

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 6 **Особенности течения болезней органов пищеварения и мочевыделительной системы 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.



Безроднова С.М.

кафедрой, д.м.н., профессор

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



Федько Н.А.

образования

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

- 1. Цель** Ознакомить обучающихся с особенностями течения болезни органов пищеварения и мочевыделительной системы у лиц старших возрастных групп.
- 2. Учебные вопросы**
1. Основные синдромы болезни органов пищеварения у лиц старших возрастных групп. Принципы лечения.
 2. Потребности и проблемы больных. Планирование ухода. Выполнение плана сестринской помощи.
 3. Основные синдромы болезней мочевыделительной системы у лиц старших возрастных групп. Принципы лечения.
 4. Неотложные состояния, особенности проявлений и экстренной помощи.
 5. Потребности и проблемы больных. Планирование ухода. Выполнение плана сестринской помощи.

3. Теоретическая часть

Заболевания желудочно-кишечного тракта в пожилом и старческом возрасте чаще носят функциональный характер вследствие возрастных изменений в пищеварительной системе. Язва желудка, возникающая в пожилом возрасте (так называемая старческая язва), в большинстве случаев является симптоматической и чаще всего обусловлена трофическими нарушениями в слизистой оболочке желудка. Эти нарушения связаны с антисклеротическими изменениями в сосудистой системе желудка, приводящими к ухудшению его кровоснабжения и снижению вследствие этого интенсивности биохимических процессов. Хотя обострения язвенной болезни у пожилых больных бывают чаще, чем у лиц среднего возраста, и чаще возникают осложнения (прободение, кровотечения). Повышается в этом возрасте риск злокачественных перерождений язв желудка. Частота и интенсивность обострений язвенной болезни и двенадцатиперстной кишки с возрастом обычно снижается. С возрастом возрастает число случаев желчнокаменной болезни (особенно у женщин), панкреатитов, хронических колитов, геморроя.

Органы брюшной полости не чувствительны ко многим стимулам, которые при действии на кожу провоцируют сильную боль. Порезы, разрывы или другие повреждения внутренних органов брюшной полости не вызывают болевых ощущений. Основными воздействиями, к которым висцеральные болевые волокна чувствительны, являются растяжение или нарушение стенки кишечника. Это могут быть: натяжение брюшины (например, при опухоли), растяжение полого органа (например, при желчной колике), или сильные мышечные сокращения (например при кишечной непроходимости). Нервные окончания волокон, отвечающих за боль в полых органах (кишечник, желчный пузырь, мочевой пузырь), локализируются мышечных слоях. В паренхиматозных органах (печень, почки, селезенка) нервные окончания находятся в их капсуле и отвечают на ее растяжение при увеличении объема органа. Брыжейка, париетальная плевро и париетальная выстилка задней стенки брюшной полости чувствительны к боли,

тогда как висцеральная плевра и большой сальник – нет. Для появления боли скорость нарастания напряжения должна быть достаточно большой. Постепенное же нарастание напряжения, например, такое, как при опухолевой обструкции желчевыводящих путей, может долго протекать безболезненно.

Воспаление и ишемия также способны вызвать висцеральную боль, при этом воспаление может повышать чувствительность нервных окончаний и снижать порог чувствительности к боли от других стимулов (в том числе и в процессе развития одного заболевания в разные его фазы). В механизмах возникновения и прогрессирования боли при воспалении участвуют многие биологически активные вещества (брадикинин, серотонин, гистамин, простагландины и др.).

Перечисленные коротко патофизиологические механизмы формирования абдоминальной боли являются исходной трудностью, нередко приводящей к поздней, в лучшем случае отсроченной диагностике. Вот почему повторное обращение к этой проблеме всегда является важным и полезным.

Особенности болезней системы пищеварения, как и других органов и систем стареющего организма, в значительной мере определяются комплексом возрастных морфологических изменений желудочно-кишечного тракта и проявляются, главным образом, и атрофических процессах. Однако по сравнению с опорно-двигательной и сердечно-сосудистой системами, дегенеративные процессы выражены весьма умеренно. Функциональные изменения проявляются в снижении активности секреторного аппарата различных отделов желудочно-кишечного тракта, а также печени и поджелудочной железы. Эти сдвиги сопровождаются развитием приспособительных факторов, обуславливающих при оптимальных условиях питания нормальный процесс пищеварения. При нарушениях режима питания, переедании, приеме недоброкачественной пищи и т. д., как правило, легко возникает функциональная недостаточность.

Дивертикулы пищевода у пожилых людей

Дивертикул пищевода представляет собой мешкообразное выпячивание пищеводной стенки, сообщающееся с его просветом. Различают пульсионные и тракционные дивертикулы. Пульсионные дивертикулы образуются вследствие вытягивания пищеводной стенки под действием высокого внутрипищеводного давления, возникающего во время его сокращения. Развитие тракционных дивертикулов связано с воспалительным процессом в окружающих тканях и образованием рубцов, которые вытягивают стенку пищевода в сторону пораженного органа. По расположению различают дивертикулы высокие (глотоочно-пищеводные или ценкеровские), средней трети (эпибронхиальные) и нижней трети (эпифренальные) пищевода. Они бывают единичными и множественными. Дивертикулы пищевода чаще встречаются в возрасте 50- 70 лет (82%), в основном у мужчин.

Эпибронхиальные дивертикулы чаще протекают бессимптомно, иногда возможны явления дисфагии, боли за грудиной. Эпифренальные дивертикулы у большинства больных протекают также бессимптомно, течение заболевания медленное, без существенного прогрессирования. Ценкеровские дивертикулы

могут осложняться развитием дивертикулита и в последующем явиться причиной флегмоны шеи, медиастинита, развития пищевого свища, сепсиса.

Клиника. Небольшой глоточно-пищеводный дивертикул проявляется чувством першения, царапания; в горле, сухим кашлем, ощущением инородного тела в глотке, повышенной саливацией, иногда спастическое дисфагией. По мере увеличения дивертикула наполнение его пищей может сопровождаться булькающим шумом при глотании, появлением выпячивания на! шее при отведении головы назад. Выпячивание имеет мягкую консистенцию, уменьшается при надавливании. При перкуссии над ним после приема воды можно определить шум плеска. Имеется дисфагия разной степени выраженности. Возможна спонтанная регургитация непереваренной пищи из просвета дивертикул при определенном положении больного, затруднение дыхания из-за сужения

трахеи этим объемным образованием, появление осиплости голоса при сдавлении возвратного нерва. При приеме пищи у больных может развиваться «феномен блокады», проявляющийся покраснением лица, ощущением нехватки воздуха, головокружением, обморочным состоянием, исчезающим после рвоты. При длительной задержке пищи в дивертикуле появляется гнилостный запах изо рта. У большинства больных нарушается питание, что приводит к их истощению.

В число возможных осложнений входят воспаление дивертикула (дивертикулит), перфорации его с развитием медиастинита, пищевода-трахеальных, пищевода- бронхиальных свищей, кровотечения, образование полипов, развитие злокачественной опухоли на месте дивертикула. Диагностика дивертикулов основана на данных рентгенологического исследования, эзофагоскопии.

Лечение и уход. При небольших размерах дивертикулов, отсутствии осложнений, абсолютных противопоказаниях к хирургическому лечению проводят (консервативную терапию, направленную на профилактику задержки пищевых масс в дивертикуле и уменьшение возможности развития дивертикулита. При развитии осложнений показано оперативное лечение. Летальность после операции составляет 1-1,5%. Пища должна быть полноценной, механически, химически и термически щадящей. Больным рекомендуют питаться хорошо измельченной пищей малыми порциями, дробное питание 6 раз в день. Перед приемом пищи больному следует принимать масло шиповника, облепиховое масло. После еды следует выпивать несколько глотков воды, принимать положение, способствующее опорожнению дивертикула сидя с наклоном туловища и головы в сторону, противоположную локализации дивертикула.

Грыжа пищевого отверстия диафрагмы

Грыжа пищевого отверстия диафрагмы - смещение в средостение брюшного отдела пищевода, части желудка или других органов брюшной полости (кишечник, сальник). Заболевание встречается после 50 лет у каждого второго.

Основные причины:

1. ослабление соединительно-тканых структур сухожильного центра диафрагмы,
2. повышение внутрибрюшного давления,

3. дискинезия пищевода и желудка. Предрасполагающие факторы:

- снижение эластичности тканей, тонуса мускулатуры и связочного аппарата диафрагмы;
- ожирение, запоры, метеоризм;
- частый кашель при обструктивных заболеваниях легких,
- хронические воспалительные заболевания органов пищеварения (язвенная болезнь, холецистит, панкреатит).

Заболевание часто встречается у женщин и проявляется признаками рефлюкс-эзофагита - диспепсическим и болевым синдромами.

Диспепсический синдром

1. Изжога, возникающая после курения и еды (особенно при употреблении жирной и острой пищи, шоколада, чая, кофе, алкоголя, цитрусовых, киселя, томатов).

2. Отрыжка, срыгивание пищей, проявляющиеся в горизонтальном положении, при наклонах туловища вперед и повышении внутрибрюшного давления.

3. Дисфагия, ощущение «комка в горле».

Болевой синдром. Боль, чаще локализующаяся за грудиной и иррадиирующая в спину, межлопаточное пространство, шею, левую половину грудной клетки, жгучая, усиливающаяся при наклонах вперед («синдром шнурования ботинка») или горизонтальном положении, принимаемом сразу после еды. Боль может симулировать стенокардию, купируясь нитратами, но не зависит от физических усилий, а часто связана с приемом пищи и уменьшается в положении стоя.

Осложнения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: кровотечение, анемия, рак пищевода, перфорация пищевода, рефлексорная стенокардия, внедрение (инвагинация) пищевода в грыжевую часть или желудка в пищевод.

Лечение и уход

Все лечебно-профилактические мероприятия направлены на предупреждение или ограничение гастроэзофагального рефлюкса и раздражающего действия желудочного содержимого на слизистую оболочку пищевода. Для этого необходимо:

- Избегать положений тела, увеличивающих риск гастроэзофагального рефлюкса: глубоких наклонов и особенно «позы огородника», горизонтального положения тела (во время сна верхняя половина туловища должна быть приподнята), нельзя ложиться сразу же после еды.

- Предупреждать повышение внутрибрюшного давления: вместо поясных ремней использовать подтяжки, избегать обильных трапез и приема продуктов, вызывающих метеоризм, не допускать значительных натуживаний, эффективно предупреждая запоры и нарушение мочеиспускания, не поднимать значительных тяжестей.

- Соблюдать механически и химически щадящую диету с ограничением употребления натурального кофе, твердых сыров, алкоголя, специй, цитрусовых,

томатов (при ожирении диета должна быть направлена на снижение массы тела).

- Применение препаратов, нормализующих моторную функцию пищевода и желудка: дофаминовых антагонистов (церукала, мотилиума по 0,01 г 3 раза в день за 20-30 минут до еды), пропульсида.

- Применение препаратов, уменьшающих раздражающее действие желудочного содержимого на пищевод:

- медикаментов с вяжущими, обволакивающими и противовоспалительными свойствами (нитрата или субсалицилата висмута, де-нола, су-кральфата и др.);

- антацидных средств (альмагель, фосфалюгель, маалокс), принимаемых прерывистыми глотками и с интервалом не менее часа от других препаратов;

- с осторожностью, блокаторов H-2 рецепторов гистамина (циметидин, ранитидин и др.) и омепразола (блокатор протоновой помпы обкладочных клеток).

При эрозивно-язвенном поражении пищевода длительно применяют актиопротекторы (солкосерил, актовегин), гипербарическую оксигенацию и лазеротерапию. Медикаментозное лечение проводят периодически для профилактики возможного воспаления слизистой оболочки пищевода.

Особенности болезней системы пищеварения, как и других органов и систем стареющего организма, в значительной мере определяются комплексом возрастных морфологических изменений желудочно-кишечного тракта и проявляются, главным образом, и атрофических процессах. Однако по сравнению с опорно-двигательной и сердечно-сосудистой системами, дегенеративные процессы выражены весьма умеренно. Функциональные изменения проявляются в снижении активности секреторного аппарата различных отделов желудочно-кишечного тракта, а также печени и поджелудочной железы. Эти сдвиги сопровождаются развитием приспособительных факторов, обуславливающих при оптимальных условиях питания нормальный процесс пищеварения. При нарушениях режима питания, переедании, приеме недоброкачественной пищи и т. д., как правило, легко возникает функциональная недостаточность.

4. Практическая часть - нет.

5. Вопросы для собеседования

1. Основные синдромы болезней органов пищеварения у лиц старших возрастных групп. Принципы лечения.

2. Потребности и проблемы больных. Планирование ухода. Выполнение плана сестринской помощи.

3. Основные синдромы болезней мочевыделительной системы у лиц старших возрастных групп. Принципы лечения.

4. Неотложные состояния, особенности проявлений и экстренной помощи.

5. Потребности и проблемы больных. Планирование ухода. Выполнение плана сестринской помощи.

6. Тестовые задания

1. Атрофические процессы в слизистой желудка способствуют нарушению

- 1) сна
- 2) движения
- 3) пищеварения

2. Какая функция печени снижается с возрастом?

- 1) экскреторная
- 2) детоксикационная
- 3) желчеобразовательная

3. Прием пищи у пожилых людей предпочтителен

- 1) в горизонтальном положении
- 2) в вертикальном положении
- 3) в любом положении

3. С возрастом кислотность желудочного сока

- 1) возрастает
- 2) не изменяется
- 3) снижается

4. Эзофагальный рефлюкс – это

- 1) заброс желудочного содержимого в пищевод
- 2) заброс содержимого желудка в трахею
- 3) заброс содержимого кишки в желудок

5. Что необходимо учитывать при постановке инъекций старику?

- 1) остеопороз
- 2) нефросклероз
- 3) толщину подкожно-жирового слоя и эластичность кожи