

Министерство здравоохранения Тверской области
ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ГЕРИАТРИИ

Пособие для преподавателей и студентов
медицинских колледжей

**ПМ 02. УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ
И РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССАХ**

Д.11: «Сестринский уход в гериатрии»

Тверь, 2021 г.

Пособие составлено в соответствии с требованиями рабочей программы по предмету «Сестринский уход в гериатрии»

Пособие рассмотрено на заседании ЦМК от «20» апреля 2021 г.

Автор-составитель:

Преподаватель ГБПОУ ТМК дисциплин «Выполнение работ по специальности младшая медицинская сестра по уходу» и «Сестринский уход в гериатрии» **Кухарская Е.В.**

Литературная и техническая коррекция:

старший методист, преподаватель дисциплин филологии **Двоенко Е.А.**

Руководство подготовлено под редакцией зам. директора по учебной работе Тверского медицинского колледжа Тарасовой Н.К.

Рецензенты:

Павлюк Н.Г., зам. главного врача по управлению медицинским персоналом ГБУЗ «Областная клиническая больница»

Барбакова Е.С., преподаватель высшей категории ГБПОУ ТМК дисциплины «Сестринское дело в терапии»;

Данное пособие предназначено для студентов и преподавателей медицинских колледжей и училищ, слушателей отделений повышения квалификации.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ВВЕДЕНИЕ	5
2. ЛЕКЦИИ	10
2.1. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	10
2.2. ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	11
2.3. ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	15
2.4. ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ.....	17
2.5. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ.....	18
3. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №1.	19
Тема № 1 СТАРЕНИЕ И БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	19
3.1. ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ.....	19
3.2. ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ.....	21
3.3. КАШЕЛЬ.....	22
3.4. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	23
3.5. КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ.....	25
3.6. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.....	25
Тема №2. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ	26
3.7. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (ИБС).....	26
3.8. СТЕНОКАРДИЯ.....	27
3.9. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	30
3.10. КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ.....	31
3.11. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.....	32
4. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №2.	33
Тема №1 ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	33
4.1. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ.....	33
4.2. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И КОМА.....	36
4.3. ДИАБЕТИЧЕСКАЯ КОМА.....	36
4.4. КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ.....	37
4.5. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.....	38
Тема №2. СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ГЕРИАТРИИ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЖКТ	39
4.6. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ.....	40
4.7. ЗАПОР.....	42
4.8. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	44
4.9. КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ.....	46
4.10. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.....	46
5. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №3	47
Тема ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	47
5.1. ДЕФОРМИРУЮЩИЙ АРТРОЗ.....	47
5.2. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	49
5.3. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.....	50
6. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №4.	51
Тема ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	51
6.1. АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ.....	51
6.2. СНИЖЕНИЕ ПАМЯТИ.....	53
6.3. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.....	53
7. ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ	54
8. ОТВЕТЫ НА ТЕСТЫ	60
9. СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ	61
10. ТЕМЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ	61

11. ПРИЛОЖЕНИЯ.....	62
12. БИБЛИОГРАФИЯ.....	69

ВВЕДЕНИЕ

По прогнозу демографов к 2030г. в большинстве экономически развитых стран люди в возрасте 60 лет и старше будут составлять 1/5 населения.

Условия жизни современного общества приводят к преждевременному старению и способствуют широкому распространению таких заболеваний, как сахарный диабет, атеросклероз с его последствиями: ИБС, ИБМ и т.д. Среди обращающихся за медицинской помощью преобладают люди в возрасте 60 лет и старше. Это обусловило развитие гериатрической службы.

В этих условиях вопросы обучения и подготовки медицинских работников по гериатрии приобретают особую актуальность.

В статье 26 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья» гарантируются права граждан на медико-социальную помощь в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, на дому, в учреждениях социальной защиты населения.

Современная гериатрия - часть клинической медицины, имеющая большое будущее, так как демографическая структура мирового сообщества продолжает неуклонно изменяться в сторону увеличения численности пожилых людей.

Поэтому перед современной медициной стоит глобальная проблема оказания помощи человеку, подошедшему к третьему возрасту.

В отечественной медицине гериатрия является сравнительно новой специальностью. Как самостоятельная специальность она впервые выделена в номенклатуру специальностей в 1995г.

Важная роль в оказании такой помощи отводится среднему медицинскому персоналу. Участие медицинских сестер в организации помощи стареющему населению как на дому, так и в специализированных учреждениях неоспоримо.

Медицинские сестры, владеющие сестринским процессом, могут решать многие проблемы стареющих пациентов. Поэтому введение предмета «Сестринское дело в гериатрии» в программу обучения медицинских сестер (специальность 0406) чрезвычайно актуально и должно осуществляться в рамках интеграции с другими клиническими дисциплинами.

Раздел медицины и биологии, изучающий закономерности старения живых организмов, носит название геронтологии (от греч. *geron* - старец, *logos* - учение).

Составной частью геронтологии, изучающей болезни людей пожилого возраста (60-74 лет) и старческого (свыше 75 лет) возраста, является гериатрия.

Термин «геронтология» впервые был предложен И.И.Мечниковым в 1903 году. Современная геронтология - междисциплинарная наука, в состав которой входят биология старения, гериатрия, геронтопсихология и социальная геронтология (герогигиена). Термин «гериатрия» ввел в 1909 г. американский врач И.Л.Нашер. В 1914 году он опубликовал книгу «Гериатрия: болезни пожилого возраста и их лечение».

Все разделы геронтологии решают единую задачу: как повлиять на процесс старения, чтобы уменьшить риск развития ассоциированных с возрастом заболеваний (болезней сердца и сосудов, сахарного диабета, остеопороза, остеоартроза, онкологических заболеваний), чтобы отодвинуть их развитие во времени и обеспечить человеку комфортную старость. Геронтологию можно назвать «царицей клинической медицины», так как приостановив старение, мы приостановим развитие большого количества заболеваний. В настоящее время в обществе произошло осознание необходимости заботы о людях старших возрастных групп. По прогнозу профессора С.П.Капицы, к 2100 г. треть населения Земли будет старше 65 лет, 8% - старше 85 лет.

С учетом большой медицинской и социальной значимости многих проблем геронтологии и гериатрии в настоящее время была разработана комплексная программа научных исследований «Продление жизни». Эта программа изучает различные механизмы, в том числе на молекулярном и клеточном уровне, исследование возрастных изменений иммунитета, изучение возрастных предпосылок развития основных форм патологии пожилого и старческого возраста (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца и др.), разработку основ возрастной фармакологии.

Программа предусматривает также выяснение роли социально-гигиенических факторов в старении человека, что позволит выработать конкретные рекомендации, направленные на повышение уровня здоровья, трудоспособности и продление активного периода жизни людей.

Медицинской сестре надо очень хорошо знать особенности психики больных пожилого и старческого возраста, уметь создать особый микроклимат при организации ухода.

Постоянно обеспечивая пациенту психологический комфорт, чистоту и безопасность. Медицинская сестра должна знать, что главная цель помощи пациенту пожилого и старческого возраста - это осуществление личной гигиены: в умывании, бритье, уходе за полостью рта, волосами, ногтями, подмывании, приеме ванны, а также помощи при кормлении и физиологических отправлениях.

Согласно современным представлениям медицинские сестры в своей деятельности должны выступать как равноправный субъект системы здравоохранения, выполняющий свои специфические функции, к которым относится не только обеспечение ухода за больными, но и решение возникающих у них проблем в рамках существующих стандартов сестринской деятельности и своей компетенции.

Данное методическое пособие дает возможность студентам комплексно изучить закономерности старения и возрастных изменений организма, а также предпосылок развития основных форм патологии пожилого и старческого возраста.

Полученные знания можно рационально использовать как на практических занятиях дисциплин клинического цикла, так и в дальнейшей профессиональной деятельности.

В пособии подробно описаны особенности течения заболеваний больных пожилого и старческого возраста, даются рекомендации медицинской сестре при осуществлении сестринского ухода за такими больными, а также неотложная помощь.

Каждая тема заканчивается вопросами для самоподготовки, а в конце пособия помещен тестовый контроль и клинические задачи, что дает возможность студентам более прочно и глубоко усвоить понятия и термины, представленные в данном пособии.

Руководство ориентировано на формирование у студентов профессиональных знаний и навыков для осуществления квалифицированного ухода за пациентами пожилого и старческого возраста.

При использовании этого методического пособия, у студентов вырабатывается единая терминология в определении некоторых понятий, что позволяет стандартизировать профессиональный язык. Вырабатывается клиническое мышление,

основанное на учёте физиологических, психологических и социальных потребностей больных пожилого и старческого возраста. А это обеспечивает осуществление профессионального сестринского ухода в непосредственной сестринской деятельности согласно современным требованиям оказания качественной медицинской помощи населению.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ МЕТОДИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

Код	Наименование результата обучения
ПК 2.1	Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательства.
ПК 2.2.	Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса
ПК 2.3.	Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.
ПК 2.4.	Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использование.
ПК 2.5.	Соблюдать правила использования аппаратуры ,оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно- диагностического процесса.
ПК 2.6.	Вести утвержденную медицинскую документацию.
ПК 2.7.	Осуществлять реабилитационные мероприятия.
П.К.2.8	Оказывать паллиативную помощь
П.К. 3.1	Оказать доврачебную помощь при неотложных состояниях.
ОК1	Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес
ОК 2.	Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.
ОК 3.	Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.
ОК 4.	Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.
ОК 5.	Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.
ОК 6.	Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7.	Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.
ОК 8.	Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.
ОК 9.	Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.
ОК 10.	Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.
ОК 11.	Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку
ОК 12.	Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности
ОК 13.	Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей
ОК 14	Исполнять воинскую обязанность, в том числе с применением полученных профессиональных знаний (для юношей).

1.3. Цели и задачи методического пособия

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями, обучающийся в ходе освоения дисциплины должен:

уметь:

- Владеть всеми основными манипуляциями по уходу за пациентами пожилого и старческого возраста;
- Проводить и осуществлять оздоровительные и профилактические мероприятия;
- Проводить первичную оценку, выявлять проблемы, планировать сестринский уход;
- Готовить пациента к лечебно - диагностическим мероприятиям;
- Осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
- Осуществлять доврачебную помощь при неотложных состояниях;
- Вести утвержденную медицинскую документацию;
- Побуждать пациента к действиям по гигиеническому самообслуживанию, гимнастическим движениям и прогулкам.

знать:

- Современные представления о здоровье в пожилом и старческом возрасте, возможные факторы, влияющие на здоровья, направления сестринской деятельности по сохранению здоровья.
- Обязанности медицинской сестры при выполнении лечебно-диагностических мероприятий.
- Принципы применения лекарственных средств;
- Правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Течение многих заболеваний у больных пожилого и старческого возраста имеет свои характерные особенности. Так, в структуре заболеваемости пожилых людей основное место занимает такая патология, как ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь, сахарный диабет, болезни органов дыхания, заболевания опорно-двигательного аппарата. При этом у пациентов редко выявляется лишь одна болезнь; значительно чаще обнаруживают сочетание двух, трех, а иногда и более заболеваний. Подобное сочетание у одного и того же больного нескольких заболеваний создает дополнительные трудности в лечении и ухудшает прогноз в отношении выздоровления.

Многие распространенные заболевания могут протекать у пожилых больных скрытно, без четких клинических симптомов, но в то же время с склонностью к развитию серьезных осложнений. Так, инфекционные и воспалительные заболевания у пожилых пациентов нередко не сопровождаются повышением температуры тела, что обусловлено сниженной реактивностью их организма.

Указанные особенности клинической картины нередко затрудняют своевременную диагностику заболеваний и приводят к запоздалому началу лечения. Эти трудности порой связаны еще и с тем обстоятельством, что сам больной пожилого возраста подчас не может четко провести границу между здоровьем и болезнью, объясняя возникшее недомогание чисто «возрастными» причинами.

Сочетание у одного и того же пожилого пациента нескольких заболеваний, утяжеляющих его состояние, делает нередко невозможным проведение полноценного

обследования. Так, из-за сопутствующих заболеваний (например, тяжело протекающей гипертонической болезни, нарушений сердечного ритма, перенесенного крупно-очагового инфаркта миокарда) иногда не удается провести необходимое эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта. Неспособность больного удержать бариевую клизму делает невозможным проведение ирригоскопии и т.д. В результате диагноз заболевания остается порой недостаточно ясным, что, естественно, отражается и на эффективности лечения.

Особенности действия лекарственных препаратов у лиц пожилого возраста также создают дополнительные сложности в лечении таких пациентов.

Во-первых, в связи с возрастными структурными изменениями слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта может нарушаться всасывание лекарственных препаратов, что приводит к более позднему появлению лечебного действия и его меньшей выраженности.

В свою очередь возрастное снижение обезвреживающей функции печени и выделительных способностей почек приводит к тому, что лекарственные средства и продукты их метаболизма выводятся из организма пожилых больных медленнее, чем у пациентов молодого возраста. Это способствует кумуляции (накоплению) препарата и развитию различных побочных эффектов.

Возрастное снижение реактивности клеток может быть причиной того, что эффективность применения препарата оказывается иногда существенно ниже ожидаемой или же она вообще отсутствует. В то же время вероятность побочных проявлений лекарственной терапии у пожилых больных бывает значительно более высокой, чем у пациентов молодого возраста. Все вышесказанное обуславливает необходимость назначения (особенно первоначального) небольших доз препаратов, с последующим индивидуальным повышением дозы в зависимости от переносимости.

Лекция 2

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

При организации ухода за пациентами пожилого и старческого возраста большое внимание должно уделяться деонтологическим аспектам.

Факт госпитализации может иметь для пожилого пациента отнюдь не однозначные последствия. Больные пожилого и старческого возраста, как правило, тяжело переносят ломку привычного стереотипа и с трудом приспосабливаются к новой, незнакомой для них обстановке.

Известны случаи, когда после госпитализации пожилые пациенты, прежде вполне сохраненные в психическом плане, начинали терять ориентировку в пространстве и времени, и их состояние начинало прогрессивно ухудшаться, несмотря на адекватное, казалось бы, лечение.

Поэтому при отсутствии строгих показаний к госпитализации желательно, чтобы пожилой больной как можно дольше находился дома, в кругу семьи.

При уходе за больными пожилого и старческого возраста следует учитывать и их психологические особенности. Так, некоторые больные, стремясь не замечать приближающейся или наступившей старости, продолжают вести тот же образ жизни, что и в молодом возрасте, выполняя значительную физическую нагрузку, испытывая нервные перенапряжения, не соблюдая режима питания, сна, отдыха. Все это обычно неблагоприятно отражается на течении многих заболеваний, способствует их прогрессированию и развитию осложнений.

Тактичное убеждение пациента в необходимости соблюдения предписанного режима имеет в таких случаях большое значение.

В пожилом возрасте люди тяжелее переносят потерю родных и близких, с трудом приобретают новых друзей.

У больных пожилого возраста часто отмечаются нарушения памяти. Пациент часто хорошо помнит то, что было много лет назад, но плохо запоминает текущую информацию и путает события недавнего прошлого. Эти особенности порой затрудняют сбор у пациентов необходимых сведений, которые приходится получать у родственников. При уходе за такими больными необходимо быть особенно тактичными и внимательными, терпеливо отвечать на вопросы, задаваемые больным уже не первый раз, постоянно напоминать о времени приема лекарств, проведения той или иной процедуры.

В беседах с больными пожилого и старческого возраста совершенно недопустимо напоминание о их возрасте с намеками на естественный конец жизненного пути. Встречающиеся порой обращения к пожилым больным («бабуся», «дедуля»), пусть даже используемые из лучших побуждений, свидетельствуют о недостаточно высокой культуре медицинских работников, не говоря уже о том, что многие пожилые пациенты вполне заслужили обращение к ним по имени и отчеству.

Пациенты пожилого и старческого возраста чаще всего являются длительно болеющими людьми, с хроническими, порой неизлечимыми заболеваниями. При организации лечения вопросы ухода выступают часто на передний план, особенно в тех случаях, когда больной в силу различных обстоятельств вынужден длительное время (месяцы, годы) находиться в специальных интернатах для престарелых.

В уходе за пожилыми больными большую роль играет создание оптимального лечебно-охранительного режима. У больных пожилого и старческого возраста часто отмечаются расстройства сна. Такие пациенты могут нередко спать или дремать днем, а ночью бодрствовать, читать, ходить, принимать пищу и т.д., вызывая тем самым у окружающих сомнения в адекватности своего поведения. В указанных случаях не следует торопиться с назначением успокаивающих и снотворных препаратов, так как причины нарушения сна могут быть разнообразными.

К их числу прежде всего относятся разнообразные дизурические расстройства. У пожилых мужчин дизурические расстройства часто бывают связаны с наличием аденомы предстательной железы. Такие больные вынуждены несколько раз мочиться в течение ночи, причем мочеиспускание в указанных случаях происходит медленно, вялой струей.

У пожилых больных могут быть и другие причины, способствующие нарушению сна. Необходимо иметь в виду, что у пожилых людей вообще отмечается меньшая потребность во сне, чем у молодых людей. Если пациенты еще дополнительно спят днем, то нарушение ночного сна часто становится почти неизбежным.

Плохо подобранная кровать с продавленной сеткой также может способствовать возникновению бессонницы. Распространенными причинами нарушений сна могут, кроме того, служить плохое проветривание помещения, храп соседей по палате, шум в коридоре и т.д.

Важное место в организации ухода за больными пожилого и старческого возраста занимает предупреждение травм и несчастных случаев, которые, к сожалению, нередко встречаются у таких пациентов. Возрастное снижение зрения и слуха, шаткая походка с плохой координацией движений и легкой потерей равновесия приводят к тому, что больные падают, находясь в палате, коридоре, туалете, ванной комнате. Имеющиеся у пожилых людей изменения костной ткани (остеопороз) способствуют возникновению при падении тяжелых переломов, нередко шейки бедра. Падениям и травмам могут способствовать мягкие, легко смещаемые в сторону дорожки, влажный и скользкий пол, загромождение мебелью палат и коридоров, отсутствие в коридорах специальных барьеров у стен и приспособлений для опоры в туалете, плохое освещение.

Несчастные случаи с больными пожилого возраста нередко происходят во время купания в ванне. Возможны также ожоги, которые получает пациент, находящийся в ванне, если он по ошибке открывает только кран с горячей водой. Во время приёма гигиенической ванны или душа у пожилых могут развиваться приступы стенокардии или даже нарушение мозгового кровообращения. Самой надежной мерой профилактики является присутствие при купании пожилых пациентов медицинских работников, оказывающих пациентам необходимую помощь.

При многих заболеваниях (например, пневмонии, остром периоде инфаркта миокарда, выраженной недостаточности кровообращения) больные пожилого и старческого возраста вынуждены соблюдать длительный постельный режим, который, однако, может приводить и к некоторым неблагоприятным последствиям:

- * возникновение застойных явлений в легких;
- * образование тромбов в венах нижних конечностей с последующими
- * нарушению регуляции функций сердечно - сосудистой системы;
- * затруднение мочеиспускания;
- * усиление запоров;
- * тугоподвижности суставов
- * пролежни и т.д.

Большое значение при длительном постельном режиме имеет уход за кожей и предупреждение образования пролежней.

У больных пожилого возраста, находящихся на постельном режиме, часто наблюдаются запоры, обусловленные преимущественно атонией кишечника. Борьба с запорами включает в себя определенные диетические рекомендации, прием легких слабительных средств растительного происхождения (препаратов крушины, сенны), слабощелочных минеральных вод. Иногда опорожнению кишечника может способствовать выпитый натощак стакан холодной воды.

При вынужденном длительном пребывании на постельном режиме крайне отрицательную роль играет отсутствие двигательной активности (гиподинамия), отрицательно отражающаяся на функциональном состоянии различных органов и систем организма. В связи с этим в комплекс лечебных мероприятий необходимо обязательно включать лечебную физкультуру; она показана даже при таких тяжелых заболеваниях, как инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения.

Важное место в уходе за больными пожилого и старческого возраста занимает правильная организация питания. Поскольку у пожилых людей интенсивность обменных процессов в организме снижена, следует уменьшить калорийность пищевого рациона за счет уменьшения содержания жиров животного происхождения и углеводов. Оптимальное потребление жиров пожилым человеком составляет 60-70 г. в сутки, при этом 25-30% должно приходиться на долю жиров растительного происхождения, содержащих ненасыщенные жирные кислоты (линолевую, линоленовую и другие), снижающие уровень холестерина в крови и обладающие антисклеротическим действием.

Пациентам следует ограничить потребление поваренной соли до 5-8 г в сутки. Без особых показаний не стоит ограничивать прием жидкости (менее 1-1,5 л в сутки), так как это может способствовать усилению запоров.

У пациентов пожилого и старческого возраста восстановительные процессы протекают медленнее, чем у молодых людей, что определяет и более длительный период восстановительной терапии (реабилитации). Однако при настойчивом и продолжительном лечении можно добиться значительных успехов в реабилитации пациентов, перенесших даже очень тяжелые заболевания (инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения). Неоценимую роль при этом играет правильная организация ухода за пожилыми людьми.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Рациональное питание - это сбалансированное поступление в организм с пищей всех необходимых веществ: белков, жиров, углеводов, витаминов.

В старческом возрасте целесообразно снизить количество белка до 1 г на 1 кг массы тела. Важно обеспечить оптимальную пропорцию между животным и растительным белком в рационе 1:1. Из числа белков животного происхождения предпочтение следует отдать белкам рыбы и молока. Мясные блюда целесообразно готовить в отварном виде. Необходимо учитывать, что жирные сорта мяса содержат значительное количество холестерина. Мясо надо употреблять в количестве 100 г в отварном виде 1 раз в день. Наиболее полезно есть рыбу тресковых сортов (75 г в день).

Растительные белки должны составлять половину белковой доли рациона. Из зерновых культур наиболее полезны гречневая и овсяная крупы. При хорошей переносимости в рацион включаются пшенная и перловая каши. Из бобовых можно добавлять на гарнир в небольших количествах зеленый горошек и стручковую фасоль. Источником белка, витаминов группы В, минеральных веществ является хлеб. Лучше использовать ржаной хлеб из муки грубого помола без дрожжей в подсушенном виде.

Количество жира в рационе пожилых людей не должно превышать 70-80 г в сутки, а для людей старше 75 лет - 65-70 г. Очень важно соблюдать соотношение между жирами животного и растительного происхождения 2:1. Растительные масла обладают хорошим желчегонным действием, что имеет большое значение в пожилом и старческом возрасте в связи с типичным для этих лет периода синдромом застоя желчи.

Из животных жиров пожилым и старым людям необходимо употреблять 15г. сливочного масла в день. Оно относится к молочным жирам, наиболее легкоусвояемым. Его полезные свойства определяются также наличием витамина А. Сливочное масло стойко к термической обработке. Лицам пожилого и старческого возраста необходимо ограничивать употребление продуктов, богатых холестерином (сало, субпродукты).

Углеводы должны составлять около 300 г в суточном рационе. Целесообразно ограничивать углеводы за счет сахара и сладостей, в то время как овощи, фрукты и зерновые культуры должны быть в питании в достаточном количестве.

Целесообразно увеличить употребление сложных углеводов, содержащих клетчатку, пектиновые вещества, которые в настоящее время объединены термином «пищевые волокна». Пищевые волокна почти не усваиваются, благодаря своим физико-химическим свойствам они обладают способностью адсорбировать пищевые и токсические вещества и улучшать бактериальное содержание кишечника. Для лиц пожилого возраста общее количество клетчатки должно составлять 25-30 г. в сутки.

Особого внимания заслуживают витамины и минеральные вещества в рационе людей пожилого и старческого возраста. Поэтому этой категории пациентов нужно подбирать продукты, богатые минеральными веществами, дефицитными для организма. Богаты калием сухофрукты: чернослив, урюк, курага, изюм. Овощи следует употреблять без добавления соли с растительным маслом или небольшим количеством сметаны.

Количество поваренной соли в рационе людей пожилого и старческого возраста не должно превышать 3-5 г в сутки. Введение в рацион морепродуктов уменьшает дефицит йода, улучшает показатели липидного обмена, снижает активность свертывания крови, оказывает противосклеротическое действие.

Количество жидкости в рационе этой категории пациентов должно соответствовать физиологической потребности - 1,5 л в день. Рекомендуется включать в рацион соки, компоты, отвар шиповника, слабый чай с молоком или лимоном.

Наиболее рациональным считается 4-разовое питание, а при заболеваниях может быть рекомендовано 5-6-разовое питание. При 4-разовом питании завтрак должен составлять 25% общей суточной энергетической ценности, второй завтрак - 15%, обед - 35%, ужин - 25%. Последний прием пищи должен быть не позже чем за 2 часа до сна.

Лекция 4

ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Гериатрическая помощь - это долговременная медико-социальная помощь пациентам, страдающим хроническими заболеваниями с частичной или полной утратой способности к самообслуживанию.

Помощь оказывается в домах-интернатах психоневрологических интернатах. Возможно появление домов социального назначения и создание гериатрических центров в крупных городах.

Важную роль в оказании помощи пациентам старшей возрастной группы отводят медицинским сестрам.

Гериатрический сестринский процесс - это систематизированный подход к организации мероприятий для решения проблем пациента, а также профилактики заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.

Сбор информации у пациентов бывает затруднен из-за нарушения памяти, снижении интеллекта, невосприятости медицинского персонала.

Определение целей и построение плана сестринских вмешательств также затруднительно из-за множества проблем пациента.

Задачи исследования гериатрического пациента:

1. Выявить особые потребности пациента по социально-демографическим и медико-социальным параметрам.
2. Определить тип, состав семьи, ее социальный и материальный статус.
3. Уточнить возможность пациента к самообслуживанию с целью выявления нужды в посторонней помощи.
4. Определить круг лиц, способных оказать эту помощь.
5. Оценить психологическую атмосферу в семье.
6. Разработать план медико-социальных мероприятий в семье.

Основная работа медицинской сестры в гериатрическом отделении:

1. Оказание помощи при нарушении основных жизненных потребностей.
2. Советы родственникам и их обучение элементам ухода.
3. Защита интересов пациента. Четкое выполнение назначений врача.

4. Контроль за эффективностью медикаментозного лечения.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

1. Особенности течения заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста.
2. Особенности действия лекарственных препаратов у пациентов пожилого и старческого возраста.
3. Почему может быть снижена эффективность применения лекарственных препаратов и как этого избежать.
4. Почему бывает нежелательно госпитализировать пациентов пожилого и старческого возраста.
5. Особенности опроса пациентов пожилого и старческого возраста.
6. Какова профилактика безопасного передвижения этих пациентов.
7. Перечислите какие могут быть осложнения у таких больных, если им необходимо соблюдать постельный режим.
8. Особенности питания больных пожилого и старческого возраста.
9. Дать определение что называется «гериатрией».
10. Определите задачи исследования гериатрического пациента.
11. Особенности работы медсестры в гериатрическом отделении.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №1

Тема 1: СТАРЕНИЕ И БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.

Возрастные изменения в дыхательной системе у пожилых больных:

1. После 60-ти лет отмечаются дегенеративно-дистрофические изменения костно-мышечного скелета грудной клетки.
2. Снижение кашлевого рефлекса, нарушение дренажной функции бронхов.
3. Атрофия мышечного слоя бронхов.
4. Снижение насыщения кислородом артериальной крови.

ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ - это хроническое воспалительное заболевание бронхов, сопровождается постоянным кашлем с отделением мокроты в течение двух и более лет.

Этиология.

1. **Инфекция** - в пожилом и старческом возрасте преобладает пневмококк и гемофильная палочка.
2. **Курение.**
3. Не долеченные острые бронхиты, пневмонии, туберкулез.
4. Профессиональная вредность.

Клиника.

1. У пожилых людей клиника этого заболевания часто вначале протекает бессимптомно, в поздней стадии клиника меняется.
2. Интоксикация организма (снижение или отсутствие аппетита, повышение температуры тела, потливость) выражена незначительно.
3. Преобладает сонливость, головная боль, нарушение психики.
4. Основные симптомы:
 - кашель* (по утрам, затем кашель постоянно, усиливается в холодное и сырое время года, уменьшается в сухое и теплое время года), но может отсутствовать при заболеваниях ЦНС (инсульт, болезнь Альцгеймера;
 - мокрота;*
 - одышка.*
5. Особенностью обострения хронического бронхита в пожилом и старческом возрасте является декомпенсация сопутствующей патологии, что служит причиной запоздалого распознавания и несвоевременного лечения хронического бронхита.

Лечение.

1. Восстановление бронхиальной проходимости:
 - бронхоспазмолитики;
 - мукалитики.
2. Антибактериальная терапия.
3. Лечебная физкультура.
4. Общеукрепляющее лечение - физиотерапия, витамины, массаж.

Немедикаментозная терапия.

1. Кислородотерапия - с помощью носовых канюль, простой лицевой маски.

2. Тренировка дыхательной мускулатуры - дыхательная гимнастика.
3. Для усиления отхаркивающего эффекта используют массаж грудной клетки.
4. Строгий контроль за выполнением данных рекомендаций в силу снижения памяти, интеллекта, неадекватности реакции.
5. Своевременное выявление побочных эффектов при отмене препарата или снижении его дозы.

Профилактика рецидивов хронического бронхита.

1. Регулярное наблюдение участкового терапевта.
2. Строгое соблюдение прописанного врачом лечения.
3. Проведение профилактического лечения во второй половине сентября до начала ноября, а также во второй половине февраля до конца марта.
4. Проведение бесед участковой медсестрой о здоровом образе жизни:
 - отказ от курения;
 - избегать общества курящих людей;
 - применять антиоксиданты.
5. При частых обострениях рекомендуется проведение вакцинопрофилактики. Применяется бронховаксон, бронхоимунал.

ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

После 60 лет пневмонии возникают в 2-2,5 раза чаще чем у остального населения и занимают 4-е место среди причин смерти.

Возбудители:

- бактерии: пневмококки, стрептококки;
- вирусы, микоплазмы, грибы.

Острые пневмонии	
<u>Первичные</u> без признаков легочной патологии	<u>Вторичные</u> - на фоне хронических заболеваний легких; - осложнения

	инфекционных заболеваний, вирусные заболевания, травмы, операции.
--	---

Предрасполагающие факторы болезни.

1. Хронические заболевания легких.
2. Ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность.
3. Сахарный диабет.
4. Злокачественные новообразования.
5. Хронические инфекции мочевых путей.
6. Снижение физической активности, постоянное нарушение легочной вентиляции.
7. Медикаментозная терапия, длительно проводимая, вызывает иммунодепрессии организма.
8. Частое проживание в интернатах и больницах.

Клиника.

1. Температура слабо выражена, отсутствие боли в груди, отсутствие озноба.
2. Кашель может отсутствовать.
3. Присутствуют слабость, потеря аппетита, снижение работоспособности.
4. Появление и усиление одышки.
5. Нарушение со стороны ЦНС: апатия, сонливость, заторможенность, спутанность сознания.

Лечение.

- Своевременное начало антибактериальной терапии.
 - Отхаркивающие и муколитические препараты.
 - Обильное питье.
 - Симптоматическая терапия: оксигенотерапия, анальгетики, кардиотонические, мочегонные средства.
1. При нормальной температуре тела - физиологическое лечение, массаж грудной клетки, лечебная физкультура.

Профилактика пневмонии.

Рекомендуется проведение профилактических прививок против пневмонии.

Для этого используется противогриппозная 23-валентная вакцина, пневмококковая вакцина.

Советы медицинской сестры.

КАШЕЛЬ

Воспаление дыхательных путей приводит к образованию слизи, которая отхаркивается в виде мокроты.

1. Для предупреждения развития кашля *необходимо*:
 - избегать курящих людей, нахождения в прокуренном помещении.
2. Необходимо правильное питание. В питание нужно включать продукты стимулирующие иммунитет:
 - цитрусовые, овощи (редька, чеснок, морковь, облепиха, репа).
3. Регулярная гимнастика (по методике Стрельниковой).
4. При кашле необходимо принимать средства, вызывающие разжижение и отделение мокроты.
5. Необходимо пить большое количество теплой жидкости (минеральная вода, чай с черной смородиной, фруктовый сок).
6. Фитотерапия:
 - чай из семян тимьяна, корня алтея, укропа.
 - при сухом кашле - отвары медуницы, багульника.
7. Ароматерапия:
 - ингаляции с эвкалиптовым и мятным маслом;
 - смочить платок этими маслами и прикладывать к носу во время ночного кашля.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Этапы	План сестринских мероприятий
1	2

<p>I этап - обследование пациента и сбор информации о состоянии здоровья</p>	<p>Необходимо установить психологический контакт с пациентом, заручиться его доверием, ободрить пациента, создать у него хорошее настроение. В значительной мере это достигается в тех случаях, когда пациент ощущает участие медицинской сестры в его судьбе, видит внимание, заинтересованность и желание прийти ему на помощь. Медицинская сестра должна умело, осторожно и в деликатной форме проводить расспрос.</p>
<p>II этап - определение проблем пациента и формулировка сестринского диагноза</p>	<p>Проблемы пожилого пациента с заболеваниями органов дыхания:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>кашель с мокротой</i> (приступ кашля может провоцироваться изменением положения тела); • <i>одышка</i> (при физической нагрузке или в покое, обусловленная хронической обструктивной болезнью легких); • <i>кровохарканье</i>, пугающее больного (наблюдается преимущественно в фазу обострения или после физических нагрузок). <p>При обострении процесса пациенты предъявляют жалобы на слабость, недомогание, снижение аппетита, потливость, субфебрильную температуру, тупые боли в грудной клетке на вдохе, что свидетельствует об <i>интоксикационном синдроме</i>.</p>
<p>III этап - планирование сестринского ухода</p>	<p>Устранить симптомы заболевания, обеспечить полноценный уход и наблюдение за пациентом, предотвратить ухудшение состояния пациента.</p>
<p>IV этап - реализация сестринского ухода</p>	<p>При кашле с мокротой: больного необходимо обеспечить индивидуальной плевательницей, заполненной на $\frac{1}{4}$ дезинфицирующим средством, обучить гигиене кашля, рекомендовать занимать дренажные положения 3-4 раза в день по 30 минут (поза «ищущего тапочки под кроватью», положение Квинке).</p> <p>При одышке: обеспечить пациенту психоэмоциональный и</p>

	<p>физический покой, возвышенное положение головного конца кровати, доступ свежего воздуха, оксигенотерапию, выполнение врачебных назначений.</p> <p>При боли в грудной клетке: положение на больном боку.</p> <p>При кровохарканье: пациента необходимо обеспечить индивидуальной плевательницей, заполненной на $\frac{1}{4}$ дезинфицирующим средством, обучить гигиене кашля, обеспечить прием кровоостанавливающих средств в соответствии с врачебными назначениями.</p>
<p>V этап - оценка эффективности оказанной помощи</p>	<p>Медицинская сестра должна осуществлять динамическое наблюдение за пациентом, оценивать изменения в состоянии здоровья через определенное время и фиксировать результаты в сестринской истории болезни.</p>

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. Пациентка Г., 65 лет, заболела через 3 суток после операции по поводу калькулезного холецистита. Жалуется на одышку, резкую общую слабость, боли в грудной клетке справа, усиливающиеся при вдохе и кашле; кашель с небольшим количеством слизистой мокроты.

При объективном исследовании: температура тела - $37,1^{\circ}\text{C}$, лицо гиперемировано. Частота дыхательных движений - 30 в 1 минуту. При аускультации - над легкими везикулярное дыхание, слева в нижней доле выслушивается крепитация, при перкуссии здесь же определяется укорочение перкуторного звука. Пульс - 110 ударов в 1 минуту, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены. АД - 140/60 мм рт. ст.

1. Назовите предполагаемое заболевание.
2. Перечислите факторы, способствующие развитию данного заболевания.
3. Определите степень тяжести состояния пациентки.

Задача 2. Пациент Н., 60 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на кашель со слизисто-гноной мокротой, одышку, сердцебиение. Из анамнеза известно, что больным себя считает 10 лет, курит около 20 лет.

При объективном исследовании: температура тела - 37,5⁰С. Частота дыхательных движений - 24 в 1 минуту. При аускультации - над легкими везикулярное дыхание ослаблено, выслушиваются сухие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены. Пульс - 92 удара в 1 минуту, ритмичный. АД - 145/80 мм рт.ст.

1. Назовите предполагаемое заболевание.
2. Перечислите необходимое дополнительное обследование.
3. Составьте план сестринского ухода.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Перечислите основные изменения в дыхательной системе у пожилых больных.
2. Каковы особенности течения хронического бронхита у пациентов пожилого и старческого возраста.
3. Цель немедикаментозной терапии при лечении хронического бронхита.
4. Какова профилактика хронического бронхита.
5. Предрасполагающие факторы развития пневмонии у больных пожилого и старческого возраста.
6. Составьте план беседы с пациентом, у которого кашель и дайте ему рекомендации.

Тема 2: БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Старение сердечно-сосудистой системы является постоянным и необратимым процессом.

На старение сердечно-сосудистой системы влияют 3 фактора:

- ***Физиологический*** - вызванный временными изменениями.

- **Патологический** - результат хирургических и врачебных вмешательств в течение всей жизни.
- **Финальные изменения** - результат заболеваний в течение всей жизни.

С возрастом увеличивается частота ряда заболеваний сердечно-сосудистой системы:

- Сердечная недостаточность.
- ИБС- ишемическая болезнь сердца.
- Нарушение ритма (мерцательная аритмия, блокада сердца).
- Артериальная гипертензия.
- Инфекционный эндокардит.

Все эти заболевания вызваны такими факторами, как...

- курение
- повышенный уровень холестерина в крови
- повышенное артериальное давление
- снижение физической активности.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (ИБС) - это группа заболеваний, в основе которых лежит нарушение коронарного кровообращения сердца.

К ИБС можно отнести такие заболевания как:

- * стенокардия,
- * инфаркт миокарда,
- * нарушения ритма и проводимости сердца.

СТЕНОКАРДИЯ - болевой синдром, возникающий за грудиной или в области сердца:

- * боль,
- * сжатие,
- * дискомфорт,
- * давление,
- * жжение.

Этиология.

1. Атеросклероз коронарных артерий.
2. Спазм неизменных артерий.

3. Тромбоз или тромбоэмболия коронарных артерий.

В пожилом и старческом возрасте выделяют стенокардию, связанную с другими заболеваниями.

Выделяют *стабильную* и *нестабильную* стенокардию.

При *стабильной* стенокардии происходит стойкое, не прогрессирующее атеросклеротическое сужение коронарных артерий.

При *нестабильной* - быстрый рост атеросклероза коронарных артерий.

Выделяют также:

- * стенокардию напряжения
- * впервые возникшую
- * спонтанную

У пациентов старше 60 лет чаще выделяют стабильную стенокардию.

Клиника.

1. Болевой синдром типичный (т.е. сдавливание, стеснение за грудиной или в области сердца).
2. Тяжесть в левой половине грудной клетки.
3. Иррадиация боли в челюсть, шею, кисть.
4. Часто связана с повышением АД.
5. В пожилом и старческом возрасте провоцировать боль могут...
 - * метеорологические факторы (изменение атмосферного давления)
 - * обильная и жирная пища.
6. Учащенное дыхание, пульс, аритмия, бледность кожи.
 - * избыточная масса тела
 - * извилистость сосудов на висках.

Лечение.

1. Диета №10.
2. Нитроглицерин - для снятия приступов стенокардии. Действие наступает через 4-5 минут. При приеме нитроглицерина могут возникнуть резкие головные боли, головокружение. Можно приобрести баллончик (аэрозоль с нитроглицерином, 1 нажатие соответствует ½ таблетки нитроглицерина).
3. Назначают препараты пролонгирующего действия:

- * молочинкве
- * изокетак
- * изомак
- * нитрокор

Возможность побочных явлений у пациентов старше 60-ти лет выражена сильней, чем в среднем возрасте.

4. Препараты β - блокаторы:

- * анаприлин
- * конкор

5. Антагонисты кальция:

- * верапамил
- * нифедипин

6. Препараты, понижающие свертываемость крови:

- * аспирин
- * кардиомагнил
- * тромбо - АСС

7. Успокаивающие сборы трав, транквилизаторы (элениум, реланиум, седулин).

8. Физиолечение, лазерная терапия, хирургическое лечение.

Санаторно-курортное лечение.

Медицинская сестра должна проводить беседу о здоровом образе жизни:

- соблюдение лечебной диеты №10
- физические упражнения
- изменение образа жизни.

Пожилые люди склонны не принимать таблетки, занижать самостоятельно их дозу. Они попадают под воздействие средств массовой информации или знакомых, которые им предлагают свои средства лечения.

Медсестра проводит строгий контроль за проведением назначенного лечения и в меру своих знаний объясняет правильность этого лечения.

Профилактика стенокардии - регулярное наблюдение у кардиолога и терапевта.

Памятка пациенту, страдающему приступами стенокардии.

1. Положить под язык таблетку нитроглицерина.
2. Открыть форточку или включить вентилятор
3. Расстегнуть одежду на груди
4. Сесть в удобную позу и расслабиться:
 - * сделать глубокий вдох, задержать дыхание. Сделать выдох, полностью расслабиться.
 - * закрыть глаза и вызвать какое-либо приятное воспоминание.
 - * сделать вдох, обняв себя руками крест-накрест, сжав за плечи как можно сильнее, сделать выдох, расслабиться.
 - * полежать в постели - расслабиться.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Этапы	План сестринских мероприятий
1	2
I этап - обследование (сбор субъективных данных)	Для расспроса пожилого пациента нужно больше времени, следует учитывать нарушения слуха, зрения, замедленность реакции. При осмотре медицинская сестра должна обращать внимание: <ul style="list-style-type: none">* на положение пациента (активное, пассивное, вынужденное);* наличие одышки;

	<ul style="list-style-type: none"> * выражение лица; * цвет кожных покровов, губ (цианоз, бледность); * наличие отеков. * При объективном исследовании оцениваются: * характер пульса (тахикардия, брадикардия, слабое наполнение и напряжение); * изменение АД (снижено, повышено).
<p>II этап - определение проблем пациента и формулировка сестринского диагноза</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Боли в сердце (локализация, условия появления, характер, интенсивность, продолжительность иррадиация, сопровождающие боли ощущения, обстоятельства, при которых они проходят, поведение больного во время приступа). * Нарушение потребности дышать- одышка. удушье, непродуктивный кашель (в результате накопления в легких вязкой мокроты). * Тахикардия и слабость пульса вследствие развития сердечной недостаточности. * Акроцианоз вследствие гипоксии при развитии сердечной недостаточности.
<p>III этап - определение целей и планирование сестринского ухода</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Купировать болевой приступ в течение 20 минут * Купировать одышку. * Постоянно наблюдать за состоянием пациента. * Нормализовать АД и частоту пульса. * Нормализовать цвет кожных покровов.
<p>IV этап - реализация сестринского ухода</p>	<p>При купировании болевого приступа: провести доверительную беседу с пациентом, обеспечить покой, измерить АД, дать под язык таблетку нитроглицерина, приготовить до прихода врача: 2 мл 50% раствора анальгина, 1 мл 1% раствора димедрола.</p> <p>При купировании одышки: придать пациенту удобное сидячее</p>

	<p>положение с возвышенным изголовьем (положение Фаулера), обеспечить приток свежего воздуха, провести оксигенотерапию.</p> <p>При наблюдении за состоянием пациента: контролировать частоту дыхательных движений, пульс, АД.</p> <p>Для нормализации АД, пульса, цвета кожных покровов: выполнять назначения врача, наблюдать за пациентом в период купирования приступа, проводить повторные ингаляции кислорода.</p> <p>Обеспечить проветривание и кварцевание палаты (2 раза в день), проверять работу кислородного аппарата.</p>
<p>V этап - оценка эффективности оказанной помощи</p>	<p>Если план не выполнен, медицинская сестра продолжает оказывать помощь, согласуя свои действия с врачом. Если болевой приступ купирован и проблемы пациента полностью решены, медицинская сестра проводит беседу с пациентом по соблюдению режима труда и отдыха, правильного питания, рекомендует посещение «школы для больных заболеваниями сердца».</p>

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. Больной С., 62 года, жалуется на сжимающую боль за грудиной, возникающую периодически при физической нагрузке. Боль впервые появилась 4 месяца назад, затем повторялась несколько раз. Не лечился. Последний приступ был более интенсивным, продолжался до 10 минут, поэтому больной обратился в поликлинику.

При объективном исследовании: состояние удовлетворительное. Пульс - 86 ударов в 1 минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные, чистые. АД - 130/80 мм рт. ст.

На ЭКГ: изменений не выявлено.

1. Назовите проблемы пациента.
2. Определите цель сестринского вмешательства.
3. Составьте образовательную программу для пациента.

Задача 2. Больной С., 68 лет, пенсионер, пришел в поликлинику по вызову для прохождения флюорографии. В кабинете флюорографии пожаловался медсестре на сжимающую боль в области сердца с иррадиацией в левую руку. Болевой приступ начался внезапно при ходьбе.

При объективном исследовании: кожные покровы бледно-розовой окраски. Число сердечных сокращений - 102 удара в 1 минуту, пульс ритмичный. Тоны сердца приглушены. АД - 160/90 мм рт. ст. Частота дыхательных движений - 25 в 1 минуту. В легких дыхание везикулярное.

1. Назовите проблемы пациента.
2. Определите цель сестринских вмешательств.
3. Перечислите неотложные сестринские вмешательства.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Перечислить наиболее часто встречающиеся заболевания сердечно-сосудистой системы у пожилых больных.
2. Факторы риска возникновения этих заболеваний.
3. Этиология стенокардии и клиника течения.
4. Какие лекарственные препараты назначает врач для лечения этого заболевания.
5. Проведите беседу с пациентом, страдающего приступами стенокардии.
6. Какова неотложная доврачебная помощь при болях в сердце.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №2

Тема 1: ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

В процессе старения происходит перестройка гормонального фона. Период интенсивных изменений гормонального фона начинается с 45-60 лет.

Выделяют три механизма эндокринного дисбаланса:

- снижение секреции гормонов на периферии. Сохраняется только функция гипофиза, щитовидной железы и коры надпочечников.
- резкое снижение гормональной активности эндокринных желез.
- изменение чувствительности органов - мишеней к некоторым гормонам, в частности к половым гормонам или кортикостероидам.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Эндокринное заболевание, обусловленное абсолютной или относительной инсулиновой недостаточностью, это приводит к нарушению всех видов обмена веществ.

С возрастом снижается функция поджелудочной железы, изменяется активность инсулина и чувствительность рецепторов к нему. Пик заболеваемости 45-60 лет.

Этиология.

Сахарный диабет	
Первичная недостаточность инсулина	Вторичный
1. Наследственная неполноценность островкового аппарата поджелудочной железы 2. повреждение поджелудочной железы 3. Склероз сосудов железы	1. Повышенная инактивация (содержание) инсулина.

Классификация сахарного диабета.

1. Сахарный диабет:

диабет 1-го типа - (инсулинозависимый).

диабет 2-го типа - (инсулиннезависимый).

А. - у лиц с нормальной массой тела.

Б - у лиц с ожирением.

2. Диабет обусловленный недостаточным питанием (трофическим).

3. Нарушение толерантности к глюкозе.

- А. у лиц с нормальной массой тела
- Б. у лиц с ожирением.

По степени тяжести:

- Легкая - глюкоза крови не выше 7,77 ммоль/л
- средняя - глюкоза не выше 12,21 ммоль/л
- тяжелая - выше 12,21 ммоль/л

Клиника.

Возникновение сахарного диабета медленное в течение нескольких лет без характерных клинических проявлений.

У пожилых симптомы плохо выражены. Встречается:

- резкое повышение аппетита.
- уменьшение массы тела
- умеренная жажда
- зуд кожи
- сухость слизистых (часто расценивают как фарингит, вульвит)
- появление гнойничковых заболеваний кожи
- частые инфекции мочевыводящих путей.

Осложнения

- снижение остроты зрения.
- распространенный и ранний атеросклероз.
- артериальная гипертензия
- инсульт
- инфаркт миокарда
- отмечается нарушение болевой и тактильной чувствительности по типу «носков и перчаток»
- неврологические нарушения
- диабетическая стопа.

Снижение чувствительности, вплоть до полного ее отсутствия, не дает больному вовремя заметить травму и присоединение инфекции, что приводит к ампутации.

- диабетическая нефропатия, при позднем диабетическом синдроме, приводит к почечной недостаточности.
- атония мочевого пузыря.
- гастропатия.
- рвота пищей, съеденной накануне.
- возникновение диареи, чаще в ночное время.
- диабетическая энцефалопатия - проявления нарушений психической деятельности:
 - повышение утомляемости
 - апатия
 - раздражительность
 - нарушение сна
 - плаксивость

Чаще наблюдается у женщин в возрасте 60-70 лет.

Лечение.

Компенсация нарушенного обмена веществ.

1. Диета №9

Заменитель сахара.

2. Физическая активность.

3. Препараты сульфаниламочевины при диабете 2 типа средней тяжести.

4. Показаниями для инсулинотерапии является: отсутствие эффекта от диеты и пероральных сахароснижающих средств, а также наличием противопоказаний для них.

Желательно применять высокоочищенный или человеческий инсулин.

5. Фитотерапия.

Используются около 150 лекарственных трав. Они содержат гипогликемические вещества - *глюкокинины*.

- настойка лимона
- экстракт левзеи, жидкий

- экстракт радиолы, жидкий
- настойка аралии
- лист и побеги черники
- стручковая фасоль
- овес
- корень одуванчика
- корень лопуха, цикория
- лист брусники и крапивы
- грецкий орех, капуста, лавровый лист

ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И КОМА

Причиной чаще является несвоевременный прием пищи.

Симптомы:

- слабость, дрожь, холодный пот, сердцебиение, чувство голода, побледнение или покраснение лица, головная боль.

Без оказания помощи возникает **кома**:

- потеря сознания, которому предшествуют беспокойство и судороги. В пожилом возрасте может закончиться смертью.

Помощь.

- Что-то съесть (печенье, булка, сладкий чай).
- При развитии комы внутривенно ввести 40% глюкозу.
- Срочная госпитализация.

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ КОМА

Ей предшествуют:

- психические и физические травмы
- хирургическое вмешательство
- острые инфекции
- инфаркт, инсульт, пневмония
- в крови повышен уровень глюкозы.

Отмечается резкая слабость, сонливость, головная боль, потеря аппетита, тошнота, рвота, ацетоноурия.

В выдыхаемом воздухе определяется запах ацетона, уровень глюкозы в крови выше 16,65, это предкоматозное состояние.

Через 1-3 дня может развиться кома:

- потеря сознания
- кожа розовая, сухая
- шумное, глубокое дыхание
- живот вздут, напряжен
- непроизвольное мочеиспускание.

Лечение.

1. Борьба с дегидратацией организма - в/в капельное вливание физиологического раствора
2. Обязательная госпитализация
3. Лечение инсулином короткого действия
4. Применение сердечных гликозидов, кофеин.

Осложнение - опасность отека мозга.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. Пациент Р., 67 лет, обратился с жалобами на общую слабость, сухость во рту, зуд кожных покровов, боли, онемение в конечностях в течение нескольких месяцев.

В анамнезе: артериальная гипертензия, ожирение.

При объективном исследовании: глюкоза в крови 12 ммоль/л.

1. Какое заболевание эндокринной системы у пациента можно диагностировать?
2. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
3. Составьте план сестринского ухода.

Задача 2. У больной Т., 72 года, длительно страдающей сахарным диабетом 2-го типа, после интенсивной физической нагрузки на дачном участке внезапно появилась общая слабость, потливость, дрожь, чувство голода.

При объективном исследовании: больная возбуждена, кожные покровы влажные. Пульс - 98 ударов в 1 минуту, ритмичный. АД - 140/90 ммрт. ст. В легких дыхание везикулярное. Частота дыхательных движений - 19 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

1. Развитие какого состояния у больной можно предположить?
2. В чем заключается неотложная доврачебная помощь?
3. Какие рекомендации по соблюдению лечебного режима и диеты следует дать больной?

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. В чем причина гормонального дисбаланса у пациентов пожилого и старческого возраста.
2. Дайте классификацию сахарного диабета.
3. Каковы осложнения при сахарном диабете.
4. Какая фитотерапия может быть назначена лечащим врачом.
5. Перечислите симптомы гипогликемической комы и окажите помощь.
6. Симптомы диабетической комы и какое лечение назначает врач.

Тема 2: СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ГЕРИАТРИИ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЖКТ

Изменения системы органов пищеварения при старении организма.

1. Ротовая полость.

- * объем ротовой полости уменьшается
- * атрофия верхней челюсти опережает атрофию нижней
- * затруднение жевания пищи из-за нарушения прикуса
- * сухость во рту
- * трещины языка и губ

2. Пищевод.

- * удлиняется и искривляется
- * уменьшается количество секреторных клеток
- * снижается тонус мускулатуры нижнепищеводного сфинктера.

3. Поджелудочная железа.

- * происходит гибель ацинозных клеток, разрастание вместо них соединительной ткани, увеличение жировой ткани.

4. Печень.

- * уменьшение массы печени
- * снижение антитоксичной функции печени.

5. Желчный пузырь.

- * увеличивается в объеме
- * риск развития дискинезии желчевыводящих путей, желчекаменная болезнь.

6. Кишечник.

- * общая длина увеличивается
- * атрофические изменения в стенке тонкой кишки
- * изменения микрофлоры кишечника.
 - уменьшается число молочно-кислых бактерий
 - увеличивается число гнилостных бактерий
 - увеличивается число эндотоксинов
 - нарушаются функции кишечника.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

-это хроническое рецидивирующее заболевание желудка и двенадцатиперстной кишки.

Одной из особенностей болезни в настоящее время является «постарение» за счет рецидивов болезни в пожилом и старческом возрасте.

Выделяют три формы язвенной болезни:

- язвенная болезнь, начавшаяся до периода наступления старости - *длительнотекущая*.
- язвенная болезнь, возникшая после 60 лет - *поздняя* язвенная болезнь.
- *старческие язвы*.

Этиология.

- Основным возбудителем являются хеликобактерии (90%).
- острые и хронические эмоциональные стрессы.
- злоупотребление кофе, алкоголем, курением, влияние лекарственных средств (аспирин и нестероидные противовоспалительные средства).

Классификация.

по характеру течения:

- * впервые выявленная
- * латентное течение
- * легкое течение
- * средней тяжести
- * тяжелое

Размеры: малая - 0,5см, большая - 1 см, гигантская - более 3 см, поверхностная, глубокая - более 0,5 см в глубину.

Осложнения:

- * желудочно-кишечное кровотечение
- * перфорация
- * стеноз привратника

Язвенная болезнь начинающаяся до наступления старости - *длительнотекущая*.

Клиника.

- более тяжелое течение

- обострения более частые, длительные и упорные
- снижен уровень болевого синдрома.

Жалобы:

- снижение аппетита, - похудание, - запоры, - анемии.

Язвенная болезнь после 60 лет (поздняя) возникает на фоне хронического гастрита или перенесенной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Особенности:

заболевание прогрессирует, рецидивы непрерывные и длительные, сопровождаются стойким болевым синдромом, наличием длительно незаживающих язв с развитием осложнений.

«Старческие язвы»

Гастродуоденальные язвы, впервые возникшие в возрасте старше 80 лет.

Особенности: острое начало, стертая и малотипичная симптоматика, интенсивный болевой синдром, отсутствие связи с приемом пищи, диспепсические расстройства.

Лечение.

Разделяют на два направления:

- лечение в активной фазе
- лечение, предупреждающее рецидивы.

Лечение в активной фазе.

- подавление хеликобактериальной инфекции (де-нол, амоксициллин, кларитромицин, метронидазол).

Лечебный режим: нестрогий постельный режим в течение 7-10 дней, психический и физический покой.

Лечебное питание: Диета №1а, 1б, 1.

В пожилом возрасте из-за снижения кислотности желудка ограничивать молочные блюда.

Лечение эндоскопическим методом - ЭФГДС.

Фитотерапия: семя льна, сок свежей капусты.

Минеральные воды: «Боржоми», «Ессентуки -4», слегка подогретые, без газа.

Физиотерапия: ГБО - уменьшение гипоксии тканей, ускоряется процесс заживления язвенных дефектов.

При лечении пожилых пациентов необходимо стремиться к минимальному применению лекарственных препаратов.

Работа медицинской сестры:

- следить за диетой
- постановка клизм, т.к. запор будет частым симптомом заболевания.

ЗАПОР - задержка стула более чем на 48 часов.

Главные факторы запора:

- длительность потуг
- консистенция каловых масс
- число дефекаций в неделю

Различают: острый запор:

- * запор без аномалий толстой кишки (неправильный образ жизни, питание)
- * «идиопатический запор» - медленный кишечный транзит.
- * алиментарный - питание рафинированной пищей без шлаков (при неподвижном образе жизни).
- * связан у пожилых с дефектом жевательного аппарата.
- * частое употребление молока.

Хронический запор:

- * снижение моторики желудка,
- * недостаток физической активности,
- * нарушение структуры толстой кишки (анальные трещины, геморрой).

Воспалительный запор возникает на фоне воспалительных заболеваний кишечника.

Механический - при злокачественном заболевании кишечника.

У пациентов после 60 лет запоры возникают вследствие нескольких причин и носят стойкий и упорный характер.

Клиника.

1. Местные симптомы: вздутие, распирающие боли живота, боли различного характера, ложные позывы, чувство неполного опорожнения кишечника, отсутствие удовлетворения после стула.
2. Общие симптомы: одни пациенты чувствуют себя хорошо, другие при отсутствии стула в течение двух суток отмечают плохое настроение, раздражительность, озноб без повышения температуры тела.

Запор у пожилых людей (особенно у мужчин) почти всегда связан с геморроем. С годами такие больные, разуверившиеся в излечении, становятся раздражительными и имеют угрюмый вид, так называемое «лицо геморроидального больного».

Лечение.

1. Лечебное питание:

- * повышенное количество пищевых волокон,
- * употребление сырых и вареных овощей (свекла, морковь, тыква, чернослив, курага);
- * увеличение выпиваемой жидкости;
- * натощак по утрам стакан холодной воды;
- * введение в пищу отрубей.

2. Физкультура - ЛФК

3. Лечение дисбактериоза

4. Слабительные средства

5. Очистительные клизмы (1 раз в неделю).

6. Фитотерапия

7. Физиотерапия

8. Лечение минеральными водами.

ПИЩЕВАРЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Этапы	План сестринских мероприятий
1	2
<p>I этап - обследование пациента и сбор информации о состоянии здоровья</p>	<p>Необходимо установить психологический контакт с пациентом. Больной должен ощущать теплое участие медицинской сестры в его судьбе, видеть желание прийти ему на помощь. Тщательно провести расспрос пациента. В работе с геронтологическими пациентами нужны терпение и соблюдение профессиональной этики.</p>
<p>II этап - определение проблем пациента и формулировка сестринского диагноза</p>	<p>Проблемами пациента с заболеваниями желудочно-кишечного тракта являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • нарушение акта глотания и прохождения пищи по пищеводу (дисфагия); • боли в животе (локализация болей в определенной степени указывает на пораженный орган), характер и постоянство, связь боли с приемом пищи, интенсивность, иррадиация болей весьма важные и информативные признаки; • изжога, отрыжка, тошнота, рвота, кровавая рвота; • плеск, урчание, вздутие живота вследствие усиленного газообразования (метеоризм); • поносы или запоры, кровавый стул; • расстройства дефекации (болезненность, ложные позывы) • общие симптомы: снижение аппетита, похудание (истощение вплоть до кахексии), повышенная утомляемость, сниженная работоспособность, различные невротические расстройства (раздражительность нарушение сна и др.).
<p>III этап - определение целей и планирование</p>	<p>Устранить симптомы заболевания, организовать питание, обеспечить полноценный уход и наблюдение за пациентом, предотвратить ухудшение состояния пациента. При планировании сестринского ухода необходимо выделить</p>

сестринского ухода	приоритетные проблемы пациента. Приоритетными проблемами больного пожилого и старческого возраста с заболеваниями желудочно-кишечного тракта являются: боли в животе, изжога, отрыжка, тошнота, рвота, кровавая рвота, метеоризм, поносы или запоры, кровавый стул, дисфагия.
IV этап - реализация сестринских вмешательств	<ul style="list-style-type: none"> • Ознакомление с режимом отделения, режимом питания • Выполнение врачебных назначений для улучшения состояния пациента; выполнение инъекций, инфузий, постановка очистительной, сифонной, лекарственной клизм, газоотводной трубки при необходимости; мониторинг Рs, АД, ЧДД, температуры тела; наблюдение за состоянием кожных покровов и слизистых оболочек, контроль приема препаратов. • Подготовка больных к исследованиям: плановая эзофагогастродуоденоскопия, рентгенологическое исследование желудка, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ректороманоскопия, фиброколоноскопия, ирригоскопия, фракционное исследование желудочной секреции, дуоденальное зондирование, методы исследования кала. • Уход при симптомах заболеваний. • Беседа с пациентом и его родственниками о данном заболевании и предстоящем лечении. • Беседа о здоровом образе жизни, правильном питании, необходимости исключения вредных привычек. • Оказание экстренной доврачебной помощи при острых состояниях.
V этап - оценка эффективности оказанной помощи	Медицинская сестра должна осуществлять динамическое наблюдение за пациентом, оценивать изменения в состоянии здоровья через определенное время и фиксировать результаты в сестринской истории болезни.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача. Пациентка С., 65 лет, жалуется на боли в эпигастральной области, возникающие через 20-30 минут после еды, ночные боли, изжогу, вздутие живота, запоры в течение последней недели.

В анамнезе: язвенная болезнь желудка, ИБС.

При объективном исследовании: кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. АД -140/80 мм рт. ст. Пульс - 84 уд/мин., ритмичный. Частота дыхательных движений - 18 в 1 минуту.

Язык влажный, у корня обложен белым налетом. При пальпации живот мягкий, незначительная болезненность в эпигастральной области.

1. Какое заболевание можно предположить у больной?
2. Какие дополнительные методы исследования помогут подтвердить диагноз?
3. Назовите основные принципы лечения данного заболевания.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

1. Особенности изменений в системе органов пищеварения у пациентов пожилого и старческого возраста.
2. Особенности течения язвенной болезни у пожилых больных.
3. Запоры. Главные факторы возникновения запоров.
4. Клиника запора.
5. Проведите беседу с пациентом по профилактике возникновения запоров.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №3

Тема: ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Изменения опорно-двигательного аппарата.

Мышцы.

Уменьшение количества мышечных волокон, увеличение жировых включений в мышечных клетках.

Кости.

Уменьшение содержания минеральных веществ, потеря костной ткани (начинается после 40 лет, ускоряется у женщин в пост менопаузе).

Суставы:

- * Прогрессирующая дегенерация суставного хряща (в том числе межпозвонковых дисков);
- * Уменьшение роста около 5 см в период с 20 до 70 лет.
- * Изменение осанки за счет кифосколиоза.
- * Боль в спине.
- * Риск развития патологических переломов.
- * Проявление прогрессирующего остеоартроза.
- * Боли при движении.

ДЕФОРМИРУЮЩИЙ АРТРОЗ

- это дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов, что приводит к их деформации. Это самая распространенная суставная патология в современном обществе, им болеют 10-20% всего населения. С годами заболевание прогрессирует.

Артрозы делятся на **первичные** и **вторичные**.

Этиология.

1. Дисплазии суставов
2. Нарушение статики - смещение оси тела.
3. Функциональная перегрузка, ведущая к микротравмам хряща.

4. Травмы сустава - внутрисуставной перелом, вывих, контузия.
5. Инфекционный артрит.
6. Наследственность.

Клиника.

Периодически возникает небольшая припухлость в области сустава с повышенной температурой тела, болезненностью при пальпации.

Движения в суставах болезненны.

Боли в суставах при подъеме и спуске с лестницы.

Течение артроза длительное, хроническое с нарастанием симптомов и без резко выраженных обострений.

Постепенно нарастает боль, деформации и тугоподвижность суставов.

Цель лечения:

- избавить пациента от боли.
- улучшить функцию конечностей.

Необходимо:

1. Разгрузка пораженных суставов

- * запрещается длительная ходьба,
- * стояние,
- * ношение тяжестей,
- * не рекомендуются частые спуски и подъемы по лестнице.
- * ходьба чередуется с 5-10 минутами отдыха.

2. Нормализация массы тела (при повышенной массе - снижение массы тела):

- * Гипокалорийная диета,
- * разгрузочные дни,
- * общий массаж.
- Лечение хондропротекторами: румалон, мукартрит.
- Лазерная терапия оказывает симптоматическое обезболивающее действие
- Парафиновые аппликации.

Для уменьшения болевого синдрома необходимо:

1. Применение нестероидных противовоспалительных средств - ибупрофен, вольтарен.
2. Внутрисуставное введение суспензии гидрокортизона, дексаметазона.

3. Физиотерапия: УФО, УВЧ на область пораженного сустава, электрофорез.

4. Аппликации на суставы болеутоляющих и противовоспалительных мазей:

**СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ПАТОЛОГИИ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Этапы	План сестринских мероприятий
1	2
I этап - сестринское обследование	<p>При расспросе пожилого пациента медицинская сестра выясняет сведения о заболеваниях и травмах суставов в предыдущие годы, характере его профессиональной деятельности, занятиях спортом, наличии сахарного диабета, ожирения.</p> <p>Медицинская сестра обращает внимание на:</p> <ul style="list-style-type: none">• положение пациента, подвижность пациента может быть ограничена;• наличие деформации суставов;• объем движений в суставах;• болезненность при движениях в суставах;• наличие признаков воспаления сустава (припухлость, покраснение кожи, местное повышение температуры). <p>При пальпации определяют:</p> <ul style="list-style-type: none">• болезненность в области суставной щели;• крепитацию.
II этап - определение проблем пациента и формулировка сестринского диагноза	<ul style="list-style-type: none">• Хронические боли в суставах (локализация, условия появления, характер, интенсивность, продолжительность, иррадиация, сопровождающие боли ощущения, обстоятельства, при которых они проходят, поведение больного).• Ограничение подвижности суставов и физической активности пациента.• Нарушение сна вследствие боли в суставах

	<ul style="list-style-type: none"> • Потребность пациента и членов его семьи в информации о заболевании, методах его лечения и реабилитационных мероприятиях.
III этап - планирование сестринских вмешательств	<ul style="list-style-type: none"> • Купировать болевой синдром. • Постоянно наблюдать за состоянием пациента.
IV этап - реализация плана сестринского ухода за пациентом	Независимые вмешательства: <ul style="list-style-type: none"> • доверительная беседа с пациентом; • механическая разгрузка пораженных суставов (медсестра объясняет пациенту технику ходьбы, обучает комплексу пассивных движений в суставах, делает массаж, обучает технике расслабления, обеспечивает достаточный отдых, выполняет аппликации на суставы болеутоляющих и противовоспалительных мазей). Зависимые вмешательства: <ul style="list-style-type: none"> • применение назначенных врачом противовоспалительных лекарственных препаратов; • подготовка пациента к внутрисуставному введению лекарственных средств.
V этап - оценка эффективности оказанной помощи	Медицинская сестра выявляет неблагоприятные побочные действия лекарственных средств (возможно появление желудочно-кишечных кровотечений и перфораций, повышение АД, декомпенсация сердечной недостаточности, снижение функции почек), следит за динамикой клинических проявлений заболевания и своевременно информирует об этом врача.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

1. Каковы изменения в системе опорно-двигательного аппарата у лиц пожилого и старческого возраста.

2. Проведите беседу с пациентом для уменьшения болевого синдрома и разгрузки пораженных суставов.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №4

Тема: ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В настоящее время в мире увеличивалось количество больных, страдающих сосудистыми заболеваниями головного мозга в 2,5 раза.

В гериатрической практике чаще **встречается АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ (АЭ).**

Диагноз АЭ устанавливается при наличии симптоматики: головная боль, головокружение, шум в голове, снижение интеллекта, памяти, снижение работоспособности.

Этиология и факторы риска:

Основной причиной АЭ является атеросклероз и гипертоническая болезнь. Соответственно выделяют атеросклеротическую и гипертоническую энцефалопатию.

Важные факторы, ускоряющие развитие заболевания:

- повышенное артериальное давление (более 160/95 мм.рт.ст.)
- гиперхолестеринемия (общий холестерин 5,0 ммоль/л).
- курение.
- заболевания сердца.
- низкая физическая активность
- сахарный диабет
- длительные и частые нервно-психические перенапряжения
- отягощенная наследственность
- алкоголизм.

Клиника.

Выделяют три стадии:

1. Стадия компенсации. Множество жалоб: головная боль, быстрая утомляемость, снижение умственной работоспособности, затруднение перехода от одной деятельности к другой, снижение бытовой памяти, слезливость, рассеянность. Все эти явления не исчезают и после отдыха.
2. Стадия умеренной декомпенсации. Характерно прогрессивное снижение памяти, в том числе и профессиональной. Сужение круга интересов пациента, вязкость мышления, страдает интеллект, отмечается нарушение сна, сонливость в дневное время, периодические головокружения, необычная легкость в теле, неустойчивость при ходьбе.
3. Стадия тяжелой декомпенсации. Резкое снижение всех видов памяти, требуется постоянная посторонняя помощь, отмечается нарушение речи, изменяется голос, шаркающая походка, склонность к падениям, общая скованность, нарушение эмоционального контроля, что приводит к грубым неадекватным поступкам.

Лечение и уход.

Применяется *медикаментозная* и *немедикаментозная* терапия.

К *немедикаментозным* методам относятся: диетотерапия, ЛФК, психотерапия, физиотерапия.

Диетотерапия.

Снижение солей натрия в пище, ограничение наваристых бульонов, отказ от копченостей, крепкого чая, кофе, увеличение в рационе овощей, фруктов, обязательное включение витаминов и минералов.

ЛФК.

Подбор адекватного двигательного режима индивидуален.

Психотерапия -

Включает выработку у пациентов спокойного отношения к заболеванию.

Физиотерапия: электрофорез, электросон, ванны родоновые, хвойные, гидромассаж, магнитотерапия, аэроионная терапия - по Чижевскому.

Профилактика.

- Медицинская сестра обязана проводить беседы с больными о здоровом образе жизни.
- Обсудить диетотерапию, подобрать адекватную физическую нагрузку и разучить комплекс лечебных упражнений.
- Пациентам рекомендуется санаторно-курортное лечение.

СНИЖЕНИЕ ПАМЯТИ

Наступает из-за ухудшения кровоснабжения мозга, а также этому способствует курение, алкоголизм, токсикомания, анемия, гипофункции суставов, желез внутренней секреции, депрессия, синдром хронической усталости, плохое питание.

Профилактика снижения памяти.

- устранить факторы, способствующие снижению памяти
- ежедневная зарядка
- тренировка памяти специальными упражнениями
- старайтесь загружать мозг информацией удобным способом.

Питание.

- Строгий режим питания: есть в одно и тоже время, не переедать, поддерживать стабильный уровень глюкозы в крови.
- Употреблять в пищу цельнозерновые продукты
- Трижды в неделю есть рыбу

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Факторы риска атеросклеротической энцефалопатии.
2. Клиника атеросклеротической энцефалопатии.
3. Проведите беседу с больным атеросклерозом.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. Перечислите особенности течения заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста:

- а) сочетание у одного и того же пациента нескольких заболеваний
- б) скрытое и малосимптомное течение заболеваний
- в) склонность к развитию осложнений
- г) большая выраженность клинических симптомов

2. Укажите особенности действия лекарственных средств у пожилых пациентов по сравнению с лицами молодого возраста:

- а) более быстрое всасывание в пищеварительном тракте
- б) более медленное всасывание в пищеварительном тракте
- в) более быстрое выведение лекарств из организма
- г) более медленное выведение лекарств из организма
- д) более частое развитие побочных и токсических эффектов
- е) более редкое развитие побочных эффектов

3. Определите психологические особенности, характерные для больных пожилого и старческого возраста

- а) частое обращение в разговорах к прошлому
- б) частое обращение в разговорах к настоящему и будущему
- в) снижение памяти на события недавнего времени
- г) повышенная общительность
- д) замкнутость

4. Определите мероприятия, которые Вы считаете наиболее важными при уходе за больными пожилого и старческого возраста

- а) уход за кожными покровами
- б) профилактика запоров
- в) контроль за мочеиспусканием
- г) частая термометрия
- д) лечебная физкультура

- 5. Гериатрия - это область клинической медицины, к которой относится все, кроме:**
- а) болезни старших возрастных групп
 - б) разрабатывающая методы реабилитации и профилактики заболеваний пожилых и старых людей
 - в) определяющая условия проживания пожилых и старых людей
- 6. Определите изменения в желудке, характерные для пожилых пациентов:**
- а) снижение кислотности, уменьшение активности пепсина
 - б) повышение кислотности
 - в) повышение моторики желудка
- 7. Особенности сестринского ухода за кардиологическими пациентами в гериатрии:**
- а) периодическое измерение АД
 - б) при необходимости снятие ЭКГ
 - в) следить за ЧДД и ЧСС
 - г) выполнение врачебных назначений
 - д) все выше перечисленное верно
- 8. Определите какое изменение со стороны пищеварительного тракта характерно для пожилых:**
- а) опущение органов брюшной полости
 - б) повышение ферментативной активности поджелудочной железы
- 9. Перечислите особенности обследования пациента пожилого возраста:**
- а) более продолжительный опрос;
 - б) при необходимости беседа с родственниками;
 - в) восприятие пожилого пациента как личность;
 - г) все выше перечисленное верно.
- 10. Для заболеваний лиц пожилого и старческого возраста характерны:**
- а) атипичность течения болезни
 - б) ареактивность
 - в) сглаженность клинических проявлений
 - г) все выше перечисленное верно

11. Определите патологию опорно-двигательного аппарата, которая наиболее часто появляется в пожилом возрасте:

- а) деформирующий артроз
- б) подагра
- в) инфекционный артрит

12. Перечислите принципы лечения сахарного диабета у пожилых:

- а) диетотерапия
- б) инсулинотерапия
- в) сахароснижающие таблетированные препараты
- г) все выше перечисленное верно

13. Этиология хронического бронхита:

- а) инфекция (пневмококк и гемофильная палочка)
- б) курение
- в) недолеченные острые бронхиты, пневмония, туберкулез
- г) профессиональная вредность
- д) все выше перечисленное верно

14. Медицинская помощь пожилым пациентам оказывается:

- а) только в поликлиниках
- б) только в стационарах
- в) во всех ЛПУ

15. Определите какие формы ЛФК преимущественно назначают в гериатрии:

- а) дыхательную гимнастику;
- б) ходьбу;
- в) греблю;
- г) лечебную гимнастику;

16. Для купирования сердечных болей необходимо использовать:

- а) нитроглицерин
- б) коринфар
- в) дигоксин

17. Наиболее часто ИБС пожилых больных сочетается с:

- а) гипертонической болезнью
- б) хроническим панкреатитом
- в) хроническим бронхитом

18. Определите какие изменения происходят с печенью в пожилом возрасте:

- а) уменьшение массы печени
- б) увеличение в объеме
- в) изменение длины кишечника

19. По классификации ВОЗ к пожилому возрасту относят возраст:

- а) 20-40 лет
- б) 45-59 лет
- в) 60-74 лет
- г) 75-89 лет

20. При запоре чаще всего пациентам можно рекомендовать употребление:

- а) эйфитола;
- б) Кальция Д₃ Никомед
- в) отрубей злаков и фруктов
- г) сульфаниламиды

21. К недугам старости относится все, кроме:

- а) сердечной недостаточности
- б) снижение памяти
- в) снижение слуха
- г) снижение зрения

22. При деформирующем остеоартрозе медсестра может выявить:

- а) снижение роста
- б) ограничение движений
- в) болезненность костей
- г) вдовий горб

23. Приоритетной проблемой пациента при энцефалопатии первой стадии является:

- а) отеки
- б) склонность к падениям
- в) немотивированная усталость
- г) тазовые расстройства

24. Потенциальной проблемой пациента при запоре может быть:

- а) боль в животе
- б) скудный стул
- в) кожный зуд
- г) мацерация кожи вокруг заднего прохода

25. Определите причины пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста:

- а) возрастное снижение иммунитета
- б) инфекция
- в) переохлаждение, переутомление
- г) авитаминозы

26. К факторам риска атеросклероза относят:

- а) артериальную гипертензию, сахарный диабет
- б) курение, гиподинамию
- в) наследственную предрасположенность
- г) хронический тонзиллит

27. Неотложная помощь при гипогликемическом состоянии - это:

- а) введение инсулина короткого действия
- б) прием пероральных сахароснижающих препаратов
- в) прием внутрь сахара, конфет, варенья
- г) при отсутствии сознания - внутривенное введение 40% раствора глюкозы

28. Для остеоартроза характерны:

- а) развитие анкилозов в пораженных суставах
- б) деформация суставов
- в) болезненность и уменьшение объема движений в суставах
- г) атрофия мышц

29. Атеросклеротическая энцефалопатия развивается в результате:

- а) вирусного поражения коры головного мозга
- б) хронического нарушения мозгового кровообращения
- в) хронических интоксикаций
- г) травм черепа

30. Укажите изменения, возникающие в эндокринной системе в процессе старения:

- а) атрофические и склеротические изменения в железах
- б) изменение чувствительности органов-мишеней к некоторым гормонам
- в) гипертрофия желез
- г) увеличение кровоснабжения эндокринных органов

31. Нормальное содержание глюкозы в цельной крови:

- а) 10-12 ммоль/л
- б) 2-4 ммоль/л
- в) 3,5-5,5 ммоль/л
- г) 6,5-8,5 ммоль/л

32. Клинические проявления сахарного диабета у людей пожилого и старческого возраста:

- а) снижение сопротивляемости к инфекциям
- б) повышение уровня глюкозы в крови
- в) кожный, генитальный зуд
- г) все выше перечисленное верно

33. Уход за гериатрическими пациентами, страдающими сахарным диабетом:

- а) беседа об особенностях лечебного режима и диеты
- б) беседа с пациентом о приеме пероральных сахароснижающих препаратов
- в) обучение больного правилам введения инсулина
- г) наблюдение за температурой тела, пульсом, АД, общим состоянием, массой тела, кожными покровами, водным балансом, диурезом
- д) инструктаж подготовки к исследованиям
- е) все выше перечисленное верно.

ОТВЕТЫ НА ТЕСТЫ

1. а, б,	12.г	23.в
2. б, г, д	13.д	24.а
3. а, в, г, д	14.в	25.а, б, в, г
4. а, б, в	15.а, б, г	26.а, б, в
5. в	16.а	27.в, г
6. а	17.а	28.а, в
7. д	18.б	29.б
8. а	19.в	30.б
9. г	20.в	31.в
10.г	21.а	32.г
11.а	22.б, в	33.г

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Гериатрия – наука, изучающая старение и заболевания пациентов в пожилом и старческом возрасте.

Старение – разрушительный процесс, развивающийся в результате нарастающего с возрастом действия экзогенных и эндогенных факторов.

Старость – закономерно наступивший заключительный период возрастного развития.

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения.

НПВП - нестероидные противовоспалительные препараты

ЧДД – частота дыхательных движений.

Оксигенотерапия – лечение кислородом при гипоксии и гипоксемии.

Фитотерапия – лечение травами.

Паллиативная помощь – лечение, которое начинается тогда, когда все другие виды лечения неэффективны и болезнь не поддается лечению.

Хоспис – специализированное лечебное учреждение для обреченных пациентов, где оказывается комплексная медицинская, психологическая и социальная помощь.

ТЕМЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Организация гериатрической помощи в Твери и Тверской области.
2. Особенности обследования и лечения пациентов пожилого и старческого возраста.
3. Деонтологические правила общения с пациентами пожилого и старческого возраста.
4. Паллиативная помощь в гериатрии.
5. Одиночество пожилого человека и роль семьи.
6. Профилактика старения.
7. Социальное обслуживание пожилых людей
8. Повышение активности пожилого человека

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

<p><u>Болезни органов дыхания</u></p> <p>Возрастные изменения в дыхательной системе у пожилых больных:</p> <ol style="list-style-type: none"> После 60-ти лет отмечаются дегенеративно-дистрофические изменения костно-мышечного скелета грудной клетки. Снижение кашлевого рефлекса, нарушение дренажной функции бронхов. Атрофия мышечного слоя бронхов. Снижение насыщения кислородом артериальной крови. <p><u>Профилактика рецидивов</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Регулярное наблюдение участкового терапевта. Строгое соблюдение прописанного врачом лечения. Проведение профилактического лечения во второй половине сентября до начала ноября, а также во второй половине февраля до конца марта. Проведение бесед участковой медсестрой о здоровом образе жизни: <ul style="list-style-type: none"> - отказ от курения; - избегать общества курящих людей; - применять антиоксиданты. <p>Советы медицинской сестры.</p> <p>Воспаление дыхательных путей приводит к образованию слизи, которая отхаркивается в виде мокроты.</p> <ol style="list-style-type: none"> Для предупреждения развития кашля <i>необходимо</i>: <ul style="list-style-type: none"> - избегать курящих людей, нахождения в прокуренном помещении. Необходимо правильное питание. В питание нужно включать продукты стимулирующие иммунитет: <ul style="list-style-type: none"> - цитрусовые, овощи (редька, чеснок, морковь, облепиха, репа). Регулярная гимнастика (по методике Стрельниковой). При кашле необходимо принимать средства, вызывающие разжижение и отделение мокроты. Необходимо пить большое количество теплой жидкости (минеральная вода, чай с черной смородиной, фруктовый сок). Фитотерапия: <ul style="list-style-type: none"> - чай из семян тимьяна, корня алтея, укропа. - при сухом кашле - отвары медуницы, багульника. Ароматерапия: <ul style="list-style-type: none"> - ингаляции с эвкалиптовым и мятным маслом; - смочить платок этими маслами и прикладывать к носу во время ночного кашля. 	<p><u>Болезни органов системы кровообращения</u></p> <p>Старение сердечно-сосудистой системы является постоянным и необратимым процессом.</p> <p>На старение сердечно-сосудистой системы влияют 3 фактора:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Физиологический - вызванный временными изменениями. • Патологический - результат хирургических и врачебных вмешательств в течение всей жизни. • Финальные изменения - результат заболеваний в течение всей жизни. <p>С возрастом увеличивается частота ряда заболеваний сердечно-сосудистой системы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сердечная недостаточность. • ИБС- ишемическая болезнь сердца. • Нарушение ритма (мерцательная аритмия, блокада сердца). • Артериальная гипертензия. • Инфекционный эндокардит. <p>Все эти заболевания вызваны такими факторами, как...</p> <ul style="list-style-type: none"> • курение • повышенный уровень холестерина в крови • повышенное артериальное давление • снижение физической активности. <p><u>Профилактика рецидивов</u></p> <p>Медицинская сестра должна проводить беседу о здоровом образе жизни:</p> <ul style="list-style-type: none"> • соблюдение лечебной диеты №10 • физические упражнения • изменение образа жизни. <p>Медсестра проводит строгий контроль за проведением назначенного лечения и в меру своих знаний объясняет правильность этого лечения.</p> <p>Профилактика стенокардии - регулярное наблюдение у кардиолога и терапевта.</p> <p><u>Памятка пациенту, страдающему приступами стенокардии.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Положить под язык таблетку нитроглицерина. Открыть форточку или включить вентилятор Расстегнуть одежду на груди Сесть в удобную позу и расслабиться: <ul style="list-style-type: none"> * сделать глубокий вдох, задержать дыхание. Сделать выдох, полностью расслабиться. * закрыть глаза и вызвать какое-либо приятное воспоминание. * сделать вдох, обняв себя руками крест-накрест, сжав за плечи как можно сильнее, сделать выдох, расслабиться. * полежать в постели - расслабиться. 	<p><u>Болезни органов пищеварения</u></p> <p>Изменения системы органов пищеварения при старении организма.</p> <p>Ротовая полость.</p> <ul style="list-style-type: none"> * объем ротовой полости уменьшается * атрофия верхней челюсти опережает атрофию нижней * затруднение жевания пищи из-за нарушения прикуса * сухость во рту * трещины языка и губ <p>7. Пищевод.</p> <ul style="list-style-type: none"> * удлиняется и искривляется * уменьшается количество секреторных клеток * снижается тонус мускулатуры нижнепищеводного сфинктера. <p>8. Поджелудочная железа.</p> <ul style="list-style-type: none"> * происходит гибель ацинозных клеток, разрастание вместо них соединительной ткани, увеличение жировой ткани. <p>9. Печень.</p> <ul style="list-style-type: none"> * уменьшение массы печени * снижение антиоксидантной функции печени. <p>10. Желчный пузырь.</p> <ul style="list-style-type: none"> * увеличивается в объеме * риск развития дискинезии желчевыводящих путей, желчекаменная болезнь. <p>7. Кишечник.</p> <ul style="list-style-type: none"> * общая длина увеличивается * атрофические изменения в стенке тонкой кишки * изменения микрофлоры кишечника. <ul style="list-style-type: none"> - уменьшается число молочно-кислых бактерий <ul style="list-style-type: none"> - увеличивается число гнилостных бактерий - увеличивается число эндотоксинов - нарушаются функции кишечника. <p><u>Профилактика рецидивов</u></p> <p>9. Лечебное питание:</p> <ul style="list-style-type: none"> * повышенное количество пищевых волокон, * употребление сырых и вареных овощей (свекла, морковь, тыква, чернослив, курага); * увеличение выпиваемой жидкости; * натощак по утрам стакан холодной воды; * введение в пищу отрубей. <p>10. Физкультура - ЛФК</p> <p>11. Лечение дисбактериоза</p> <p>12. Слабительные средства</p> <p>13. Очистительные клизмы (1 раз в неделю).</p> <p>14. Фитотерапия</p> <p>15. Физиотерапия</p> <p>16. Лечение минеральными водами.</p>
---	--	--

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Изменения опорно-двигательного аппарата

Мышцы.

Уменьшение количества мышечных волокон, увеличение жировых включений в мышечных клетках.

Кости.

Уменьшение содержания минеральных веществ, потеря костной ткани (начинается после 40 лет, ускоряется у женщин в пост менопаузе).

Суставы:

- * Прогрессирующая дегенерация суставного хряща (в том числе межпозвоночных дисков);
- * Уменьшение роста около 5 см в период с 20 до 70 лет.
- * Изменение осанки за счет кифосколиоза.
- * Боль в спине.
- * Риск развития патологических переломов.
- * Проявление прогрессирующего остеоартроза.
- * Боли при движении.

Цель лечения:

- избавить пациента от боли.
- улучшить функцию конечностей.

Профилактика рецидивов

3. Разгрузка пораженных суставов

- * запрещается длительная ходьба,
- * стояние,
- * ношение тяжестей,
- * не рекомендуются частые спуски и подъемы по лестнице.
- * ходьба чередуется с 5-10 минутами отдыха.

4. Нормализация массы тела (при повышенной массе - снижение массы тела):

- * Гипокалорийная диета,
- * разгрузочные дни,
- * общий массаж.

Заболевания нервной системы

Важные факторы, ускоряющие развитие заболевания:

- повышенное артериальное давление (более 160/95 мм.рт.ст.)
- гиперхолестеринемия (общий холестерин 5,0 ммоль/л).
- курение.
- заболевания сердца.
- низкая физическая активность
- сахарный диабет
- длительные и частые нервно-психические перенапряжения
- отягощенная наследственность
- алкоголизм.

Лечение и уход.

Применяется *медикаментозная* и *немедикаментозная* терапия.

К *немедикаментозным* методам относятся: диетотерапия, ЛФК, психотерапия, физиотерапия.

Профилактика рецидивов

Снижение солей натрия в пище, ограничение наваристых бульонов, отказ от копченостей, крепкого чая, кофе, увеличение в рационе овощей, фруктов, обязательное включение витаминов и минералов.

ЛФК. Психотерапия -

Включает выработку у пациентов спокойного отношения к заболеванию.

Физиотерапия: электрофорез, электросон, ванны родоновые, хвойные, гидромассаж, магнитотерапия, аэроионная терапия - по Чижевскому.

Советы медицинской сестры

- Медицинская сестра обязана проводить беседы с больными о здоровом образе жизни.
- Обсудить диетотерапию, подобрать адекватную физическую нагрузку и разучить комплекс лечебных упражнений.
- Пациентам рекомендуется санаторно-курортное лечение.

Профилактика снижения памяти.

- устранить факторы, способствующие снижению памяти
- ежедневная зарядка
- тренировка памяти специальными упражнениями
- старайтесь загружать мозг информацией удобным способом.

Питание.

- Строгий режим питания: есть в одно и тоже время, не переедать, поддерживать стабильный уровень глюкозы в крови.
- Употреблять в пищу цельнозерновые продукты
- Трижды в неделю есть рыбу

При многих заболеваниях больным пожилого и старческого возраста необходим более длительный постельный режим, что может приводить к некоторым неблагоприятным последствиям:

- * возникновение застойных явлений в легких;
- * образование тромбов в венах нижних конечностей с последующими
- * нарушением регуляции функций сердечно - сосудистой системы;
- * затруднение мочеиспускания;

Для реабилитации необходимо:

- * **подобрать комплекс лечебной физкультуры согласно диагнозу**

- * правильно организовать питание, Оптимальное потребление жиров пожилым человеком составляет 60-70 г. в сутки, при этом 25-30% должно приходиться на долю жиров растительного происхождения, содержащих ненасыщенные жирные кислоты (линолевую, линоленовую и другие), снижающие уровень холестерина в крови и обладающие антисклеротическим действием.

Пациентам следует ограничить потребление поваренной соли до 5-8 г в сутки. Без особых показаний не стоит ограничивать прием жидкости (менее 1-1,5 л в сутки), так как это может способствовать усилению запоров.

- * правильно организовать уход при риске пролежней

- * усиление запоров;
- * тугоподвижности суставов
- * пролежни и т.д.

Карта сестринского процесса

Проблемы пациента	Цель	Сестринские вмешательства			Оценка результатов
		Независимые	Зависимые	Взаимозависим.	
Настоящая	Краткосрочная				
Приоритетная	Долгосрочная				
Потенциальная					

Сестринский процесс при уходе за тяжелобольным пациентом

I этап сестринского процесса – субъективное и объективное обследование.

Первичная оценка состояния пациента:

Знание индивидуальных привычек человека – необходимое условие для составления плана ухода. Оказавшись в непривычных условиях, человек чувствует себя дискомфортно из-за невозможности следовать своим привычкам и некоторые пациенты настойчиво стремятся к тому, чтобы привычный образ жизни был сохранен.

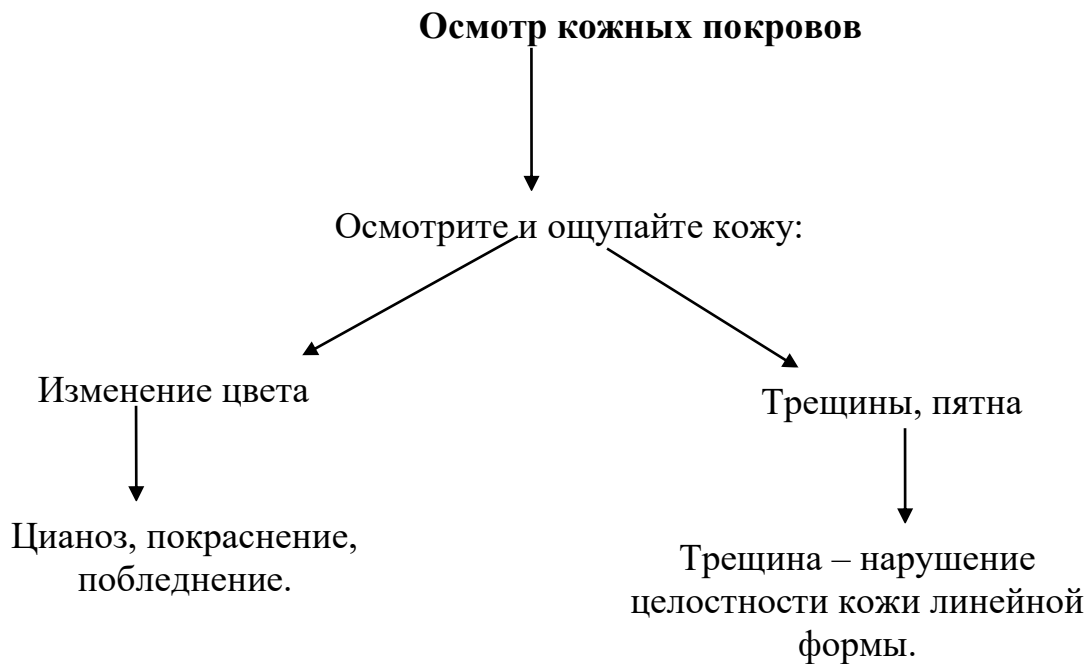
При проведении **субъективного обследования** пациента следует выяснить:

- Какие привычки устоялись у человека при проведении личной гигиены.
- Когда и как часто человек привык принимать ванну (душ), мыть голову.
- Какие факторы оказывают влияние на эти привычки.
- Что известно человеку о влиянии личной гигиены на здоровье.
- Как относится пациент к личной гигиене.
- Имеются ли какие либо долговременные трудности, и если «да», то как он с ними справляется.
- Какие проблемы в отношении личной гигиены имеются в настоящее время и какие могут появиться.
- Значения женщины и мужчины об особенностях личной гигиены.

При проведении **объективного обследования** следует обратить внимание на следующее:

- Изменение физического состояния связанного с возрастом.
- Индивидуальные особенности физического состояния.
- Цвет и влажность кожи, сыпь, участки шелушения, наличие повреждений кожи.
- Чистоту рук и ногтей.
- Состояние полости рта (сухость, запах), наличие зубов или зубных протезов, режим и технику чистки зубов.
- Состояние волос: прическа, характер волос (сухие, жирные), наличие перхоти, частота мытья волос.

Схема осмотра кожных покровов:

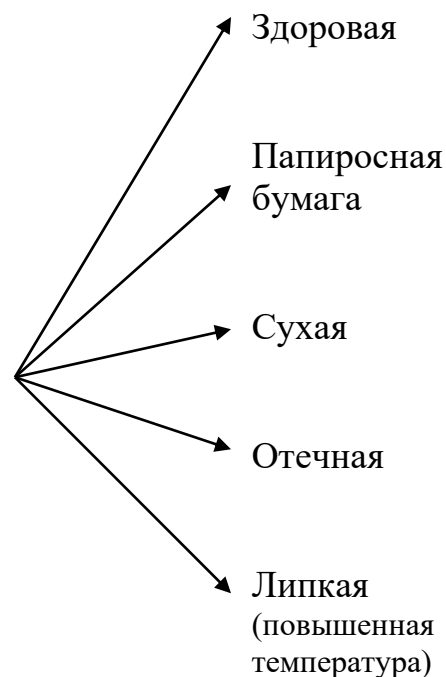


Кожа может быть гладкой или шероховатой.

Легко ли кожа собирается в складку (эластичность кожи) и быстро ли она расправляется после этого (тургор).

Надавите большим пальцем на кожу и подкожную клетчатку в области лодыжек, голеней, крестца, грудины. При наличии отеков в этих местах остаются ямочки.

Температура: прикоснитесь к коже тыльной поверхностью пальцев. Проверьте температуру на любом покрасневшем участке кожи.



**ОБОСНОВАНИЕ СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
ПРИ УХОДЕ ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ**

Сестринские вмешательства	Обоснование
Оценка состояния пациента по Waterlow.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Выявление пациентов, с риском образования пролежней; ▪ Получение нужной информации для сестринского ухода; ▪ Документирование оценки позволяет осуществить преемственность при уходе.
Уход за кожей.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Сохраняет целостность кожи и предупреждает образование пролежней. ▪ Частое использование мыла наносит вред коже, твердое мыло травмирует кожу, желательнее использовать нейтральное мыло. ▪ Тщательное, осторожное просушивание дает ощущение комфорта и препятствует росту микроорганизмов. ▪ Трещины на коже способствуют проникновению микроорганизмов. ▪ Трение вызывает мацерацию и дегенерацию кожи, в особенности в престарелом возрасте.
Массаж, исключая костные выступы.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Массаж на костных выступах и грубый массаж может нарушить целостность кожи.
Техника перемещения пациента в постели.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Перемещение, проводимое приподниманием над кроватью, исключает трение кожи и фактор срезывающей силы; ▪ Изменение положения тела каждые 2 часа снижает продолжительность давления на проблемные участки и восстанавливает на них кровообращение ▪ График перемещения пациента обеспечит преемственность действий сестринского персонала; ▪ Положение Фаулера планируется для приема пищи. ▪ Малый угол подъема изголовья уменьшает давление на кожу в области копчика и крестца, исключает «сползание» с подушек (фактор «срезывающей силы»).
Работа с использованием современных технологий.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Поролон эффективнее защищает кожу от давления; ▪ Резиновые и жесткие ватно-марлевые круги сдавливают кожу на участке риска, ухудшая кровообращение ▪ Ватно-марлевые круги быстро загрязняются и становятся потенциальными источниками инфекции.
Расчет жидкости и пищи.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Неадекватное питание и питье (низкое содержание белка, витаминов, жидкости) способствует развитию пролежней; ▪ Уменьшенное количество жидкости ведет к выделению концентрированной мочи, что способствует раздражению кожи промежности.
Использование непромокающих прокладок, подгузников (для мужчин – наружных мочеприемников) при недержании.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Снижается риск развития опрелостей и инфицирования пролежней. Влажная загрязненная кожа вызывает зуд, расчесы, инфицирование.
Использование перчаток при выполнении любых процедур.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Обеспечение инфекционной безопасности медицинского работника.

I ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА (СБОР ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТЕ)

1. Субъективная информация (расспрос пациента)

1. Жалобы на момент курации: помимо жалоб, перечисленных пациентом, активно расспрашиваем пациента о неудовлетворенных потребностях, согласно иерархии потребностей по Маслоу.
2. История настоящего заболевания: когда впервые появились признаки заболевания, по поводу которого пациент проходит лечение в данный момент, какие были симптомы, какие проводились обследования, выставлялся диагноз, осуществлялось лечение, его эффективность, дальнейшее развитие заболевания (частота обострений, длительность ремиссий), время начала настоящего обострения, дата поступления в стационар, проведенные исследования и проводимое лечение до настоящего момента.
3. История жизни: когда, где, в какой семье родился, как развивался, учился, начал работать (последовательно профессиональный анамнез), если на пенсии, выяснить, по возрасту или заболеванию; перенесенные заболевания и наследственность (наличие заболеваний у кровных родственников); бытовые условия на производстве и дома (производственные вредности, режим работы и питания, психологический климат в семье, с кем проживает); аллергологический анамнез; вредные привычки (курение – пачки в день, алкоголь – частота употребления, злоупотребление соленым, сладким, жирным); для женщин – гинекологический анамнез.

2. Объективная информация (обследование пациента медсестрой):

- а) Оценка сознания (ясное, возбужденное, заторможен, ступор, сопор, кома)
- б) Положение в постели (активное, пассивное, вынужденное)
- в) Выражение лица
- г) Кожные покровы (цвет, влажность, температура, эластичность, чистота, целостность)
- д) Отеки (периферические, полостные, скрытые, явные)
- е) Органы дыхания (число дыхательных движений, тип и глубина дыхания)
- ж) Органы кровообращения (пульс, артериальное давление)
- з) Органы пищеварения (язык, наличие и количество зубов, слизистая полости рта, поверхностная пальпация живота, симптомы напряжения брюшины)
- и) Органы мочевыделения (симптом Пастернацкого)
- к) Опорно-двигательный аппарат (внешний вид и подвижность суставов, позвоночника)
- л) Другие органы и системы по необходимости
- м) Знакомство с дополнительной информацией (лабораторные и инструментальные исследования)

II ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА: СЕСТРИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА (ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА И УСТАНОВЛЕНИЕ ИХ ПРИОРИТЕТНОСТИ)

III ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА: СОСТАВЛЕНИЕ КАРТЫ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА (ЦЕЛИ И ВМЕШАТЕЛЬСТВА)

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Багдасарова Н.Ф., О.Н.Страцкевич, «Сестринское дело в гериатрии» Практикум: учебное пособие/ - Минск: Высшая школа 2010.
2. Воронина, П.В. «Проблемы старения и долголетия» / Минск, Высшая школа 2007.
3. Гребнев А.Л., Шептулин А.А. «Основы общего ухода за больными». Москва. Медицина 1991.
4. Ковтун Е.И., Шепелева А.А. «Сестринское дело в гериатрии» учебное пособие Ростов - на -Дону. Феникс, 2008.
5. Спринце А.М. «Нервные болезни» Санкт-Петербург. Спецлит. 2006.
6. Папуцкая Г.И.Качество сестринской помощи. // Клиническая геронтология. - 2005. - №7.
7. Пушкова Э.С., Подопригора Г.М., Шарин С.В. Модель работы медицинской сестры в гериатрии.// Клиническая геронтология.- 2005. -№7.
8. Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых. // Под ред. Л.И. Лазебника, Л.Б.Дворецкого. - М.: Новая Волна, 2000.
9. Хорошина Л.П. Особенности питания лиц старших возрастных групп. // Клиническая геронтология. - 2000. - №3-4.
- 10.Хохлова Л.Н. Системная социально-педагогическая подготовка сестер милосердия Красного Креста по уходу за пожилыми людьми.//Клиническая геронтология.

Интернет-ресурсы:

www.medlinks.ru/article.php?sid=2880

www.mif-na.com/archive/article/1644voluntary.ru/dictionary/1149/.../geruatrija/cyberleninka.ru/.../farmakoterapiya-geriatriya

www.mednovosti.by