

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования

**Методические рекомендации к практическим занятиям
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Наименование дисциплины **Сестринское дело в гериатрии**

Специальность 34.03.01 – сестринское дело

Форма обучения очная

Год начала подготовки 2025

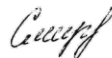
ТЕМА 7

Особенности течения патологии нервной системы и психических расстройств у лиц старших возрастных групп.

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Сестринское дело в гериатрии»

Разработаны:

Доцент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, к.м.н.



Смирнова О.Н.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, зав. кафедрой, д.м.н., профессор



Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело 2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО



Шишалова Т.Н.

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования



Федько Н.А.

Методические указания по дисциплине «Сестринское дело в гериатрии» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

- 1. Цель** Ознакомить обучающихся с особенностями течения патологии нервной системы и психических расстройств у лиц старших возрастных групп сестринским делом в гериатрии
- 2. Учебные вопросы**
1. Основные синдромы патологии нервной системы и психических расстройств у лиц старших возрастных групп. Принципы лечения.
 2. Неотложные состояния, особенности проявлений и экстренной помощи.
 3. Потребности и проблемы больных.
 4. Планирование ухода. Выполнение плана сестринской помощи.

3. Теоретическая часть

Вопросы оказания психиатрической помощи людям пожилого возраста привлекли к себе внимание в последние 40 лет. В начале 20 века в Западной Европе лица старше 65 лет составляли 5% населения. В настоящее время этот показатель достиг почти 15%, причем около трети этой цифры составляют лица старше 75 лет. Ожидается, что доля пожилых людей будет повышаться и далее, в основном за счет возрастания численности людей старше 85 лет. В связи с этим возрастает распространенность деменций и потребность в психиатрической помощи пожилым людям.

В отношении возрастных рубежей принято считать возраст 50 - 64 средним, 65-74 пожилым, 75 и выше - старческим. Исходя из укоренившихся в психиатрии представлений, условно выделяют возраст 45-60 лет как климактерический, предшествующий пожилому.

Известно, что масса головного мозга в промежутке между 30-70 годами уменьшается на 5%, к 80 годам на 10%. Наряду с этими изменениями происходит увеличение желудочков и утолщение мозговых оболочек. По мере старения наблюдается некоторая потеря нервных клеток, но она незначительна и вторична, более важно ухудшение качества нервных процессов. По мере старения все более распространенным явлением становятся сенильные бляшки, они присутствуют у 80% здоровых людей в возрасте 70 лет и старше. Ишемические повреждения в головном мозгу имеются примерно у половины нормальных людей в возрасте старше 65 лет.

Психология стареющих людей.

У старых людей снижено самочувствие, самооценка, усиливается чувство малоценности, неуверенности в себе, недовольство собой. Настроение как правило снижено, преобладают тревожные опасения: одиночества, беспомощности, обнищания, смерти. Старики становятся угрюмыми, раздражительными, пессимистами. Интерес к внешнему миру, к новому снижается. Все им не нравится, отсюда – брюзжание, ворчливость. Они становятся эгоистичными и эгоцентричными, круг интересов суживается, появляется повышенный интерес к переживаниям прошлого. Наряду с этим повышается интерес к собственному телу, раз-

личным неприятным ощущениям, происходит ипохондризация. Ослабляется у стариков контроль над своими реакциями, они недостаточно хорошо владеют собой. В интеллектуальной деятельности в большей степени страдают внимание и память. Ослабевают способность к концентрации внимания, суживается объем внимания. Самыми характерными являются жалобы на снижение памяти. В основном страдает кратковременная память, касающаяся недавних событий. Все эти изменения делают всех стариков в какой-то степени похожими друг на друга.

Многие люди до глубокой старости сохраняют свои личностные особенности и творческие возможности. Следует учитывать, что степень выраженности регрессии памяти и интеллекта зависит от исходного качества этих функций в молодом возрасте, а также от упражнений в течение жизни.

Основные психопатологические синдромы.

- аффективные расстройства.
- бредовые расстройства.
- состояния слабоумия.
- расстройства сознания.

Депрессивное расстройство в поздние годы жизни представляет собой распространенное явление. Частота депрессий составляет около 10% у людей старше 65 лет, а 2-3% страдают тяжелой депрессией. Наиболее высокая первичная заболеваемость тяжелыми депрессивными расстройствами отмечается в возрасте от 50 до 65 лет. С возрастом постоянно повышается частота самоубийств, причем у пожилых людей суицид обычно связан с депрессивным расстройством.

Клинические особенности депрессий. В пожилом возрасте чаще наблюдается депрессия с преобладанием тревожной тоски, тревожных ожиданий, беспокойства. Часто сопровождается бредом вины, самообвинения, разорения, обнищания. Больные тревожны. Не могут сидеть на месте, считают, что окружающие осуждают их, обвиняют во многих преступлениях, что им грозит суд, наказание. Утверждают, что не зря считают преступниками, они действительно виноваты и заслуживают наказания. Затем по мере усугубления депрессии, считают, что наказание коснется не только их, но и родных, просят наказать их, не трогать семью. Часто наблюдаются ипохондрический бред, доходящий до уровня бреда Котара, считают, что у них неоперабельный рак, опухоль. Утверждают, что желудок, кишечник атрофировался, не работает, внутренних органов нет совсем, пища поступает прямо в грудную полость, стула нет, и не будет, что они все иссохли, от них осталась одна оболочка. Часто отказываются от еды, склонны к членовредительству. Суицидные тенденции таких больных очень опасны, так как отсутствует психомоторная заторможенность, больные тщательно продумывают способ самоубийства, который оказывается затем совершенно неожиданным для окружающих. Больные с бредом отрицательного могущества утверждают, что они самые страшные преступники, которым нет прощения, все страдают из-за них, гибнут только от их взгляда.

Довольно часто наблюдаются множественные сенестопатии, что приводит к ипохондризации. Депрессии часто носят затяжной характер и длятся годами и

плохо поддаются лечению антидепрессантами. Иногда требуется применение ЭСТ.

Бредовые расстройства – довольно часто наблюдаются у больных пожилого возраста. Инволюционный параноид – характеризуется бредом «бытовых отношений» (бред малого размаха). Возникает после 45-50 лет, чаще у женщин. Бред носит паранойяльный характер и не имеет тенденции к усложнению. Больные утверждают, что соседи приносят им материальный ущерб (портят и крадут вещи), досаждают им шумом и неприятным запахом, стараются избавиться от них. Либо в бредовые переживания включают сослуживцев по работе, которые досаждают и преследуют их во главе с начальником. Бред лишен мистичности, таинственности, конкретен. Могут наблюдаться иллюзии и галлюцинации, (больные чувствуют запах газа, слышат в посторонних разговорах оскорбления в свой адрес, ощущают в теле признаки нездоровья). К заболеванию предрасполагает одиночество в старости, слепота, глухота.

Типичными являются высказывания, что соседи проникают в комнату без их ведома, портят вещи, мебель, подсыпают в пищу яд, пытаются отправить их специально в психиатрическую больницу, чтобы завладеть их комнатой. При оценке служебной ситуации больные утверждают что начальник и часть сослуживцев настроены к ним враждебно, намеренно поручают им самую трудную работу, чтобы доказать их

несостоятельность, уволить. Обычно больные стараются защититься от преследования дополнительными замками, прячут продукты в специальных тайниках, часто проветривают комнату «от газов». Некоторые высказывания выглядят правдоподобно и вводят в заблуждение окружающих. Часто родственники вместе с больным обращаются в милицию, пока наконец высказывания не становятся нелепыми и болезнь становится очевидной.

Прогноз неблагоприятен. Бредовые идеи носят инертный стойкий характер, этому способствуют атеросклеротические изменения сосудов головного мозга. Часто бред сохраняется в течение многих лет, иногда пожизненно. Обращает на себя внимание, что при такой устойчивости бреда, не тенденции к расширению круга включенных в него лиц, бред однообразен. Больные эмоционально сохранены, остаются живыми, теплыми и заботливыми по отношению к близким.

Состояние слабоумия (деменции).

В соответствие с этиологией и патологией деменции делятся на 3 группы:

- Деменция типа Альцгеймера. Это самый распространенный тип деменции.

- Мультиинфарктная деменция. Обусловлена множественными инфарктами в головном мозге.

- Деменции, вызванные другими причинами (инфекции, нарушения обмена веществ).

Болезнь Альцгеймера.

Распространенность – 15% лиц старше 65 лет. Чаще болеют женщины. В основе диффузная атрофия коры головного мозга, с преимущественным пораже-

нием височных и теменных долей. Наследственная предрасположенность (наследование по аутосомно-доминантному типу), избыток алюминия, снижение синтеза ацетилхолина. Выделяют

БА с ранним началом (45-65 лет) с быстро прогрессирующим течением. (2 типа).

БА с поздним началом (старше 65 лет) с более доброкачественным течением (1 тип).

Начало постепенно – с нарушений памяти, перестают справляться с обязанностями, повседневными делами. Нарушается пространственная ориентация, в результате чего больные оказываются беспомощными в родном городе, теряют дорогу домой, блуждают. На ранних стадиях у больных присутствует критика, осознают свою несостоятельность. Очень быстро возникает апраксия (алексия, аграфия, акалькулия). Постепенно происходит нарушение всех психических функций: памяти, интеллекта, расстройства влечений, эмоций. Тотальное слабоумие. Эмоциональное оскудение, утрата высших эмоций и растормаживание низших. Могут быть бредовые идеи преследования, ущерба. Нивелировка личностных черт. Расстройства памяти нарастают в соответствии с законом Рибо. Амнестическая дезориентировка, амнестическая афазия. «Сдвиг жизни в прошлое». Днем сонливы и пассивны. К вечеру становятся суетливы, собирают вещи, пытаются выйти. На терминальной стадии больные не способны самостоятельно вставать, садиться, из-за повышенного мышечного тонуса находятся в эмбриональной позе. Смерть через 5- 8 лет от сопутствующих заболеваний.

Мультиинфарктная деменция.

Развивается при церебральном атеросклерозе. Чаще встречается у мужчин. Средний возраст 50-65 лет. В начале жалобы на головные боли, головокружение, шум в ушах, быструю утомляемость, эмоциональную лабильность. Затем нарушения памяти (по закону Рибо), фиксационная амнезия, Корсаковский синдром. Формируется лакунарная деменция, сохраняется ядро личности (т.е. высшие эмоции – морально-этические, чувство такта, стыда, дистанции), критическое отношение к болезни. Становятся тревожны, подавлены, пытаются скрыть свой дефект от посторонних, для компенсации нарушений памяти используют подробные записи. Типично эмоциональное слабоумие, слезливость, сентиментальность. Мышление становится тугоподвижным, торпидным, конкретным. Отмечается выраженная чувствительность больных к изменениям погоды и геомагнитным колебаниям. На фоне резкого снижения мозгового кровообращения, неожиданного подъема или спада артериального давления наблюдаются эпизоды нарушенного сознания по типу острой сосудистой спутанности. Быстрому развитию слабоумия способствуют преходящие нарушения мозгового кровообращения и гипертонические кризы. Выявляется выраженная органическая патология. Расширение желудочков с областями инфарктов мозга.

Лечение деменций.

Нейролептики, антидепрессанты. Холинэргические препараты (глиатилин), стимуляторы синтеза ацетилхолина (пирацетам), ноотропы, сосудистые препара-

ты, антиагреганты (аспирин, трентал). При нарушениях мозгового кровообращения (церебролизин). *Расстройства сознания.*

Делирий. Обусловлен физическими причинами (пневмония, сердечная недостаточность, инфекции мочевых путей, гипокалиемия).

Старческий (ложный) делирий, состояния сосудистой спутанности.

4. Практическая часть - нет.

5. Вопросы для собеседования

1. Основные синдромы патологии нервной системы и психических расстройств у лиц старших возрастных групп. Принципы лечения.
2. Неотложные состояния, особенности проявлений и экстренной помощи.
3. Потребности и проблемы больных.
4. Планирование ухода. Выполнение плана сестринской помощи.

6. Тестовые задания

1. Высшими психическими функциями являются

- 1) тремор
- 2) внимание
- 3) память
- 4) движения

2. К особенностям ухода за пожилыми людьми с когнитивными нарушениями относятся

- 1) нормализация режима, прогулки, физические упражнения
- 2) постельный режим
- 3) ограничения передвижения

3. Когнитивные расстройства – это

- 1) головные боли
- 2) нарушение движения
- 3) нарушения памяти, внимания, восприятий

4. Когнитивные функции – это

- 1) двигательные функции
- 2) сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира
- 3) процессы пищеварения

5. Кратковременная память у стариков

- 1) сохраняется хорошо
- 2) ослабевает
- 3) возрастает

6. Пресбиакюзия — это

- 1) старческая близорукость
- 2) старческая тугоухость
- 3) старческая дальнозоркость

7. Пресбиопия — это

1) старческая дальнозоркость

2) старческая тугоухость

3) старческая близорукость

8. С возрастом высшие психические функции

1) не изменяются

2) снижаются

3) возрастают