



ГОУ ВПО  
«Красноярский государственный медицинский  
университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого  
Министерства здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации»



Кафедра сестринского дела

# СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ГЕРИАТРИИ

методические указания  
к аудиторной работе  
для студентов 4 курса  
по специальности 060109 – сестринское дело  
(дневная и заочная формы обучения)

Красноярск  
2009

УДК 614.253.52:614.23-616-085(07)  
ББК 51.1.(2)2  
С 31

**Сестринское дело в гериатрии:** методические указания к аудиторной работе для студентов 4 курса по специальности 060109 – сестринское дело (дневная и заочная формы обучения) / сост. Ж.Е. Турчина. – Красноярск: типография КрасГМУ, 2009. – 79 с.

**Составитель:** к.м.н. Турчина Ж.Е.

Методические указания соответствуют требованиям Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования (2000 г.), рабочей программе по дисциплине «СД в гериатрии» (2007 г.) и стандарта академии системы менеджмента качества «Учебно-методические комплексы дисциплин» – СТА 4.2.01-07.

В методических указаниях к аудиторной работе изложены вопросы возрастных изменений в организме человека при старении, особенностях клинического течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте, принципах лечения и ухода.

Для каждой темы представлены аннотация, ситуационные задачи, тестовые задания, список тем по УИРС.

**Рецензенты:** Заведующий кафедрой сестринского дела Новосибирского Государственного Университета, д.м.н., профессор Ким Ю.О.

Заведующий кафедрой внутренних болезней № 1 КрасГМУ, д.м.н., профессор Шульман В.А.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 8 от 14.05.09)

КрасГМУ  
2009

## СОДЕРЖАНИЕ

Тема №1: Старение и болезни дыхательной системы. Особенности течения заболеваний дыхательной системы в пожилом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи сестринской службы.....	4
Тема № 2: Старение и болезни сердечно-сосудистой системы. Особенности течения заболеваний сердечно-сосудистой системы в пожилом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи сестринской службы.....	12
Тема № 3: Старение и заболевания органов пищеварения в пожилом и старческом возрасте. Особенности клинического течения заболеваний пищеварительной системы в пожилом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи сестринской службы.....	38
Тема № 4: Старение и заболевания гепатобилиарной системы в пожилом возрасте. Особенности клинического течения заболеваний гепатобилиарной системы в пожилом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи сестринской службы.....	45
Тема № 5: Старение и нервно-психические расстройства. Особенности течения заболеваний в пожилом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи медицинской сестры и сестринской службы.....	48
Тема № 6: Старение и болезни мочевыделительной системы. Особенности клинического течения заболеваний мочевыделительной системы в пожилом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи сестринской службы.....	60
Тема № 7: Старение и болезни системы крови. Особенности течения заболеваний системы крови в пожилом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи сестринской службы. ....	64
Тема №8: Старение и болезни эндокринной системы. Особенности течения заболеваний эндокринной системы в пожилом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи сестринской службы.....	67
Тема № 9: Старение и болезни опорно-двигательного аппарата. Особенности течения заболеваний опорно-двигательного аппарата в пожилом и старческом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи сестринской службы.....	72
Литература: .....	79

**Тема №1: Старение и болезни дыхательной системы. Особенности течения заболеваний дыхательной системы в пожилом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи сестринской службы.**

**2. Значение изучения темы.** Проблема заболеваний дыхательной системы у лиц пожилого и старческого возраста является актуальной, т.к. имеются особенности в клиническом течении, трудности в лечении, осложнения, часто ведущие к летальному исходу.

**3. Цели занятия:** На основе теоретических знаний и практических умений обучающийся должен:

**Иметь представление:** об основных этиопатогенетических факторах, способствующих развитию, прогрессированию и основным проявлениям заболеваний дыхательной системы лиц пожилого и старческого возраста.

**Знать:** особенность проявлений наиболее распространенных заболеваний дыхательной системы в пожилом и старческом возрасте. Основные синдромы. Причины прогрессирования, дестабилизации состояния. Неотложные состояния.

Группы риска по опасности ухудшения состояния, развития осложнений и неотложных состояний. Особенности подготовки и проведения лабораторно-инструментальной диагностики у этой возрастной категории больных. Принципы медикаментозного и не медикаментозного лечения. Основы потребности, причины их нарушений и проблемы, больных пожилого и старческого возраста с заболеваниями дыхательной системы. Особенности сестринской помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях. Принципы и основные методы профилактики и реабилитации лиц пожилого и старческого возраста с заболеваниями дыхательной системы.

**Уметь:** собрать информацию, оценить состояние пациента, определить ведущий синдром. Определить нуждается ли пациент в экстренной медицинской помощи, оказать её уметь определить приоритетную проблему больного, сформировав ее в форме сестринского диагноза. Выделить группы риска. Объяснить пациенту план подготовки и подготовить к лабораторно-диагностическим и лечебным процедурам. Предвидеть их последствия. Составить план сестринской помощи с учетом приоритетности проблем, цели и задач сестринского ухода. Привлечь пациента и его родственников к процессу ухода. Обучить приёмам само и взаимопомощи.

**4. План изучения темы**

**4.1 Самостоятельная работа**

-курация больных-30 мин.

-беседы с больными-15 мин.

-запись результатов обследования больных в карту сестринского процесса -15 мин.

**4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-30 мин.**

**4.3 Самостоятельная работа по теме:-30 мин.**

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

**4.4 Итоговый контроль знаний:-30 мин.**

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

## **5. Основные понятия и положения темы.**

1. Основные представления о взаимоотношении старения и изменений органов дыхания.
2. Морфо-функциональные особенности системы дыхания при старении.
- 3 Особенности течений заболеваний дыхательной системы (о. пневмонии, хронического обструктивного бронхита, бронхиальной астмы).
4. Основные синдромы.
5. Причины и признаки дестабилизации состояния.
6. Неотложные состояния, особенности проявлений и экстренной помощи.
7. Группы риска
8. Подготовка и проведение лабораторно-диагностических исследований
9. Принципы лечения.
10. Потребности и проблемы лиц старших возрастных групп с заболеваниями органов дыхания.
11. Планирование ухода, выполнение, анализ.
12. Выполнение плана сестринской помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.
13. Координация работы и сотрудничество с семьёй, родственниками, с социальной службой и другими организациями.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ**

Пневмония - инфекционное поражение альвеол, сопровождающееся инфильтрацией клетками воспаления и экссудацией паренхимы. Пневмонии делятся на вне и внутрибольничные. Внебольничные (первичные) пневмонии, как правило, протекают нетяжело и эффективно лечатся на дому. Это объясняется тем, что внебольничные («домашние») пневмонии обычно возникают у молодых людей без сопутствующих заболеваний, и вызываются возбудителями (преимущественно грамотрицательными), хорошо поддающимися воздействию одним антимикробным препаратом (монотерапия).

В отличие от внебольничных, внутрибольничные (госпитальные, нозокомиальные) пневмонии развиваются через двое суток и более с момента поступления больного без клинических проявлений бронхолегочной инфекции в стационар.

Эти пневмонии протекают тяжело, дают серьезные осложнения и высокую смертность (30-60%).

Пожилые пациенты госпитализируются в отделения различного профиля в крайне тяжелом состоянии из-за основного заболевания (инсульт, инфаркт миокарда, сахарный диабет, почечная недостаточность, выраженная анемия, декомпенсация хронических бронхолегочных процессов, циррозы печени, тяжелая послеоперационная патология и др.)

Нередко эти заболевания сложно переплетаются друг с другом и тогда клиника каждого из них изменяется до неузнаваемости, а на фоне

измененного сознания от оглушенности (сопора) до комы диагностика пневмонии становится трудной.

Особенности клинических проявлений и трудности в диагностике пневмонии у пожилых людей требуют квалифицированной помощи медсестры.

Медсестрам известны клинические проявления пневмонии: повышенная температура, одышка, сухой кашель, позже с мокротой (при крупозной пневмонии «ржавая», кровянистая мокрота), боль в боку при глубоком вдохе (при сопутствующем вовлечении в воспалительный процесс плевры), тахикардия, снижение артериального давления. При выслушивании определяется крепитация на высоте вдоха (звук разлипания воспаленных альвеол, отдаленно похожий на тот, что возникает при растирании пряди волос у уха), мелкопузырчатые хрипы в соответствующих воспаленных мелких бронхах. При крупозной пневмонии или пневмонии другой этиологии с большой площадью поражения легких (одно -, двухдолевая) над пораженным участком слышно бронхиальное дыхание, а при перкуссии в разгар воспаления над этой зоной определяется тупость.

Однако при внутрибольничной (госпитальной) пневмонии перечисленные аускультативные и перкуторные критерии у пожилых больных неприемлемы. Многие клинические симптомы стерты или отсутствуют, поэтому диагноз ставится при совокупной оценке клинической ситуации и факторов риска. Беспричинное ухудшение состояния пожилого больного в стационаре, сопровождающееся повышением температуры, одышкой, тахикардией и снижением артериального давления, указывает на присоединение легочной инфекции.

Так как повышение температуры - признак любого воспаления, в том числе и воспаления паренхимы легких, целесообразно остановиться на такой рутинной манипуляции, как измерение температуры у пожилых пациентов и тяжелобольных.

Термометрия в палате с призывами к бережному отношению к термометрам здесь абсолютно неприемлема. Медсестра должна не только расположить термометр под мышкой, но и удостовериться в сухости кожи, в том, что конец термометра не выступает из подмышечной области и находится там герметично, не измеряя температуру воздуха в палате. Необходимо сесть рядом с тяжелобольным и помочь ему удержать руку на протяжении 10 минут в нужном положении. Только в этом случае термометр покажет истинную, совсем отличную от проставленной в температурном листе температуру.

Методические нарушения при измерении температуры у пожилых больных с госпитальной пневмонией (и при любом остром воспалительном процессе) приводят к ошибочному и упорно сохраняющемуся представлению об отсутствии температуры у стариков из-за их полной реактивности. Если помнить о том, что пневмония - это тяжелый воспалительный процесс на определенном участке легких, станет понятной алогичность мнения об апирогенных (бестемпературных) воспалениях.

Непонимание этой клинической аксиомы («бестемпературные пневмонии»)

приводит к частой гипердиагностике пневмоний (до 30%), при которой больные долго безосновательно лечатся антибиотиками различных групп со всеми побочными реакциями.

Пневмония - клинический диагноз, а рентгенологическое исследование - важный, но вспомогательный метод диагностики. Определив у пожилых стационарных больных признаки госпитальной пневмонии (повышенная температура, одышка, тахикардия, снижение артериального давления), нужно не откладывая начать адекватную терапию. (общий анализ крови, бактериологическое исследование мокроты, определение чувствительности к антибиотикам, рентгенологическое исследование) приводит к трудно предсказуемым последствиям.

Основой лечения любых пневмоний, особенно внутрибольничной, у пожилых остается своевременно начатая терапия. Ее эффективность зависит от первоначально назначенного антибактериального препарата. Если к началу лечения врач не располагает данными лабораторных исследований и рентгенологическим заключением, то терапия будет эмпирической.

При выборе антибактериального препарата учитывают тип возбудителя, тяжесть заболевания, потенциальную токсичность препарата и возможные противопоказания. Решается вопрос о комбинации нескольких антимикробных препаратов, дозе и частоте введения, необходимости комплексной терапии. В последующем, при получении бактериологических данных, лечение при необходимости целенаправленно корректируют.

Спектр возбудителей, вызывающих внутрибольничную и внебольничную пневмонии, существенно различается. Это объясняется тем, что пожилые больные в тяжелом состоянии часто аспирируют (заглатывают) сильно инфицированный секрет ротоглотки, обсеменяя им нижние дыхательные пути (легкие). Как правило, это кишечные грамотрицательные бактерии и золотистый стафилококк. Не менее часто, особенно у пожилых, находящихся на ИВЛ, пневмония бывает полимикробной.

При среднетяжелой и тяжелой пневмонии рекомендуется один из следующих вариантов антимикробной комбинированной терапии:

-пенициллины (азлоциллин, аугментин) + аминогликозиды (гентамицин, амикацин);

-цефалоспорины 3-й генерации (цедекс, дардум, фортум) + макролидный антибиотик (рулид, сумамед внутрь, эритромицина фосфат внутривенно);

-цефалоспорины 4-й генерации (кейтен, максипим, цефпиром) + аминогликозиды (амикацин, нетромицин) + группа линкомицина (клиндомицин).

При недостаточном эффекте через 48-72 ч переходят на иные комбинации, например аминогликозиды или фторхинолоны + группа крабапенемов (имипенем, тиенам, меронем). При определении легионеллезной этиологии, что характерно для больных, длительно принимающих кортикостероиды в больших дозах, рекомендуется сочетание макролидов (рулид, сумамед, эритромицина фосфат внутривенно) + рифампицин.

В особых обстоятельствах применяют другие схемы. Перед началом любой

антимикробной терапии все данные о лекарственных препаратах следует восстановить в памяти и проверить по справочникам.

При тяжелых внутрибольничных пневмониях и особенно у пожилых больных наряду с антимикробной терапией по показаниям следует проводить комплекс следующих лечебных мероприятий:

- иммунозаместительную терапию (нативная или замороженная плазма 1000-2000 мл за 3 сут., иммуноглобулин 6-10 г/сут однократно внутривенно);
- коррекцию микроциркуляторных нарушений (гепарин 10000 ед/сут, реополиглюкин 400 мл/сут, ретаболил 1 мл каждый 3-й день, всего трижды);
- дезинтоксикационную терапию (солевые растворы, изотонический хлорид натрия, раствор Рингера и другие под контролем ЦВД и диуреза);
- кислородотерапию (кислородная маска, катетеры, вспомогательная вентиляция и ИВЛ в зависимости от выраженности дыхательной недостаточности);
- кортикостероидную терапию (по ситуационным показаниям 60-90 мг преднизолон или эквивалентные дозы других препаратов);
- антиоксидантную терапию (аскорбиновая кислота 2 раза внутрь, внутривенно);
- антиферментные препараты при угрозе абсцедирования (контрикал и др. 100000 ед./сут в течение 1-3 сут);
- бронхолитическую терапию 5-10 мл эуфиллина 2 раза в сутки внутривенно капельно, атровент 2-4 ингаляционной дозы 4 раза в сутки, беродуал 2 ингаляционные дозы 4 раза в сутки, при необходимости аэрозольные кортикостероиды, отхаркивающие - ацетилцистеин 600 мг/сут, лазолван 100 мг;

Длительность терапии больных старших возрастных групп тяжелой внутрибольничной (госпитальной) пневмонией составляет 3-6 недель при успешных результатах. Ориентиры для отмены антибиотиков: положительная клиническая динамика, нормализация показателей крови, мокроты, биохимических показателей, рентгенологической картины.

Выздоровление пожилых и престарелых больных с опасной и крайне тяжелой патологией возможно лишь при взаимном и вдумчивом взаимодействии врача и медсестры на разных этапах лечения.

## **6. Задания для уяснения темы занятия**

Тестовый контроль

### **1. Что характерно для течения пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста?**

- А. Острое начало
- Б. Высокая лихорадка
- В. Затяжное течение заболевания
- Г. Резко ускоренное СОЭ, высокий лейкоцитоз

### **2. Какие проявления бронхиальной астмы могут**

**отмечаться у пожилых?**

- А. Отсутствие обычных приступов удушья
- Б. Ночные приступы астмы
- В. Замедленная реакция на бронходилататоры

### **3. Какие возрастные изменения в дыхательной системе у геронтологических больных?**

- А. Дегенеративно-дистрофические

изменения костно-мышечного скелета грудной клетки  
Б. Атрофия мышечного слоя бронхов  
В. Угнетение кашлевого рефлекса  
Г. Все перечисленное

**4. Принципы лечения о пневмонии у пожилых:**

А. Антибактериальная терапия  
Б. Бронхо-муколитики  
В. Витаминотерапия  
Г. Физиотерапия  
Д. Всё перечисленное

**5. Какие физиопроцедуры можно назначить при о. пневмонии?**

А. УВЧ на грудную клетку  
Б. Кварц  
В. Общую ванну  
Г. Всё перечисленное

**6. Какие клинические особенности хронических обструктивных заболеваний лёгких в пожилом возрасте?**

А. Одышка  
Б. Стойкая гипертермия  
В. Декомпенсация сопутствующей патологии

**7. Принципы медикаментозного лечения хронического**

**Ситуационные задачи по теме  
Задача №1**

Больной 72 года, пенсионер, одинокий, живет в однокомнатной благоустроенной квартире.

**Жалобы при поступлении в стационар:** повышение температуры тела до 37,2 градусов вечером, редкий кашель, со слизистой трудно отделяемой мокротой в небольшом количестве, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле и глубоком вдохе, одышка в покое с затруднённым выдохом, снижение аппетита, сонливость.

Заболел 4 недели назад после перенесённого гриппа, когда стал отмечать редкий кашель, появилась мокрота, вновь появилось повышение температуры тела до 37,1-37,3 градуса. Считал, что появившиеся симптомы связаны с обострением хронического обструктивного бронхита, которым страдает около 30 лет.

В анамнезе жизни корь, респираторные заболевания, 15 лет назад перенёс пневмонию, по поводу которой лечился в стационаре. В

**обструктивного бронхита:**

А. Бронхомуколитики  
Б. Глюкортикостероиды.  
В. Антибактериальная терапия  
Г. Физиотерапия  
Д. Всё перечисленное

**8. Примеры сестринского диагноза при заболевании дыхательных путей:**

А. Кашель  
Б. Одышка  
В. Приступы удушья  
Г. Всё перечисленное

**9. Какие немедикаментозные методы назначают при хронических обструктивных заболеваний лёгких?**

А. Физиолечение  
Б. ЛФК  
В. Массаж  
Г. Всё перечисленное

**10. В чём заключается уход за пациентами геронтологического возраста с заболеваниями органов дыхания?**

А. Выполнять назначения врача  
Б. Контроль эффективности лечения  
В. Контроль за АД, ЧСС, t тела  
Г. Всё перечисленное

течение 10 лет диагностируется сахарный диабет, который компенсируется диетой и двумя таблетками глюренорма в сутки. Курит в течение 50 лет.

**При осмотре:** пониженного питания, кожа влажная, диффузный цианоз, температура 37,1 градуса, лимфоузлы не пальпируются, щитовидная железа не увеличена.

Грудная клетка бочкообразной формы, ригидная, правая половина отстаёт в акте дыхания, над правой верхней долей голосовое дрожание усилено. Нижние границы лёгких опущены на одно ребро, подвижность нижних легочных краёв снижена, перкуторный звук коробочный, в области верхней доли справа определяется его притупление. Дыхание жёсткое над всеми лёгочными полями, рассеянные сухие свистящие хрипы, над проекцией II и III сегментов выслушиваются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 32 в 1 минуту в покое.

Границы относительной сердечной тупости расширены влево до левой средино-ключичной линии в V межреберье, границы абсолютной тупости не определяются. Тоны сердца ритмичные, тахикардия до 98 в 1 минуту, А/Д - 150/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, край ровный, закруглён, поверхность гладкая, консистенция плотно-эластичная. Размеры по Курлову 9 х 8 х 6 см. Селезёнка не пальпируется. Стул, диурез в норме. Отёков нет.

**Анализ крови:** СОЭ - 12 мм в час, лейкоциты -  $7,8 \times 10^9$ /л, э - 3, п - 8, с - 71, л - 14, м - 4, Эр -  $4,1 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 120 г/л, ЦП - 1,0.

Анализ мочи без патологии.

Биохимический анализ крови: серомукоид 0,28 ммоль/л, сиаловые кислоты 260 единиц, СРБ +, сахар крови 5,8 ммоль/л.

**Анализ мокроты:** слизистая, без запаха, нейтрофилы - 5-10 в поле зрения, клетки альвеолярного эпителия - 4-5 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, атипические клетки и микобактерии туберкулёза не обнаружены.

**Посев мокроты:** пневмококк, чувствительный к группе пенициллина, эритромицина, цефалоспоринов, аминогликозидов, рост дрожжевых грибов.

Рентгенограмма лёгких: лёгочные поля повышенной прозрачности, лёгочный рисунок усилен, деформирован, корни бесструктурные, расширены, особенно правый, в области верхней доли справа (II, III, сегменты) выражена инфильтрация Лёгочной ткани, левый синус запаян.

**Спирограмма** - выраженное нарушение вентиляции по обструктивному типу.

**ЭКГ:** Синусовая тахикардия 100 в минуту, отклонение электрической оси сердца вправо, Признаки перегрузки правых отделов сердца

Врачебный диагноз:

Внебольничная пневмония (пневмококковая) с локализацией в 2, 3 сегментах верхней доли правого лёгкого, затяжное течение, тяжёлой степени.

Фон: Хронический обструктивный катаральный бронхит в фазе

обострения. Эмфизема лёгких. Диффузный пневмосклероз. ДН 3 степени.

Сопутствующие заболевания: сахарный диабет, инсулиннезависимый (II типа), средней степени тяжести, компенсированный.

### **ВОПРОСЫ**

1. Какие признаки свидетельствуют о "стёртом" течении пневмонии, характерном для лиц геронтологического возраста.
2. Что способствует затяжному течению пневмонии у больного?
3. Какие действия по уходу должна выполнить медсестра?

### **Задача №2**

Больной 74 лет, инвалид II группы, женат, живёт в однокомнатной благоустроенной квартире. Поступил в стационар с жалобами на кашель со слизистой мокротой до 80 мл в сутки, одышку в покое, сердцебиение, перебои в работе сердца, боли в правом подреберье, увеличение живота в объёме, отёки ног, субфебрильную температуру тела, слабость, потливость.

**Из анамнеза:** курит более 50 лет, кашляет около 40 лет с мокротой, особенно по утрам, в течение последних 35 лет диагностируется хронический бронхит. Обострения бронхита. На протяжении 4 лет ежегодные весной и осенью, протекают с выраженным усилением кашля с трудно отделяемой слизистой мокротой, свистящим дыханием, одышкой в покое, отёком ног. В течение трёх лет отметил появление приступов нарушения ритмов сердца, которые купировались врачами "скорой помощи", последние 8 месяцев аритмия постоянна.

**При осмотре:** пониженного питания, положение вынужденное, полусидячее. Диффузный "чугунный" цианоз, кожа повышенной влажности, температура 37,3 градуса. Грудная клетка бочкообразная, нижние границы лёгких опущены на одно ребро, подвижность лёгочных краёв по средним подмышечным линиям ограничена до 2 см, перкуторный звук над лёгкими коробочный, дыхание жёсткое, масса сухих свистящих хрипов над всеми лёгочными полями, в нижних отделах единичные влажные хрипы. ЧД 30 в минуту. Набухание шейных вен в положение лёжа. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент второго тона над лёгочной артерией, ЧСС до 114 в минуту, пульс аритмичный, 82 удара в минуту, АД 135/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме за счет асцита, печень перкуторно увеличена, размеры по Курлову 18 x 14 x 12 см, болезненная, селезёнку пальпировать не удается, перкуторно не увеличена. Отёки голеней и стоп, снижен до 600 мл в сутки. Стул - запоры до 3-4 дней.

Анализ крови: СОЭ - 3 мм час, лейкоциты -  $6,8 \times 10^9$ /л, э - 1, п - 2, с - 68, л - 19, м - 10. Эр -  $5,2 \times 10^{12}$ /л, Нв - 184 г/л, ЦП - 0,9. Анализ мочи - без патологии.

**Анализ мокроты** - слизистая без запаха, нейтрофилы - 5-6 в поле зрения, клетки альвеолярного эпителия единичные в поле зрения, атипические клетки и микробактерии туберкулеза, не определяются

Рентгенограмма грудной клетки - повышение прозрачности легочных полей, лёгочный рисунок усилен, корни расширены, инфильтративных теней нет,

синусы свободны. Отмечается расширение ствола легочной артерии, увеличение правых отделов сердца

**Спирограмма** - выраженное нарушение вентиляции по обструктивному типу. **ЭКГ:** Фибрилляция предсердий с ЧСЖ 104-162 в минуту, отклонение электрической оси сердца вправо, гипертрофия правого предсердия, сочетанная гипертрофия желудочков сердца с систолической перегрузкой правого желудочка. Диагноз врачебный: Хронический обструктивный катаральный бронхит в стадии обострения. Эмфизема лёгких. Диффузный пневмосклероз. Дыхательная недостаточность III степени. Хроническое легочное сердце в фазе декомпенсации.

Сопутствующее заболевание: ИБС. Нарушение ритма по типу хронической тахисистолической формы фибрилляции предсердий. Сердечная недостаточность II Б стадии.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Характерно ли сочетание хронического бронхита и ИБС у пожилых пациентов?
2. Назовите группы препаратов для лечения сердечной недостаточности у пожилых больных.
3. Перечислите варианты сестринских диагнозов

#### **7. Список тем по УИРС.**

1. Нагноительные заболевания легких в пожилом и старческом возрасте.
2. Легочное кровотечение: причины, доврачебная помощь, уход.
3. Туберкулез легких в геронтологической практике.
4. Немедикаментозные методы лечения бронхиальной астмы
5. Реабилитация больных, перенёвших о. пневмонию.

### **Тема № 2: Старение и болезни сердечно-сосудистой системы.**

#### **Особенности течения заболеваний сердечно-сосудистой системы в пожилом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи сестринской службы.**

**2.Значение изучения темы.** Проблема заболеваний сердечно-сосудистой системы у лиц пожилого и старческого возраста является актуальной, т.к. имеются особенности в клиническом течении, трудности в лечении, осложнения, часто ведущие к летальному исходу.

#### **3.Цели занятия:**

На основе теоретических знаний и практических умений обучающийся должен:

**Иметь представление:** о современных этиопатогенетических механизмах старения, создающего предпосылки для развития и прогрессирования заболеваний сердечно-сосудистой системы.

**Знать:** особенности проявлений наиболее распространённых заболеваний сердечнососудистой системы у лиц пожилого и старческого возраста. Основные синдромы. Причины прогрессирования, дестабилизация состояния. Неотложные состояния, особенности их проявлений. Группы

риска по опасности ухудшения состояния, развития осложнений и неотложных состояний. Особенности подготовки и проведения лабораторно-инструментальной диагностики у этой возрастной категории больных. Принципы медикаментозного и немедикаментозного лечения. Основные потребности, причины их нарушений и проблемы, больных пожилого и старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системой. Принципы и основные методы профилактики и реабилитации лиц пожилого и старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системой.

**Уметь:** Собрать информацию, оценить состояние пациента, определить ведущий синдром. Определить нуждается ли пациент в экстренной медицинской помощи, оказать её. Уметь определить приоритетную проблему больного, сформулировать её в форме сестринского диагноза. Выделить группу риска. Объяснить пациенту план подготовки и подготовить к лабораторно-диагностическим и лечебным процедурам. Предвидеть их последствия. Составить план сестринской помощи с учетом приоритетности проблем, цели и задач сестринского ухода. Привлечь пациента и его родственников к процессу ухода. Обучить приёмам само и взаимопомощи. Уметь работать в составе медицинской и медико-социальной команды. Координировать работу с социальной службой, другими службами, связанными с оказанием социально-бытовой помощи лицам престарелого возраста.

#### **4. План изучения темы**

##### 4.1 Самостоятельная работа

-курация больных-30 мин.

-беседы с больными-15 мин.

-запись результатов обследования больных в карту сестринского процесса-15 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-30 мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-30 мин.

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-30 мин.

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

#### **5. Основные понятия и положения темы.**

##### **Содержание учебной информации:**

1. Основные представления о взаимоотношении старения и изменений сердечно-сосудистой системы.

2. Морфо-функциональные особенности системы кровообращения при старении.

3. Особенности течения заболеваний сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, аритмия).

4. Основные синдромы.

5. Причины и признаки дестабилизации состояния.

6. Неотложные состояния, особенности проявлений и экстренной помощи.
7. Группы риска.
8. Подготовка и проведение лабораторно-диагностических исследований.
9. Принципы лечения.
10. Потребности и проблемы лиц старших возрастных групп с заболеваниями сердечно-сосудистой системой.
11. Планирование ухода, выполнение, анализ.
12. Выполнение плана сестринской помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.
13. Координация работы и сотрудничество с семьёй, родственниками, с социальной службой и другими организациями.

### **Возрастные изменения ССС**

1. Морфологические изменения сосудов (склероз внутренней оболочки) влекущие к недостаточности сосудов не только к расширению, но и сужению.
2. Снижение сократительной способности миокарда ввиду склероза.
3. Угнетение биоэлектрической активности миокарда.
4. Нарушение нейрогуморальной регуляции ССС
5. Изменение гемодинамики (снижение МОС, УОС, ЧСС).
6. Нарушение липидного и углеводного обменов повышение уровня холестерина АС.
7. Изменения в системе свертывания и фибринолиза (повышение агрегационных свойств тромбоцитов, тромбопластических свойств крови, ведущих к повышению риска тромбообразования, что играет значительную роль в патогенезе ИБС, АГ).

### **ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ЕЕ ФОРМЫ – СТЕНОКАРДИЯ И ИНФАРКТ МИОКАРДА – В ПРАКТИКЕ МЕДСЕСТРЫ**

**Ишемическая болезнь сердца (ИБС)** - заболевание, обусловленное поражением коронарных артерий с последующим недостаточным поступлением обогащенной кислородом крови в миокард, развитием в нем метаболических (обменных) расстройств и формированием соединительной ткани с нарушением жизнедеятельности миокарда. Замена этой тканью активно функционирующих клеток мышцы (миокардиоцитов) и проводящей системы сердца приводит соответственно к нарушению сократительной способности миокарда (появлению сердечной недостаточности), ритма сердца и проводимости.

ИБС неблагоприятно влияет на качество жизни, является основной причиной инвалидности и смертности пожилых и старых людей. Распространенность ИБС среди взрослого населения развитых стран составляет приблизительно 10%, среди пожилых и лиц преклонного возраста - около 20%.

Причиной ИБС в подавляющем большинстве случаев является атеросклероз коронарных артерий. В самом общем виде это нарушение жирового

(липидного) и белкового обмена, характеризующееся поражением рыхлой соединительной ткани стенки сосудов, отложением в ней холестерина и других веществ, последующим формированием специфических образований - атеросклеротических бляшек. Последние проникают в просвет артерий, способствуют его сужению и вследствие этого - недостаточному поступлению кислорода и питательных веществ в сердечную мышцу. Кислородное голодание (гипоксия) приводит к нарушению жизнедеятельности (ишемии) клеток сердца, Степень выраженности ишемии зависит от величины, количества и местоположения бляшек, определяющих степень сужения просвета артерий и интенсивность (объем) кровоснабжения сердца. Бляшка может полностью закрыть просвет, особенно при нарушении ее целостности и образовании тромба (сгустка).

Наряду с атеросклерозом коронарных артерий и их тромбозом причиной ИБС может быть спазм (сокращение) неизмененных или пораженных атеросклеротическим процессом коронарных артерий, а также относительная недостаточность коронарного кровообращения при гипертрофии (увеличении массы) мышцы сердца.

Возникновению и прогрессированию этого заболевания способствуют главным образом следующие факторы риска:

- артериальная гипертензия - АГ (АЛ - более 140/90 мм рт. ст.);
- нарушение жирового обмена и повышение уровня холестерина в крови;
- курение;
- нарушение углеводного обмена и сахарный диабет (СД);
- недостаточная физическая активность (гиподинамия);
- избыточная масса тела (ожирение);
- психоэмоциональное напряжение (стресс). Медсестры на практике чаще всего сталкиваются

с такими формами ИБС, как стенокардия и инфаркт миокарда (ИМ).

**Стенокардия («грудная жаба»)** - самая распространенная форма ИБС, возникающая при неспособности коронарных артерий обеспечить потребности сердечной мышцы в кислороде и питательных веществах. Такая ситуация складывается при сужении просвета коронарных артерий на 50-70%.

Основными клиническими проявлениями заболевания являются давящие, сжимающие, распирающие, жгучие боли за грудиной, отдающие (иррадиирующие) в левые руку, плечо, лопатку, участки шеи и нижней челюсти. Могут беспокоить ощущения тяжести за грудиной, затрудненного дыхания, реже - нехватки воздуха. Продолжительность болевых приступов не превышает, как правило, 15 мин. Они полностью исчезают после прекращения физической нагрузки или применения **нитроглицерина**. Провоцируют приступы стенокардии физические и психоэмоциональные нагрузки, охлаждение, курение, неблагоприятные метеорологические условия, повышение АД. Подмечены некоторые особенности этой формы ИБС у пожилых людей: меньшая выраженность болевого синдрома, вегетативных реакций и эмоциональной окраски, чем у пациентов более

молодого возраста.

Стенокардия может быть **стабильной** и **нестабильной**. Первая характеризуется достаточно длительным (не менее 2 мес) сохранением одинаковой силы, частоты и длительности болевых приступов. В зависимости от переносимости физических нагрузок выделяют 4 функциональных класса стабильной стенокардии:

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 прогресси-рованием 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 мин) в сочетании с резкой общей слабостью, чувством страха, сердцебиением, одышкой и снижением АД позволяет медсестре заподозрить ИМ и срочно вызвать врача.

Отличительные признаки стенокардии и ИМ представлены в табл.1.

Признак	Стенокардия	ИМ
Появление боли	Чаще - при физическом напряжении	Чаще в покое
Характер боли	Слабая, умеренная, сильная	Очень сильная, нестерпимая
Продолжительность боли	От нескольких минут до получаса	От нескольких часов До2сут
Иррадиация боли	Типичная -в левые руку, плечо, лопатку.	Типичная и атипичная -в правую половину грудной клетки, позвоночник
Применение	Снимает боль	Не снимает боль

нитроглицерина		
Пульс	Нормальной частоты, ритмичный, полный.	Учащенный, аритмичный (экстрасистолия), слабого наполнения.
АД	Нормальное, иногда повышается	Снижается
Рвота, тошнота	Исключительно редко	Нередко
Температура тела	Нормальная	Часто повышается
Повышение содержания лейкоцитов в крови	Нет	Имеется
Электрокардиограмма - ЭКГ	Без изменений или признаки ишемии миокарда	Признаки ИМ с характерной динамикой

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, физикальное исследование. Ее должны интересовать следующие факты из жизни человека: боли в грудной клетке и повышение АД в предыдущие годы; наличие сердечно-сосудистых заболеваний, СД вредных привычек (курение), хронических стрессовых ситуаций в быту и на производстве; нарушения питания (переедание); недостаточная физическая активность.

Физикальное исследование в диагностике этого заболевания по значимости (ценности) уступает анализу субъективных проявлений (жалоб) в сочетании с анамнестическими данными. Во время приступа стенокардии нередко выявляют бледность и влажность кожи, учащенный пульс и повышение АД, ослабление тонов сердца и систолический шум при выслушивании сердца. Во внеприступном периоде, как правило, отсутствуют значимые для диагностики объективные проявления заболевания.

Что касается лабораторных исследований, то следует внимательно следить за уровнем холестерина и триглицеридов в крови, который не должен превышать соответственно 5,2 и 1,6 ммоль/л. Подтверждают или исключают диагноз инструментальные исследования; регистрация ЭКГ в покое и во время выполнения пациентом физической нагрузки (велозергометр, тредмил); круглосуточная запись ЭКГ (холтеровское мониторирование). По назначению врача применяют и более сложные (ценные) методы диагностики; эхо-кардиографию (ЭхоКГ) в покое и при физической нагрузке; коронарную ангиографию (контрастное исследование магистральных коронарных артерий сердца), причем показания к проведению последней должны быть строго аргументированы.

ЭКГ, особенно на фоне физической нагрузки, помогает выявить метаболические изменения (ишемию) сердечной мышцы, оценить тяжесть и

прогноз ИБС. Ее круглосуточная запись может дать дополнительные диагностические сведения и зарегистрировать безболевые эпизоды ишемии миокарда. ЭхоКГ позволяет оценить функциональное состояние клапанов и мышцы сердца, выявить нарушения сократительной способности миокарда. И, наконец, важные сведения, касающиеся локализации и степени выраженности поражений (стенозирования) коронарных артерий, определяющие показания к хирургическому лечению, могут быть получены с помощью коронарной ангиографии,

В комплексном решении основных проблем пациента (боли в грудной клетке, реже - одышка и сердцебиение при физической нагрузке, плохой сон, дефицит знаний о заболевании, неуверенность в его благоприятном исходе) существенную роль играет медсестра. Спектр осуществляемых ею мероприятий в процессе ухода за больным может выглядеть следующим образом:

- 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,

**Лечение ИБС** - немедикаментозное и медикаментозное - предусматривает устранение клинических проявлений заболевания, в первую очередь - приступов стенокардии, улучшение качества и продление жизни больного путем предотвращения смертельно опасных осложнений (внезапная смерть, ИМ, сердечная недостаточность). К немедикаментозным методам относят организацию здорового образа жизни, что предусматривает отказ от курения, борьбу с избыточной массой тела (ожирением), повышение физической активности и занятия физкультурой, предупреждение психоэмоциональных напряжений в быту и на производстве, правильное (гипохолестериновое) питание, лечение СД.

Высокий уровень холестерина в крови приводит к развитию атеросклероза. Поэтому в рационе следует существенно ограничить (или исключить) богатые холестерином 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.

Лекарственное лечение стенокардии включает в себя использование препаратов, улучшающих кровоток в коронарных артериях и уменьшающих потребность миокарда в кислороде (нитраты, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция), уменьшающих вязкость крови и риск тромбоза артерий (антиагреганты), снижающих концентрацию холестерина в крови (гиполипидемические средства).

**Нитраты** применяют для предупреждения и лечения стенокардии. Они расширяют вены и артерии, в том числе и коронарные, снижают АД и потребность сердечной мышцы в кислороде. К их побочным эффектам относят головные боли, головокружения, сердцебиение, склонность к обморокам. Наиболее эффективными средствами являются нитроглицерин, изосорбид динитрат (нитросорбид, кардикет и др.), изосорбид моонитрат и близкий к ним по механизму действия молсидомин. Нитроглицерин в течение многих лет используют для купирования приступа стенокардии как доступное, недорогое и эффективное средство.

**Бетта-Адреноблокаторы** относят к основным средствам лечения стенокардии. Механизм их действия - урежение частоты сердечных сокращений, увеличение продолжительности диастолы, т.е. уменьшение механической работы сердца с последующим улучшением коронарного кровообращения,

бета-адреноблокаторы нередко плохо переносятся пожилыми больными и лицами преклонного возраста в связи с их неблагоприятными побочными реакциями: бронхоспазм; проявление или усугубление признаков сердечной недостаточности; головные боли и головокружения; общая слабость. В клинической практике предпочитают использовать препараты (атенолол, метопролол, небиволол, карведилол и др.) с наименее выраженными отрицательными эффектами.

**Антагонисты кальция** предупреждают развитие приступов стенокардии вследствие расширения коронарных и других артерий, улучшения кровоснабжения миокарда и уменьшения его потребности в кислороде; они также снижают АД. Их используют при сочетании ИБС и АГ (нифедипин, амлодипин, фелодипин и др.); некоторые препараты (верапамил, дилтиазем и др.) обладают дополнительным антиаритмическим действием.

Выбор, дозировка и длительность применения лекарственных средств относятся к компетенции врача. Лечение нитратами, антагонистами кальция и адреноблокаторами начинают осторожно, малыми дозами, в зависимости от переносимости и эффективности дозу препаратов постепенно увеличивают до среднетерапевтической. Нередко используют сочетания этих лекарств. Медсестре следует помнить о возможности ортостатических гипотензивных реакций после применения этих препаратов, контролировать АД и обучать пациента навыкам предупреждения обмороков и падений.

В комплексном лечении стенокардии с целью улучшения реологических свойств крови и профилактики тромбозов широко используют аспирин, курантил, тиклопидин. Наиболее эффективно снижают уровень холестерина в крови лекарственные средства, именуемые **статины** (симвастатин,

правастатин, ловастатин и др.).

У пациентов с сопутствующей АГ терапию дополняют мочегонными средствами и ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента (АПФ). Для улучшения обмена веществ в миокарде назначают предуктал, милдронат, неотон.

Неотложная помощь при приступе стенокардии предусматривает следующую последовательность мероприятий:

- обеспечение физического и психического покоя;
- применение под язык 1 таблетки нитроглицерина, которая должна полностью раствориться;
- последующий прием таблеток нитроглицерина - каждые 5 мин до исчезновения болевого синдрома;
- вызов врача, в том числе скорой медицинской помощи, при отсутствии эффекта от применения 3 таблеток нитроглицерина и продолжительности боли в грудной клетке более 15 мин;
- использование аспирина (1/2 или 1 таблетка) для предупреждения возможного тромбоза коронарных артерий;
- запись ЭКГ.

При отсутствии нитроглицерина в таблетках можно использовать его ингаляционную форму - аэрозоль «Нитроминт», медсестра каждые 15 мин оценивает пульс и АД до устранения стенокардии, а после ее купирования эти показатели определяются каждые 2, затем - 4 ч на протяжении суток. Соответствующие записи осуществляются в истории болезни.

При неэффективности медикаментозной терапии и прогрессирующем течении ИБС, существенно ухудшающем качество жизни пациента, проводят коронарную ангиографию и решают вопрос о хирургическом лечении заболевания. Нередко прибегают к **операции аортокоронарного шунтирования**, при которой в обход пораженной атеросклеротическими бляшками коронарной артерии вшивают собственный сосуд больного (вена голени), соединяющий аорту и коронарные артерии, и восстанавливают кровоснабжение сердца. В некоторых случаях используют **коронарную ангиопластику** - введение через плечевую или бедренную артерию катетера, на конце которого имеется раздувающийся баллон. В момент раздувания баллона происходит расширение просвета сосуда и улучшение коронарного кровообращения. Следующая процедура - **стензирование**, при которой в просвете стенозированной коронарной артерии устанавливают стальной поддерживающий **стенд** (сеточку, спираль), расширяющий пораженную артерию,

Качество и продолжительность жизни во многом зависят от раннего выявления ИБС, изменения стиля жизни и устранения факторов риска, строгого соблюдения пациентом режима лекарственной терапии и своевременного хирургического лечения.

ИМ-это некроз (омертвление) части сердечной мышцы, обусловленный острым нарушением ее кровоснабжения вследствие тромбоза пораженных атеросклерозом коронарных артерий. Важную роль в развитии ИМ играют

спазм коронарных артерий и повышение активности свертывающей системы крови (гиперкоагуляция). Провоцируют возникновение этого заболевания физические, реже - психоэмоциональные напряжения и охлаждения.

Некроз сердечной мышцы развивается приблизительно через 20-30 мин после полного прекращения (обструкции) коронарного кровообращения в расположенных под внутренней оболочкой (эндокардом) отделах сердца. От своевременного, быстрого начала лечебных мероприятий и площади поражения сердца зависят особенности (тяжесть) клинического течения и исход заболевания.

Медсестра может заподозрить ИМ при типичной (классической) картине болевого синдрома, возникающего в 50% случаев в утренние и предутренние часы. Внезапно появляется интенсивная боль в грудной клетке давящего, сжимающего или жгучего характера, чаще - за грудиной, отдающая в левые руку, плечо и лопатку. Продолжительность боли превышает 15 мин, она может сохраняться часами, а иногда и сутками и не исчезает при применении нитроглицерина. У пожилых нередко отсутствует или недостаточно выражен болевой синдром, отмечают атипичное течение ИМ, что затрудняет диагностику заболевания (табл. 2).

При осмотре выявляют бледность кожных покровов, которые покрыты холодным липким потом. Возможен цианоз губ, носа, ушей. Пульс нередко аритмичный, слабого наполнения и напряжения, АД понижено. При выслушивании сердца определяются глухой тон и систолический шум,

Через несколько часов или на следующий день повышается температура тела. В эти же сроки определяют повышение количества лейкоцитов (лейкоцитоз) в периферической крови, активности ряда ферментов (креатинфосфокиназы, лактатдегидрогеназы, аспартатаминотрансферазы) в сыворотке крови,

Подтверждают диагноз данные ЭКГ, на основании которых выделяют ИМ проникающий (трансмуральный), с патологическим зубцом Q, и непроникающий - без зубца Q. Таким образом, диагностика заболевания базируется на сочетании данных клинического, биохимического и ЭКГ-исследований.

Различают *неосложненный* и *осложненный* ИМ. Характер (вид) осложнений зависит от определяющихся сроками развития и длительностью последовательных стадий ИМ (табл. 3).

К клиническим особенностям ИМ у пожилых и старых людей следует отнести меньшую выраженность температурной реакции, активности специфических ферментов крови, большую частоту затяжных, рецидивирующих и повторных форм, осложнений и смертности по сравнению с больными ИМ более молодого возраста.

**Лечение ИМ** преследует цели восстановления коронарного кровотока, устранения тромба, спазма коронарных артерий и защиты миокарда от последствий ишемии. Оно должно быть поэтапным и дифференцированным в зависимости от стадии заболевания и наличия осложнений,

На основании клинической симптоматики, в первую очередь - болевого

синдрома, медсестра обязана заподозрить ИМ, оказать пациенту неотложную помощь и вызвать бригаду скорой помощи, Ранняя госпитализация больного и своевременно начатое лечение играют важную роль в предупреждении опасных осложнений и обеспечении благоприятного прогноза.

Неотложная помощь при типичном болевом синдроме состоит в;

- соблюдении строгого постельного режима;
- психологической поддержке пациента с целью снятия страха и тревоги;
- оценке пульса и АД, общего состояния больного;
- трехкратном сублингвальном использовании нитроглицерина с интервалами в 5 мин;
- назначении увлажненного кислорода;
- при отсутствии эффекта от перечисленных мероприятий и продолжительности болевого синдрома более 15-20 мин - в пероральном использовании аспирина (125 мг), внутривенных инъекциях 50% раствора анальгина (2-4 мл), 0,5% раствора седуксена (2 мл), 1-2% промедола (1 мл).

Врачи бригады «скорой помощи» записывают ЭКГ и в случае подтверждения диагноза ИМ нередко прибегают к наиболее эффективным методам обезболивания - внутривенному введению растворов 0,005% фентанила и 0,25% дроперидола. По возможности больного ИМ срочно переводят в стационар, желательно - в кардиореанимационное или кардиологическое отделение. Транспортировку проводят осторожно, только на каталке или, в крайнем случае, - в кресле. Пациенту предписывают постельный режим, продолжительность которого варьируется в зависимости от тяжести ИМ и в среднем составляет 1-2 нед, с последующим постепенным увеличением физической активности и возвращением к обычному режиму перед выпиской из лечебного учреждения.

Общие принципы питания больных ИБС изложены выше. Дополнительно отметим, что в остром и подостром периодах ИМ оно должно быть легкоусвояемым, щадящим, малыми порциями 4-5 раз в сутки, с умеренным ограничением калорийности (приблизительно 1500 ккал).

Для предупреждения запоров, неблагоприятно влияющих на сердечно-сосудистую систему, в пищевой рацион включают растительные масла, кисломолочные продукты, винегреты из овощей и фруктов, хлеб из муки грубого помола и отрубей.

**Медикаментозная терапия** направлена на купирование болевого синдрома, уменьшение нагрузки на сердечную мышцу и ее потребности в кислороде, ограничение размеров повреждения (некроза) миокарда, профилактику и лечение осложнений ИМ. Она является необычайно ответственным и достаточно сложным мероприятием, относящимся к компетенции врача, В острейший период ИМ используют внутривенные инъекции нитроглицерина, промедола или морфия, тромболитических препаратов (стрептокиназа, тканевый активатор плазминогена и др.), прямых антикоагулянтов (гепарин, фраксипарин, кливарин, клексан и др.), (бетта-адреноблокаторов (пропранолол, метопролол), а также аспирин для внутреннего применения. В ранние сроки ИМ не рекомендуют

применять антагонисты кальция, особенно нифедипин.

Тромболитические препараты способствуют восстановлению коронарного кровотока, исчезновению болевого синдрома, ограничению размеров ИМ и снижению смертности. В связи с рядом ограничений (противопоказаний) их применения нередко в этом периоде заболевания прибегают к катетеризации сердца и первичной коронарной ангиопластике. В последующие сроки заболевания вплоть до выписки из стационара используют аспирин, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, а при рецидиве болевого синдрома - нитраты для внутреннего применения. Тяжелым осложнением острейшей и острой стадий ИМ является острая сердечная недостаточность, причины которой - нарушения сократительной способности левого желудочка или сердечного ритма, приводящие к недостаточному кровоснабжению органов и тканей. Ее опасные для жизни клинические проявления - кардиогенный шок и отек легких. Медсестра должна заподозрить эти осложнения ИМ и своевременно сообщить об этом врачу.

Клинические проявления **кардиогенного шока** включают в себя: снижение систолического АД до уровня менее 80 мм рт. ст.; пульс малого наполнения и напряжения (нитевидный); бледность, влажность и снижение температуры кожных покровов; спавшиеся периферические вены, нарушение сознания; снижение диуреза. Его развитию способствует учащение (более 90 в минуту) или урежение (менее 60 в минуту) сердечных сокращений.

Тактика медсестры:

- вызвать врача;
- уложить пациента с приподнятыми под углом 20° конечностями;
- оценить пульс и АД;
- провести ингаляции увлажненного кислорода;
- купировать болевой синдром (по назначению врача) с помощью внутривенных инъекций наркотических анальгетиков- 1% раствора морфина (1мл) или 2% раствора промедола (1 мл);
- записать ЭКГ, подключить кардиомонитор;
- ввести внутривенно струйно 5000 ЕД гепарина.

Дальнейшие мероприятия, осуществляемые под контролем врача и направленные на стабилизацию АД - повышение систолического давления до 90 мм рт. ст., могут включать в себя последовательные внутривенные введения физиологического раствора поваренной соли; 0,05% допамина или 0,2% норадреналина в 5% растворе глюкозы. Для лечения тахисистолических и брадисистолических форм нарушений ритма используют соответственно электроимпульсную терапию или электрокардиостимуляцию.

**Кардиогенному отеку легких** свойственны одышка и приступы удушья, усиливающиеся в положении лежа и вынуждающие пациента садиться. При осмотре отмечают цианоз кожи и слизистых оболочек, набухание вен шеи, частый пульс. В легких выслушивают сухие и влажные хрипы, нередко появляется слышимое на расстоянии kloкочущее дыхание и отделяется пенистая мокрота, иногда - розового опенка от примеси крови. Больной, как правило, возбужден и беспокоен.

Подобные проявления у больного ИМ позволяют медсестре заподозрить отек легких и срочно вызвать врача. Она успокаивает и удобно усаживает пациента с опущенными ногами, измеряет пульс и АД, назначает ингаляции увлажненного кислорода и пеногасителей - 33% этилового спирта, нитроглицерин под язык по 1 таблетке каждые 3 мин, осуществляет внутривенные инъекции (по назначению врача) гепарина (5000 ЕД), лазикса (40-80 мг) и морфина (3 мг).

Врач может существенно изменить характер неотложных мероприятий при отеке легких с сопутствующим низким или высоким АД. Эффективность неотложной помощи во многом зависит от слаженной, совместной работы врача и медсестры.

Важное поле деятельности медсестры - участие в физической, психологической и медицинской реабилитации больных ИМ, направленной на купирование острых проявлений и предупреждение осложнений, восстановление нормального физического и психологического состояния.

Весьма существенна ее роль в проводимых совместно с врачом мероприятиях по предупреждению возникновения и прогрессирования ИБС в амбулаторных (домашних) условиях.

Первичная профилактика преследует цели выявления и коррекции (устранения) факторов риска развития ИБС. Она тесно связана с изменением стиля жизни - отказом от курения, соблюдением правильного (гипохолестеринового) питания, борьбой с избыточной массой тела, повышением физической активности, исключением психоэмоциональных напряжений, а также с выявлением и лечением повышенного содержания холестерина в крови, АГ и СД.

Эти мероприятия используют и при вторичной профилактике, направленной на предупреждение прогрессирования и возникновения осложнений ИБС, развития преждевременной нетрудоспособности и ускоренного старения, улучшение качества и увеличение продолжительности жизни. С этой целью применяют аспирин, бетта-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, реже - антагонисты кальция.

Неотъемлемая часть деятельности медсестры - просветительская работа, обучение пациентов и их родственников предупреждению ИБС.

## **СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) - длительно существующий прогрессирующий клинический синдром, обусловленный структурными или функциональными заболеваниями сердца, в результате чего сердце не может доставлять органам и тканям необходимое для их нормального функционирования количество крови (кислорода и питательных веществ). Суть этого синдрома заключается в нарушении способности сердца, преимущественно - его левого желудочка, изгонять (выбрасывать) кровь или наполняться ею (соответственно систолическая и диастолическая дисфункция), что приводит к «кислородному голоданию» различных структур организма**

### **и возникновению неблагоприятных клинических проявлений.**

Распространенность ХСН среди больных сердечнососудистыми заболеваниями колеблется в пределах 0,2-4%; в России составляет 5,5%. ХСН ухудшает качество жизни, являясь одной из ведущих причин инвалидизации и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Ежегодно умирают не менее 50% больных с тяжелой ХСН.

Согласно классификации Американской ассоциации кардиологов (Нью-Йорк), по степени тяжести выделяют 4 функциональных класса (ФК) ХСН: I класс - у больных с заболеванием сердечно-сосудистой системы обычная физическая нагрузка не вызывает симптомов сердечной недостаточности (СН); II класс - обычная физическая нагрузка вызывает появление симптомов СН; III класс - физическая нагрузка менее обычной способствует появлению признаков СН; IV класс - минимальная физическая нагрузка способствует появлению признаков СН.

Классификация основана на субъективных проявлениях - жалобах больного - и удобна для практического применения в сестринском процессе. I ФК относят к бессимптомной ХСН, II - к ХСН легкой степени тяжести, III - к ХСН средней степени тяжести и IV - к тяжелой ХСН.

Развитию ХСН способствуют прямое повреждающее действие различных факторов на сердце, его функциональная перегрузка или сочетание этих причин, среди которых ведущее место занимают ишемическая болезнь сердца -ИБС (инфаркт миокарда, атеросклеротический кардиосклероз), артериальная гипертензия, воспалительные заболевания сердечной мышцы, эндокарда, перикарда, пороки сердца. Причинами развития СН могут быть заболевания щитовидной железы, анемия, алкоголизм и др.

Перечисленные этиологические факторы приводят к нарушению систолической, реже - диастолической функции сердца или их сочетанию, что влечет за собой активацию нейрогуморальной системы и возникновение приспособительных (защитных) реакций, направленных на поддержание кровообращения. Развиваются учащение пульса (тахикардия), сужение артерий и вен, повышенная проницаемость их сосудистой стенки, задержка натрия и воды в организме. Последние 2 фактора способствуют образованию отеков.

Характерные симптомы ХСН: одышка при физической нагрузке, а в тяжелых случаях - и в покое; слабость и снижение трудоспособности. Часто больных беспокоят сердцебиения, боли за грудиной и в области сердца, отеки стоп и голеней, боли в правом подреберье в связи с увеличением печени. При выраженной ХСН (III-IV классы) могут наблюдаться отеки грудной (гидроторакс, гидроперикард) и брюшной (асцит) полостей, а также распространенные отеки всего тела - анасарка.

При подозрении на ХСН пациенту задают вопросы о наличии у него общей слабости, сердцебиения, одышки, отеков, заболеваний сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь и др.) в предыдущие годы, о контактах с профессиональными вредностями, вредных привычках (курение, злоупотребление алкоголем). У пациента с установленным диагнозом ХСН

ВЫЯСНЯЮТ:

- какие причины вызывают обострение (ухудшение течения) заболевания?
- соблюдает ли больной диету?
- использует ли и как переносит предписанные лекарственные препараты?
- не занимается ли самолечением?

Последующее физикальное обследование нередко выявляет сухость кожи и ее синюшную окраску (акроцианоз), набухание вен шеи, различной степени выраженности отеки нижних конечностей и туловища, учащенный пульс (тахикардию), расширение границ сердца при перкуссии, глухие тоны сердца при его выслушивании, влажные хрипы при выслушивании легких, увеличение печени и ее болезненность при пальпации.

Обследование позволяет медсестре оценить состояние пациента, выявить его проблемы, заподозрить ХСН при ранее не установленном диагнозе, наметить план ухода. Анализ жалоб и данных объективного исследования помогает поставить сестринский диагноз - сформулировать проблемы пациента:

- общая слабость;
- одышка и сердцебиение при физической нагрузке, а иногда - и в покое;
- отеки;
- потребность пациента и членов его семьи в информации о заболевании, методах лечения и реабилитационных мероприятиях;
- потребность в изменении стиля (образа) жизни в связи с заболеванием (ХСН).

Медсестра при планировании ухода анализирует ситуацию в семье, оценивает уровень знаний пациента и его родственников о ХСН, возможность организации физической, психологической, экономической помощи больному, объясняет, каковы целесообразность и диагностические возможности лабораторных и инструментальных исследований. Она старается установить доброжелательные и доверительные отношения с пациентом и его родственниками, стремится снять их сомнения и страхи относительно результатов лечения и вселить веру в выздоровление.

Перечень лабораторных и инструментальных исследований во многом зависит от характера заболевания (ИБС, гипертоническая болезнь и др.), вызвавшего развитие ХСН. Традиционно он включает в себя клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, определение концентрации сахара, холестерина, билирубина, протромбина, креатинина, общего белка и белковых фракций, электролитов в крови, общий анализ мочи, пробу Зимницкого, копрограмму. Основные инструментальные методы диагностики ХСН не-инвазивны: эхокардиография, электрокардиография, рентгенография (сердца и легких). По показаниям используют более сложные диагностические методы - катетеризацию сердца, коронарную ангиографию, пробы с физической нагрузкой.

Медико-социальная помощь при ХСН направлена на уменьшение выраженности клинических проявлений, замедление прогрессирования СН и в конечном счете - на повышение качества и продолжительности жизни больных. **Сестринский уход** предусматривает мероприятия по уменьшению

выраженности тягостных, нередко изнуряющих больного симптомов ХСН. Медсестра разумно ограничивает физическую активность пациента, рекомендует ему достаточный отдых и сон с целью уменьшения общей слабости, сердцебиения и одышки. Постельный режим, полусидячее положение больного с использованием функциональной кровати, ношение свободной одежды наряду с мерами по уменьшению выраженности отечного синдрома способствуют улучшению дыхания - ослаблению или исчезновению одышки. Общеизвестно, что больным с ХСН рекомендуется уменьшение физических нагрузок. Степень ограничения физической активности предписывается индивидуально и зависит от целого ряда факторов, в первую очередь - от выраженности СН, характера органического поражения сердца, возраста больного и его физических возможностей. Если одним больным показано лишь ограничение физической активности, то другим - постельный режим различной продолжительности. Расширение режима с постепенным увеличением физической активности, включением в **план** лечения лечебной физкультуры и последующим переходом к трудовой деятельности может быть достаточно продолжительным, физические тренировки при ХСН замедляют темпы ее развития, способствуют укреплению мышц. Программу специальных физических упражнений составляет врач ЛФК с учетом тяжести СН. Занятия проводятся под контролем медсестры или инструктора по ЛФК. В ряде случаев при НИ ФК ХСН показан массаж.

Регулярное взвешивание больного помогает выявить скрытые отеки - накопление в организме до 5 л жидкости визуально не определяется. Медсестре должна насторожить внезапная прибавка в весе на 2 кг и более за 1-3 дня, что указывает на нарастание скрытых отеков, В данной ситуации больному рекомендуется обратиться к врачу для **КОРРЕКЦИИ** проводимого лечения. Медсестра контролирует в полном объеме предписанного врачом водно-солевого режима ежедневно определяет количество выпитой и выделенной жидкости.

Существенная составляющая часть сестринского ухода - психологическая поддержка больного с ХСН как в стационаре, так и в домашних условиях. Ее осуществляют постоянно и целенаправленно с учетом особенностей личности пациента, психологического микроклимата в палате и семье. Медсестра способствует созданию оптимальных: эмоциональных условий, атмосферы доверия, откровенности, доброжелательности, взаимоуважения, поддержки осознанного отношения к реабилитационным и лечебным\* мероприятиям. Немаловажную роль в этом играют спокойная обстановка, полноценный отдых и ночной сон.

Важно правильно организовать питание, которое должно быть 4-5-разовым, малыми порциями, легкоусвояемым витаминизированным, с калорийностью 2000-2500 ккал в сутки, с последним приемом пищи за 4 ч до сна. Ограничивают или исключают богатые холестерином животные жиры (масло, сало, шпик, грудинка, корейка и др.), субпродукты (печень, почки, мозги), рыбной икры и яичные желтки. Увеличивают содержание в суточном

рационе растительных

масел: подсолнечного, кукурузного, оливкового, а также рыбы, птицы, орехов, молока, творога, сыра, яичного белка. Рекомендуются употреблять постную говядину, ребе - баранину и свинину. Овощи и фрукты в диете практически не ограничивают, что способствует улучшению деятельности желудочно-кишечного тракта и удалению холестерина из организма. Такое питание особенно показано пожилым людям, у которых ХСН развилась на фоне ИБС и гипертонической болезни.

Непременным условием эффективности диеты (стол №10) является ограничение употребления поваренной соли до 3-6 г/сут и жидкости до 1-1,5 л/сут в зависимости от диуреза и выраженности СН. В случаях тяжелой ХСН периодически назначают разгрузочные дни (диеты бессолевая, калиевая, Каррела и др.).

Необходимо бороться с ожирением, постоянно контролировать массу тела. При избыточной массе тела следует исключить из рациона сладости (сахар, конфеты, варенье, мороженое, сладкую творожную массу, пирожные, торты), ограничить потребление хлеба, мучных изделий, картофеля, бобовых, каш.

Различные факторы, в том числе неправильное питание, могут быть причиной возникновения запоров и поносов, особенно у пожилых людей. Натуживание при запорах способствует повышению артериального давления (АД) и ухудшению работы сердца, а поносы могут вызвать потерю электролитов (натрия, калия, кальция и др.) и спровоцировать опасные для жизни нарушения сердечной деятельности - аритмии.

Недопустимо курение и употребление спиртных напитков, в том числе пива. Деятельность медсестры должна быть особенно активной в сфере пропаганды и организации здорового образа жизни и борьбы с вредными привычками.

Клинические проявления СН становятся менее выраженными или исчезают главным образом при систематическом применении предписанных врачом лекарственных средств (ЛС). В последние годы **медикаментозное лечение ХСН** претерпело значительные изменения. Появился целый ряд препаратов, оказывающих мощное воздействие на сердечно-сосудистую систему и водно-солевой баланс. В первую очередь это ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) - (эналаприл, периндоприл, лизино-прил и др.), бета-адреноблокаторы (бисопролол, метопролол, карведилол и др.), которые блокируют нарушения нейро-эндокринной регуляции сердечно-сосудистой системы. Ингибиторы АПФ, кроме того, снижают нагрузку на сердечную мышцу (уменьшают приток крови к ней). К традиционно используемым средствам относятся сердечные гликозиды (дигоксин и др.), увеличивающие сократительную способность сердечной мышцы, мочегонные (гипотиазид, фуросемид и др.) и сосудорасширяющие препараты (гидралазин, нитраты), уменьшающие нагрузку на миокард. Все шире применяются ЛС, восстанавливающие и поддерживающие обменные процессы в сердечной мышце, - рибоксин, цито-хром, фосфокреатин, пробукол, предуктал и др.

Недостаточные дозы лекарственных препаратов неэффективны, и их

применение может привести к декомпенсации сердечной деятельности, а передозировка чревата серьезными осложнениями. Прием всех назначенных врачом ЛС должна строго контролировать медсестра. Так, бесконтрольный прием сердечных гликозидов (дигоксин и др.) может вызвать интоксикацию, ранними признаками которой являются снижение аппетита, тошнота, а иногда - рвота и поносы. Нарушается зрение: больные начинают видеть окружающее в желтом цвете. Нередко появляются головная боль, головокружение, возбуждение, нарушение ритма сердечной деятельности. Неадекватно высокие дозы ингибиторов АПФ вызывают падение АД, бесконтрольный прием мочегонных средств приводит к нарушению водно-солевого обмена и свертывающей системы крови с возможностью тромбоза. Нитраты (нитроглицерин, нитросорбид и др.), давая сосудорасширяющий эффект, могут вызвать снижение АД и ухудшение самочувствия; их не следует назначать при артериальной гипотензии, Широко применяемый антиагре-гант ацетилсалициловая кислота способен спровоцировать желудочно-кишечное кровотечение, особенно у больных с ХСН и сопутствующей язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в анамнезе. Медсестре нужно следить за правильным приемом лекарств пожилыми больными с ослабленным зрением и памятью; в домашних условиях этим занимаются родственники.

Сестринский процесс предусматривает также профилактику заболеваний, приводящих к ХСН (например, повторный инфаркт миокарда), и осложнений СН (нарушения ритма, тромбоэмболии, почечные дисфункции, уменьшение содержания белка в крови и др.), При этом очень важно сознательное отношение пациента к лечению, выполнение им рекомендаций врача оздоровительного, реабилитационного и лечебного плана. Существенную роль в проведении этих мероприятий играют медсестра, родственники больного и социальный работник, Следует всячески поддерживать физическую и социальную активность больного, Ему рекомендуют продолжать профессиональную и общественную деятельность в соответствии с физическими возможностями, всячески поощряют нетяжелую работу по дому, в саду, а также рукоделие, чтение и т.п, Больным с ХСН, желающим совершить путешествия, связанные с пребыванием в условиях высокогорья, высоких температур и влажности воздуха, необходима консультация врача. Длительные перелеты не рекомендуются: они могут привести к обезвоживанию, отекам ног, увеличению риска тромбоза вен. Высокая температура и влажность воздуха нарушают водно-солевой баланс в организме и приводят к декомпенсации СН.

Медсестра должна активно участвовать в санитарно-просветительской работе, используя индивидуальные и групповые беседы, лекции, памятки, брошюры, стенные бюллетени, плакаты для стимулирования раннего обращения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями к семейному врачу, терапевту или кардиологу. Своевременная медицинская помощь способна предупредить развитие ХСН.

Медсестра постоянно оценивает динамику основных симптомов ХСН,

качество ухода и реакцию на него пациента, выявляет новые проблемы и потребности в медико-социальной помощи. Если поставленные цели не достигнуты, следует выяснить причины недостаточной эффективности или отсутствия эффекта сестринских и врачебных мероприятий. Таковыми могут быть прогрессирование основного заболевания, недостаточность реабилитационной и лечебной помощи, нарушение предписаний врача, диеты, режима труда и отдыха.

Медсестра тесно контактирует с социальной службой (больницы, района), что особенно важно для инвалидов и пожилых пациентов. В стационаре таким больным при необходимости проводят медико-социальную экспертизу, оформляют документы в дома престарелых. На дому социальная служба решает несколько важных задач: обеспечение безопасности жилища (оборудование санузлов специальными поручнями, резиновыми нескользящими ковриками, замена ванной обычным душем, организация хотя бы слабого ночного освещения), профилактика бытового травматизма (рациональная расстановка мебели и ее подбор соответственно росту; обувь должна иметь небольшой каблук, нескользкую подошву, задник), эмоциональная поддержка больного, увеличение способности к самообслуживанию. На дому медсестра вместе с социальным работником рассказывает пациенту и его родственникам об основах безопасности жилища, навыках ухода, в том числе с использованием различных приспособлений.

Особое внимание следует уделять одиноким, проблемным пациентам. Для них организуют постоянную поддержку в центре социального обслуживания населения, а после выписки из стационара оказывают медицинскую и социальную помощь на дому.

### **АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И СЕСТРИНСКОГО УХОДА**

**Артериальная гипертензия (АГ** — наиболее распространенное хроническое заболевание, характеризующееся устойчивым повышением систолического (более 140 мм рт.ст.) и/или диастолического (более 90 мм рт.ст.) артериального давления (АД). Ее выявляют приблизительно у 30% населения планеты, значительно чаще (в 60-70% случаев) у пожилых и старых людей. Высокое АД является основным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их летальных осложнений, причем ведущая роль в причинах смерти населения принадлежит повышенному систолическому АД.

Выделяют 2 вида АГ: 1) гипертоническую болезнь и вторичную вследствие заболевания почек, желез внутренней секреции и др.; 2) изолированную систолическую. Последняя встречается преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста.

Повышение АД чаще всего диагностируют при обращении пациента к врачу или во время профилактических осмотров. Последующие измерения АД желательно проводить в привычных для больного домашних условиях самостоятельно или с помощью родственников с целью исключения психоэмоциональной «гипертензии белого халата», обусловленной посещением врача. Снижение повышенного АД способствует значительному

уменьшению частоты нарушений мозгового кровообращения, инфаркта миокарда (ИМ) и сердечной недостаточности (СН). Регулярно измерять АД следует не реже 1 раза в год - при его однократном и нестойком повышении, 1 раза в месяц - при тенденции к частому или стабильному его повышению, 2 раза в день - при ухудшении самочувствия и стабильном повышении давления.

ВОЗ рекомендует следующую методику измерения АД:

- за 30 мин до измерения АД следует воздержаться от курения, приема пищи, кофе и крепкого чая, лекарственных препаратов, способных повысить АД;
- измерять АД в положении сидя, после 5-минутного отдыха, не напрягая мышц ног и рук, без задержки дыхания во время процедуры и не разговаривая с окружающими; рука, на которой измеряется АД, должна находиться на уровне сердца;
- первое измерение АД проводят на обеих руках; при обнаружении разницы, равной 10 мм рт.ст. или более, последующие измерения выполняют на руке с большим давлением;
- при измерении АД давление в манжетке, закрепленной на 2 см выше локтевого сгиба, нагнетают равномерно до уровня выше обычного систолического АД на 30 мм рт.ст., затем медленно снижают давление в манжетке;
- для регистрации тонов, по которым оценивается уровень АД, капсулу стетоскопа фиксируют в локтевой ямке; появление тонов соответствует уровню систолического АД, их исчезновение - уровню диастолического АД (в автоматических устройствах для измерения АД цифры высвечиваются на экране);
- АД измеряют 2-3 раза с интервалом в 3-5 мин.

**Этиология и патогенез.** Возникновению и прогрессированию АГ способствуют:

- наследственная предрасположенность;
- возраст: у мужчин - более 55 лет, у женщин - более 65 лет;
- низкая физическая активность (гиподинамия);
- избыточная масса тела (ожирение);
- сахарный диабет;
- повышенное потребление поваренной соли;
- злоупотребление алкоголем;
- курение;
- хронические психоэмоциональные перенапряжения (стрессы),

Перечисленные факторы риска в той или иной степени нарушают нейрогуморальные механизмы регуляции аппарата кровообращения, нормальное (оптимальное) соотношение сосудорасширяющих и сосудосуживающих факторов (в пользу последних) и основные гемодинамические показатели. Описанный механизм развития АГ наиболее присущ первичной АГ. Ведущий патогенетический фактор изолированной систолической АГ, свойственной лицам пожилого и старческого возраста, -

поражение (склероз) аорты и ее крупных ветвей с последующим увеличением их плотности и уменьшением эластичности, повышением нагрузки на левый желудочек сердца и систолического АД.

**Клиника и диагностика.** Больных беспокоят головная боль, головокружение, шум в голове, «мелькание мушек перед глазами», ухудшение зрения и сна, общая слабость, быстрая утомляемость, шаткость походки. Боли в области грудной клетки, одышка и сердцебиение при физической нагрузке нередко свидетельствуют о возникновении атеросклероза коронарных артерий и ишемической болезни сердца (ИБС).

К наиболее характерным в клиническом плане особенностям АГ у пожилых и старых пациентов относят значительную ее давность, нередко скрытое (латентное) течение болезни со скудной субъективной симптоматикой. По мере прогрессирования поражений сосудов различных органов (мозга, сердца, почек, глаз) и развития их функциональной недостаточности появляются симптомы АГ.

Сочетание АГ с сопутствующими заболеваниями (цере-броваскулярная болезнь, ИБС, нефропатия, атеросклероз аорты, сосудов нижних конечностей и сетчатки глаз) способствует увеличению частоты осложнений (инсульт, ИМ, СН и др.) и ухудшает прогноз.

При изолированной систолической АГ систолическое АД повышается, как правило, до 170-180 мм рт. ст. при нормальном диастолическом АД. По сравнению с первичной АГ субъективные проявления заболевания менее выражены и специфичны. Больных беспокоят головокружения, шум в голове, одышка и сердцебиение при физической нагрузке, плохой сон и значительно реже - головные боли.

**Гипертонический криз** - внезапное, значительное и транзиторное (преходящее) повышение АД в сочетании с клиническими проявлениями нарушений со стороны нервной и сердечно-сосудистой системы. Систолическое АД может повышаться до 280 мм рт. ст., диастолическое - до 160 мм рт. ст. (в случае изолированной систолической АГ повышается только систолическое АД). Частые причины гипертонических кризов - психоэмоциональное напряжение (стресс), повышенная метеочувствительность, неадекватное лечение АГ и внезапная отмена антигипертензивных препаратов.

Кризам свойственны внезапное начало, интенсивные головные боли давящего, распирающего, пульсирующего характера, нередко - кратковременные расстройства зрения - мелькание мушек перед глазами, туман, пелена, а также головокружения, тошнота и рвота. Появляются затрудненная речь, слабость конечностей, иногда - судороги в отдельных группах мышц. Дополняют клиническую картину боли в левой половине грудной клетки давящего и сжимающего характера, сердцебиение и одышка. К тяжелым осложнениям гипертонического криза относят нарушение мозгового кровообращения, кровоизлияние в сетчатку глаза с частичной или полной потерей зрения, ИМ и отек легких.

Для пожилых нехарактерно внезапное начало криза, нередко он развивается

постепенно, в течение нескольких часов, и его появлению предшествуют усиление головных болей, возбуждение или подавленное настроение.

Продолжительность и интенсивность кризов разная, Неосложненное их течение характеризуется непродолжительной и полностью проходящей симптоматикой, осложненное - длительно существующими (в течение нескольких часов, иногда - суток) и нередко усиливающимися клиническими проявлениями.

Физикальное, лабораторное и инструментальное исследования позволяют исключить вторичную (симптоматическую) АГ, выявить возможные поражения (заболевания) аорты и ее крупных ветвей, сердца, головного мозга, почек, глаз, а также определить группу риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Медсестре следует знать и использовать в практической деятельности методы (навыки) объективного исследования: измерение и оценку АД; пальпацию пульса на лучевых, сонных и бедренных артериях; определение границ и характеристику тонов сердца; выслушивание шума над сонными артериями при их сужении и в подлобечной области при стенозе почечной артерии; измерение роста и массы тела. Показана консультация окулиста для осмотра глазного дна и выявления свойственной АГ ангиоретинопатии сетчатки.

В перечень обязательных исследований входят: клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов; определение концентрации холестерина, сахара, электролитов, креатинина в крови; общий анализ мочи; электрокардиография. По показаниям проводят УЗИ почек, внутривенную урографию, ренографию с каптоприлом (при подозрении на стеноз почечной артерии), ангиографию почек, эхокардиографию, суточное мониторирование АД.

Наряду с повышением АД наиболее важными диагностическими признаками собственно гипертонической болезни (первичной АГ) являются напряженный, твердый пульс, расширение границ сердца влево за счет увеличения левого желудочка, электро- и эхокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка, изменения глазного дна (ангиоретинопатия сетчатки) при отсутствии симптомов поражения аорты и ее крупных ветвей. Последующее вовлечение в патологический процесс сердечно-сосудистой, нервной, мочевыделительной систем существенно модифицирует клинические и лабораторные проявления заболевания,

**Сестринский уход.** При опросе пациента с подозрением на АГ медсестра обращает внимание на следующие анамнестические факты:

- наличие эпизодов повышения АД, сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета у пациента и его близких родственников;
- наличие вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем);
- наличие хронических психоэмоциональных напряжений;
- уровень физической активности;
- применение лекарственных препаратов, способных повышать АД (кортикостероидные гормоны, нестероидные противовоспалительные препараты, содержащие сосудосуживающие вещества, капли для глаз и носа и др.).

Больному с ранее диагностированной АГ следует задать вопросы о длительности и возможных причинах (обстоятельствах) повышения АД, соблюдении предписанного врачом режима физической активности, диетических рекомендаций, о проводившемся лекарственном лечении и эффективности принимавшихся мер.

Последующий анализ жалоб и данных объективного исследования позволяет выявить основные проблемы больного АГ:

- головные боли, головокружение, шум в голове;
- общая слабость, повышенная утомляемость;
- одышка и сердцебиение при физической нагрузке;
- плохой сон;
- беспокойство и тревога, обусловленные недостаточной осведомленностью пациента о заболевании;
- психологические, физические и социальные проблемы, связанные с изменением образа жизни, иногда - с утратой независимости.

Успешное решение этих проблем возможно при условии четко организованной, совместной деятельности врача, медсестры, пациента и его родственников, социальных работников.

При планировании ухода медсестра информирует пациента и членов его семьи о сути заболевания, общих принципах его предупреждения и лечения, организации психологической, физической, социальной и экономической помощи больному со стороны родственников и мероприятиях по изменению привычного для него стиля жизни. Она призывает больного к сотрудничеству, обучает его способам са-моухода и сохранения личной безопасности, укрепляет веру в безопасность и эффективность лечебных мероприятий.

Эффективности сестринского ухода, наряду с ограничением физической активности, достаточным отдыхом и сном, уменьшению общей слабости, утомляемости, одышки, сердцебиения, снижению АД способствует исключение психоэмоциональных стрессовых ситуаций путем поддержания в палате и в домашних условиях (в семье) доброжелательной, доверительной и спокойной обстановки. Для улучшения сна полезны проветривание помещений, спокойные прогулки на свежем воздухе, теплый чай с успокаивающими сборами, обеспечение пожилых и старых пациентов памперсами, применение успокаивающих или снотворных лекарств.

В связи со склонностью преимущественно пожилых и старых больных к ортостатическим и ночным обморокам, особенно на фоне гипотензивной терапии, им не рекомендуют находиться в жарких, душных помещениях, принимать горячие ванны, Пациентов обучают навыкам осторожного перехода из горизонтального положения в вертикальное, советуют своевременно опорожнять кишечник и мочевой пузырь.

Медсестра при стабильном повышении АД измеряет его не реже 2 раз в день, следит за динамикой клинических проявлений заболевания, своевременно выявляет его осложнения и докладывает об этом врачу.

**Лечение.** Главная роль в решении проблем пациента принадлежит

немедикаментозному и медикаментозному лечению, направленному на нормализацию АД, уменьшение выраженности или исчезновение неблагоприятных клинических проявлений АГ и сопутствующих заболеваний, улучшение качества жизни и снижение смертности.

Суть **профилактики и немедикаментозного лечения АГ** состоит в соблюдении правил здорового образа жизни: правильное (рациональное) питание; разумная и строго индивидуализированная физическая активность; уменьшение или исключение психоэмоциональных напряжений и вредных профессиональных воздействий (шум, вибрация и др.); отказ от вредных привычек; снижение массы тела при ее избыточности и ожирении; применение психотерапии, физиотерапии, фитотерапии и лечебной физкультуры.

**Пищевой рацион** должен содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных веществ с ограничением легкоусвояемых углеводов, животных жиров, поваренной соли (не более 5 г/сут - 1 чайная ложка) при калорийности 2000-2500 ккал/сут. Потребление жидкости ограничивают при отеках на фоне хронической СН. Желательно принимать пищу не реже 4-5 раз в день малыми порциями, в одно и то же время. Не рекомендуют употреблять в пищу жирное мясо, крепкие мясные бульоны, говяжий, бараний, свиной жир, субпродукты (печень, почки, мозги), сливочное масло, сало, острые, соленые и жирные закуски. Ограничивают использование сливок, сметаны, жирного творога, яиц, кофе, какао и алкогольных напитков.

Следует отдавать предпочтение блюдам из нежирных сортов мяса, рыбы и птицы, круп и макаронных изделий, вегетарианским, молочным и фруктовым супам, нежирному молоку, творогу, сыру. Увеличивают содержание в рационе растительных масел - кукурузного, подсолнечного и оливкового, богатых минеральными веществами и витаминами, а также овощей и фруктов. Для увеличения поступления в организм солей калия в рацион включают изюм, урюк, чернослив, горох, фасоль, абрикосы, персики, морскую капусту, печеный картофель.

При неэффективности немедикаментозного прибегают к **медикаментозному лечению** АГ. С этой целью врач назначает лекарственные препараты, которые эффективно снижают АД, защищают от поражения головной мозг, сердце, почки и другие органы, оказывают наименее выраженное побочное (отрицательное) действие, улучшают качество и увеличивают продолжительность жизни. Используются следующие гипотензивные средства:

- мочегонные (диуретики): гипотиазид, арифон ретард и др.;
- антагонисты кальция (нифедипин, верапамил, дилтиазем, амлодипин и др.);
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ингибиторы АПФ): эналаприл, периндоприл, лизиноприл, рамиприл и др.;
- р-адреноблокаторы (пропранолол, атенолол, метопролол, бетаксолол и др.);
- блокаторы рецепторов ангиотензина II (валсартан, ирбесартан и др.);
- а-адреноблокаторы (празозин, докасазозин);

- антагонисты имидазолиновых рецепторов (максонидин, рилменидин);
- комбинированные препараты (нолипрел, нолипрел-форте, логимакс, коренитек, тенорик и др.)

В настоящее время на начальных этапах лечения АГ используют комбинации низких доз 2 препаратов разных классов, Такая терапия способствует эффективному снижению АД, уменьшает возможность развития отрицательных (побочных) реакций и стоимость лечения. Тактика лечения используемых гипотензивных средств, особенности их сочетания и длительность применения - зависит от выраженности (тяжести) клинического течения АГ, наличия сопутствующих заболеваний и риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Мочегонные средства и антагонисты кальция, реже - сочетание мочегонных препаратов с ингибиторами АПФ (ноли-цел, коренитек) и другими гипотензивными средствами применяют для начального лечения пожилых и старых больных АГ, в первую очередь - с изолированной систолической АГ. Нередко возникает необходимость в применении препаратов, снижающих уровень холестерина в крови (симвастатин, ловастатин, никотиновая кислота и др.), улучшающих реологические свойства крови и уменьшающих риск развития тромботических осложнений (аспирин, курантил, тиклид и др.), оптимизирующих обменные процессы в сердечной мышце (предуктал, милдронат, фосфокреатин и др.).

Снижают АД осторожно, постепенно, используют низкие начальные дозы препаратов (желательно - длительно действующих, пролонгированных) с целью предотвращения возможных ортостатических реакций, Медсестра контролирует выполнение пациентом назначений врача, эффективность лечения и динамику показателей АД, выявляет побочные действия лекарств. Больной должен быть ориентирован на регулярное и длительное применение лекарственных средств, способствующее стойкому снижению АД до нормального или пограничного уровня. Следует предостеречь его от самолечения и напомнить, что решение, касающееся выбора препаратов, их комбинации и дозировки, принимает врач.

Медсестра обязана своевременно диагностировать гипертонический криз, оказывать доврачебную медицинскую помощь и информировать об этом врача. Больному должен быть обеспечен полный покой: его надо успокоить, усадить или уложить в постель, ослабить стесняющую одежду. Следует безотлагательно измерить АД узнать его обычные («рабочие») цифры, названия и дозы используемых лекарственных препаратов и, если криз развился в домашних условиях, вызвать врача скорой помощи. Для внутреннего применения (под язык) используют препараты быстрого действия: 1-2 таблетки клофелина (0,075-0,15 мг), коринфара (10-20 мг), а при болях в области сердца - нитроглицерин (1,25-2,5 мг).

Лечение кризов проводят поэтапно: сначала назначают таблетированные формы, затем - препараты для внутримышечного и внутривенного введения. Дальнейшие меры лечения криза определяет врач (внутривенные инъекции клофелина, эуфиллина, эналаприла, мочегонных средств - фуросемида,

внутримышечные - сульфата магния и др.).

В сестринском дневнике отражают время наступления и симптомы гипертонического криза, величину АД, частоту и ритмичность пульса, а также названия, дозы и время введения назначенных врачом гипотензивных препаратов. Через 30 мин и 1 ч после их введения медсестра измеряет АД, определяет частоту и ритмичность пульса, в процессе дальнейшего наблюдения оценивает динамику изменений АД, клинической картины заболевания, выявляет новые проблемы пациента и способствует их решению, оказывает ему психологическую поддержку.

Профилактика. Медсестра совместно с врачом, пациентом и членами его семьи участвует в мероприятиях по предупреждению развития (первичная профилактика) и замедлению прогрессирования (вторичная профилактика).

## **6. Задания для уяснения темы занятия**

### **Тестовый контроль**

#### **1. Какие особенности течения стенокардии у больных геронтологического возраста?**

- А. Безболевая форма
- Б. Приступ связан с подъёмом АД.
- В. Отсутствие вегетативных проявлений в момент стенокардии.
- Д. Всё выше перечисленное.

#### **2. Что характерно для инфаркта миокарда пожилых?**

- А. Сопутствующие нарушения мозгового кровообращения.
- Б. Аритмический вариант.
- Г. Уменьшение интенсивности болевого приступа.
- Д. Всё перечисленное.

#### **3. Какие препараты хорошо использовать у пожилых больных с ИБС при наличии гипертонии, аритмии, тахикардии?**

- А. Нитраты.
- Б. Бета-адреноблокаторы.
- В. Теофиллины.
- Г. Глюкокортикоиды.

#### **4. Какую группу препаратов необходимо использовать у больных пожилого возраста с сердечной недостаточностью?**

- А. Теофиллины.
- Б. Транквилизаторы.
- В. Ингибиторы. АПФ.

Г. Ганглиоблокаторы.

#### **5. Какой препарат можно использовать для купирования гипертонического криза у пожилого человека?**

- А. Дибазол.
- Б. Ганглиоблокаторы.
- В. Мезатон.

#### **6. Какой препарат для купирования гипертонического криза не назначать ввиду развития быстрой гипотензии?**

- А. Каринфар под язык.
- Б. Клофелин.
- В. Ганглиоблокаторы.

#### **7. Какие заболевания наиболее часто сочетаются с ИБС у геронтологических больных?**

- А. Гипертоническая болезнь
- Б. Сахарный диабет.
- В. Аритмии.
- Г. Всё перечисленное.

#### **8. Какие заболевания наиболее часто сочетаются с гипертонической болезнью у геронтологических больных?**

- А. ИБС.
- Б. Сахарный диабет.
- В. Аритмии.
- Г. Всё перечисленное.

#### **9. Каким препаратам отдается**

**предпочтение в лечении  
сердечной  
недостаточности у  
геронтологических больных?**

- А. Гипотиазид.
- Б. Лазикс.
- В. Ингибиторы АПФ
- Г. Сердечные гликозиды.

**10. Какие методы  
немедикаментозного лечения  
используют в лечении ИБС?**

- А. Физиотерапия.
- Б. ЛФК.
- В. Массаж.
- Г. Всё перечисленное.

**Ситуационные клинические  
задачи**

**Задача №2**

Больной 75 лет, внезапно почувствовал резкую слабость, головокружение, сжимающую боль в эпигастральной области, тошноту. При осмотре кожа бледно-серого цвета, пульс нитевидный, АД 80/ 50 мм рт.ст.

**Вопросы:**

1. О каком заболевании идет речь?
2. Какое осложнение начинается?
3. Неотложная помощь медсестры при данном заболевании.

**7.Список тем по УИРС**

- 1.Отёк лёгких: клиника, доврачебная помощь, уход.
- 2.Кардиогенный шок: клиника, доврачебная помощь, уход.

**Тема № 3: Старение и заболевания органов пищеварения в пожилом и старческом возрасте. Особенности клинического течения заболеваний пищеварительной системы в пожилом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи сестринской службы.**

**2. Значение изучения темы:** Проблема заболеваний пищеварительной системы у лиц пожилого и старческого возраста является актуальной, т.к. имеются особенности в клиническом течении, трудности в лечении, осложнения, часто ведущие к летальному исходу.

**3. Цели занятия:** На основе теоретических знаний и практических умений обучающийся должен:

**Иметь представление:** об основных этиопатогенетических факторах, способствующих развитию, прогрессированию и особенностям проявлений

заболеваний органов пищеварения у лиц пожилого и старческого возраста

**Знать:** особенности проявлений наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения у лиц пожилого и старческого возраста. Основные синдромы. Причины прогрессирования, дестабилизации состояния. Неотложные состояния, особенности их проявлений. Группы риска по опасности ухудшения состояния, развитие осложнений и неотложных состояний.

**Уметь:** собрать информацию, оценить состояние пациента, определить ведущий синдром. Определить нуждается ли пациент в экстренной медицинской помощи, оказать её. Уметь определить приоритетную проблему больного, сформировав её в форме сестринского диагноза. Выделить группы риска. Объяснить пациенту план подготовки и подготовить к лабораторно-диагностическим и лечебным процедурам. Предвидеть их последствия. Составить план сестринской помощи с учетом приоритетности проблем, цели и задач сестринского ухода. Привлечь пациента и его родственников к процессу ухода. Обучить приёмам само и взаимопомощи.

#### **4. План изучения темы**

4.1 Самостоятельная работа

-курация больных-30 мин.

-беседы с больными-15 мин.

-запись результатов обследования больных в карту сестринского процесса-15 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-30 мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-30 мин.

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-30 мин.

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

#### **5 . Основные понятия и положения темы.**

1.Основные представления о взаимоотношении старения и изменения органов пищеварения.

2.Морфо-функциональные особенности системы пищеварения при старении. Особенности течения болезней органов пищеварения у лиц старших возрастных групп (язвенная болезнь желудка и ДПК, хронический панкреатит, заболевания кишечника).

3.Основные синдромы.

4.Причины и признаки дестабилизации состояния.

5.Неотложные состояния, особенности проявлений и экстренной помощи.

6.Группы риска.

7.Подготовка и проведение лабораторно-диагностических исследований.

8.Принципы лечения.

9. Потребности и проблемы лиц старших возрастных групп с заболеваниями органов

10. Планирование ухода, выполнение, анализ.

11. Выполнение плана сестринской помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.

### **Запоры у лиц пожилого и старческого возраста**

Запор - наиболее частое расстройство желудочно-кишечного тракта в пожилом возрасте (старческие запоры). Хроническими запорами страдают около 20 % лиц пожилого возраста.

К причинам, вызывающим нарушение моторно-эвакуаторной функции у этой категории больных, относятся:

- ❖ неправильное питание (ограничение растительной пищи, уменьшение потребления жидкости)
- ❖ малая физическая активность
- ❖ гипотония или атония кишечника
- ❖ психическая неполноценность
- ❖ злоупотребление слабительными
- ❖ эндокринные нарушения
- ❖ увеличение количества гнилостных микроорганизмов в кишечнике
- ❖ снижение секреторной функции
- ❖ преобладание атрофических процессов
- ❖ гинекологические запоры могут возникать после удаления матки
- ❖ механический запор развивается у больных с онкологической патологией кишечника, при сужениях толстой кишки рубцового генеза, механическом сдавлении кишки и др.

Основной клинический признак запоров в пожилом и старческом возрасте - нарушение опорожнения кишечника. Больных также беспокоят дискомфорт в животе, его переполнение, чувство распирания, иногда вздутие, урчание, тошнота, отрыжка воздухом, неприятный вкус во рту. Возможны спастические боли в животе, чаще связанные с актом дефекации, разбитость, слабость, бессонница, депрессия.

При обследовании обращают на себя внимание «уход» в болезнь, мнительность.

Кожа может быть бледной с сероватым или желтоватым оттенком, сниженным тургором. Иногда на ней видны расчесы, высыпания типа крапивницы, реже экзема, фурункулы. Отмечается неприятный запах изо рта, обложенность языка, вздутие живота. При пальпации живота определяются расширенные и спастически сокращенные участки толстой кишки, в которых нередко можно определить плотноватые каловые массы. Болезненность в сигмовидной кишке может быть обусловлена нарушением моторики по гиперкинетическому типу. Довольно характерна пальпаторная чувствительность сигмовидной кишки при привычных запорах.

**Диагностика запоров основывается на следующих данных.**

1. Расспрос больного - позволяет получить ответы на вопросы о том, что больной понимает под запорами, каковы интервалы между дефекациями, имеются ли позывы к дефекации, какова консистенция и форма каловых масс, выделяется ли кровь или слизь, сопровождается ли дефекация неприятными ощущениями, что помогает больному опорожнять кишечник,

ощущает ли больной, в какой части кишки происходит задержка каловых масс, сопровождается акт дефекации какими-либо ритуалами, зависит ли это состояние от времени года, отпуска, обострений других заболеваний и т.д., как больной относится к своему состоянию, каков характер питания больного, соблюдает ли ритм питания, употребляет ли алкогольные напитки, каков образ жизни больного, жилищные условия, характер и интенсивность трудовой деятельности, имеются ли конфликтные ситуации в семье или на работе.

2. Копрологическое исследование. При злокачественном новообразовании, язвенном колите геморрое в кале определяется примесь крови. Многие формы хронического колита, синдром раздраженной толстой кишки, ворсинчатые опухоли сопровождаются выделением слизи.

3. Химическое исследование кала дает возможность судить о гнилостном или бродильном процессе в кишечнике, о переваривании белков, жиров, углеводов.

4. Исследование кишечной микрофлоры. Микрофлора толстой кишки нарушена более чем у 80 % больных с хроническими запорами.

5. Пальцевое исследование ануса и прямой кишки, а так - же ректороманоскопия.

6. Рентгенологический метод позволяет провести дифференциальную диагностику запоров по выявлению органических поражений кишечника.

#### **Общие принципы лечения запора заключаются в следующем:**

1. Сбалансированная диета.

Рекомендуются блюда, содержащие вещества, способствующие опорожнению кишечника: сахарные вещества, органические кислоты (кислое молоко, фруктовые соки, черный хлеб, кислые фрукты и др.), поваренную соль, углекислоту (минеральные воды), жиры. Показана пища, содержащая оболочки растительных клеток (овощи, отруби, фрукты, некоторые крупы).

Холодные и вяленые блюда, копчености, сваренное куском мясо также ускоряют опорожнение кишечника.

Исключаются продукты вызывающие повышенное газообразование в кишечнике (бобовые, яблочный и виноградный соки), овощи, богатые эфирными маслами (репа, редька, чеснок, редис). Овощи фрукты употребляются в сыром и вареном виде, особенно показаны морковь и свекла (пюре). Назначают кислые молочные напитки, сливки, свежую сметану, сливочное и растительное масло, рассыпчатую гречневую и пшеничную кашу, хлеб пшеничный из муки грубого помола или с добавлением пшеничных отрубей, сладкие блюда, мясо в варенном, запеченном виде, преимущественно куском. Рекомендуются настои из чернослива, пюре из вареных сухофруктов.

При дискинетическом запоре с преимущественно гипермоторными нарушениями пища, содержащая стимуляторы кишечной моторики, может раздражать кишечник, усиливать боли в животе. В подробных случаях рекомендуется более щадящая диета, растительные продукты назначают только в виде пюре, в рацион вводят различные жиры. Принимать пищу

следует не менее 4 раз в день.

2. Важная роль в лечении принадлежит препаратам, нормализующим кишечную флору - бифидумбактерину, бификолу, лактобактерину, бактисубтилу.

3. Медикаментозная терапия назначается с учетом моторных нарушений толстой кишки. При запорах, обусловленных гипомоторной дискинезией, применяют препараты, усиливающие перистальтику кишки - реглан, церукал по 10 мг 3 раза в день, максимальный курс лечения 2-3 недели.

При статической дискинезии толстой кишки показаны М-холиноблокаторы (гастроцепин или метацин), миотропные спазмолитики (но-шпа, папаверин) в таблетках, свечах и парентерально в обычных суточных дозах.

4. Существенную роль в лечении запора играет лечебная физкультура.

Больные с запором должны много двигаться. Большое значение имеет массаж живота, хотя некоторые авторы полагают, что он оказывает только психотерапевтическое действие.

5. В лечении запоров в пожилом возрасте назначают различные физиотерапевтические процедуры. Назначаются методики аппаратной физиотерапии, а также водолечебные и тепловые факторы.

При гипермоторике применяют электрофорез со спазмолитическими препаратами, (магнием), при гипомоторике - кальцием.

При дискинетическом запоре с гипермоторикой нередко массаж живота, физиотерапевтические процедуры могут усиливать боли и оказать отрицательное действие. В подобных случаях назначают тепловые процедуры (парафиновые аппликации на живот). Грязевое лечение (аппликации грязи на живот, ректальные грязевые тампоны) рекомендуется при воспалительном запоре в стадии ремиссии.

При запорах показаны минеральные воды: эссентуки N 4 и 17, славянская, баталинская, джермук. Назначают по 1 - 1,5 стакана холодной минеральной воды 2-3 раза в день натощак и за 1 - 1,5 ч до еды в течение нескольких недель. При дискинетическом запоре с гипермоторикой предпочтительна теплая или даже горячая вода. Рекомендуется и ректальное введение минеральных вод, особенно субаквальные ванны.

6. В комплексном лечении запоров в пожилом и старческом возрасте назначают также слабительные лекарственные средства. Они действуют на разных уровнях: масла, солевые слабительные - на уровне тонкой кишки, поэтому эффект наступает через 4-5 часов, производные антрахинона, дифенила - на уровне толстой кишки, их действие проявляется через 8-12 часов, контактные средства (свечи, клизмы) действуют в прямой кишке, поэтому их эффект наступает через 10-20 минут.

По механизму действия слабительные препараты делятся на 4 группы:

- вызывающие химическое раздражение рецепторного аппарата кишки: производные антрахинонов (препараты сены, крушины, ревеня), дифенилметана (гутталакс, дульколакс, фенолфталеин, бисакодил) и касторовое масло

-обладающие осмотическими свойствами: натрия сульфат, магния сульфат,

соль карловарская, неадсорбируемый дисахарид лактулоза (нормазе, портолак)

-увеличивающие объем содержимого кишечника (наполнители): отруби, морская капуста

7. Фитотерапия. Некоторые травы, такие как сена, крушина, ревень, обладают слабительным действием; ромашка, мята, календула оказывают спазмолитическое и противовоспалительное действие.

8. При запорах неврогенного или психогенного происхождения рекомендуются седативные препараты, психотерапия, а также комплекс мероприятий, направленных на восстановление привычки ежедневно опорожнять кишечник: посещение туалета в одни и те же часы.

Таким образом, запоры в пожилом и старческом возрасте являются полиэтиологической актуальной проблемой, в решении которой используют комплексный подход.

## **6. Задания для уяснения темы занятия**

### **Тестовый контроль**

**1. Какие изменения могут быть в желудке у лиц пожилого возраста?**

- А. Уменьшение количества желез.
- Б. Ослабление активности пепсина.
- В. Снижение кислотности.
- Г. Всё перечисленное.

**2. Какое изменение со стороны пищеварительного тракта характерно для пожилых?**

- А. Снижение ферментативной активности поджелудочной железы.
- Б. Усиление моторной функции желудка.
- В. Повышение желудочной секреции.

**3. Какая особенность течения болезни язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста?**

- А. Немые язвы".
- Б. Нетипичная локализация болей.
- В. Отсутствие сезонности болей.
- Г. Всё перечисленное.

**4. С каким заболеванием в первую очередь необходимо дифференцировать обострение язвенной болезни у стариков?**

- А. Обострение хронического панкреатита.
- Б. Обострение хронического

холецистита.

В. Почечная колика.

Г. Инфаркт миокарда.

**5. Какая наиболее частая причина развития желтухи у пожилых?**

- А. Дискинезия 'желчных путей.
- Б. Опухоль
- В. Хронически активный гепатит.
- Г. Описторхоз.

**6. Принципы лечения пищеварительного тракта у лиц пожилого и старческого возраста?**

- А. Внутренний прием минеральной воды.
- Б. Диетотерапия.
- В. Медикаментозные средства (спазмолиолитики, ферменты и другие).
- Г. Фитотерапия.
- Д. Все перечисленное.

**7. Какие немедикаментозные методы используют в лечении заболеваний пищеварительного тракта у геронтологических больных?**

- А. Физиолечение.
- Б. Бальнеолечение.
- 8. Грязелечение.
- Г. Фитотерапия.

Д. Все перечисленное

**8. Какие особенности течения острого панкреатита у лиц пожилого и старческого возраста?**

- А. Интенсивность болевого синдрома менее выраженная.
- Б. Очень сильный болевой синдром.
- В. Неукротимая рвота.
- Г. Парез кишечника.

**9. Примеры сестринского диагноза при заболевании ЖКТ:**

- А. Боли в эпигастриальной области.

Б. Рвота.

В. Изжога.

Г. Все выше перечисленное.

**10. Принципы ухода при заболеваниях ЖКТ у лиц пожилого и старческого возраста:**

- А. Выполнять назначения врача.
- Б. Контроль за ЧСС, t тела, физиологическими отравлениями.
- Г. Санитарно-просветительная работа.
- Д. Все перечисленное.

**Ситуационные задачи:**

**Задача №1** Больной 75 лет. В течение 3-х последних месяцев появились жалобы на дискомфорт в эпигастриальной области, иногда за грудиной, тошнота, рвота. Из анамнеза известно, что в последние 2 года больной принимал курсовые лечения нестероидными противовоспалительными препаратами по ревматоидному артриту.

При осмотре кожные покровы бледно-розовые, гемодинамика стабильная, при пальпации живота - локальная болезненность в эпигастрии.

**Вопросы.**

1. О каком заболевании идет речь?
2. Возможная причина данного заболевания?
3. Осложнения данного заболевания?
4. Перечислите варианты сестринских диагнозов.
5. Принципы лечения, ухода.

**Задача №2.**

Больной 70 лет. Остро, внезапно после обильной жирной пищи появилась неукротимая рвота, болевой синдром (чувство сдавленности) в эпигастрии больше слева. В анамнезе 10 лет желчнокаменная болезнь.

При осмотре кожные покровы бледные, пульс нитевидный, АД 90/70 мм рт.ст. При пальпации живота болезненность в эпигастриальной области, левом подреберье, локальное напряжение мышц живота.

**Вопросы.**

1. О каком заболевании идет речь?
2. Возможная причина развития данного заболевания?

**Задача №3.**

Больная 75 лет с жалобами на периодические возникающие боли в правом подреберье, тошноту, металлический привкус, рвоту. Данные проявления её беспокоят в течение 15 лет, неоднократно лечилась в стационаре, получала санаторно-курортное лечение. При пальпации отмечается болезненность в проекции желчного пузыря.

**Вопросы.**

1. О каком заболевании идет речь?
2. Варианты сестринских диагнозов

3. Принципы лечения, ухода.
4. Показана ли больной фитотерапия, внутренний прием минеральной воды?
5. Какие физические факторы можно назначить данной пациентке?

#### **7. Список тем по УИРС:**

1. Фитотерапия в лечении язвенной болезни у пожилых
2. Немедикаментозные методы лечения язвенной болезни у пожилых
3. Онкологические заболевания ЖКТ у пожилых.
4. Профилактика хронического панкреатита

### **Тема № 4: Старение и заболевания гепатобилиарной системы в пожилом возрасте. Особенности клинического течения заболеваний гепатобилиарной системы в пожилом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи сестринской службы.**

**2. Значение изучения темы** Проблема заболеваний гепатобилиарной системы у лиц пожилого и старческого возраста является актуальной, так как имеются особенности в клиническом течении, трудности в лечении, осложнения, часто ведущие к летальному исходу.

#### **3. Цели занятия: На основе теоретических знаний и практических умений обучающийся должен:**

**Иметь представление:** об основных этиопатогенетических факторах, способствующих развитию, прогрессированию и особенностям проявлений заболеваний гепатобилиарной системы у лиц пожилого и старческого возраста.

**Знать:** особенности проявлений наиболее распространенных заболеваний гепатобилиарной системы у лиц пожилого и старческого возраста. Основные синдромы. Причины прогрессирования, дестабилизации состояния. Неотложные состояния, особенности их проявлений. Группы риска по опасности ухудшения состояния, развитие осложнений и неотложных состояний.

**Уметь:** собрать информацию, оценить состояние пациента, определить ведущий синдром. Определить нуждается ли пациент в экстренной медицинской помощи, оказать ее. Уметь определить приоритетную проблему больного, сформировав ее в форме сестринского диагноза. Выделить группы риска. Объяснить пациенту план подготовки и подготовить к лабораторно-диагностическим и лечебным процедурам. Предвидеть их последствия. Составить план сестринской помощи с учетом приоритетности проблем, цели и задач сестринского ухода. Привлечь пациента и его родственников к процессу ухода. Обучить приемам само и взаимопомощи.

#### **4. План изучения темы**

##### **4.1 Самостоятельная работа**

-курация больных-20 мин.

-запись результатов обследования больных в карту сестринского процесса-10 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-15 мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-15 мин.

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-10 мин.

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

### **5.Основные понятия и положения темы.**

1. Основные представления о взаимоотношении старения и изменения органов пищеварения.
2. Морфо-функциональные особенности системы пищеварения при старении.
3. Особенности течения болезней гепатобилиарной системы у лиц старших возрастных групп (хронический холецистит, хронические гепатиты, циррозы печени, желчекаменная болезнь).
4. Основные синдромы.
5. Причины и признаки дестабилизации состояния.
6. Неотложные состояния, особенности проявлений и экстренной помощи.
7. Группы риска.
8. Подготовка и проведение лабораторно-диагностических исследований.
9. Принципы лечения.
- 10.Потребности и проблемы лиц старших возрастных групп с заболеваниями гепатобилиарной системы.
- 11.Планирование ухода, выполнение, анализ.
- 12.Выполнение плана сестринской помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.

### **6.Задания на уяснение темы занятия**

#### **Тестовый контроль**

**1. Какая наиболее частая причина развития желтухи у пожилых?**

- А. Дискинезия желчных путей.
- Б. Опухоль панкреато-дуоденальной зоны.
- В. Хронический активный гепатит.
- Г. Опиосторхоз.

**2. Какие наиболее частые причины развития цирроза печени у пожилых?**

- А. Алкоголь.
- Б. Вирусные гепатиты.
- В. Хронический холецистит.
- Г. Дискинезии ЖВС.

**3. Укажите наиболее частую причину развития хронического панкреатита у пожилых:**

- А. Желчекаменная болезнь
- Б. Дискинезии ЖВС.
- В. Запоры.
- Г. Дуоденит.

**4. В чем заключаются принципы лечения хронического холецистита?**

- А. Диетотерапия, фитотерапия.
- Б. Внутренний прием минеральной воды
- В. Физиобальнеолечение.
- Г. Медикаментозные препараты

**5. Какие медикаментозные препараты назначают геронтологическим больным в лечении хронического холецистита?**

- А. Спазмолитики.

Б. Антибиотики по показаниям

В. Желчегонные.

Г. Ферменты.

Д. Все перечисленное.

**6. Принципы ухода больных с заболеваниями гепатобилиарной системы:**

А. Выполнять назначения врача.

Б. Контроль за ЧЕЕ, АД, физиологическими отправлениями.

В. Санитарно-просветительная работа Г. Все перечисленное.

**7. Какие не медикаментозные методы используют в лечении гепатобилиарной системы у геронтологических больных?**

А. Физиобальнеолечение

Б. Фитотерапия

В ЛФК, массаж

Г. Все перечисленное

**8. Какие водолечебные процедуры назначают в лечении**

**Ситуационная задача**

Больная 75 лет с жалобами на периодические возникающие боли в правом подреберье, тошноту, металлический привкус, рвоту. Данные проявления ее беспокоят в течение 15 лет, неоднократно лечилась в стационаре, получала санаторно-курортное лечение. При пальпации отмечается болезненность в проекции желчного пузыря.

**Вопросы;**

1. О каком заболевании идет речь?

2. Перечислите варианты сестринских диагнозов

3. Принципы лечения, ухода.

4. Показана ли больной фитотерапия, внутренний прием минеральной воды?

5. Какие физические факторы можно назначить данной пациентке?

**7. Список тем по УИРС:**

1. Желчнокаменная болезнь в пожилом и старческом возрасте.

2. Особенности клиники, лечения и ухода хронических гепатитов в геронтологическом возрасте.

3. Не медикаментозные методы лечения заболеваний гепатобилиарной системы.

4. Физиобальнеолечение при заболеваниях гепатобилиарной системы в геронтологическом возрасте.

5. Внутренний прием минеральной воды при заболеваниях гепатобилиарной системы.

**гепатобилиарной системы у геронтологических больных?**

А. Хвойно-жемчужные ванны

Б. Сероводородные ванны

В. Радоновые ванны

Г. Внутренний прием минеральной воды

**9. Примеры сестринских диагнозов при заболевании гепатобилиарной системы:**

А. Рвота.

Б. Тошнота.

В. Боль в правом подреберье

Г. Все перечисленное.

**10. Клинические проявления декомпенсированного цирроза печени :**

А. Энцефалопатия

Б. Печеночная недостаточность

В. Портальная гипертензия

Г. Все перечисленное

## **Тема № 5: Старение и нервно-психические расстройства. Особенности течения заболеваний в пожилом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи медицинской сестры и сестринской службы.**

**2.Значение изучения темы:** Проблема нервно-психические расстройств у лиц пожилого и старческого возраста является актуальной, т.к. имеются особенности в клиническом течении, трудности в лечении, уходе.

**3.Цели занятия:** На основе теоретических знаний и практических умений обучающийся должен:

**иметь представление:** об основных этиопатогенетических факторах, способствующих развитию, особенностям проявлений болезней нервной системы и психических расстройств у лиц пожилого и старческого возраста.

**знать:** особенности проявлений наиболее распространенных заболеваний нервной системы и психических расстройств в пожилом и старческом возрасте. Основные синдромы. Причины прогрессирования, дестабилизации состояния. Неотложные состояния, особенности их проявлений.

Группы риска по опасности ухудшения состояния, развития осложнений и неотложных состояний. Особенности и подготовка и проведение лабораторно-инструментальной диагностики. Принципы медикаментозного и немедикаментозного лечения. Основные потребности, причины их нарушений и проблемы больных. Особенности сестринской помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях. Принципы и основные методы профилактики и реабилитации.

**уметь:** собрать информацию, оценить состояние пациента, определить ведущий синдром. Определить нуждается ли пациент в экстренной медицинской помощи, оказать ее. Уметь определить приоритетную проблему больного, сформулировать ее в форме сестринского диагноза. Выделить группы риска. Объяснить пациенту, родственникам план подготовки и подготовить к лабораторно-диагностическим и лечебным процедурам. Предвидеть их последствия. Составить план сестринской помощи с учетом приоритетности проблем, цели и задач сестринского ухода. Привлечь пациента и его родственников к процессу ухода. Обучить приемам само и взаимопомощи. Уметь работать в составе медицинской и медико-социальной команды. Координировать работу с социальной службой, другими службами, связанными с оказанием социально-бытовой помощи лицам престарелого возраста.

### **4. План изучения темы**

#### **4.1 Самостоятельная работа**

-курация больных-30 мин.

-беседы с больными-15 мин.

-запись результатов обследования больных в карту сестринского процесса-15 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-30 мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-30 мин.

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний: -30 мин.

### **5. Основные понятия и положения темы:**

1. Основные представления о взаимоотношении старения и патологии нервной системы и психических расстройств в пожилом и старческом возрасте.

2. Особенности течения патологии нервной системы и психических расстройств у лиц старших возрастных групп. ( Б.Альцгеймера, Б.Паркинсона).

3. Основные синдромы. Причины и признаки дестабилизации состояния. Неотложные состояния, особенности проявлений и экстренной помощи.

4. Группы риска. Подготовка и проведение лабораторно-диагностических исследований. Информационная база. Ее оценка.

5. Принципы лечения. Потребности и проблемы больных, родственников.

6. Планирование ухода, выполнение, анализ.

7. Выполнение плана сестринской помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.

8. Координация работы и сотрудничество с семьей, родственниками, с социальной службой и другими организациями.

### **Болезнь Альцгеймера**

Экспертами ВОЗ болезнь Альцгеймера (БА) признана источником значительных социальных, экономических и психологических проблем, стоящих перед обществом.

Болезнь названа именем немецкого ученого А. Альцгеймера, который в 1906 г. описал изменения в мозговой ткани 55-летней женщины, умершей, как тогда полагали, от необычной психической болезни. Благодаря усилиям многих исследователей получены достоверные данные о сущности болезни и наиболее яркого ее признака — деменции (слабоумия). Известно, что в основе заболевания лежит постепенное разрушение клеток и тканей головного мозга, особенно тех его участков, которые отвечают за память и мышление. Симптоматика обычно медленно, но неуклонно прогрессирует. Болезнь, как правило, продолжается 5—10 лет. Постепенно утрачиваются когнитивные функции (память, суждения, абстрактное мышление, математические способности). Происходит распад эмоциональной сферы и личности в целом, утрачиваются двигательные навыки, особенно речевые. Больной перестает узнавать даже родных и близких, он прикован к постели, не может обслуживать себя.

Известно, что человеческая память с возрастом слабеет, но необходимо понимать, что БА — это не просто возрастное изменение памяти или проявление признаков старения. БА — это коварная и пока неизлечимая болезнь, при которой память отказывает совсем.

### **Основные симптомы и признаки БА**

#### **Ранняя стадия**

Ранняя стадия обычно проходит незамеченной. Родственники, друзья и зачастую специалисты неверно приписывают симптомы старости пациента, считая их нормальной частью процесса старения. Поскольку болезнь

развивается постепенно, нередко бывает трудно определить точное время ее начала. Постепенно у человека:

- возникают затруднения при подборе слов в разговоре
- ухудшается кратковременная память
- возникают серьезные затруднения при принятии самостоятельных решений
- нарушается восприятие окружающей среды, узнавание объектов, человек легко теряется, особенно в необычной обстановке
- отмечается дезориентация во времени
- нарушается понимание сложных и абстрактных мыслей
- пропадает инициатива и побуждения действовать, отмечаются безучастность и замкнутость
- может развиваться депрессия, появляются признаки агрессии
- возникают затруднения при выполнении несложной домашней работы (например, приготовление пищи)
- пропадает интерес к своим хобби и другим ранее любимым занятиям.

### **Средняя стадия**

С развитием болезни проблемы становятся очевиднее и существенно ограничивают занятия пациента. Больной испытывает трудности в повседневной жизни, к примеру:

- становится чрезвычайно забывчивым, особенно часто забывая недавние события и имена людей
- может теряться в знакомой обстановке, у себя дома или в обществе
- не может продолжать жить один без посторонней помощи
- не может готовить пищу, делать домашнюю уборку, ходить в магазин
- нуждается в помощи при посещении туалета, умывании, одевании и т.п.
- перестает осознавать свое заболевание
- испытывает нарастающие трудности при общении
- проявляет аномальное поведение (например, бродяжничество)
- может страдать зрительными галлюцинациями

### **Поздняя стадия**

На этой стадии пациент полностью зависит от ухаживающих за ним. Нарушения памяти чрезвычайно серьезны, становится заметной физическая сторона болезни.

Больной:

- утрачивает способность говорить и понимать речь
- теряет способность передвигаться, его конечности становятся ригидными
- испытывает трудности при питании, его приходится кормить
- не узнает родственников, знакомых, друзей и привычных предметов
- не способен контролировать естественные отправления
- неадекватно ведет себя в присутствии других лиц
- прикован к постели или к инвалидному креслу

Факторы, усиливающие симптомы деменции

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.

### **Уход за больными болезнью Альцгеймера**

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.

### **Основные принципы домашнего ухода**

1. 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.
2. Необходимо установить определенный режим дня для больного, что позволит организовать и упорядочить его запутанную жизнь и поможет ему избавиться от необходимости принятия трудных решений. Режим дня больного должен включать привычные для него занятия, это поможет ему сохранить ощущение уверенности и защищенности.
3. Важно попытаться помочь пациенту сохранить чувство собственного достоинства. В присутствии больного следует воздерживаться от обсуждения его состояния, так как слова и поступки окружающих могут вызвать беспокойство и обиду.
4. Физические упражнения позволяют во многих случаях на некоторое время

поддержать функциональные способности больного, хотя за рекомендациями по характеру и сложности упражнений лучше все же обратиться к специалистам.

5. Недопустимо привлекать внимание пациента к его неудачам. Любой конфликт приводит только к ненужному стрессу, как для больного, так и для ухаживающих за ним людей. Проявления гнева, ожесточенности или обиды лишь ухудшат ситуацию и усилят проблему. Пытайтесь сохранять спокойствие, старайтесь смеяться вместе с (но не над) больным. Юмор часто бывает отличным средством от стресса.

6. Способствовать сохранению прежних любимых занятий.

### **Обеспечьте безопасные условия:**

Потеря памяти и нарушение координации движений у больного повышают опасность получения травм. Постарайтесь обеспечить дома как можно более безопасные условия.

- Уберите колющие и режущие предметы, бытовые яды и лекарства
- Спрячьте подальше опасные электрические приборы
- Перекройте подачу газа, когда больной остается один
- Установите приспособления для безопасности больного (например, микроволновая печь для приготовления пищи)
- Проверьте работу дверных замков, установите замки на окнах
- Используйте замки, которые не сможет открыть больной
- Внимательно следите за курящими
- Не меняйте привычное для больного расположение мебели
- Обеспечьте адекватное общее освещение, свет на лестнице, ночники в спальне и туалете
- Контролируйте температурный режим в помещении, не допускайте сквозняков, переохлаждения или перегрева, помогайте подбирать и надевать одежду, соответствующую температурным условиям
- Следите за качеством продуктов, не допускайте употребления в пищу недоброкачественных или испорченных продуктов
- Установите поручни в ванне и туалете, дно ванны и полы не должны быть скользкими, замки на двери должны также открываться снаружи
- Материал покрытия под ногами во всех помещениях должен быть нескользким
- Мебель должна быть устойчивой, стулья и кровать — достаточно высокими

### **Поддерживайте общение**

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

### **Купание и личная гигиена**

Больной БА может забывать умыться, не видеть необходимости в умывании или не помнить, как это делается. Предлагая больному свою помощь, постарайтесь сохранить его личное достоинство.

- При умывании пытайтесь придерживаться прежних привычек больного.
- Старайтесь 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 беспокоить.
- 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 закрепленные 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.

### **Одевание**

Больной может забыть процедуру одевания, не видеть необходимости в смене одежды. Иногда в присутствии людей больные появляются одетыми неподобающим образом.

- Положите одежду больного в том порядке, в котором ее необходимо надевать.
- Избегайте одежды со сложными застежками, используйте предметы одежды на резинках, липучках, молниях и т.п.
- Не торопите больного при одевании, поощряйте его самостоятельные действия.
- Обувь должна быть удобной, нескользкой, на резиновой подошве, свободной, но не спадающей с ноги.

### **Посещение туалета**

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

- Поощряйте посещение больным туалета
- Установите определенный режим посещения

- Обозначьте дверь в туалет большими цветными буквами
- Оставьте дверь туалета открытой, чтобы проще было его найти
- Убедитесь, что одежда больного легко снимается
- В рамках разумного ограничьте прием жидкости перед сном
- Рядом с постелью можно поставить ночной горшок
- При необходимости используйте памперсы

### **Питание и приготовление пищи**

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.

- Напоминайте больному о необходимости приема пищи. «Давайте ему пищу, которую он может, есть руками.
- Нарезайте пищу маленькими кусочками, чтобы больной не мог подавиться. На поздних стадиях болезни готовьте пюре и жидкую пищу.
- Напоминайте, что есть нужно медленно.
- Не забывайте, что больной может потерять ощущение холодного и горячего и обжечься, поэтому пища должна быть теплой.
- Не давайте больному более 1 порции сразу.
- Если возникают проблемы с глотанием, обратитесь за советом к врачу, он ознакомит вас с приемами, стимулирующими глотание.
- Следите за тем, чтобы больной получал достаточное количество питательных веществ.

На поздних стадиях заболевания больной БА 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. Постарайтесь обеспечить больного готовой пищей.

Если больной плохо спит

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?

- Попробуйте не давать больному спать днем.
- Может помочь ежедневная длительная прогулка. Давайте больше физических занятий в дневное время.
- Следите за тем, чтобы больной, ложась спать, мог чувствовать себя комфортно и удобно.

Больной часто теряет вещи, обвиняет вас в краже

Больной часто может забывать, куда он положил тот или иной предмет. Зачастую он обвиняет вас или других людей в краже потерянных вещей.

- Выясните, нет ли у больного укромного места, куда он прячет вещи.
- Держите у себя замену важных предметов, например, запасную связку ключей или очки.

- Проверяйте мусорные ведра и корзины, перед тем как выкидывать из них мусор.
- На обвинения больного отвечайте ему спокойно, не раздражайтесь.
- Согласитесь, что вещь потеряна и помогите ее найти.

#### Бродяжничество

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.

- Сделайте так, чтобы у него всегда был при себе какой-либо документ, удостоверяющий личность.
- Позаботьтесь, 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.
- Убедитесь в том, что все выходы из дома хорошо запираются, что в доме/квартире больной находится в безопасности и без вашего ведома, не сможет уйти из дома.
- Если все же больной заблудился, контролируйте свои эмоции, говорите спокойно, не ругайте больного, пытайтесь выразить ему свою поддержку, когда его находят.
- Полезно иметь недавно сделанную фотографию больного на случай, если он заблудится и вам 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.

#### Бред и галлюцинации

У больных БА 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 спорьте 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, постарайтесь успокоить его: возьмите его ласково за руку, говорите мягким, спокойным голосом.
- Отвлеките внимание больного от галлюцинации, обратив его внимание на реально находящийся в помещении предмет.
- Обратитесь за консультацией к врачу: возможно, состояние больного обусловлено применением лекарственных препаратов.

## Агрессивное поведение

Серьезной проблемой для лиц, осуществляющих уход, может стать проявление агрессивности и насилия со стороны больного. В таких случаях могут быть полезными следующие советы:

- Старайтесь сохранять спокойствие, не проявляйте 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.
- Постарайтесь переключить внимание больного на более спокойное занятие.
- Постарайтесь определить, что вызвало такую реакцию больного, и проследите за тем, чтобы эти предпосылки не повторялись.
- Если агрессивное поведение больного часто повторяется, необходимо обратиться за помощью к специалисту.

Как справиться со стрессом, возникающим при уходе за больным?

Болезнь Альцгеймера сказывается не только на больном, но и на всей семье. Самое тяжелое бремя несут те, кто непосредственно ухаживает за больным. Постоянно подвергаясь воздействию стресса, эти люди должны знать, как можно себе помочь.

## Семья

Для одних людей, ухаживающих за больным, семья является самым лучшим помощником, для других — она приносит лишь огорчения. Не отвергайте помощь других членов семьи, если они располагают достаточным временем, и не пытайтесь взвалить на себя всю тяжесть ухода за больным. Обратитесь за помощью в специальные службы.

Не держите свои проблемы при себе

Вам необходимо делиться с другими своими впечатлениями по уходу за больным. Держа их при себе, вы затрудняете свою работу. Ощувив, что ваши эмоции являются в вашем положении естественной реакцией, вам будет легче справляться со своими проблемами. Не отвергайте помощи и поддержки других, даже если вам кажется, что вы их затрудняете.

Оставляйте время для себя

Вам необходимо иметь время и для самих себя. Так вы сможете видеться с другими, заниматься любимым делом и, что важнее всего, получать от жизни удовольствия. Если вам необходимо на некоторое время отлучиться, постарайтесь найти человека, который бы смог вас заменить, чтобы вы могли передохнуть.

Учитывайте пределы своих возможностей.

Сколько можете вы выдержать, прежде чем работа станет для вас непосильной? Большинству людей удается установить пределы собственных возможностей до того, как уход за больным становится для них непосильной задачей. Если вы чувствуете, что переутомлены и что работа превышает ваших

сил, обратитесь за помощью для предупреждения кризиса.

Не вините себя.

Не вините ни себя, ни больного за трудности, с которыми вам приходится сталкиваться. Помните — виной им лишь болезнь. Если вам кажется, что вы теряете связь с родственниками и друзьями, не вините ни их, ни себя. Попробуйте определить, что именно разъединяет вас, и обсудить эту проблему вместе с ними. Не забывайте, что ваши отношения с другими людьми могут быть для вас незаменимым источником поддержки, что полезно как для вас, так и для больного.

Следуйте советам других и не бойтесь искать совета. Для вас может быть весьма полезным обратиться за советом к специалисту по поводу перемен, происходящих с больным БА.

Не забывайте, как важны вы сами.

Ваше состояние чрезвычайно важно как для вас самих, так и для больного. В его жизни вы — незаменимы, без вас больной не смог бы жить. Это дополнительная причина беречь себя.

## **6. Задания для уяснения темы занятия**

### **Тестовый контроль**

#### **Болезнь Альцгеймера**

**1. При болезни Альцгеймера по большей части разрушаются клетки, отвечающие за:**

- А. Речь
- Б. Память
- В. Логику
- Г. Мышление

**2. Симптомы, характерные для ранней стадии болезни**

**Альцгеймера:**

- А. Ухудшение кратковременной памяти
- Б. Дезориентация во времени
- В. Затруднения при подборе слов
- Г. Бродяжничество

**3. Симптомы, характерные для средней стадии болезни**

**Альцгеймера:**

- А. Прикованы к постели
- Б. Бродяжничество
- В. Недержание мочи, кала
- Г. Не могут выполнять простую домашнюю работу

**4. Симптомы, характерные для поздней стадии болезни**

**Альцгеймера:**

- А. Недержание мочи, кала
- Б. Не осознают свое заболевание
- В. Мышечная ригидность
- Г. Утрата речи

**5. Факторы, усугубляющие течение болезни:**

- А. Алкоголь
- Б. Незнакомые места
- В. Темнота
- Г. Хр. Заболевания
- Д. Одиночество

**6. Показана ли госпитализация при болезни Альцгеймера:**

- А. Нет
- Б. Да
- В. Для подбора терапии
- Г. В зависимости от тяжести состояния

**7. Принципы домашнего ухода:**

- А. Соблюдение режима дня
- Б. Диета
- В. Обеспечить безопасность
- Г. Избегать стрессов, конфликтов

**8. При бессоннице рекомендуется :**

- А. Снотворные препараты
- Б. Не давать спать днем
- В. Физическая нагрузка днем

Г. Давать спать по потребности  
**9. Что желательно всегда иметь при себе больному, страдающему болезнью Альцгеймера ?**

- А. Паспорт
- Б. Записка с указанием адреса, ФИО, телефона
- В. Антидепрессанты

**10. Какого рода психические расстройства могут встречаться у таких больных :**

- А. Психозы
- Б. Бредовые идеи
- В. Галлюцинации
- Г. Мании

### **Болезнь Паркинсона**

**1. Болезнь Паркинсона обусловлена:**

- А. Дегенеративными изменениями головного мозга
- Б. Снижением тонуса скелетных мышц
- В. Дефицитом дофамина
- Г. Избытком дофамина

**2. Ранние симптомы болезни Паркинсона:**

- А. Скованность
- Б. Гипомимия
- В. Мышечная ригидность
- Г. Психоз
- Д. Вегетативные расстройства

**3. Поздние симптомы болезни Паркинсона:**

- А. Мышечная ригидность
- Б. Вегетативные расстройства
- В. Психоз
- Г. Изменения психики
- Д. Скованность

**4. Формы болезни Паркинсона:**

- А. Мимическая
- Б. Акинетико-ригидная
- В. Дрожательная

Г. Ригидно-дрожательная

Д. Дегенеративная

**5. Лечение болезни Паркинсона:**

- А. Эмпирическое
- Б. Этиотропное
- В. Симптоматическое

**6. Группы фармакологических препаратов, применяемых при лечении болезни Паркинсона :**

- А. Мочегонные
- Б. Блокаторы дофаминовых рецепторов
- В. Ингибиторы дофаминовых рецепторов
- Г. Препараты кальция
- Д. Витамины

**7. Какой метод предпочтительней при лечении болезни Паркинсона?**

- А. Хирургическое
- Б. Консервативное

**8. Какое лечение может проводить и назначать мед сестра с высшим образованием?**

- А. ЛФК
- Б. Диетотерапия
- В. Фарм. препараты
- Г. Психологическая реабилитация
- Д. Социально-трудовая реабилитация

**9. Наиболее часто встречающийся возрастной период при болезни Паркинсона:**

- А. 0-50 лет
- Б. 50-70 лет
- В. 70-90 лет

**10. Цели ЛФК:**

- А. Тренировка мышц- разгибателей
- Б. Тренировка мышц- сгибателей
- В. Нарращивание мышечной массы
- Г. Увеличение мышечной силы
- Д. Увеличение гибкости

## **Ситуационные задачи**

### **Задача №1.**

Вы участковая медицинская сестра взрослой поликлиники. На активном патронаже пациента К. 72 лет с диагнозом: Гипертоническая болезнь 2ст. сахарный диабет 2 тип. Родственники больного стали замечать неадекватность в поведении в течении последних 3-х месяцев, которая заключается в следующем: стал теряться в знакомой обстановке, не может готовить пищу, что раньше не вызывало затруднений, перестал осознавать свои заболевания (отказывается принимать гипотензивные, сахароснижающие препараты), стал проявлять аномальное поведение (зафиксирован 1 случай бродяжничества). Родственники обеспокоены состоянием пациента.

### **Вопросы**

1. О начале какого заболевания идет речь?
2. Какие клинические симптомы могут присоединиться по мере прогрессирования заболевания?
3. В чем заключается уход за пациентом?

### **Задача №2.**

Вы участковая медицинская сестра взрослой поликлиники. На активном патронаже пациента Иванова В. П. 65лет с диагнозом: Гипертоническая болезнь 2ст., ожирение II ст. Жалобы больного: в последнее время (в течение 3 месяцев) отмечает дрожание пальцев рук, языка, губ, что отразилось на подчерке и речи больного. Отмечает также трудности при ходьбе - трудно начать движение и останавливаться. Появились зрительные галлюцинации, ухудшилась память. Родственники отмечают, что больной стал раздражителен, плаксив, обидчив.

Объективно: лицо больного маскообразное, шея и спина наклонены вперед, руки согнуты в локтевых суставах, ноги слегка согнуты в тазобедренных и коленных суставах. Отмечается тремор пальцев рук, губ. Больной разговаривает медленно, с трудом.

### **Вопросы:**

1. О начале какого заболевания идет речь?
2. Принципы лечения.
3. В чем заключается уход за пациентом?
4. Виды реабилитации.

### **7.Список тем по УИРС.**

- 1.Уход за больными с болезнью Альцгеймера в домашних условиях.
- 2.Болезнь Паркинсона. Этиология, патогенез, основные клинические проявления, принципы лечения, ухода.
- 3.Организация сестринского процесса в стационаре за пожилыми больными с болезнью Альцгеймера
- 4.Организация медико-социальной помощи больным с болезнью Альцгеймера в домашних условиях.

## **Тема № 6: Старение и болезни мочевыделительной системы.**

### **Особенности клинического течения заболеваний мочевыделительной системы в пожилом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи сестринской службы.**

**2. Значение изучения темы.** Проблема заболеваний мочевыделительной системы у лиц пожилого и старческого возраста является актуальной, т.к. имеются особенности в клиническом течении, трудности в лечении, осложнения, часто ведущие к летальному исходу.

**3. Цели занятия:** На основе теоретических знаний и практических умений обучающийся должен:

Иметь представление: об основных этиопатогенетических факторах, способствующих развитию, прогрессированию и особенностям проявлениям заболеваний мочевыделительной системы у лиц пожилого и старческого возраста.

**Знать:** особенность проявлений наиболее распространенных заболеваний мочевыделительной системы в пожилом и старческом возрасте. Основные синдромы. Причины прогрессирования, дестабилизации состояния. Неотложные состояния, особенности их проявлений.

Группы риска по опасности ухудшения состояния, развития осложнений и неотложных состояний. Особенности подготовки и проведения лабораторно-инструментальной диагностики у этой возрастной категории больных. Принципы медикаментозного и немедикаментозного лечения. Основные потребности, причины их нарушений и проблемы, больных пожилого и старческого возраста с заболеваниями мочевыделительной системы. Особенности сестринской помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях. Принципы и основные методы профилактики и реабилитации.

**Уметь:** собрать информацию, оценить состояние пациента, определить ведущий синдром. Определить нуждается ли пациент в экстренной медицинской помощи, оказать её. Уметь определить приоритетную проблему больного, сформировав её в форме сестринского диагноза. Выделить группы риска. Объяснить пациенту план подготовки и подготовить к лабораторно-диагностическим и лечебным процедурам. Предвидеть их последствия. Составить план сестринской помощи с учетом приоритетности проблем, цели и задач сестринского ухода. Привлечь пациента и его родственников к процессу ухода. Обучить приёмам само и взаимопомощи.

#### **4. План изучения темы**

##### **4.1 Самостоятельная работа**

-курация больных-30 мин.

-беседы с больными-15 мин.

-запись результатов обследования больных в карту сестринского процесса-15 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-30 мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-30 мин.

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-30 мин.

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

## **5. Основные понятия и положения темы.**

### **Содержание учебной информации:**

1. Основные представления о взаимоотношении старения и изменений мочевыделительной системы.
2. Морфо-функциональные особенности системы мочевого выделения при старении.
3. Особенности течения болезней мочевыделительной системы у лиц пожилого и старческого возраста (хронический пиело-гломерулофриты, ХПН, заболевания предстательной железы).
4. Основные синдромы.
5. Причины и признаки дестабилизации состояния.
6. Неотложные состояния, особенности проявлений и экстренной помощи.
7. Группы риска.
8. Подготовка и проведение лабораторно-диагностических исследований.
9. Принципы лечения.
10. Потребности и проблемы лиц старших возрастных групп с заболеваниями органов
11. Планирование ухода, выполнение, анализ.
12. Выполнение плана сестринской помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.

### **Болезни почек и мочевых путей у пациентов пожилого и старческого возраста**

#### **Актуальность**

1. Аденома предстательной железы
2. Мочекаменная болезнь
3. Опухоли почек, мочевого пузыря, предстательной железы
4. Недержание мочи у женщин
5. Хронический пиелонефрит
6. Хронический простатит

#### **Возрастные изменения**

1. Нефросклероз почечной паренхимы
2. Снижается физиологический уровень почечного кровообращения, клубочковой фильтрации
3. Снимается экскреторная функция почек
4. Стенка мочевого пузыря утолщается емкость падает учащение позывов к мочеиспусканию
5. Ослабление функции замыкательного аппарата недержанию мочи

#### **Пиелонефрит**

- течение О.П. или обострение хронического обычно атипично
- слабость, апатия, тошнота
- адинамия

-t N или субфебрильная

-в крови лейкоцитоз, СОЭ

-несмотря на малосимптомность наблюдаются осложнения :уросепсис, ОПН, ХПН, поражение ССС и нервной системы

### **Принципы лечения**

1. Диетотерапия

2. Питьевой режим (морсы, отвары мочегонных трав)

3. Антибактериальная терапия широкого спектра действия (не желательно: тетрациклины, полимиксины, аминогликозиды)

4. Спазмолитики

### **Роль медицинской сестры**

1. независимые мероприятия

2. зависимые мероприятия

3. взаимозависимые мероприятия

6. Задания для уяснения темы занятия

### **Тестовый контроль**

**1. Что характерно для течения хронического пиелонефрита у лиц пожилого и старческого возраста?**

А. Стёртое, бессимптомное течение.

Б. Стойкий болевой синдром.

В. Стойкая гипертермия.

Г. Нередко выявляется впервые уже при развитии ХПН.

**2. Какие заболевания наиболее часто встречаются у геронтологических больных?**

А. Аденома предстательной железы.

Б. Хронический пиелонефрит.

В. Хронический гломерулонефрит.

**3. Принципы лечения хронического пиелонефрита:**

А. Антибактериальная терапия.

Б. Спазмолитики.

В. Фитотерапия.

Г. Всё перечисленное.

**4. Примеры сестринского диагноза при заболеваниях мочевыводящих путей:**

А Дизурия.

Б. Боль в поясничной области.

В. Задержка мочеиспускания.

Г. Всё перечисленное.

**5. Принципы медикаментозного лечения хронического**

**гломерулонефрита:**

А. Нестероидные

противовоспалительные аппараты.

Б. Цитостатики.

В. Гепарин.

Г. Все перечисленное.

**6. Принципы немедикаментозного лечения хронического пиелонефрита:**

А. Фитотерапия.

Б. Внутренний прием минеральной воды.

В. Климатотерапия.

Г. Лазеротерапия.

**7. Принципы ухода за больными геронтологического возраста при заболеваниях мочевыводящих путей:**

А. Выполнять назначения врача. \_

Б. Профилактика пролежней при постельном режиме.

В. Контроль за мочеиспусканием.

Г. Санитарно-просветительная работа.

Д. Все перечисленное.

**8. Возрастные особенности мочевыделительной системы:**

А. Нефросклероз.

Б. Снижение экскреторной функции

почек.

В. Учащение позывов к мочеиспусканию.

Г. Повышение клубочковой фильтрации.

**9. Какие антибактериальные препараты назначают геронтологическим больным при заболеваниях почек?**

А. Нитрофураны (5 НОК и др.).

Б. Препараты пенициллинового ряда.

**Ситуационные задачи.**

**Задача №1.**

Мужчина 70 лет. В анамнезе хронический простатит 15 лет. В последнее время состояние ухудшилось: мочеиспускание стало частым, болезненным, отмечает рези, 1 раз наблюдалась острая задержка мочи.

**Вопросы:**

1. О каком заболевании можно подумать?
2. Какие дополнительные методы обследования следует назначить?
3. В чём заключаются принципы лечения, ухода?

**Задача №2.**

Пациент 68 лет. На работе остро, внезапно появилась интенсивная боль в поясничной области с иррадиацией в паховую область, резь при мочеиспускании, тёмная моча.

**Вопросы:**

1. О каком заболевании можно подумать?
2. Дополнительные методы обследования.
3. Принципы лечения, ухода.
4. Принципы дальнейшей реабилитации.

**Задача №3.**

Женщина 65 лет. На приеме у участкового терапевта с жалобами на периодические субфебрилитет (t 37,1 - 37,3 градуса), слабость, ноющую боль в поясничной области, дизурию, снижение работоспособности. В анамнезе частые циститы. Гинекологический статус без особенностей, в анализах мочи повышенное содержание лейкоцитов, крови СОЭ 22 мм/час, лейкоцитоз 9 тыс.

**Вопросы:**

1. О каком заболевании можно подумать?
2. Варианты сестринских диагнозов
3. Принципы лечения, ухода.
4. Какую беседу по фитотерапии данного заболевания может провести медсестра?

**7. Список тем по УИРС:**

1. Фитотерапия в лечении заболеваний мочевыделяющих путей.
2. Немедикаментозные методы лечения заболеваний мочевыделительной

В. Цефалоспорины.

Г. Фторхинолоны.

Д. Аминогликозиды.

**10. Характеристика мочевого синдрома при остром гломерулонефрите у геронтологических больных:**

А. Протеинурия.

Б. Микрогематурия.

В. Цилиндрурия.

Г. Все перечисленное

системы.

3. Онкологические заболевания почек и мочевого пузыря.

4. Профилактика хронического пиелонефрита.

## **Тема № 7: Старение и болезни системы крови. Особенности течения заболеваний системы крови в пожилом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи сестринской службы.**

**2. Значение изучения темы:** Проблема заболевания крови у лиц пожилого и старческого возраста является актуальной, т.к. имеются особенности в клиническом течении, трудности в лечении, осложнения, часто ведущие к летальному исходу.

**3. Цели занятия:** На основе теоретических знаний и практических умений обучающийся должен:

**Иметь представление:** об основных этиопатогенетических факторах, способствующих развитию, прогрессированию и основным проявлениям болезней системы крови у лиц пожилого и старческого возраста.

**Знать:** особенность проявлений наиболее распространенных заболеваний системы крови в пожилом и старческом возрасте. Основные синдромы. Причины прогрессирования, дестабилизации состояния. Неотложные состояния, особенности их проявлений.

Группы риска по опасности ухудшения состояния, развития осложнений и неотложных состояний. Особенности подготовки и проведения лабораторно-инструментальной диагностики у этой возрастной категории больных. Принципы медикаментозного и немедикаментозного лечения. Особенности сестринской помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях. Принципы и основные методы профилактики и реабилитации.

**Уметь:** собрать информацию, оценить состояние пациента, определить ведущий синдром. Определить нуждается ли пациент в экстренной медицинской помощи, оказать её. Уметь определить приоритетную проблему больного, сформировав её в форме сестринского диагноза. Выделить группы риска. Объяснить пациенту план подготовки и подготовить к лабораторно-диагностическим и лечебным процедурам. Предвидеть их последствия. Составить план сестринской помощи с учетом приоритетности проблем, цели и задач сестринского ухода. Привлечь пациента и его родственников к процессу ухода. Обучить приёмам само и взаимопомощи.

### **4. План изучения темы**

4.1 Самостоятельная работа

-курация больных-20 мин.

-запись результатов обследования больных в карту сестринского процесса-10 мин.

4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-15 мин.

4.3 Самостоятельная работа по теме:-15 мин.

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-10 мин.

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

## **5. Основные понятия и положения темы.**

Содержание учебной информации:

1. Основные представления о взаимоотношении старения и изменений системы крови
2. Морфо-функциональные особенности системы крови при старении
3. Особенности течения патологии системы крови у лиц старших возрастных групп (анемии, лейкозы).
4. Основные синдромы.
5. Причины и признаки дестабилизации состояния.
6. Неотложные состояния, особенности проявлений и экстренной помощи.
7. Группы риска.
8. Подготовка и проведение лабораторно-диагностических исследований.
9. Принципы лечения.
10. Потребности и проблемы лиц старших возрастных групп с заболеваниями системы крови.
11. Планирование ухода, выполнение, анализ.
12. Выполнение плана сестринской помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.
13. Координация работы и сотрудничество с семьёй, родственниками, с социальной службой и другими организациями.

## **6. Задания для уяснения темы занятия**

### **Тестовый контроль**

**1. Какие формы лейкозов наиболее часто встречаются у лиц пожилого возраста?**

- А. Хронический миелолейкоз
- Б. Эритремия
- В. Хронический лимфолейкоз
- Г. Острый лимфобластный лейкоз

**2. Какие формы анемий наиболее часто встречаются у лиц пожилого возраста?**

- А. Железодефицитная
- Б. Мегалобластическая
- В. Гемолитическая

**3. Клинические проявления железодефицитной анемии у пожилых:**

- А. Мышечная слабость.
- Б. Трофические расстройства.
- В. В крови гипохромная анемия
- Г. Все перечисленное

**4. Причины железодефицитной анемии у пожилых:**

- А. Недостаток пищи.
- Б. Нарушение работы пищеварительного тракта.
- В. Дефицит железа в сочетании с дефицитом витамина «В 12»
- Г. Все перечисленное.

**5. Принципы лечения железодефицитной анемии у пожилых:**

- А. Диетотерапия.
- Б. Препараты железа.
- В. Витаминотерапия.
- Г. Все перечисленное.

**6. Клинические проявления «В12» дефицитной анемии:**

- А. Анемический синдром.
- Б. Поражение пищеварительной системы.

В. Поражение нервной системы.

Г. Приступы удушья.

### **7. Клинические проявления хронического лимфолейкоза:**

А. Увеличение печени, селезенки, лимфатических узлов.

Б. Частые инфекционные осложнения.

В крови лейкоцитоз за счет зрелых лимфоцитов.

### **Ситуационные клинические задачи:**

#### **Задача № 1.**

Больная 72 года. Жалобы на слабость, извращения вкуса и обоняния, трофические расстройства (ломкость ногтей, сухость кожи, трещины в углах рта). Из анамнеза известно, что у больной сопутствующее заболевание миома матки, сопровождающиеся периодическими маточными кровотечениями. В крови гипохромная анемия.

#### **Вопросы:**

1. О каком заболевании идет речь?

2. Сформулируйте варианты сестринских диагнозов

3. Принципы лечения данного заболевания.

#### **Задача № 2.**

Больной 70 лет, с жалобами на слабость, периодические сердцебиения, жжение языка, парестезии в нижних конечностях. При обследовании - атрофический гастрит, в крови гиперхромная анемия, в костном мозге - мегалобласты.

#### **Вопросы:**

1. О каком заболевании идет речь?

2. Сформулируйте варианты сестринских диагнозов.

3. В чём заключаются зависимые мероприятия медсестры при данном заболевании?

#### **Задача № 3**

Больной 67 лет с жалобами на повышение температуры до 38,8 градусов, боли в горле, болезненность при глотании. При осмотре зева некротическая ангина. Из анамнеза известно, что в течение 3 -х последних лет больной отмечает частые ОРЗ, ангины, гаймориты. В крови лейкоциты за счет зрелых лимфоцитов. Отмечается увеличение печени и селезенки.

#### **Вопросы:**

1. О каком заболевании идет речь?

2. Сформулируйте варианты сестринских диагнозов

3. Принципы лечения данного заболевания.

### **7.Список тем по УИРС**

1. Особенности ухода за терминальными больными на дому.

2. Осложнения острых лейкозов у пожилых

3. Роль медсестры по уходу в консультативной работе с родственниками

Г. Все перечисленное.

### **9.Принципы лечения хронического лимфолейкоза:**

А. Специфическая терапия хлорбутином.

Б. Специфическая терапия циклофосфаном.

В. Только антибактериальные препараты.

**Тема №8: Старение и болезни эндокринной системы. Особенности течения заболеваний эндокринной системы в пожилом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи сестринской службы.**

**2. Значение изучения темы:** Проблема заболеваний эндокринной системы у лиц пожилого и старческого; возраста является актуальной, т.к. имеются особенности в клиническом течении, трудности в лечении, осложнения, часто ведущие к летальному исходу.

**3. Цели занятия:** На основе теоретических знаний и практических умений обучающийся должен:

**Иметь представление:** об основных этиопатогенетических факторах, способствующих развитию, прогрессированию и основным проявлениям болезней эндокринной системы у лиц пожилого и старческого возраста.

**Знать:** особенность проявлений наиболее распространенных заболеваний эндокринной системы в пожилом и старческом возрасте. Основные синдромы. Причины прогрессирования, дестабилизации состояния. Неотложные состояния, особенности их проявлений.

Группы риска по опасности ухудшения состояния, развития осложнений и неотложных состояний. Особенности подготовки и проведения лабораторно-инструментальной диагностики у этой возрастной категории больных. Принципы медикаментозного и немедикаментозного лечения. Основы потребности, причины их нарушений и проблемы, больных пожилого и старческого возраста с заболеваниями эндокринной системы. Особенности сестринской помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях. Принципы и основные методы профилактики и реабилитации лиц пожилого и старческого возраста с заболеваниями эндокринной системы.

**Уметь:** собрать информацию, оценить состояние пациента, определить ведущий синдром. Определить нуждается ли пациент в экстренной медицинской

помощи, оказать её. Уметь определить приоритетную проблему больного, сформировав её в форме сестринского диагноза. Выделить группы риска. Объяснить пациенту план подготовки и подготовить к лабораторно-диагностическим и лечебным процедурам. Предвидеть их последствия. Составить план сестринской помощи с учетом приоритетности проблем, цели и задач сестринского ухода. Привлечь пациента и его родственников к процессу, ухода. Обучить приемам само и взаимопомощи.

**4. План изучения темы**

**4.1 Самостоятельная работа**

-курация больных-30 мин.

-беседы с больными-15 мин.

-запись результатов обследования больных в карту сестринского процесса-15 мин.

**4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-30 мин.**

**4.3 Самостоятельная работа по теме:-30 мин.**

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

4.4 Итоговый контроль знаний:-30 мин.

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

### **5. Основные понятия и положения темы.**

Содержание учебной информации:

1.Основные представления о взаимоотношении старения и изменений эндокринной системы

2. Морфно-функциональные особенности эндокринной системы при старении.

3.Особенности течений заболеваний эндокринной системы (сахарный диабет, гипер и гипотиреозы).

4.Основные синдромы.

5.Причины и признаки дестабилизации состояния.

6.Неотложные состояния, особенности проявлений и экстренной помощи.

7.Группы риска.

8.Подготовка и проведение лабораторно-диагностических исследований.

9.Принципы лечения.

10.Потребности и проблемы лиц старших возрастных групп с заболеваниями органов эндокринной системы

11.Планирование ухода, выполнение, анализ.

12. Выполнение плана сестринской помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.

### **Возрастные изменения эндокринной системы**

- Увеличение вилочковой железы заканчивается к периоду полового созревания

- Половые железы снижают деятельность в климактерическом периоде (женщины 45-55 лет, мужчины 55-65 лет)

- Функция щитовидной железы снижаются к 60-65 годам

- Позже других наступают возрастные изменения в структуре и функции гипофиза и надпочечников.

Процесс угасания функции эндокринных желез при старении закономерен, его течение обусловлено программой обратного развития организма

### **Гипертиреоз (особенности клинического течения):**

Преобладают жалобы на:

-мышечную слабость

-кожный зуд

-склонность к диарее

-трофические расстройства

-быстро развиваются органические изменения ССС и нервной системы

Такие симптомы, как возбудимость, потливость, тремор конечностей, экзофтальм, тахикардия выражены слабо!

Осложнение: тиреотоксический криз

Причины: перегревание, стрессы, операции на щитовидной железе

Клиника:

-t до 39-40 С

- возбуждение, бред, галлюцинации
- рвота, понос
- ЧСС 150-200 в 1 мин.
- обезвоживание

**Принципы лечения:**

1. Диспансерное наблюдение у эндокринолога
2. Психический покой
3. Седативная терапия (сиропы, травяные сборы, успокоительный чай, таблетки)
4. Тиреостатические средства (мерказолил в индивидуальных дозировках)
5. Хирургическое лечение по показаниям

**Гипотиреоз (особенности клинического течения):**

1. Возникает чаще у женщин > 50 лет
2. Клинические проявления:
  - одутловатость лица и век
  - бедность мимики
  - трофические нарушения(выпадение волос, сухость кожи)
  - зябкость, сонливость
  - малоподвижность
  - боли в суставах
  - брадикардия
  - снижение АД и развитие сердечной недостаточности

**Осложнение: гипотиреоидная кома**

**Причины:**

- отсутствие лечения
- неадекватная дозировка
- инфекции
- переохлаждение
- ЖКТ расстройства

**Клиника:**

- t 33-34 С
- холодная кожа
- брадикардия
- гипотония
- олигоанурия

**Принципы лечения:**

1. рациональный гигиенический режим
2. диета с ограничением соли и жиров
3. заместительная терапия препаратами щитовидной железы (тиреоидин и др.)

В пожилом возрасте их следует применять с осторожностью ввиду отрицательного влияния на ССС.

**Принципы лечения:**

1. Диуретики (по показаниям)
2. Различные виды ЛФК

3. Различные методики водолечения (обливания, обтирания, души, ванны)

### **Сахарный диабет (СД)**

Актуальная проблема в гериатрии:

- числа пожилых и старых людей вообще в популяции
- психоэмоциональных нагрузок
- пищевых нагрузок
- ожирение

Чаще в пожилом возрасте возникает СД II типа

### **Сахарный диабет : особенности клинического течения.**

1. Течение СД относительно доброкачественное, особенно когда своевременно установлен диагноз и проводится коррекция сахара
2. «Случайная находка» при различных исследованиях
3. Повышенная утомляемость, усталость
4. Зуд кожи в области гениталий
5. Гнойничковые заболевания кожи
6. Инфекции мочевых путей
7. Снижение иммунитета
8. Часто болеют ОРВИ, обострениями хронических заболеваний
9. Пневмония на фоне СД принимает обычно затяжное течение, характерны осложнения (абсцедирование, плевриты)

### **Осложнения СД**

1. Микро и макроангиопатии (сосуды мозга, нижних конечностей, сердца, сетчатки)
2. Диабетическая стопа, гангрена, ампутация конечности
3. Комы

### **Принципы лечения СД**

1. Диетотерапия (стол №9), направленная на нормализацию нарушений углеводного обмена.

### **Показания:**

СД легкой степени тяжести

2. Сахароснижающие препараты

1. Группа сульфаниламиды (манинил, предиап и др.)

- повышают чувствительность бета клеток к гликемии
- усиливают секрецию инсулина
- потенцируют действие инсулина

2 группа – бигуаниды (адебит, букарбан и др.) чаще назначаются больным с сопутствующим ожирением.

### **Показ: СД средней степени тяжести**

Все таблетированные препараты противопоказаны при:

- кетоацидозе, комах
- тяжелых инфекциях
- операциях

### **Инсулинотерапия: показания**

1. Неэффективность таблетированных препаратов
2. Временно при хирургических вмешательствах, инфекционных заболеваниях

## **6. Задания для уяснения темы занятия**

### **Тестовый контроль:**

**1. Какие изменения в эндокринной системе развиваются у лиц пожилого и старческого возраста?**

- А. Повышение выработки катехоламинов
- Б. Увеличение турецкого седла
- В. Резкое снижение сахара
- Г. Уменьшение выработки тиреотропного гормона

**2. Что характерно для течения гипертиреоза у лиц пожилого и старческого возраста?**

- А. Пучеглазие наблюдается редко
- Б. Мышечная слабость
- В. Дрожь
- Г. Быстрое развитие органических изменений сердечно-сосудистой и нервной систем

**3. Принципы лечения гипертиреоза у больных пожилого и старческого возраста:**

- А. Психический покой
- Б. Седативная терапия
- В. Тиреостатики
- Г. По показаниям хирургическое вмешательство
- Д. Все перечисленное

**4. Что характерно для течения гипотиреоза у лиц пожилого и старческого возраста?**

- А. Сухость кожи
- Б. Одутловатость лица и век
- В. Пучеглазие
- Г. Сонливость, ослабление памяти

**5. Принципы лечения гипотиреоза:**

- А. Заместительная терапия препаратами щитовидной железы
- Б. Витамины
- В. Физиолечение, ЛФК.

Г. Все перечисленное

**6. Что характерно для течения сахарного диабета у лиц пожилого и старческого возраста?**

- А. Доброкачественное течение
- Б. Зуд, сухость кожи
- В. Повышенная утомительность
- Г. Стойкая гипертермия

**7. Какие осложнения характерны для лиц пожилого и старческого возраста при сахарном диабете?**

- А. Гипергликемическая кома
- Б. Гипогликемическая кома
- В. Макроангиопатии
- Г. Все перечисленное

**8. Принципы лечения сахарного диабета у пожилых:**

- А. Диетотерапия
- Б. Инсулинотерапия
- В. Сахароснижающие таблетированные препараты
- Г. Все перечисленное

**9. Показания для перехода на инсулинотерапию при сахарном диабете у лиц пожилого возраста?**

- А. Неэффективность таблетированных препаратов
- Б. Хирургические вмешательства
- В. Тяжелые инфекции
- Г. ОРЗ без осложнений

**10. Принципы ухода при заболеваниях эндокринной системы у геронтологических больных:**

- А. Выполнять назначения врача
- Б. Консультации по диетотерапии
- В. Санитарно-просветительная работа
- Г. Все перечисленное

## **Ситуационные задачи:**

### **Задача № 1.**

Больная 65 лет, жалобы на повышенную утомляемость, слабость, кожный зуд, периодически гнойничковые высыпания, повторные инфекции мочевых путей. В анамнезе гипертоническая болезнь II стадии.

### **Вопросы.**

1. Какое заболевание эндокринной системы можно заподозрить, учитывая жалобы больной?
2. Какие дополнительные методы обследования нужно провести для уточнения диагноза?
3. Сформулируйте варианты сестринских диагнозов

### **Задача № 2**

Больной 70 лет. Находится на амбулаторном лечении у терапевта с диагнозом «Обострение хронического бронхита». При обследовании сахар крови 10 мм/л. За последний год больной потерял в весе 8 кг, отмечает слабость, периодический зуд кожи.

### **Вопросы.**

1. О каком заболевании идет речь?
2. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
3. Принципы лечения данного заболевания.

### **7.Список тем по УИРС**

1. Особенности ухода за больными сахарным диабетом на дому.
2. Сосудистые осложнения сахарным диабетом у пожилых
3. Роль медсестры по уходу в консультативной работе с родственниками

## **Тема № 9: Старение и болезни опорно-двигательного аппарата.**

### **Особенности течения заболеваний опорно-двигательного аппарата в пожилом и старческом возрасте. Проблемы пациентов и семьи. Задачи сестринской службы**

**2. Значение изучения темы.** Проблема заболеваний опорно-двигательного аппарата у лиц пожилого и старческого возраста является актуальной, т.к. имеются особенности в клиническом течении, трудности в лечении, осложнения, часто ведущие к летальному исходу.

**3. Цели занятия:** На основе теоретических знаний и практических умений обучающийся должен:

**Иметь представление:** об основных этиопатогенетических факторах, способствующих развитию, прогрессированию и основным проявлениям болезней опорно-двигательного аппарата у лиц пожилого и старческого возраста.

**Знать:** особенность проявлений наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата в пожилом и старческом возрасте. Основные синдромы. Причины прогрессирования, дестабилизации состояния. Неотложные состояния, особенности их проявлений.

Группы риска по опасности ухудшения состояния, развития осложнений и

неотложных состояний. Особенности подготовки и проведения лабораторно-инструментальной диагностики у этой возрастной категории больных. Принципы медикаментозного и немедикаментозного лечения. Основы потребности, причины их нарушений и проблемы, больных пожилого и старческом возрасте с заболеваниями дыхательной системы. Особенности сестринской помощи в амбулаторно-поликлинических; и стационарных условиях. Принципы, и основные методы профилактики и реабилитации лиц пожилого и старческого возраста с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

**Уметь:** собрать информацию, оценить состояние пациента, определить ведущий синдром. Определить нуждается ли пациент в экстренной медицинской помощи, оказать её. Уметь определить приоритетную проблему больного, сформировав её в форме сестринского диагноза. Выделить группы риска. Объяснить пациенту план подготовки и подготовить к лабораторно-диагностическим и лечебным процедурам. Предвидеть их последствия. Составить план сестринской помощи с учетом приоритетности проблем, цели и задач сестринского ухода. Привлечь пациента и его родственников к процессу ухода. Обучить приемам само и взаимопомощи.

#### **4. План изучения темы**

##### 4.1 Самостоятельная работа

-курация больных-30 мин.

-беседы с больными-15 мин.

-запись результатов обследования больных в карту сестринского процесса-15мин.

##### 4.2 Исходный контроль знаний (устный опрос, тесты)-30 мин.

##### 4.3 Самостоятельная работа по теме:-30 мин.

-разбор больных

-заслушивание рефератов по УИРС

##### 4.4 Итоговый контроль знаний:-30 мин.

-решение ситуационных задач

-подведение итогов

#### **5. Основные понятия и положения темы:**

Содержание учебной информации:

1. Основные представления о взаимоотношении старения и изменений опорно-двигательного аппарата.
2. Морфно-функциональные особенности опорно-двигательного аппарата при старении.
3. Особенности течений патологии опорно-двигательного аппарата (остеоартроз, ревматоидный артрит, подагра).
4. Основные синдромы.
5. Причины и признаки дестабилизации состояния.
6. Неотложные состояния, особенности проявлений и экстренной помощи.
7. Группы риска.
8. Подготовка и проведение лабораторно-диагностических исследований.

9. Принципы лечения.

10. Потребности и проблемы лиц старших возрастных групп с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

11. Планирование ухода, выполнение, анализ.

12. Выполнение плана сестринской помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.

**Остеопороз** - одно из наиболее распространенных метаболических заболеваний скелета человека. Эпидемиологические исследования показывают, что 1/3 всех женщин 60—70 лет страдают остеопорозом, а после 70 лет остеопороз выявляется практически у всех женщин (92,5%) и у половины мужчин (52%).

До недавнего времени изучением остеопороза занимался довольно узкий круг специалистов. Сегодня интерес к этой проблеме связан прежде всего с большой распространенностью заболевания в современном обществе, для которого типична высокая численность лиц старшей возрастной группы. Потеря костной ткани с возрастом является универсальным феноменом как у женщин, так и у мужчин; после 40 лет она снижается примерно на 1% в год. Чрезмерная потеря костной массы, характеризующая патогенез остеопороза, является прежде всего результатом аномалий в цикле ремоделирования и моделирования костей. Биологический смысл ремоделирования состоит в регенерации микроповреждений, когда удаляемая старая костная ткань замещается точно таким же количеством новой.

У женщин с наступлением менопаузы на фоне снижения уровня половых гормонов процессы резорбции костной ткани преобладают над процессами ее формирования. Разрушение костных балок сопровождается образованием больших резорбционных полостей в областях наибольшего содержания губчатого вещества (позвоночник, шейка бедренной кости, дистальный отдел предплечья) и высоким риском развития переломов при минимальной травме. У мужчин потеря костной ткани происходит со скоростью, наполовину меньшей, чем у женщин. После 70 лет темпы этого процесса у лиц обоих полов могут возрасти. Важную роль в развитии заболевания играет недостаточное усвоение кальция вследствие дефицита витамина D, поступающего с пищей, и уменьшения его активации и коже. Для старческого остеопороза характерно увеличение порозности коркового вещества кости, наиболее типичен перелом шейки бедра.

Потеря костной массы и архитектурной целостности костей — медленный процесс, который остается бессимптомным до появления типичного низкотравматического перелома. Позвоночник — основное место возникновения переломов у больных остеопорозом. Примерно у 30—50% женщин и у 20—30% мужчин в течение жизни возникают переломы позвонков, причем у 25% — множественные. У женщин моложе 50 лет частота переломов практически равна нулю, однако после 50 лет она резко возрастает, достигая к 80 годам 30 случаев на 1000 лиц этого возраста в год. Учитывая высокую распространенность остеопоротических переломов, эксперты ВОЗ поставили проблему ранней диагностики, профилактики и лечения остеопороза по значимости на 4-е место после сердечно-сосудистых,

онкологических заболеваний и сахарного диабета.

Описано 2 типа болевого синдрома при переломах позвонков: острая и хроническая боль. Зачастую сложно отличить острые симптомы от хронических, так как не удастся определить время возникновения перелома. Острая боль часто уменьшается при применении анальгетиков, отличается тяжестью (в некоторых случаях — невыносимая) и обычно сохраняется в течение нескольких недель или месяцев с момента перелома. Хроническая боль возникает, когда чрезмерный изгиб позвоночника вследствие переломов (кифоз), внешне проявляющийся сторбленностью, приводит к напряжению мышц и связок. Обычно при этом имеются жалобы на тупую, ноющую боль в спине или дискомфорт. Не будучи выраженным, этот дискомфорт значительно ограничивает социальную активность пациентов. Многие из них жалуются не на боль в спине, а на утомляемость или чувство "усталости" в спине. Визуальными признаками остеопороза служат уменьшение роста и прогрессирование кифоза. Изгиб позвоночника и уменьшение роста значительно ограничивают физическую активность из-за невозможности прямо сидеть или стоять, вследствие чего ухудшается качество жизни.

#### **Диагностика остеопороза:**

рентгенологический метод обладает низкой чувствительностью и дает возможность выявлять остеопоротические изменения в костях при снижении костной массы на 20-30%, т.е. при далеко зашедшем процессе. Наиболее надежен для диагностики метод количественной оценки костной массы — костная денситометрия.

#### **Лечение остеопороза:**

лечебный процесс длительный, требует коррекции образа жизни пациента, а потому — его активности. Цели лечения остеопороза:

- замедление или прекращение потери костной массы (предотвращение переломов, ослабление болевого синдрома)
- улучшение общего состояния больного
- расширение двигательной активности
- максимально возможное восстановление трудоспособности и повышение качества жизни.

В настоящее время используются препараты, относящиеся к разным группам. Условно их подразделяют на средства преимущественного влияния на резорбцию костной ткани (эстрогены, кальцитонины, бифосфонаты) и формирование кости (активные метаболиты витамина D, соли фтора, анаболические стероиды). Выбор терапии зависит от клинической картины заболевания, возраста больного, плотности костной ткани и особенностей нарушений костного метаболизма и гомеостаза кальция. Как правило, сочетают препараты с разным механизмом действия.

Большое значение в комплексной терапии остеопороза имеет употребление продуктов питания, содержащие в достаточном количестве кальций. Источниками повышенного содержания кальция являются молочные продукты, рыба, зелень. Информация о содержании кальция в некоторых пищевых продуктах приводится ниже. Таблица №1

**СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ, В МГ  
(НА 100 г ПРОДУКТА)**

Молочные продукты	Молоко 3%	100
	Молоко 1%	120
	Йогурт	120
	Сметана	100
	Творог	95
	Козий сыр	300
	Плавленый сыр	300
	Твердый сыр	600
Овощи зеленые	Салат	83
	Капуста	60
	Сельдерей	240
	Зеленый лук	60
	Зеленая фасоль	40
	Зеленые оливки	77
Фрукты, орехи, семена	Апельсины	35
	Сушеные яблоки	45
	Инжир	57
	Курага	170
	Изюм	56
	Миндаль	254
	Арахис	70
	Кунжут	1160
	Семена тыквы	60
	Семена подсолнечника	100
Хлеб	Черный	60
	Белый	30
Рыба и мясо	Рыба вяленая с костями	3000
	Сардины с костями	350
	Рыба отварная	30
	Говядина	30

В пожилом возрасте необходимо увеличить употребление кальция. В возрасте до 65 лет – потребление кальция с пищей должно составлять 1000 мг/сут., старше 65 лет – 1500 мг/сут.; Во время менопаузы потребность в кальции составляет 1200 мг/сут., после менопаузы – 1050 мг/сут.

Всасывание и переработка кальция в организме невозможна без витамина D. Дневная норма витамина содержится в одном литре молока, одной таблетке мультивитамина или вырабатывается в организме за 30—60 мин пребывания на солнце.

В комплексном лечении остеопороза очень важное место занимает обучение пациентов, в которое входит объяснение того, как снизить риск переломов. Медсестра — неперемный участник такого учебного процесса. Частота

переломов во многом зависит от частоты падении, которые могут быть связаны с плохой координацией движений или внезапным головокружением. Пациентов нужно ориентировать на регулярную проверку зрения, посещение невропатолога, контроль артериального давления; им следует разъяснить вред бесконтрольного употребления успокоительных и других лекарственных препаратов, которые могут вызвать сонливость в течение дня. Очень важно указать на необходимость безопасной обстановки дома (достаточное освещение, отсутствие скользких полов и скользких ковриков).

Риск переломов позвоночника можно уменьшить, научив пациентов правильно поднимать тяжести, принимая вес на бедренные мышцы, а не на мышцы спины. При подъеме тяжестей с напряженной, прямой спиной и приподнятым подбородком снижается нежелательная нагрузка на позвоночник, так как позвонки "выстраиваются" по одной линии и тяжесть по поверхности тел позвонков и межпозвоночных дисков распределяется равномерно. Кроме того, в работе одновременно с мышцами спины активно участвуют ягодичные мышцы и мышцы ног. При подъеме же тяжестей с согнутой спиной и опущенной головой давление на межпозвоночные диски и мышцы спины распределяется неравномерно. Диски одновременно сжимаются с одной стороны и растягиваются с другой, при этом основная нагрузка приходится на поясничный отдел. Поднимаемый предмет должен располагаться близко к телу, поскольку, чем дальше от тела он находится, тем большую нагрузку испытывает спина.

При выраженном болевом синдроме и свежих компрессионных переломах обязательно ношение корсета. Лечебную физкультуру таким пациентам назначают для укрепления мышц спины, живота и нижних конечностей. Массаж носит щадящий характер, поскольку механическая прочность костной ткани снижена.

В число мер профилактики остеопороза входят достаточное употребление кальция, уменьшение приема лекарств, потенциально вредных для скелета, увеличение физической нагрузки, здоровый образ жизни.

## **6.Задания для уяснения темы занятия**

### **Тестовый контроль:**

**1. Какая патология опорно-двигательного аппарата появляется в пожилом возрасте?**

- А. Остеопороз
- Б. Артрозы.
- В.Остеофиты
- Г. Все перечисленное

**2. Какая характерная симптоматика ревматоидного артрита у пожилых?**

- А. Стертая клиническая картина

- Б. Без температурной реакции
- В. Моно- или олигоартрит
- Г. Все перечисленное

**3. Принципы лечения остеоартрита у пожилых:**

- А. Медикаментозная коррекция
- Б. Физиолечение
- В. ЛФК, массаж
- Г. Все перечисленное

**4. Примеры сестринских диагнозов при заболевании опорно-двигательного аппарата:**

- А. Боли в суставах.

- Б. Отек сустава
- В. Неподвижность сустава
- Г. Все перечисленное.

**5. Какое заболевание опорно-двигательного аппарата развивается при нарушении обмена веществ?**

- А. Ревматоидный артрит.
- Б. Подагра.
- В. Инфекционный артрит.

**6. Принципы лечения ревматоидного артрита у пожилых:**

**Ситуационные задачи:**

**Задача №1**

Больная 65 лет с жалобами на боли в коленях, голеностопных суставах механического характера (при ходьбе, подъеме по лестнице), боль усиливается к вечеру, периодически наблюдается отечность суставов. При осмотре деформации суставов не наблюдается, явление незначительного отека.

В анамнезах крови СОЭ 23 мм/ч, лейкоциты в норме.

**Вопросы:**

1. О каком заболевании идет речь?
2. Наиболее частые причины данного заболевания?
3. Принципы лечения, ухода.
4. Принципы реабилитации.

**Задача №2**

Больной 70 лет. Обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на сильную боль, отечность, гиперемию (синюшность) большого пальца правой ноги. Заболевание началось остро, всю ночь пациент не спал.

В анализах крови умеренный лейкоцит, СОЭ 20 мм/ч, повышение мочевой кислоты.

**Вопросы:**

1. О каком заболевании идет речь?
2. Сформулируйте варианты сестринского диагноза.
3. Заполните карту сестринского процесса.

**7. Список тем по УИРС**

1. Уход за больными с переломом шейки бедра
2. Диета при остеопорозе
3. ЛФК при остеоартрозе

А. НПВП.

Б. Цитостатики по показаниям.

В. Физиотерапия.

Г. Хирургическое вмешательство.

**7. Принципы ухода больных с патологией опорно-двигательного аппарата:**

А. Выполнять назначения врача по лечению больных.

Б. Готовить больных к различным диагностическим обследованиям.

В. Санитарно-просветительная работа.

## **Литература:**

1. Котельников Г. П. Основы сестринского дела: учебник.- М., 2004.
2. Вебер В. Г. Основы сестринского дела. М., 2004.
3. Пожилой больной. / Под ред. проф. Л. И. Дворецкого.– М., 2001.
4. Турчина Ж. Е., Мягкова Е. Г. Сестринское дело в гериатрии : учебно-методическое пособие. – Красноярск: ДарМа, 2005.-144с.
- 5.. Ставицкая Е. Ю., Шилов С. Н. Патопфизиология старения. учебное пособие.– Красноярск, 2004.
6. Ослопов В. Н., Богоявленская О. В. Общий уход за больными в терапевтической клинике: учебное пособие. -М.: ГЭОТАР. Медиа , 2005.-400 с.
7. Большакова Т. Ю., Чупахина В. А. Остеоартроз: учебное пособие.- Красноярск, 2003.

Ы







---

Типография КрасГМУ

Подписано в печать 01.07.09. Заказ №786

Тираж 63 экз.

660022, г.Красноярск, ул.П.Железнякa, 1

