» обкрадывания при применении некоторых лекарственных препаратов
 - осложнения инфаркта миокарда, сопровождающиеся увеличением потребления кислорода миокардом (тахикардия, митральная недостаточность)

Стабильная стенокардия характеризуется достаточно длительным (не менее 2 месяцев) сохранением болевых приступов одинаковой силы, частоты и длительности.

В зависимости от переносимости физических нагрузок выделяют **4 функциональных класса:**

I – боли возникают при нагрузках, существенно превышающих обычные

II – боли возникают при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице на 3-й этаж

III – болевой синдром возникает при ходьбе по ровному месту в обычном темпе или при подъеме по лестнице на 2-й этаж

IV – появление боли провоцирует незначительная физическая нагрузка.

Болевой синдром может развиваться не только на высоте физической нагрузки (**стенокардия напряжения**), но и в покое, чаще – ночью (**стенокардия покоя**).

Нестабильная стенокардия обусловлена прогрессированием атеросклероза, нередко с тромбозом и внезапной обструкцией просвета коронарных артерий и последующим существенным уменьшением поступления крови в сердечную мышцу. Она проявляется учащением, усилением интенсивности и увеличением продолжительности болевых приступов, нередко возникающих при незначительных физических нагрузках и в покое. Для их купирования прибегают к более высоким дозам нитроглицерина, которые в ряде случаев бывают неэффективными. Нестабильная стенокардия относится к неотложным состояниям с высоким риском развития ИМ и внезапной смерти. Усиление интенсивности и увеличение продолжительности боли (более 15–20 минут) в сочетании с резкой общей слабостью, чувством страха, сердцебиением, одышкой и снижением АД позволяет заподозрить ИМ.

Особенности **клинической симптоматики** стенокардии у пожилых:

- менее резкие и более длительные ощущения, что связано с деструкцией нервного аппарата сердца, повышением порога болевой чувствительности
- менее выраженные вегетативные проявления, часто они отсутствуют
- болевые ощущения могут не локализоваться в определенной области, характеризоваться пациентами как тяжесть в левой половине грудной клетки
- в момент приступа нередко повышение АД
- часто на первый план выступает неврологическая симптоматика, обусловленная недостаточностью мозгового кровообращения, чаще в вертебробазилярной системе
- часто приступы стенокардии провоцируются метеорологическими факторами
- чаще встречаются безболевые формы ИБС;

Диагностика:

анамнез

ЭКГ (*пробы со статической нагрузкой*)

суточное кардиомониторирование

Медсестра проводит первичное обследование пациента при подозрении на стенокардию; тщательный анализ жалоб, в первую очередь – на боли в грудной клетке, сбор анамнеза, выявление факторов риска развития ИБС. Ее должны интересовать следующие факты из жизни человека: боли в грудной клетке и повышение АД в предыдущие годы; наличие сердечнососудистых заболеваний, сахарного диабета, вредных привычек (курение), хронических стрессовых ситуаций в быту и на производстве; нарушения питания (переедание); недостаточная физическая активность.

Сестринский диагноз стенокардии: приступообразная сжимающая боль за грудиной, чувство тяжести в левой половине грудной клетки, чувство нехватки воздуха при малейшей нагрузке, сердцебиение, сопровождающееся неприятными ощущениями в левой половине грудной клетки.

План сестринских вмешательств: наблюдение и уход за больным, подготовка больного к дополнительным методам обследования, своевременное выполнение врачебных назначений по лечению больного.

Реализация плана сестринских вмешательств:

- ознакомление пациента и его родственников с причинами и факторами риска развития ИБС, принципами ее предупреждения и лечения, оказания первой помощи при приступе стенокардии;
- обеспечение спокойной и доброжелательной обстановки в палате и домашних условиях, исключение психоэмоциональных напряжений, психологическая поддержка пациента;
- организация правильного режима с разумным ограничением физической активности, достаточным отдыхом и сном;
- нормализация сна;
- постоянный контроль пульса (частота, ритмичность), АД, массы тела и общего состояния больного;
- выполнение назначений врача, касающихся диетотерапии и медикаментозного лечения ИБС, выявление отрицательных эффектов лекарственных препаратов;
- парентеральное введение лекарственных препаратов;
- забор биологических жидкостей на исследование;
- снятие ЭКГ

Лечение:

В рационе следует существенно ограничить (или исключить) богатые ХС продукты: жирные сорта мяса, сыра, печень, сливки, сметану, сливочное масло, икру, орехи, яичные желтки. Полезно обогатить диету овощами и фруктами, нежирными сортами мяса, рыбы и птицы, растительными маслами (подсолнечное, кукурузное, оливковое и др.), кисломолочными продуктами, хлебом из муки грубого помола.

Нитраты – *нитроглицерин*, пролонгированного действия – *сустак*, *нитронг*, *нитрокор*

β-адреноблокаторы – *пропраналол* (*анаприлин*, *обзидан*), *конкор*, *тразикор*, *кордарон*

антагонисты кальция – *верапамил*, *дилтиазем*, *коринфар*, *кордипин*, *норваск*

антиагреганты – *аспирин*, *трентал*, *курантил*

гиполипидемические средства - статины: *симвастатин (вазилип, симло), торвастатин, правастатин, ловастатин*

Инфаркт миокарда – заболевание, характеризующееся образованием некротического очага в сердечной мышце в результате абсолютного нарушения коронарного кровообращения, приводящего к резкому падению сократительной способности миокарда.

Этиология:

- спазм коронарных артерий
- повышение активности свертывающей системы крови (гиперкоагуляция).
- физическое и психоэмоциональное напряжение
- артериальная гипертензия
- курение
- повышенный уровень холестерина
- гиподинамия
- ожирение

Патогенез:

Формирование атеросклеротической бляшки, гиперкоагуляции с агрегацией тромбоцитов и спазм коронарных артерий приводят к несоответствию потребности миокарда в кислороде и его доставки. При формировании некроза возникают нарушения нейрогуморальной регуляции сосудов и на периферии. Развивается эффект шунтирования крови из артериол в вены, минуя капиллярный кровоток, что происходит в условиях развитой системы коллатералей, что приводит к развитию дилатации какой-либо коронарной артерии. Бывают слабо выраженные воспалительные реакции вокруг инфарктной зоны, вялое развитие грануляционной ткани и макрофагальной реакции на фоне нарушения микроциркуляции лимфы и крови.

Особенности клинической картины:

- ✓ у пожилых нередко отсутствует или недостаточно выражен болевой синдром
- ✓ **атипичное течение** (*астматическая, аритмическая, церебральная, абдоминальная, безболевая*)
- ✓ чаще сопровождается динамическими нарушениями мозгового кровообращения, кардиогенным шоком, почечной недостаточностью, нарушением ритма, быстрым развитием острой левожелудочковой недостаточностью

Диагностика:

- **анамнез**
- **клиника**
- **эхокардиография**
- **биохимический анализ крови** (*повышение показателей кардиоспецифических ферментов - тропонина*)

План сестринских вмешательств: наблюдение и уход за больными, подготовка больного к дополнительным исследованиям, своевременное выполнение врачебных назначений по лечению больного.

Реализация плана сестринских вмешательств: уход – регулярное проветривание, влажная уборка палаты, подача увлажненного кислорода при тяжелом состоянии больного. Наблюдение за РС, ЧДД, АД, физиологическими отправлениями и общим состоянием больного. Подготовка больного к проведению ЭКГ, ЭхоКГ, к забору биологического материала. Своевременное выполнение назначений врача в плане лечения больного.

Участие в физической, психологической и медицинской реабилитации больных ИМ, направленной на купирование острых проявлений и предупреждение осложнений, восстановление нормального физического и психологического состояния.

Лечение:

Госпитализация

Купирование болевого синдрома

Наркотические и ненаркотические анальгетики – фентанил – 0,05 – 0,1 мг, дроперидо – 5 мг в/в на 5% глюкозы, таламонал

Смесь – анальгин 50% - 3-5 мл, димедрол 1% - 1 мл, промедол 1-2% - 1 мл в 20 мл физ. раствора

нитраты

Улучшение коронарного кровотока

Антикоагулянты – гепарин 10000ЕД В/В

Профилактика осложнений – лидокаин 2% - 120 мг в/в на физ растворе (аритмии)

Реабилитация

Гипертоническая болезнь – заболевание, ведущим признаком которого является повышение АД, не связанная с каким-либо заболеванием.

Этиология:

- атеросклероз аорты и крупных сосудов

Патогенез:

- склероз аорты и крупных артерий ведут к снижению эластичности
- гипоксическое повреждение и возрастная функциональная перестройка диэнцифально-гипоталамических структур головного мозга
- возрастные изменения симпатико-адреналовой системы
- склонность к вазоспастическим реакциям вследствие увеличения содержания в сосудистой стенке натрия, кальция и воды, а также под влиянием эмоций, болевых ощущений и физических нагрузок
- ишемические изменения почек и сердца
- ухудшение гемореологии, микроциркуляции, кислородного обмена в тканях
- увеличение избыточной массы тела, снижение физической активности, длительность вредных привычек

Особенности клинической картины:

- ✓ высокая распространенность
- ✓ многолетняя давность
- ✓ скудность субъективных симптомов, меньшая яркость клинической картины (наиболее частые симптомы – головокружение, потеря равновесия, звон в ушах)
- ✓ выраженная функциональная недостаточность мозга, сердца, почек
- ✓ высокий процент осложнений
- ✓ гипокINETический тип гемодинамики, гипертонические кризы протекают тяжелее, сопровождаются расстройствами мозгового кровообращения или сердечной острожелудочковой недостаточностью
- ✓ увеличение общего периферического сопротивления
- ✓ высокая частота ортостатических реакций
- ✓ меньшая частота симптоматических гипертоний

Стадия 1 – АД невысокое, но выше «пограничной гипертонии». Возможна спонтанная нормализация. Нет органических изменений, на глазном дне – непостоянные изменения сосудов по типу спазма. Кризы редки или отсутствуют.

Стадия 2 – стойкое повышение АД, требующее лечения. Гипертрофия левого желудочка, изменения глазного дна (*сужение артерий, расширение вен*), АД до 200/115, типичны гипертонические кризы.

Стадия 3 – стойкое повышение АД до 300/130, органические поражения – левожелудочковая недостаточность (*сердечная астма, отёк лёгких*), ХНК, тромбозы, поражения глаз, инфаркты, тяжёлые гипертонические кризы.

У геронтов несоответствие между стадией болезни и её признаками. Только комплексная оценка клинико-лабораторно-инструментальных данных позволяет установить стадию заболевания.

Диагностика:

анамнез

анализ мочи

уровень глюкозы, креатинина, электролитов, липидный спектр (*холестерин, липиды высокой и низкой плотности, триглицериды*)

ЭКГ

Эхокардиография

Сестринский диагноз: головная боль, головокружение, тошнота, рвота, боли в сердце, недомогание, мелькание «мушек» перед глазами.

План сестринских вмешательств: наблюдение и уход за больным, подготовка больного к дополнительным исследованиям, выполнение врачебных назначений, обеспечение консультаций других специалистов, участие в проведении диспансерного наблюдения и реабилитации, обучение пациентов и их родственников правильному измерению АД, самопомощи при гипертоническом кризе.

Реализация плана сестринских вмешательств: уход - проветривание и влажная уборка палаты, подача увлажненного кислорода, помощь больному в соблюдении личной гигиены, кормление больного контроль PS, ЧДД, АД, физиологических отпавлений и общего состояния с фиксацией полученных параметров в сестринской истории болезни. Подготовка больного к забору биологического материала для исследований. Своевременное выполнение назначений врача в плане лечения, разъяснение пациенту и его родственникам принципов немедикаментозного лечения. Обучение измерению АД, правильному поведению при обострении заболевания, в том числе самостоятельному купированию ГК.

Лечение:

Здоровый образ жизни

Физическая активность

Принципы лечения:

➤ **гиполипидемическая терапия:**

- диета
- статины (*симвастатин*)
- смолы (*холестирамин*)
- никотиновая кислота
- фибраты (*эндурацин*)

➤ **антиагрегационная** (*аспирин, курантил*)

➤ **гипотензивная**

- бета-адреноблокаторы (*атенолол*)
- диуретики (*арифон, фуросемид*)
- антагонисты кальция (*нифедипин, верапамил*)
- ингибиторы АПФ (*каптоприл, эналаприл*)

Лекция 2. Особенности оказания сестринской помощи лицам пожилого и старческого возраста с заболеваниями пищеварительной, эндокринной и мочевыделительной систем

План:

1. Возрастные изменения пищеварительной системы
2. Особенности заболеваний пищеварительной системы у лиц пожилого и старческого возраста
3. Возрастные изменения мочевыделительной системы
4. Особенности заболеваний мочевыделительной системы у лиц пожилого и старческого возраста
5. Возрастные изменения эндокринной системы
6. Особенности заболеваний эндокринной системы у лиц пожилого и старческого возраста

Возрастные изменения системы пищеварения

Ротовая полость:

- ✓ объем ротовой полости уменьшается, атрофия верхней челюсти опережает атрофию нижней челюсти; происходит нарушение прикуса, затруднение жевания пищи.
- ✓ атрофируются мимическая и жевательная мускулатура.
- ✓ уменьшается объем слюнных желез, возникает сухость во рту, появляются трещины языка и губ.
- ✓ сохраняющиеся зубы имеют желтоватый оттенок и различную степень стертости

Пищевод:

- ✓ пищевод удлиняется и искривляется; уменьшается количество секреторных клеток.
- ✓ мышечные волокна заменяются соединительной тканью (возможно появление некоторого нарушения прохождения пищи).
- ✓ снижается тонус мускулатуры нижнепищеводного сфинктера (увеличивается риск возникновения рефлюкс-эзофагита)

Поджелудочная железа:

- ✓ происходит гибель ацинозных клеток, разрастание вместо них соединительной ткани, увеличение объема жировой ткани.
- ✓ в сохранившихся ацинозных клетках уменьшается количество секреторных гранул (уменьшается секреция бикарбонатов, активность трипсина, амилазы, липазы).
- ✓ уменьшается количество бета-клеток островкового аппарата поджелудочной железы; функционирующие бета-клетки имеют повышенную активность.
- ✓ уменьшается число рецепторов к инсулину.

Печень:

- ✓ уменьшается масса печени;
- ✓ снижаются функциональные возможности гепатоцитов: увеличивается вероятность нарушений белкового, липидного, углеводного и пигментного обменов.
- ✓ снижается антитоксическая функция печени

Желчный пузырь:

- ✓ увеличивается в объеме (за счет удлинения его в переднезаднем размере и снижения тонуса мышечной стенки);
- ✓ увеличивается риск развития дискинезии желчевыводящих путей, желчнокаменной болезни.

Кишечник

- ✓ общая длина увеличивается (за счет удлинения отдельных участков толстой кишки).
- ✓ в стенке толстой кишки выявляются атрофические изменения (возникают нарушения мембранного пищеварения, процессов всасывания белков, жиров, углеводов)
- ✓ изменяется микрофлора кишечника.

Хронический гастрит – это хроническое неспецифическое воспаление желудка, сопровождающееся нарушением регенерации эпителия, его атрофией, а также развитием моторной, эвакуаторной и инкреторной недостаточностью

Этиология:

Экзогенные факторы:

- хеликобактерная инфекция;
- аутоиммунный фактор;
- образ жизни;
- дуоденогастральный рефлюкс;
- лечение гастротропными средствами;
- профессиональная вредность;
- пищевая аллергия.

Эндогенные факторы:

- нарушение нервной регуляции желудка;
- хронические инфекции полости рта;
- заболевания эндокринной системы;
- нарушение обмена веществ;
- дефицит железа в организме;
- легочная и сердечная недостаточность, аутоинтоксикация при ХЛН.

Клиника:

Протекает латентно. Больные отмечают ощущение тяжести и полноты в эпигастральной области, иногда умеренную боль после еды. Могут возникать и вынужденные обострения: появляются тошнота, рвота, отрыжка, усиливается боль в эпигастральной области. Боль иногда охватывает правое и левое подреберье. Отмечается вздутие живота, урчание в брюшной полости, запор, а также запор, сменяющийся поносами. Часто ухудшается общее самочувствие, возможно развитие сердечнососудистой недостаточности. В период ремиссии самочувствие больных удовлетворительное. Отмечается умеренно выраженный диспепсический синдром.

Диагностика

- анамнез
- клиника
- фракционное исследование желудочного сока
- копрологическое исследование
- иммунологическое исследование крови
- гастроскопия с прицельной биопсией
- рентгеноскопия с барием

Сестринский диагноз: боли в эпигастральной области, тошнота, рвота, метеоризм, запоры, сменяющиеся поносами, боли во рту, чувство жжения языка, чувство тяжести, давления в эпигастрии.

План сестринских вмешательств: организация ухода и наблюдения за больным, подготовка к дополнительным методам исследования: лабораторным (кровь, моча, желудочный сок, испражнения) и инструментальным: рентгенологическим и фиброгастроскопии; выполнение врачебных назначений.

Реализация плана сестринских вмешательств: *независимая* – осуществление ухода и наблюдения за больным; *зависимая* – забор биологического материала (кровь, моча, испражнения, желудочный сок), подготовка больного к рентгенологическому исследованию и фиброгастроскопии; выполнение врачебных назначений.

Принципы лечения: устранение сопутствующих заболеваний, исключение медикаментов, раздражающих слизистую оболочку желудка; санация полости рта и при необходимости ношение зубных протезов.

Правильный режим питания, труда и отдыха.

Рекомендуется диета № 5 с механическим измельчением и исключением мясных отваров, пряностей. Пища должна быть нежирной, преимущественно отварной. Протертые супы из круп на сливочном масле. Паровые котлеты. Овощные и фруктовые пюре, яйца всмятку (одно в день), ограничение соли. Питание должно быть дробным 5-6 раз в день.

В период обострения (7-10 дней) – диета №2.

Для снятия воспаления – *настой или экстракт ромашки (романузол), плантоглоцид*

При секреторной недостаточности – заместительная терапия (*бетацин, ацидопепсин, натуральный желудочный сок* – во время приёма пищи).

При болях – *спазмолитики (папаверин, но-шпа)*. Перед назначением препаратов атропина и белладонны – консультация специалиста для исключения глаукомы.

Для уменьшения **синдрома диспепсии и дискинетических расстройств** – *мотилиум*;

При **хеликобактерных гастритах** – *раницидин + кларитромицин + метронидазол*.

Для улучшения обменных процессов и трофики тканей – витамины и микроэлементы.

Язвенная болезнь желудка – общее хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся появлением язвенных дефектов в слизистой оболочке желудка, приводящих к нарушению всех функций желудка.

Этиология до конца не изучена.

Факторы риска:

- нарушение нейрогуморальной регуляции;
- нарушение слизообразования;
- несовершенство слизистой оболочки желудка;
- генетическая предрасположенность;
- нарушение микроциркуляции в стенке желудка;
- хеликобактерии.

Заболевание протекает у геронтов в трех вариантах:

Длительно существующая язвенная болезнь в 1/3 случаев теряет типичность течения.

При этом отмечается сезонность течения, болевой синдром выражен слабо. Секреция желудка не изменена.

Часто проявляется профузным кровотечением или перфорацией.

Обострение заболевания может протекать незаметно, пациенты предъявляют жалобы на сниженный аппетит, общую слабость. Сроки рубцевания язвенных дефектов у геронтов более длительны, в 10 % случаев наблюдается малигнизация.

При поздней форме язвенной болезни картина разнообразна: у одних пациентов обострение проявляется незначительными диспепсическими расстройствами, у других отмечается выраженный болевой синдром. Сезонность рецидивов отсутствует. Секреция сохранена. Язвенные дефекты глубокие, рубцуются медленно, часто дают массивные кровотечения. В 14 % случаев отмечается малигнизация.

Старческая язва наиболее распространенная форма. В основе ее лежат сосудистые расстройства в стенке желудка. Возникает часто в остром периоде инфаркта миокарда, при ухудшении заболеваний сердечнососудистой и легочной систем. Начинается остро с выраженным болевым синдромом, диспепсией. Язвенные дефекты большие, поверхностные, заживление идет без образования рубцов. Отмечается снижение кислотообразования, часто сопровождается массивными кровотечениями.

Нет рецидивов, рубцовых изменений слизистой. Заболевание не дает малигнизации.

Диагностика.

- анамнез
- клиника
- рентгенологическое исследование
- ФГС по показаниям
- цитологическое исследование
- кал на скрытую кровь.

Сестринский диагноз: боли в эпигастральной области, снижение аппетита, тошнота, иногда рвота, запоры, общая слабость, снижение работоспособности.

План сестринских вмешательств: организация ухода и наблюдения за больным; подготовка больных к дополнительным методам исследования, выполнение врачебных назначений; организация консультаций других специалистов.

Реализация плана сестринских вмешательств: *независимая* - осуществление ухода и наблюдения за больным; ***зависимая*** – забор биологического материала (кровь, моча, желудочный сок, испражнения) для лабораторного исследования, подготовка больного к рентгенологическому исследованию желудка и фиброгастроскопии; своевременная раздача лекарств, выполнение инъекций и вливаний; организация консультации хирурга.

Лечение:

Диетотерапия (диета № 1, в зависимости от клинических проявлений).

Антациды – *альмагель, гелусилак*.

Ингибиторы протонной помпы – *раницидин, фамоцидин*.

Препараты висмута – *де-нол*.

Препараты, улучшающие кровообращение сосудистой стенки: *солкосерил, актовегин*.

При хеликобактерной инфекции - *трихопол, раницидин, ампиокс*.

Гастроцитопротекторы (для повышения резистентности слизистой оболочки) – *вентер, смекта*.

Хронический колит – заболевание, ведущим симптомом которого является запор, иногда в чередовании с поносами. Могут быть боли, вздутие живота, которые купируются приемом спазмолитических средств.

Этиология:

- нарушениями двигательной функции кишечника, атония толстой кишки
- аномалия кишечника.

Длительные функциональные запоры со временем приводят к воспалительным изменениям слизистой оболочки толстой кишки – хроническому колиту, преимущественно в дистальных отделах (сигмоидит, проктосигмоидит), часто сочетающемуся с варикозным расширением геморроидальных вен. Ведущим симптомом сигмоидита являются запоры и периодические боли в левой половине живота, левой подвздошной области.

Хронический колит способствует возникновению дивертикулов толстого кишечника.

Сестринский диагноз: боли в левой половине живота, метеоризм, запоры, сменяющиеся поносами, общая слабость, снижение работоспособности, лихорадка при абсцедировании, гипорексия.

План сестринских вмешательств: организация ухода и наблюдения за больным, подготовка больного к дополнительным методам исследования, выполнение врачебных назначений.

Реализация плана сестринских вмешательств: *независимая* – осуществление наблюдения и ухода за больным; ***зависимая*** – забор биологического материала (*кровь, моча, испражнения*) для лабораторного исследования; подготовка к колоноскопии и рентгенологическому исследованию и ректороманоскопии; своевременная раздача лекарств, выполнение инъекций и вливаний; подготовка к консультации проктолога.

Принципы лечения и профилактики.

Повышение двигательной активности пожилого человека.

Диета.

Нормализация функции кишечника, избегать интенсивно действующих слабительных средств и клизм. Рекомендовать недлительными курсами *порошок морской капусты, крушину, ревен, жостер, экстракт алоэ, парафиновое масло*.

При спастических состояниях с вздутием – *папаверин, но-шпа*.

Уход за кожей в области анального отверстия.

Возрастные изменения мочевыделительной системы

Снижение числа функционирующих нефронов, уменьшение веса почек на 30%, снижение клиренса мочевины и креатинина. Уменьшение объема мочевого пузыря, снижение его тонуса. Ослабление тонуса сфинктера.

Гиперплазия предстательной железы (у мужчин), понижение тонуса мускулатуры малого таза (у женщин).

Снижение скорости клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции.

Обструктивная уретопатия и недержание мочи при обильном выделении.

Стрессорное недержание.

Хронический пиелонефрит – инфекционный неспецифический процесс чашечно-лоханочной системы и канальцев почек с последующим поражением клубочков и сосудов почек.

Этиология:

- ✓ повышение инфицирования мочеобразующих органов, снижение резистентности к инфекции
- ✓ доброкачественная гиперплазия предстательной железы и затруднение мочеиспускания

Возбудители:

- ✓ кишечная палочка, энтерококки
- ✓ синегнойная палочка
- ✓ стафилококк

Клинические особенности:

1. **атипичность:** нет температурной, лейкоцитарной реакции, болевой синдром отсутствует или выражен незначительно
2. на первый план могут выступать **урологические симптомы:** дизурия, поллакиурия, странгурия, недержание мочи, задержка мочи, выделение мутной мочи (иногда с неприятным запахом), дающий при стоянии мутный осадок (нередко гнойный)
3. часто беспокоят слабость, снижение работоспособности, плохой сон, снижение аппетита, головные боли
4. выявляются признаки хронической почечной недостаточности.

Пиелонефрит является тяжелым заболеванием, характеризуется длительным течением и ведёт к осложнениям – к почечной недостаточности!!!

Диагностика:

- ✓ анализ крови
- ✓ анализ мочи
- ✓ проба Нечипоренко
- ✓ проба Зимницкого
- ✓ урография
- ✓ УЗИ

Сестринский диагноз: дизурия, поллакиурия, странгурия, общая слабость, недомогание, снижение работоспособности, лейкоцитурия, бактериурия.

План сестринских вмешательств: организация ухода и наблюдения за больным; подготовка больного к дополнительным методам исследования; выполнение врачебных назначений; подготовка больного к консультации других специалистов.

Реализация плана сестринских вмешательств: *независимая* - осуществление ухода и наблюдения за больным; *зависимая* - забор биологического материала (кровь, моча) для лабораторного исследования; подготовка больного к УЗИ и радиоизотопному исследованию; своевременная раздача лекарств, выполнение инъекций и вливаний; подготовка больного к консультации уролога.

Принципы лечения:

Диета, питьевой режим, санации источника инфекции, оперативная коррекция нарушенной уродинамики, дезинтоксикационной терапии

антибактериальная терапия (этиологическое по отношению к микробному фактору)
сульфаниламиды – *уросульфам, бактрим, grosептол*

хинолоны – *невиграмон, палин, нолицин*

нитрофурановые – *фурагин*

хинолины - *нитроксолин*

Мочегонные средства и растительные диуретики (толокнянка, лист брусники, почечные сборы), симптоматическая терапия.

Аденома простаты характеризуется расстройством мочеиспускания.

Этиология:

✓ гормональный фактор

Клинические особенности:

учащение позывов, мочеиспускание сравнительно малыми порциями (по ночам 2-5-6 раз) и днем, особенно при длительном пребывании лежа или сидя, которые способствуют венозному застою в малом тазу и набуханию простаты. Часто императивные (срочные) позывы, но при попытке опорожнить пузырь, моча появляется не сразу, а после некоторого периода вялой тонкой струей.

Стадии заболевания устанавливаются путем определения остаточной мочи

1 стадия - функция мочевого пузыря еще сохранена, в пузыре после мочеиспускания нет остаточной мочи или ее количество не превышает 50 мл.

2 стадия - количество остаточной мочи увеличивается до 100-300 мл. вследствие нарастающей слабости мускулатуры мочевого пузыря, сокращение которой обуславливает выделение мочи из пузыря.

3 стадия количество остаточной мочи превышает нормальный объем мочевого пузыря и увеличивается до 1000-2000 мл. При переполнении мочевого пузыря в связи с недостаточностью мышц и сфинктера часто наступает недержание мочи – непрерывное выделение мочи каплями.

Внезапная задержка мочи, требующая лечебных мероприятий, может наступить во всех стадиях развития аденомы простаты.

Диагностика:

- пальцевое ректальное исследование простаты
- определение количества остаточной мочи
- урофлоуметрия (расчет объемной скорости мочеиспускания)
- определение простат-специфического антигена (ПСА) сыворотки крови
- УЗИ

Сестринский диагноз: недержание мочи, мочеиспускание чаще по ночам и малыми порциями, чувство тяжести или боли над лобком.

План сестринских вмешательств: организация наблюдения и ухода за больным; подготовка больных к дополнительным методам исследования, выполнение врачебных назначений, организация консультации других специалистов.

Реализация плана сестринских вмешательств: *независимая* - осуществление ухода и наблюдения за больным; *зависимая* – забор биологического материала (кровь, моча) для лабораторного исследования; подготовка больного к УЗИ, урофлоуметрии, рентгенологическому исследованию; своевременная раздача лекарств, выполнение инъекций и вливаний; подготовка больного к консультации уролога.

Принципы лечения:

правильная организации режима, профилактика застойных явлений в малом тазу

установление катетера на несколько дней (создает покой для мышц мочевого пузыря, способствует устранению отека сфинктера, что нередко ведет к восстановлению нормального мочеиспускания и уменьшению количества остаточной мочи) с последующим промыванием пузыря раствором антисептика

антагонисты α_1 -адренорецепторов (расслабляют гладкомышечные структуры предстательной железы и шейки мочевого пузыря) – *празозин, омник, кардура, танденан*

ингибиторы 5 α -редуктазы (улучшают мочеиспускание, уменьшает массу железы) – *финастерид*

препараты растительного происхождения - *пермиксон*

Рак предстательной железы – поражает мужчин старше 50 лет, в 5 % случаев летальный исход.

Этиология: нарушение метаболизма половых гормонов. Опухоль развивается из ткани железы, размеры узелков 6-10 см. в диаметре. Из гистологических форм – чаще всего встречается аденокарцинома.

Клиника: длительное время протекает бессимптомно, поэтому большое значение в современном выявлении принадлежит целенаправленному пальцевому исследованию железы через rectum.

В поздних стадиях – затруднение мочеиспускания, прерывистая струя мочи, неполное опорожнение мочевого пузыря.

В моче - гематурия, пиурия. Боли в поясничной области и хроническая почечная недостаточность.

Метастазы в кости таза, крестца, поясничный отдел позвоночника, шейку бедра. Длительная боль может давать картину радикулита.

Диагностика:

- изучение анамнеза;
- пальцевое исследование;
- пункционная биопсия;
- рентгенологическое исследование – может выявить метастазы;
- эхосканирование;
- радиоизотопная диагностика;
- уретроцистография.

Лечение:

- оперативное – простатэктомия;
- лучевая терапия;
- гормональная терапия - *синестрол, диэтилстелоб, эстрол, хонван, фосфэстерол.*

(отрицательная сторона гормонотерапии – побочное действие на печень, миокард, сосуды сердца, стимулирует функции молочных желез).

Прогноз без лечения – неблагоприятный (погибают за 1 год).

Возрастные изменения эндокринной системы происходит неравномерно: вилочковая железа атрофируется к периоду полового созревания, функция щитовидной железы снижается к 60-65 годам, половых желез – у женщин к 45-55 годам, мужчин – к 55-65. Позже других выраженные возрастные изменения наступают в функции гипофиза и надпочечников.

В процессе старения в щитовидной железе страдают резорбтивные процессы, объем стромы несколько увеличен, в тиреоидальной паренхиме обнаруживаются кистозные изменения. В результате нарушаются все три периода секреторного цикла тиреоцитов: *биосинтез, выделение продуктов в просвет фолликула, выведение тиреоидных гормонов в циркуляторное русло.* Нарушается кровоснабжение щитовидной железы, изменяется структура кровеносных капилляров.

Гипотиреоз – заболевание, обусловленное снижением выработки тиреоидных гормонов, приводящее к нарушению всех видов обмена веществ.

Факторы риска:

- ✓ недостаток йода в организме
- ✓ экология
- ✓ употребление большого количества медикаментов
- ✓ пассивное курение
- ✓ дефицит селена

Особенности клинической симптоматики:

Наблюдается сонливость, вялость, замедленность движений, забывчивость, снижение настроения, «необъяснимая» тоска, снижение познавательной функции, памяти, внимания, страдают процессы торможения. У мужчин наблюдается агрессивность. По мере прогрессирования заболевания нарастают головная боль, повышается внутричерепное давление. Появляются боли в мышцах конечностей, слабость в руках, парестезии, появляются радикулярные боли, атрофия мышц верхних и нижних конечностей, снижение сухожильных рефлексов. Быстро прогрессирует атеросклероз сосудов миокарда с соответствующей

симптоматикой, в крови – гиперхолестеринемия. Стойкое повышение АД, применение гипотензивных препаратов не приносит улучшение.

Часто формируется бронхообструктивный синдром. Часто развивается кольпит, дисбактериоз, упорные запоры, связанные со снижением моторной функции кишечника и снижением тонуса передней брюшной стенки, гипохромная анемия. Периорбитальный отёк, выраженная сухость кожи.

Диагностика:

- ✓ определение ТТГ, свободный тироксин Т4
- ✓ на рентгенограмме – увеличенный гипофиз

Сестринский диагноз: вялость, снижение познавательной функции, боли в мышцах конечностей, слабость в руках, парестезии, кольпит, дисбактериоз, упорные запоры

План сестринских вмешательств: уход и наблюдение за больным, выполнение врачебных назначений, подготовка больных к консультациям других специалистов.

Реализация плана сестринских вмешательств: организация ухода за больными, забор биологического материала (кровь, моча) для лабораторных исследований, подготовка больных к дополнительным методам исследования.

Лечение:

Диетотерапия, стол №9

ЛФК

Гормональные препараты – *L-тироксин*

Препараты, содержащие селен, витаминные препараты – *триовит, А, С, Е*

Гипертиреоз - заболевание, обусловленное повышенным синтезом тиреоидных гормонов, приводящее к нарушению всех видов обмена веществ.

Этиология:

- ✓ нервные перегрузки
- ✓ частые инфекции
- ✓ черепно-мозговые травмы

Особенности клинической картины:

Атипичность, глазные симптомы не выражены или выражены незначительно.

Если болезнь развивается до 50 лет – юношеский вид пациента, после 50 лет – раннее старение кожи, сухость, зуд, выпадение волос, разрушаются зубы, атрофия молочных желёз, резко страдает половая функция. Нарастает мышечная слабость. Диарея. Поражение сердечнососудистой системы, тахикардия, аритмии. Психическая заторможенность, депрессия, эмоциональная нестабильность.

Диагностика:

- ✓ анамнез
- ✓ кровь на Т3, Т4
- ✓ УЗИ щитовидной железы

Сестринский диагноз: сухость кожи, зуд, выпадение волос, диарея, психическая заторможенность, эмоциональная нестабильность.

План сестринских вмешательств: уход и наблюдение за больным, выполнение врачебных назначений, подготовка больных к консультациям других специалистов.

Реализация плана сестринских вмешательств: организация ухода за больными, забор биологического материала (кровь, моча) для лабораторных исследований, подготовка больных к дополнительным методам исследования (УЗИ щитовидной железы)

Лечение:

Психический покой

Тиреостатические курсы – *мерказолил, метилурацил*

Хирургическое лечение.

Сахарный диабет (СД) – эндокринное заболевание, характеризующееся постоянной гипергликемией, которое развивается вследствие абсолютной или относительной недостаточности инсулина, приводящее к нарушению всех видов обмена веществ.

У пожилых людей чаще встречается сахарный диабет 2 типа.

Причины:

- ✓ недостаточная выработка инсулина
- ✓ невосприимчивость периферических рецепторов к инсулину
- ✓ ожирение

Особенности клинической картины:

Уменьшается масса тела, беспокоит кожный зуд, повышенная утомляемость, слабость, сухость кожи и слизистых оболочек. Основные проявления - гипергликемия, глюкозурия, полиурия, полидипсия. Тяжелее протекают сопутствующие заболевания, что связано со снижением иммунитета. Больные СД предрасположены к гнойным осложнениям, туберкулезу, раннему развитию атеросклероза и ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии.

Поражаются сосуды: **микроангиопатии** – поражение сосудов малого калибра (**нефроангиопатия, ретинопатия, нейропатия**) и **макроангиопатии** – поражение крупных сосудов (**атеросклероз**).

Диагностика:

- ✓ анализ крови и мочи на сахар, глюкозотолерантный тест
- ✓ консультации узких специалистов

Сестринский диагноз: полифагия, полидипсия, полиурия, кожный зуд, глюкозурия

План сестринских вмешательств: уход и наблюдение за больным, выполнение врачебных назначений, подготовка больных к консультациям других специалистов.

Реализация плана сестринских вмешательств: организация ухода за больными, забор биологического материала (кровь, моча) для лабораторных исследований, подготовка больных к дополнительным методам исследования (ЭКГ, ЭхоКГ, РВГ нижних конечностей, осмотр глазного дна, экскреторная урография, радиоизотопная ренография).

Принципы лечения.

Диета с исключением легкоусвояемых углеводов, ограничением жиров и увеличением содержания белков.

Пероральные сахароснижающие средства:

- **сульфаниламиды** (*маннинил, диамикрон, предиап*)
- **бигуаниды** (*метформин*)

инсулин

препараты, благоприятно воздействующие на сосуды (*витамин С, РР, ангиопротекторы, статины*).

Лекция 3. Особенности оказания сестринской помощи лицам пожилого и старческого возраста с заболеваниями кроветворной системы и опорно-двигательного аппарата. Особенности геронтологического сестринского процесса при работе с лицами пожилого возраста, имеющими психические расстройства.

1. Возрастные изменения кроветворной системы
2. Особенности заболеваний кроветворной системы у лиц пожилого и старческого возраста
 3. Возрастные изменения опорно-двигательного аппарата.
 4. Особенности заболеваний опорно-двигательного аппарата у лиц пожилого и старческого возраста
 5. Возрастные изменения нервной системы.
 6. Особенности заболеваний нервной системы у лиц пожилого и старческого возраста

Кроветворная система:

- **красный костный мозг подвергается жировому замещению**
- **снижается количество эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов и лейкоцитов.**

Анемии – клинико-гематологический синдром, характеризующийся снижением содержания гемоглобина и Э в единице объема крови.

Железодефицитные анемии характеризуют низкий цветной показатель крови, гипохромия Э, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки, снижение ферритина в крови, уменьшение числа сидеробластов в костном мозге.

Этиология:

- ✓ хронические кровопотери (*поражения ЖКТ, гематурия при опухолевых заболеваниях почек, десневые и носовые кровотечения*)
- ✓ нарушение всасывания железа при прогрессирующей атрофии слизистой оболочки желудка и кишечника
- ✓ алиментарный фактор (*недостаточное поступление железа*)
- ✓ хронические инфекционные заболевания, воспалительные и токсико-аллергические процессы, приводящие к перераспределению железа в организме с фиксацией его в поражённых тканях и органах иммуногенеза

Клиника:

Синдром гипоксии: общая слабость, утомляемость, потливость, головокружение, шум в ушах и голове, усиление проявлений ИБС.

Трофические нарушения кожи, волос, ногтей, слизистых оболочек, мышц, мышечная слабость, нарушение мочеиспускания, недержание мочи при кашле и чихании.

Извращение вкуса и обоняния. Отмечаются синдромы гиповитаминоза, иммунодефицита, гипопроотеинемии, синдром «сочетанной» анемии.

В анализе крови: нормохромная анемия, снижение гемоглобина, Э, умеренная лейкоцитопения и тромбоцитопения, низкое содержание сывороточного железа.

Диагностика:

- ✓ установить причины железодефицитного малокровия
- ✓ анализ крови
- ✓ сывороточное железо
- ✓ анализ кала на кровь
- ✓ рентгенологическое исследование ЖКТ, гастроскопия, УЗИ, пальцевое исследование прямой кишки

Сестринский диагноз: слабость, повышенная утомляемость, головокружение, головные боли, одышка, ощущение сердцебиения, сухость и ломкость волос, заеды, извращение аппетита

План сестринских вмешательств: уход, наблюдение за больным, подготовку к дополнительным методам обследования, выполнение врачебных назначений, комплекса реабилитационных мероприятий, информирование пациента и его родственников о факторах

риска развития анемий, возможностях профилактики, правилах приема препаратов железа, рекомендации по диетическому питанию.

Реализация плана сестринских вмешательств: организация ухода за больными, забор биологического материала (кровь, моча) для лабораторных исследований, подготовка больных к дополнительным методам исследования (рентгенологическое исследование ЖКТ, гастроскопия, УЗИ, пальцевое исследование прямой кишки).

Лечение:

Устранение причин железодефицита.

Диета (*большое количество полноценного мяса, субпродуктов, овощи и фрукты*)

сорбифер, фенюльс, витамин С

В тяжелых случаях – *фербитол* – 2мл в/м, *феррум лек* – по 2 мл в/м

В12 дефицитная анемия

Этиология:

- ✓ нарушение всасывания
- ✓ алиментарный дефицит витамина В12 (ограничение в питании)
- ✓ нарушение депонирования при циррозе, гепатите
- ✓ нарушение секреции гастромукопротеина
- ✓ повышенный расход витамина В12 (глистные инвазии)
- ✓ нарушение транспорта витамина В12

Клиника:

анемический синдром (слабость, сонливость, шум в ушах, головокружение, утомляемость, сердцебиение при физических нагрузках, боли в сердце, изменения ЭКГ, развитие сердечной недостаточности, одышка). **Грозное осложнение – развитие комы.**

Поражение нервной системы (парестезии, периферическая полинейропатия, атаксия, нарушение вибрационной чувствительности, спастическая походка, нарушение психики – нарушение памяти, галлюцинации).

Поражение органов пищеварения. Быстрая декомпенсация сердечной деятельности с появлением одышки, отеков, тахикардии.

Более быстрое развитие нарушений функции тазовых органов.

Отсутствие в периферической крови мегалобластов и относительно небольшое число гиперхромных Э.

В крови: высокий цветной показатель, анизо- и пойкилоцитоз, тельца Жолли, кольца Кебота, лейкоцитопения и тромбоцитопения, гиперсегментация ядер нейтрофилов.

В костном мозге – мегалобласты различной степени зрелости.

Диагностика:

- ✓ анамнез
- ✓ анализ крови
- ✓ исследование пунктата костного мозга
- ✓ рентгенологическое, эндоскопическое исследования желудка, кишечника, печени, поджелудочной железы, флоры кишечника, обследование на гельминты.

Сестринский диагноз: бледность кожи и слизистых оболочек с иктеричностью, слабость, быстрая утомляемость, одышка, головокружение, тахикардия, атрофия слизистой оболочки ротовой полости, сосочков языка, парестезии конечностей и др.

План сестринских вмешательств: уход, наблюдение за больным, подготовку к дополнительным методам обследования, выполнение врачебных назначений, комплекса реабилитационных мероприятий, информирование пациента и его родственников о факторах риска развития анемий, возможностях профилактики, правилах приема препаратов железа, рекомендации по диетическому питанию.

Реализация плана сестринских вмешательств: организация ухода за больными, забор биологического материала (кровь, моча) для лабораторных исследований, подготовка больных

к дополнительным методам исследования (рентгенологическое, эндоскопическое исследования желудка, кишечника, печени, поджелудочной железы)

Лечение

Диетотерапия

Витамин В12 (*цианкобаламин*) - вначале препарат вводится ежедневно внутримышечно до нормализации показателей гемоглобина, а в последующем проводится поддерживающая терапия (1–2 раза в месяц).

Костно-мышечная система:

- повышенная хрупкость костей, замедление процессов регенерации
- кифоз грудного отдела позвоночника, лордоз – поясничного
- изменение формы грудной клетки, изменение осанки, появление сгорбленности, уменьшение роста
- дегенеративные процессы в суставном хряще
- образование костных наростаний
- увеличение эпифизов костей, остистых отростков тел позвонков, обызвествление продольных связок позвоночника
- атрофия мышц, увеличение содержания в мышцах соединительной ткани, снижение упругости и эластичности мышц, снижение силы скелетной мускулатуры

Остеопороз («пористая кость») – заболевание, характеризующееся потерей костной массы, нарушением её архитектоники, приводящее к увеличению хрупкости костной ткани и повышению риска переломов.

Этиология

- недостаточные физическая активность (*сидячий образ жизни*)
- дефицит кальция в диете
- генетические факторы
- алкогольная и никотиновая зависимость
- длительное применение ряда лекарственных средств
- продолжительное кормление грудью, многочисленные роды, ранняя менопауза

Выделяют:

первичный (*постменопаузальный и сенильный*)

вторичный остеопороз (*при различных заболеваниях*)

Постменопаузальный (климактерический) остеопороз развивается у женщин в возрасте 50-70 лет вследствие недостаточного образования в организме женских половых гормонов – эстрогенов, что приводит к нарушениям в гормональной системе, регулирующей кальциево-фосфорный обмен. Процессы разрушения начинают преобладать над процессами образования костной ткани, развивается дефицит витамина D с последующим уменьшением всасывания кальция в желудочно-кишечном тракте. В итоге уменьшается костная масса и плотность костей, увеличивается их хрупкость и ломкость.

Сенильный остеопороз диагностируют в возрасте старше 70 лет по причине:

- уменьшения поступления кальция с пищей
- дефицит витамина D и белка

- гипокинезии
- нарушения функции ЖКТ
- низкая солнечная инсоляции

Клиническая картина

Выделяют *болевою и безболевою* форму.

Безболевая форма длительное время протекает бессимптомно. Пациенты отмечают быструю усталость в положении сидя, впервые проявляется переломами костей.

При *болевой* форме – боли в длинных трубчатых костях, ноющие боли в пояснице, грудной клетке, усиливающиеся при физических нагрузках. Отмечаются нарушения походки, хромота, появляется сутулость, углубление шейного лордоза и грудного кифоза, развиваются глубокие складки кожи на боковых поверхностях туловища, снижение роста на 10-15 см.

Диагностика:

- анамнез
- клиника
- биохимический анализ крови на кальций, фосфор, магний, щелочную фосфатазу
- моча на наличие метаболитов витамина Д
- биопсия костей
- рентгенологическая и ультразвуковая денситометрия

Сестринский диагноз: нарушения походки, хромота, сутулость, углубление шейного лордоза и грудного кифоза, глубокие складки кожи на боковых поверхностях туловища, снижение роста

План сестринских вмешательств: организация ухода и наблюдения за больным, подготовка к дополнительным методам исследования: лабораторным (кровь, моча,) и инструментальным: рентгенологическим и эндоскопическим; выполнение врачебных назначений. ознакомление больного и его родственников с принципами первичной и вторичной профилактики.

Реализация плана сестринских вмешательств: *независимая* – осуществление ухода и наблюдения за больным; *зависимая* – забор биологического материала (кровь, моча,), подготовка больного к рентгенологическому и эндоскопическому исследованиям; выполнение врачебных назначений.

Лечение:

Рациональное питание

Адекватная физическая нагрузка, ЛФК, ходьба

Для снятия болей – *миокальцик ксидофон* (в виде аппликаций)

гормонотерапия - эстрогены – *библон* (синтетический аналог)

витаминотерапия – кальцитриол, альфакальцидол

Деформирующий остеоартроз - хроническое прогрессирующее дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов, характеризующееся деструкцией суставного хряща, изменениями суставных поверхностей эпифизов костей и в околосуставных мягких тканях.

Этиология:

Причины заболевания изучены не до конца.

Способствуют следующие **факторы:**

- генетические нарушения
- нарушения развития хряща в детстве
- метаболические нарушения
- возраст;
- пол
- избыточная масса тела (большая подверженность механическим воздействиям);

- повышенная травматизация
- воспалительные заболевания суставов

Клиника

Заболевание развивается медленно.

Поражаются в основном нагрузочные суставы позвоночника, крупные суставы нижних конечностей, дистальные суставы кистей рук и стоп.

Боли неоднородные, возникают по разным причинам.

Характерны кратковременные «стартовые» боли, появляющиеся при первых шагах утром и проходящие достаточно быстро под влиянием физической активности.

Может быть резко выраженный болевой синдром вследствие «блокады сустава» - ущемлением между его суставными поверхностями костного или хрящевого обломка («суставной мыши»). В этой ситуации больной может быть обездвижен. В пораженном суставе ощущается характерный хруст (*крепитация*). При прогрессировании заболевания суставы увеличиваются в объеме и деформируются, ограничивается их подвижность. Эти явления обусловлены развитием костно-хрящевых разрастаний (остеофитов), сухожильно-мышечных контрактур, разрушением хряща и суставных поверхностей костей, накоплением в полости сустава синовиальной жидкости (*синовит*) и отеком околосуставных тканей. Типичны утолщения дистальных (*узелки Гебердена*) и проксимальных (*узелки Бушара*) межфаланговых суставов пальцев рук.

Диагностика:

- ✓ анамнез
- ✓ клиника
- ✓ анализ крови на С-реактивный белок, сиаловые кислоты, ревматоидный фактор;
- ✓ анализ синовиальной жидкости;
- ✓ рентгенографическое, ультразвуковое, эндоскопическое (артроскопия) исследования

Сестринский диагноз: осанка, особенности походки, объем движений в суставах и их конфигурацию, «хруст» в суставах.

План сестринских вмешательств: организация ухода и наблюдения за больным, подготовка к дополнительным методам исследования: лабораторным (кровь, моча) и инструментальным: рентгенологическим и эндоскопическим; выполнение врачебных назначений. Ознакомление больного и его родственников с принципами первичной и вторичной профилактики.

Реализация плана сестринских вмешательств: *независимая* – осуществление ухода и наблюдения за больным; *зависимая* – забор биологического материала (кровь, моча), подготовка больного к рентгенологическому и эндоскопическому исследованиям; выполнение врачебных назначений.

Лечение:

- купирование болевого синдрома и воспалительных процессов (НПВП - *диклофенак, кетонал, целебрекс, мовалис, ксефокам, аулин*, опиоидные обезболивающие средства - *трамал*);
- замедление и предупреждение дегенерации суставного хряща (хондропротекторы – *румалон, дона, структум, артепарон*)
- локальная терапия (внутрисуставное введение глюкокортикоидных гормонов, анестезирующих средств)
- магнитотерапия, УВЧ, электрофорез
- эндопротезирования

Возрастные изменения нервной системы – атеросклеротический стеноз артерий, преходящие и стойкие ишемии головного мозга.

Атеросклеротическая энцефалопатия – цереброваскулярная патология вследствие множественных очаговых или диффузных поражений головного мозга.

Этиология:

- повышение АД
- гиперхолестеринемия
- курение
- заболевания сердца
- гиподинамия
- сахарный диабет
- стрессы
- наследственность
- алкоголизм

Выделяют:

Субкортикальную форму – резкие колебания АД, медленное течение. Прогрессивно снижается память, интеллект, способность к передвижению, тазовые расстройства.

Мультиинфарктную форму – при длительно существующих заболеваниях сердца, поражениях сосудов головного мозга, стабильно диастолической гипертензии.

Хроническую церебральную недостаточность – при поражении сосудов вертебробазилярного бассейна, проявляется преходящими головокружениями, зрительными нарушениями, снижением оперативной памяти.

Стадии:

Стадия компенсации – множество жалоб, мало симптоматики. Отмечают головную боль, быструю утомляемость, снижение умственной работоспособности, слезливость, рассеянность. Эти явления не проходят и после отдыха.

Стадия умеренной декомпенсации – прогрессивное снижение памяти, суживается круг интересов, нарушение сна, сонливость в дневное время, нарушения интеллекта, неустойчивость при ходьбе. Асимметрия носогубных складок, брадикинезия.

Стадия тяжелой декомпенсации – резкое снижение всех видов памяти, нарушение речи, шаркающая походка, общая скованность, эгоцентризм, нарушается эмоциональный контроль, затем – эмоциональная тупость.

Диагностика:

- ✓ контроль АД
- ✓ анализ крови, мочи
- ✓ липидный спектр
- ✓ КТМ
- ✓ УЗИ доплерография
- ✓ электроэнцефалография
- ✓ нейроофтальмологическое исследование
- ✓ психологическое исследование с применением проб

Лечение:

Диетотерапия: *снижение солей натрия, ограничение наваристых бульонов, отказ от копченостей, крепкого чая, кофе, увеличить приём овощей, фруктов. Витаминизация – геровитал, олигогал Se*

В зависимости от **формы:**

гипотензивная терапия – *ИАПФ, диуретики*

улучшение мозгового кровообращения – *трентал, кавинтон, сермион, инстенон*

для профилактики тромбов – *аспирин, тиклид*

статины – *зокор, мевакор*

препараты никотиновой кислоты

антиоксиданты – *веторон, янтавит*

для устранения умственных нарушений – *ноотропы (никамилон, сермион, энцефабол, танакан)*

Изменения психики:

- снижение психической активности
- затруднение восприятия, сужение его объёма
- ухудшение сосредоточения внимания и его переключения
- снижение творческого потенциала
- уход от внешних стимулов к внутренним переживаниям
- снижение мотивации
- обеднение эмоциональных переживаний
- развитие эгоцентризма
- консерватизм суждений и поступков
- обострение черт характера, появление черт, ранее не обнаруживаемых

Болезнь Альцгеймера – дегенеративное заболевание головного мозга, характеризующееся прогрессирующим снижением когнитивных функций, памяти и поведенческими расстройствами.

Факторы риска:

- наследственность
- частые черепно-мозговые травмы
- низкий уровень образования
- заболевания щитовидной железы
- стрессы
- монотонный нетворческий труд
- алкоголизм

В ходе болезни происходит постепенная диффузная атрофия мозга с расширением мозговых желудочков. Типичный возраст начала - после 65 лет.

Клиника:

Незаметное начало, прогрессирующее течение. Снижается память, интеллект, нарушается абстрактное мышление. Возможны суицидальные попытки. Развивается дезориентация в месте, времени, в собственной личности. Развиваются нарушения речи (*алексия*), нарушение узнавания (*агнозия*). Возможен бред, галлюцинации. Пациент становится зависимым от окружающих.

Диагностика:

- анамнез
- клиника
- нейропсихологические тесты
- определение в спинно-мозговой жидкости *тау-протеина* и *нейронального нитевидного белка*

Лечение:

Образ жизни, физкультура

Тренировка памяти

Церебролизин

При бредовых расстройствах – *феназепам*

Основные психические расстройства и психические заболевания в пожилом и старческом возрасте

Страх - это специфическое состояние напряженности и отсутствие чувства безопасности, возникающие как эмоциональные реакции субъекта на существующую угрозу.

Страх приводит к специфическим изменениям в организме пожилого человека: учащение пульса, изменение частоты дыхания, потоотделение, дрожь во всем теле, сужение кровеносных сосудов и т. п. Различные причины и проявления страха накапливаются в течение всей жизни. В старости под угрозой могут оказаться ценности, которые имеют для субъекта существенное значение: не только само физическое существование, но и духовная свобода.

Угроза этим ценностям приводит к тревожности, беспокойству. С возрастом, как известно, снижается острота зрения, ухудшается периферическое и ночное зрение, снижается слух и понимание чужой речи, нередко страдает и собственная речь. Это ухудшает коммуникативные способности пожилого человека, углубляя его одиночество.

В ряде случаев ухудшение слуха ведет к повышенной подозрительности. После коррекции слуха (например, с помощью слухового аппарата) эти явления часто проходят.

У женщин в возрасте 60 лет и старше сильнее всего проявляется опасение перед одиночеством, болезнью, плохими людьми и смертью. Мужчины в возрасте от 60 до 70 лет чаще проявляют страх перед смертью, перед чужой и собственной агрессией, перед собственной беспомощностью, судьбой, совершенными ошибками, опасаются за детей и будущее

Если семья не помогает старому человеку облегчить его страхи, относясь нередко к ним пренебрежительно, то к прежнему состоянию добавляется чувство непонимания, плохого к нему отношения, обиды. Попытка понять специфический характер духовного разлада старого человека и желание помочь ему может стать важным терапевтическим средством. Иногда достаточно душевной беседы, участливого и сочувственного выслушивания старого человека, чтобы добиться улучшения его настроения и контакта с близкими людьми.

Тревожность порождается двумя факторами: чувством вины в сочетании с чувством обиды, а также внутренней напряженностью. Она указывает на то, что пожилой человек не может удовлетворить важных духовных потребностей, чувствует себя одиноким, недоволен собой, часто расстраивается и жалуется. В конфликтных ситуациях он занимает пассивную позицию самоустранения. Чувство неполноценности или вины может вызвать скрытый гнев. Чувство обиды, проявляющееся у старых людей, вызвано обычно слишком высокими требованиями и ожиданиями. Тревожность сопровождается вегетативными расстройствами. У пожилых мужчин и женщин общий уровень тревожности примерно одинаков. Различие касается только проявлений этого состояния.

У женщин выше уровень открытой, внешней тревожности, которую легко наблюдать в поведении человека.

Мужчины, от которых ожидают умения владеть собой, более сдержаны в выражении своих тревожных чувств. Пожилые мужчины с высоким уровнем тревожности - часто вдовцы. Их очень тревожит уровень жизни (в материальном плане), который значительно снижается по сравнению с периодом профессиональной активности. Ухудшение состояния здоровья негативно влияет на степень эмоциональной уравновешенности. Важным негативным фактором являются также конфликтные либо просто редкие и формальные контакты с семьей.

Для мужчин характерно усиление тревожности по мере увеличения времени пребывания на пенсии. Это связано с тем, что со временем постепенно ухудшается социальное положение старого человека. Часть его друзей умирает, а снижение физических возможностей не позволяет найти новые контакты и формы активности.

У женщин на усиление тревожности в первую очередь влияет факт наличия или отсутствия семьи. Если для мужчин большее значение имеет само качество контактов с семьей, то у женщин господствует принцип: «любая семья лучше, чем никакой». Старым женщинам с помощью защитных механизмов легче оправдать несправедливое поведение и поступки своих детей и семьи, чем справиться с отсутствием людей, которым можно отдать свою любовь. С одиночеством весьма тяжело справиться женщинам, которые вдруг стали одинокими в старости. Особенно трудна ситуация женщин, которые всю жизнь контактировали с окружающим миром при посредничестве мужа. После его утраты далеко не каждая из них может самостоятельно восстановить связи с окружением.

Другой негативной стороной ситуации старых женщин бывает факт совместного проживания с чужими людьми. Не понимая потребностей и поведения одинокой старой женщины, эти люди поступают по отношению к ней иногда сурово, усугубляя ее тревоги. Женщины с высоким уровнем тревожности менее активны. Им свойственно чувство утраты прежних ценностей, у некоторых из них образ жизни и круг ежедневных занятий ограничивается исключительно самообслуживанием и пассивным отдыхом (телевидение, радио). Социальные контакты некоторых из них очень бедны и поверхностны.

Следует понимать, что «трудный старик» своим поведением дает понять окружающим, что ему плохо, что не все его потребности удовлетворены. Поэтому необходимо помочь ему избавиться от трудностей и приобрести душевное равновесие и покой.

Нарушение сна. С возрастом уменьшается потребность во сне, пожилые люди гораздо чаще просыпаются среди ночи.

Сон в жизни пожилого и старого человека более важен, чем для молодых людей. Резервные возможности нервной системы людей старшего возраста значительно снижены и быстро истощаются. Одна ночь, проведенная без сна, сильно отражается на настроении, состоянии психики, нередко ухудшая или стимулируя развитие физической слабости и психической недостаточности.

Старый человек нуждается в 7-8-часовом ночном сне, а люди с выраженной астенизацией еще и в дополнительном сне днем.

Некоторые пациенты испытывают чувство страха с приближением ночи. Отрицательной стороной длительного приема снотворных (транквилизаторов) является привыкание к ним. Со временем человек, как правило, увеличивает дозировку препаратов. В результате возникает вялость, апатия, адинамия после сна.

Психическая и поведенческая заторможенность может быть вследствие плохого, однообразного питания и дефицита витаминов. Как только питание становится более полноценным, явления, напоминающие деменцию, исчезают.

Психическая и поведенческая заторможенность нередко возникает вследствие низкой температуры воздуха в доме, где живет пожилой человек. Причиной этого, помимо материальных затруднений, может быть также характерная для многих пожилых людей убежденность, что для здоровья полезно жить в холоде, часто проветривать помещение и т. д. Повышение температуры в жилище, улучшение теплоизоляции и регулярная горячая пища быстро ведут в таких случаях к улучшению когнитивных способностей и изменению поведения.

Психическая и поведенческая заторможенность может быть вследствие избыточного приема лекарств, особенно снотворных, гипотензивных и противоаллергических. Это ведет к ухудшению когнитивных функций, вялости и заторможенности. Необходим внимательный сбор лекарственного анамнеза, в том числе получение информации от родственников, поскольку сами пациенты могут об этом умалчивать, считая такой прием лекарств обычным и вполне нормальным. После прекращения их приема явления, напоминающие деменцию, обычно проходят.

Деменция (хронический мозговой синдром) проявляется повреждением когнитивной сферы, снижением интеллектуальных и других высших корковых функций - абстрактного мышления, памяти, сообразительности, уровня суждений, способности к обучению, счета, письма, речи и т. д.

Для постановки диагноза деменции необходимо, чтобы указанные расстройства продолжались не менее 6 месяцев и были выражены столь значительно, чтобы вести к нарушениям профессиональной, социальной и повседневной деятельности пациента. В прежних классификациях деменцию относили в группу сенильного (старческого) слабоумия.

Сосудистая деменция (СД) - вторая по значению группа состояний слабоумия в пожилом возрасте. Чаще всего представляет собой ступенчато нарастающее снижение интеллекта и когнитивных функций вследствие повторяющихся нарушений мозгового кровообращения, преимущественно в мелких и средних сосудах, и следующих за ними паренхиматозных повреждений. Начинается в возрасте 50-60 лет, у мужчин встречается несколько чаще. Причина деменции - накопление очагов некроза в веществе мозга, которое возникает в результате повторяющихся инсультов, чаще всего ишемических. Начало заболевания, в отличие от деменции при БА, относительно острое и отчетливое, после одного или нескольких эпизодов нарушения мозгового кровообращения. Прогрессирование деменции происходит также ступенчато, с каждым новым эпизодом, при этом бывают периоды относительной стабилизации и улучшения когнитивных функций. Характерны эмоциональная лабильность, слезливость, сосудистые жалобы, колебания артериального давления, очаговая неврологическая симптоматика.

Депрессия является психическим расстройством, которое у людей пожилого возраста встречается намного чаще, чем в другие периоды жизни. Многие случаи депрессии у пожилых людей внешне напоминают деменцию. Нераспознанные депрессии у пожилых часто ведут к нарастающей социальной изоляции, утрате социальных навыков, а нередко - и к суициду.

Периоды депрессии описывают как наличие подавленного настроения, беспокойства, ощущения пустоты жизни, все кажется малоинтересным, малозначимым. Часто возникает чувство апатии, вялости, незаслуженной обиды. Иногда старого человека охватывает убежденность в собственной бесполезности, нередко до такой степени, что он не видит смысла в дальнейшем существовании. Многие из пациентов с депрессивным синдромом говорят о том, что они приветствовали бы смерть, если бы она наступила быстро и безболезненно.

При большой депрессии больной часто не отвечает на вопросы, не может правильно ориентироваться во времени и пространстве.

Депрессивный пожилой пациент всегда сохраняет осознание болезни и свои прежние индивидуальные особенности. Другими словами, если на снижение памяти и интеллекта жалуется сам пациент, но не его близкие, то это депрессия; если же жалуются близкие, но пациент этого не замечает, то это деменция.

Особенности организации сестринской помощи лицам пожилого и старческого возраста при психических расстройствах

Роль медицинской сестры в организации лечебного процесса и ухода за психическими больными заключается в решении повседневных вопросов и принятие на себя ответственности за проведение целого ряда мероприятий.

Подготовить больного к проведению той или иной процедуры требует подчас от медсестры также много сил, умения, знания психологии больного и характера имеющихся психотических расстройств. Убедить больного в необходимости принять лекарство и пойти на ту или иную процедуру нередко бывает затруднительным из-за его болезненной продукции, когда по идейно - бредовым мотивам галлюцинаторных переживаний или эмоциональных расстройств пожилой человек противится проведению порой всех лечебных мероприятий. В этом случае знание клиники заболеваний помогает правильно решить терапевтическую проблему, делая возможным положительное решение излечения.

Процесс ухода осуществляется поэтапно следующим образом: сбор информации, постановка сестринского диагноза, выявление проблем пациента. При аффективных состояниях проблемы будут следующие:

- при депрессиях: подавленное настроение - гипотимия, снижение волевой активности - гипобулия, двигательная заторможенность, замедление мыслительного процесса;
- при маниях: повышенное настроение - эйфория, усиление волевой и двигательной активности, ускорение мыслительного процесса, веселость беззаботность.

Определение целей ухода, планирование ухода, осуществление ухода и оценка результатов. Оценка эффективности ухода основывается на результатах повторного сбора информации о состоянии пациента и дает возможность контроля и внесения необходимых поправок в процессе ухода.

Качественный уход возможен в случае партнерского взаимодействия между пациентом и ухаживающим персоналом. Такого взаимодействия можно достичь лишь путем установления отношений доверия между пациентом и ухаживающим персоналом. Поэтому медицинская сестра должна обладать коммуникативными навыками, знанием медицинской психологии и определенными личностными качествами: уважением отдельного индивидуума, способностью к эмпатии, выдержкой и др.

В общении с психическими больными нельзя повышать голос, приказывать что-либо, пренебрежительно относиться к их просьбам, игнорировать их обращения, жалобы. Всякое резкое, неуважительное обращение с больными способно спровоцировать возбуждение, агрессивные действия, попытки к побегу, самоубийству. Следует воздерживаться от обсуждения с больными состояния и поведения других больных, высказывать свою точку зрения на правильность лечения, режима. Нужно регулировать поведение больных, если возникает такая необходимость, очень корректно. Беседа с больными должна касаться только вопросов лечения, быть направленной на уменьшение у них беспокойства, тревоги.

Медицинские сестры, младший медицинский персонал на дежурствах должны быть одеты в строгий медицинский халат, медицинскую шапочку. Неуместны броские украшения, демонстративные прически, яркий макияж, и все, что может привлечь повышенное внимание больных. В карманах халата не должны находиться острые предметы, ключи от отделения, шкафов с медикаментами. Пропажа ключей требует принятия срочных мер по их поиску, так как это может повлечь за собой побеги больных из отделения.

Лечебные манипуляции (раздача лекарств, инъекции и другие процедуры) выполняются согласно назначениям врача в указанные сроки. Необходимо следить, принимают ли пациенты таблетки. Раздача лекарств без контроля приема не допускается, поэтому медикаменты больными принимаются только в присутствии медсестры.

До сего времени актуальным остается уход и надзор за психически больными людьми, которые проводятся медсестрой. Оно включает в себя кормление больных, смену белья, проведение санитарно - гигиенических мероприятий.

Больной может забывать умываться, не видеть необходимости в умывании или не помнить, как это делается. Предлагая больному свою помощь, нужно стараться сохранить его личное достоинство.

При умывании следует придерживаться прежних привычек больного, сделать умывание максимально приятным, помочь больному расслабиться.

Принятие душа может быть проще, чем купание в ванне, однако если человек не привык принимать душ, это может его обеспокоить.

Если больной отказывается от купания или душа, подождите некоторое время - настроение может измениться.

Пусть больной все, что возможно, делает сам.

Если больной смущается при купании или принятии душа, можно оставить закрытыми определенные участки тела.

Не забывайте о безопасности, ее обеспечивают надежно закреплённые предметы, ручки или перила, за которые можно ухватиться, коврик, на котором нельзя поскользнуться, а также дополнительный устойчивый стул.

Если, помогая больному мыться, Вы каждый раз сталкиваетесь с проблемами, попросите, чтобы Вам кто-нибудь помогал.

Больной может забыть процедуру одевания, не видеть необходимости в смене одежды. Иногда в присутствии людей больные появляются одетыми неподобающим образом. Нужно положить одежду больного в том порядке, в котором ее необходимо надевать.

Избегать одежды со сложными застежками, использовать предметы одежды на резинках, липучках, молниях и т.п.

Не нужно торопить больного при одевании, следует поощрять его самостоятельные действия.

Обувь должна быть удобной, нескользкой, на резиновой подошве, свободной, но не спадающей с ноги.

Больные могут забывать, где находится туалет, и что в нем делать, перестают ощущать, когда следует пойти в туалет.

Нужно поощрять посещение больным туалета.

Установить определенный режим посещения.

Обозначить дверь в туалет большими цветными буквами.

Оставить дверь туалета открытой, чтобы проще было его найти.

Необходимо убедиться, что одежда больного легко снимается.

Ограничить прием жидкости перед сном.

Рядом с постелью можно поставить ночной горшок.

При необходимости использовать памперсы.

Особенно важно наблюдение за целым контингентом больных. Это касается депрессивных больных, пациентов с кататонической симптоматикой, больных с острыми психотическими расстройствами и нарушениями поведенческих актов. Уход и надзор, несомненно, являются важными звеньями в общем плане лечения больных, так как невозможно было бы проведение терапевтических мероприятий без этих важных больничных факторов. Информация о больных, динамике их заболеваний, изменениях в лечебном процессе и так далее является неоценимым в ходе комплексного лечебного процесса, который проводится психическим больным в психиатрических стационарах. Только медсестра может констатировать появление целого ряда делириозной симптоматики в вечернее время, предотвратить реализацию суицидальных тенденций, установить суточные колебания настроения у пациентов по косвенным, по объективным характеристикам, предугадать их социально опасные побуждения.

У больных могут возникать бредовые идеи и галлюцинации. Бредовые идеи характеризуются появлением у больного ложных убеждений. Например, больному кажется, что его преследуют, хотят отравить, причинить вред и т.д. Бредовые идеи воспринимаются им как реальность, вызывающая страх. У больного возможны зрительные и слуховые галлюцинации, он может видеть или слышать то, чего не существует на самом деле, например, фигуры или голоса людей, разговаривающих в комнате.

Не нужно спорить с больным о реальности увиденного или услышанного им, так как, если он ощущает, что должен защищать свои собственные взгляды, это может привести к усилению бреда.

Если больной испуган, необходимо успокоить его: взять за руку, говорить мягким, спокойным голосом.

Отвлечь больного от галлюцинации, обратив его внимание на реально находящийся в помещении предмет.

Серьезной проблемой для лиц, осуществляющих уход, может стать проявление агрессивности и насилия со стороны больного. В таких случаях нужно стараться сохранять спокойствие, не проявлять собственного страха или беспокойства.

Всеми возможными методами следует избегать ответной агрессивности; обвиняющий, угрожающий или осуждающий тон голоса может усилить агрессию больного.

Не следует находиться к больному слишком близко, он может воспринять это как угрозу.

Постараться переключить внимание больного на более спокойное занятие, определить, что вызвало такую реакцию больного, и проследить за тем, чтобы эти предпосылки не повторялись.

Иногда, для того чтобы успокоить больного, медицинская сестра обещает ему очередное свидание с родными, разговор по телефону, но потом не выполняет обещания, т.е. обманывает больного. Это совершенно недопустимо, так как больной теряет доверие к медицинскому персоналу. В случае если невозможно прямо и конкретно дать ответ на тот или иной вопрос, следует перевести разговор на другую тему, отвлечь больного. Не рекомендуется также обманным путем помещать больного в стационар. Это затрудняет в дальнейшем контакт с ним, он надолго становится недоверчивым, ничего не рассказывает о себе, о своих переживаниях, а иногда становится озлобленным. Не следует бояться больных, но не нужно бравировать излишней храбростью, так как это может привести к тяжелым последствиям.

Психические расстройства у пожилых людей с нарушением памяти и слабоумием являются трудной медико-социальной проблемой, решение которой намного упрощается при точном выполнении врачебных рекомендаций и соблюдении несложных принципов общения и правильной организации ухода за такими больными. И это вовсе необязательно острое или тяжелое органическое психическое расстройство.

Чаще это хронические нервно-психические расстройства, не исключающие вменяемости и сохраняющие возможность взаимопонимания и общения.

Пожилые больные с заболеваниями психики и нарушениями памяти чаще всего не могут сами обеспечить себя необходимыми жизненными потребностями: питанием, теплом, гигиеной, безопасностью, сохранением здоровья и эмоциональным благополучием.

Страдающие деменцией нередко забывают есть, могут не помнить, как пользоваться вилок или ложкой. На поздних стадиях заболевания больного нужно кормить. Могут появиться и физические проблемы - отсутствие способности нормально жевать и глотать пищу.

- Необходимо напоминать больному о необходимости приема пищи.
- Давать ему пищу, которую он может есть руками.
- Нарезать пищу маленькими кусочками, чтобы больной не мог подавиться.
- На поздних стадиях болезни готовить пюре и жидкую пищу.
- Напоминать, что есть нужно медленно.
- Не забывать, что больной может потерять ощущение холодного и горячего и обжечься, поэтому пища должна быть тёплой.

- Не давать больному более одной порции сразу.
- Следить за тем, чтобы больной получал достаточное количество питательных веществ.

На поздних стадиях заболевания больной может утратить способность готовить пищу. Это может стать серьезной проблемой, если человек живет один. Плохая координация движений приводит к повышенной опасности травматизма, например ожогов и порезов при приготовлении пищи. Необходимо обеспечить больного готовой пищей.

Больной может бодрствовать по ночам и мешать спать всей семье. Для лиц, осуществляющих уход за больным, это может быть самой изнурительной проблемой. Что можно сделать?

- Не давать больному спать днем.
- Может помочь ежедневная длительная прогулка. Давать больше физических занятий в дневное время.
- Следить за тем, чтобы больной, ложась спать, мог чувствовать себя комфортно и удобно.
- Больной часто может забывать, куда он положил тот или иной предмет. Зачастую он обвиняет Вас или других людей в краже потерянных вещей.
- Выяснить, нет ли у больного укромного места, куда он прячет вещи.
- Держать у себя замену важных предметов, например, запасную связку ключей или очки.
- Проверять мусорные ведра и корзины, перед тем как выкидывать из них мусор.
- На обвинения больного отвечать ему спокойно, не раздражаться.
- Согласиться, что вещь потеряна, и помочь ее найти.

Сам пожилой пациент, страдающий психическим расстройством, уже не может ничего этого, и заботу обо всем придется взять на себя ухаживающим за ним людям.

Проблемы ухода - это необходимость оставить свои дела и потратить время на заботы о другом человеке, и это время может быть очень большим. Состояние пожилого человека с психическими расстройствами может быть таким, что вы не сможете оставить его одного ни на минуту.

Могут появиться не только проблемы с вашим временем, но и финансовые затраты. Вы можете потерять свою работу, можете много средств тратить на людей, которые будут ухаживать за вашим родственником, если вы сами не можете это делать. Из-за дезорганизации поведения больной может причинить вред имуществу, своему жилью или имуществу других людей и может причинить вред своему здоровью.

Иногда у больных проявляется склонность к бродяжничеству, что причиняет много беспокойства и тревог родственникам и ухаживающему персоналу. Больной может уйти из дома и блуждать по окрестностям, уехать в неизвестном направлении и заблудиться, оказаться даже в другом городе. Если больной покидает дом один, необходимо позаботиться о его безопасности.

- Сделать так, чтобы у него всегда был при себе какой-либо документ, удостоверяющий личность,
- Позаботиться, чтобы в кармане одежды страдающего деменцией лежала записка с указанием адреса и номера телефона, по которому можно связаться с ближайшими родственниками больного или лицами, ухаживающими за ним.
- Убедиться в том, что все выходы из дома хорошо запираются, что в доме/квартире больной находится в безопасности и не сможет уйти из дома.
- Если все же больной заблудился, необходимо контролировать свои эмоции, говорить спокойно, не ругать больного, пытаться выразить ему свою поддержку, когда его находят.
- Полезно иметь недавно сделанную фотографию больного на случай, если он заблудится и понадобится помощь других людей в его поиске.
- Для борьбы с бродяжничеством можно прикрепить ко всем дверям небьющиеся зеркала: собственное отражение в зеркале отвлекает больного от намерения открыть дверь.

Психические расстройства у пожилых с развитием нарушений памяти и слабоумия вызывает у родственников больного растерянность, неверие, иногда даже предположение, что он над ними издевается. Все это может сопровождаться чувством стыда, моральной травмы, избегания правильного понимания реальности. Потом может присоединиться чувство вины за недостаточное внимание к больному.

Хорошо, если вы современный человек, ориентирующийся в возможностях медицины и знающий, что ухудшение памяти и изменения поведения у пожилого человека это проявление болезни, которую нужно и можно лечить. Такое лечение само по себе является непременным условием правильного и эффективного ухода за больным, которое позволяет избежать серьезных трудностей в совместном проживании с ним и его самообслуживании.

Обеспечение пожилых людей необходимыми жизненными потребностями ложится на плечи заботливых родственников. Медицинская сестра должна информировать родственников о правилах общения с пожилыми пациентами с потерей памяти или ее нарушениями.

Чтобы лучше понимать друг друга, указания нужно давать короткими и простыми предложениями. Общение для пациента с психическим заболеванием должно приносить положительные эмоции, быть доброжелательным и в то же время уверенным и четким. Информация должна подаваться многократно, с обратным действием, вы должны быть уверенными, что больной все понял правильно. Напоминание, помощь в припоминании дат, конкретных мест, имен всегда должна быть терпеливо оказана. Необходимо помнить, что мгновенно отреагировать на ответ за секунды больной с психическим расстройством не в состоянии, следует проявлять терпение в диалоге. Бессмысленные пререкания, дискуссии действуют на пожилого пациента отрицательно, если не удастся отвлечь больного, нужно идти на адекватные уступки, хотя бы частично. Укоры и недовольство будут постоянно, к этому нужно быть готовым, воспринимать легко и с пониманием ситуации. Больные с психическими расстройствами лучше реагируют на похвалу, замыкаются, упрямятся, если сталкиваются с критикой. Скажите доброе слово, ласково прикоснитесь, ободряюще улыбнитесь, если больной правильно выполнил вашу просьбу, постарался, приложил усилия для результата.

С развитием болезни общение между ухаживающим персоналом и больным может становиться все труднее. Следует проверить зрение и слух у пациента, при необходимости заказать более сильные очки, заменить слуховой аппарат. При общении рекомендуется:

- уважительно обращаться к больному по имени (отчеству);
- говорить отчетливо, медленно, лицом к лицу с больным, при этом держать голову на уровне его глаз;
- проявлять любовь и душевную теплоту, обнимая больного, если это его не стесняет;
- внимательно выслушать больного;

- обращать внимание на невербальные средства общения;
- попытаться установить, какие жесты и сочетания слов, слова-подсказки необходимы для эффективного поддержания общения с больным;
- избегать негативной критики, споров, конфликтов;
- перед тем, как заговорить, проверить, слушает ли Вас больной.

Медицинская сестра должна помнить и информировать ухаживающих о том, насколько важен контроль артериального давления и его постоянная коррекция, поскольку одинаково плохо, если оно будет и значительно повышенным, и слишком низким, так как это увеличивает вероятность ишемических эпизодов.

Ухаживающий персонал не должен воспринимать личность пациента, с ее потребностями, желаниями и страхами только с точки зрения диагноза заболевания. Целостный уход охватывает личность, болезнь, профессию, семью, взаимоотношения и пр. Психически больной человек - это не только объект для ухода. Активно задействовать пациента в решении его проблем со здоровьем - главная задача ухаживающего персонала. В этом смысле уход за больным означает не только выполнение необходимых медицинских манипуляций, он означает намного больше: сопровождение, объяснение, побуждение к действиям и внимание к проблемам пациента.

Осуществлять уход за пациентами, страдающими болезнью Альцгеймера, подчас бывает очень сложно. В домашних условиях уход за такими больными, как правило, ложится на родственников, которые подвергаются сильнейшему эмоциональному стрессу, постоянно наблюдая за тем, как деградирует близкий и любимый ими человек. Неподготовленность и беспомощность родственников в ситуации хронического стресса не только не помогут больному, но и самым негативным образом могут сказаться на состоянии их собственного здоровья. Медицинским сестрам и врачам необходимо обеспечить психологическую поддержку тем, кто осуществляет уход за больными дома, научить их специальным приемам, которые могут помочь справиться с проблемами. Таким образом, перед медицинским персоналом ставятся важные задачи по обучению и консультированию родственников больного, обеспечению им эффективной психологической поддержки (приложение 3.3).

При слабоумии, вызванном сосудистыми заболеваниями головного мозга, больные страдают потерей памяти, у них усугубляются нарушения психики.

В отличие от лиц с болезнью Альцгеймера, они осознают свое положение, их личность остается относительно сохранной.

Уход за пациентами труден, однако имеются приемы, которые могут облегчить ситуацию. Медицинская сестра должна объяснить, что положительным моментом в уходе будет установление режима, благодаря которому жизнь больного становится более организованной. При соблюдении режима необходимо добиваться сохранения ранее заведенного привычного распорядка жизни.

Необходимо как можно дольше поддерживать независимость, самостоятельность больного. Помогать ему сохранять чувство собственного достоинства, воздерживаться от обсуждения его состояния с другими людьми в его присутствии.

Нужно избегать конфликтов. Помните: виновата болезнь, а не человек.

Необходимо позаботиться о создании условий для максимального проявления возможностей пациента. Медсестра должна следить за изменениями зрения и слуха, определить, не нуждается ли больной в смене очков, приобретении слухового аппарата.

Говорить с ним отчетливо, медленно, не кричать, общаться лицом к лицу.

Следить за мимикой, жестами, позами больного; все это для него служит средством общения.

Осуществляя уход, необходимо знать факторы, ухудшающие функциональные способности больного и, по возможности, исключить их. К известным факторам, усиливающим симптомы деменции, относятся:

- незнакомые места;
- пребывание в одиночестве в течение длительного времени;
- избыточное количество внешних стимулов и раздражителей (например, встречи с большим числом незнакомых людей);
- темнота (необходимо подходящее освещение даже в ночное время);
- все инфекционные заболевания (наиболее часто - инфекции мочевыводящих путей);
- оперативные вмешательства и наркоз применяют лишь по абсолютным показаниям;
- жаркая погода (перегревание, потеря жидкости);
- прием большого количества лекарственных препаратов.

Госпитализация при болезни Альцгеймера - дорогостоящее мероприятие, которое иногда дает только отрицательный эффект (ускоряет прогрессирование болезни). При любой смене окружающей обстановки, ухаживающего персонала, изменениях в медикаментозном лечении течение болезни, как правило, утяжеляется. Госпитализация показана для подбора терапии, которую опасно проводить амбулаторно, в отсутствие тщательного врачебного наблюдения за больным, а также при спутанности сознания, психотических проявлениях и антисоциальном поведении.

Особого внимания заслуживают мероприятия по уходу за больным в домашних условиях. Важно, чтобы родственники и другие лица, участвующие в уходе за больным, знали основные признаки и симптомы болезни Альцгеймера, понимали характер прогрессирования заболевания, учитывали факторы, усиливающие симптомы деменции, и владели простейшими практическими приемами по уходу.