

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Паллиативная сестринская помощь
-------------------------	--

<i>Специальность</i>	<i>34.03.01 – Сестринское дело</i>
----------------------	---

Форма обучения	очная
----------------	-------

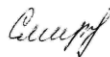
Год начала подготовки	2025
-----------------------	------

ТЕМА 3	Ведение пациентов пожилого и старческого возраста.
---------------	---

Лекционный материал по дисциплине «Паллиативная сестринская помощь»

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
Декан факультета гуманитарного и
медико-биологического
образования



Шишалова Т.Н.



Федько Н.А.

Лекционный материал по дисциплине «Паллиативная сестринская помощь»
размещен в ЭИОС университета в авторской редакции

- Цель** Ознакомить обучающихся с ведением пациентов пожилого и старческого возраста.
- Учебные вопросы** 1. Введение пациентов пожилого и старческого возраста.
2. Медико-психологическая помощь пациентам пожилого и старческого возраста.
3. Основы психологического консультирования

Введение

Пожилой и старый человек, предъявляющий жалобы, - это больной человек у которого надо выявить заболевания, степень развития патологических процессов, обуславливающих эти жалобы и соответствующие симптомы, и проводить адекватное лечение различными методами и средствами с учетом их взаимодействия на организм, измененных в своих реакциях.

В связи с этим перед медицинским работником ставится важная и порой нелегкая задача: при сугубо индивидуальном подходе к диагностике и терапии заболеваний учитывать возрастные нормы, характеризующие старение органов и систем практически здоровых людей соответствующего возраста, дифференцировать число возрастных проявлений от симптомов, обусловленных развитием патологических процессов.

Медицинский работник должен обладать довольно широким диапазоном знаний и в области биологии старения человека, профилактики преждевременного старения, что тесно связано с проблемами геронгиены, знать особенности организации ухода за больными старшего возраста в различных условиях их терапии.

1. Введение пациентов пожилого и старческого возраста.

Гериатрические аспекты терапевтических заболеваний связаны с особенностями организма в старости, которые являются физиологическим состоянием, что характеризуется угасанием жизнедеятельности и основных функциональных возможностей человека. Старость не является болезнью, а закономерным завершением жизненного цикла, которое сопровождается многочисленными осложнениями и заболеваниями. Отсюда следует основное задание гериатра – улучшение качества жизни и попытки помочь человеку пожилого возраста как можно дольше оставаться независимым от посторонней помощи.

Рассматривая терапевтические аспекты гериатрии, следует напомнить основные особенности течения заболеваний у людей пожилого возраста:

- наличие инволюционных функциональных и морфологических изменений во всех органах и системах;
- полиморбидность (наличие двух и более заболеваний у одного больного);
- преимущественно хроническое течение заболеваний;
- атипичность клинических проявлений заболевания;
- наличие заболеваний старческого возраста;
- социально-психологическая дезадаптация.

Исходя из перечисленных выше особенностей, можно сформулировать основные общие терапевтические подходы к лечению людей пожилого

возраста. Все имеющиеся патологии пациента не требуют постоянной терапии, поскольку только те состояния, которые существенно влияют на качество жизни и угрожают ей, требуют неотложного лечения. При таких условиях полиморбидность не будет порождать полипрагмазию – в среднем на одного больного пожилого возраста приходится 2-4 патологии, соответственно ему назначают больше препаратов, чем пациенту молодого возраста. Целью лечения в данном случае является снижение выраженности симптоматики и компенсация нарушенных функций.

Назначение лечения лицам пожилого возраста всегда сопровождается определенными осложнениями и проблемами, поэтому выбор препаратов должен быть максимально прагматическим с учетом всех позитивных и негативных эффектов лечения.

Проблемы медикаментозной терапии в пожилом и старческом возрасте:

- необходимость назначения более одного лекарственного средства учитывая наличие нескольких заболеваний;
- потребность в длительном приеме медикаментов, учитывая хроническое течение множества болезней;
- нарушение фармакодинамики и фармакокинетики лекарств на фоне возрастных изменений органов и систем, а также имеющейся патологии;
- нарушение комплаэнса – недостаточное или неправильное выполнение больным назначенного режима медикаментозной терапии.

Эффективность лекарств в пожилом возрасте зависит от многих факторов, которые влияют на метаболизм препаратов. В общем фармакокинетика лекарственных препаратов замедляется, что обуславливает их большую эффективность в случае понижения дозы, поэтому в пожилом возрасте эффективной является более низкая доза лекарств. Этому также способствует уменьшение жидкости и снижение содержания альбумина в плазме крови людей пожилого возраста, что повышает эффективную концентрацию лекарств. Период полувыведения препаратов увеличивается за счет уменьшения массы печени и снижения печеночного кровообращения, что представляет собой особое значение для психотропных препаратов, наркотических анальгетиков, бета-адреноблокаторов, антикоагулянтов, антиаритмических препаратов и нестероидных противовоспалительных препаратов.

С возрастом также ухудшаются параметры функционирования почек со снижением почечной экскреции и элиминации метаболитов лекарств на фоне развития нефросклероза, которые обычно ассоциируются с поражением почек в следствии пиелонефрита, сердечной недостаточности, сахарного диабета и т.д. Оценивая состояние почек, следует учитывать, что уровень креатинина в плазме крови у людей пожилого возраста изменяется не параллельно со снижением его клиренса – истинного показателя функционального состояния почек. У таких пациентов целесообразно проводить коррекцию доз лекарственных средств вместе с малым размахом терапевтического действия: сердечных гликозидов, аминогликозидных антибиотиков, а также цефалоспоринов, противодиабетических, антиаритмических, урикозурических средств, клофелина и нестероидных противовоспалительных препаратов.

На эффективность лекарств влияет уменьшение количества рецепторов на мембранах клеток, чувствительность которых может повышаться и/или искажаться. Это приводит к не прогнозированному действию многих лекарств: барбитураты могут обуславливать возбуждение; препараты, которые влияют на центральную нервную систему (ЦНС), - нейролептики, транквилизаторы и антидепрессанты, - способны оказывать длительное седативное действие с нарушением сознания, ортостатической гипотензией, экстрапирамидными симптомами и задержкой мочеиспускания. Изменения сердечно-сосудистой системы у людей пожилого возраста приводят к повышенной чувствительности к вазодилаторам, антигипертензивным средствам и диуретикам. Например, назначение нитратов и никотинамида может сопровождаться более выраженным снижением артериального давления (АД) и влиянием на мозговое кровообращение. Вместе с этим на людей пожилого возраста слабее действует адреналин, эфедрин и другие симпатомиметики, бета-адреноблокаторы оказывают менее выраженный эффект, однако чаще обнаруживаются побочные эффекты, чувствительность к антикоагулянтам увеличивается, но повышается резистентность к гормональным средствам.

Подводя итоги особенностям медикаментозного лечения людей пожилого возраста, следует напомнить классические рекомендации, согласно которым для лиц старше 60 лет дозу препаратов, которые угнетают деятельность ЦНС, а также сердечных гликозидов и мочегонных средств следует понижать до $\frac{1}{2}$ от общепринятой. Дозы других сильнодействующих препаратов составляют $\frac{2}{3}$ от тех доз, что используются у больных среднего возраста. Для достижения терапевтического эффекта дозы препаратов необходимо повышать постепенно. Большинство гериатров считают, что единых методических подходов к дозировке медикаментозных средств не существует, целесообразно учитывать фармакокинетику и фармакодинамику каждого препарата и функциональное состояние больного.

2. Медико-психологическая помощь пациентам пожилого и старческого возраста.

Медико-социальное обеспечение лиц пожилого возраста имеет 3 основные формы: стационарное, полустационарное обслуживание и обслуживание на дому. Одной из важнейших проблем развития системы медико-социальной помощи является координация действий между ведомствами, ее обеспечивающими: Минздравом, Минтруда и социальной защиты, Обществом Красного Креста, Фондом социального страхования, а также между иными структурами и ведомствами, имеющими специализированные учреждения и средства, используемые в интересах пожилых граждан.

В комплексе мер медико-социального характера, направленных на охрану здоровья лиц старших возрастов, особое место занимают внебольничные формы помощи пожилым как наиболее экономичные в финансовом и кадровом отношении. Среди них выделяют:

1. Гериатрические кабинеты в поликлиниках.
2. Геронтологические и гериатрические центры, амбулаторные гериатрические отделения, медико-социальные отделения в ЛПУ.
3. Стационарозамещающие (дневные стационары в ЛПУ, стационары на

дому, койки дневного пребывания при стационарах).

3. Центры медико-социальной реабилитации инвалидов.

4. Система врача общей практики.

4. Службы органов социальной защиты (центры социального обслуживания, отделения скорой помощи, социальной помощи на дому, отделения дневного и временного пребывания, социальные жилые дома).

5. Службы, организуемые Обществом Красного Креста, Дома милосердия, Хосписы и другие общественные организации.

Приоритетные направления практических мероприятий по достижению улучшения социального положения пожилых и внедрения инноваций в социальном обслуживании пожилых: - обеспечение безопасных условий для пожилых; - недопущение проявлений дискриминации по признаку пола, возраста, укрепление солидарности поколений; - сохранение самостоятельности в пожилом возрасте через предоставление социальных услуг; - налаживание партнерства на всех уровнях.

Для улучшения функционального статуса и не зависимости пожилых специалисты отмечают, что необходимы следующие меры и виды помощи:

- лечебные/физиологические; устранение боли и дискомфорта;
- функциональные;

- когнитивные;
- аффективные;
- социальные контакты;
- социальное участие;
- чувство удовлетворения помощью;
- удовлетворение окружающей обстановкой.

Для оценки функционального состояния пожилых важны медицинский, психологический, социально-экономический аспекты их жизнедеятельности, определяющие нужды и потребности медико-социальной помощи пожилым людям.

3. Основы психологического консультирования

Социальная работа с пожилыми должна быть тесно связана с вопросами защиты их прав, утвержденными в Декларации прав человека. Принципиально новыми подходам в социальной работе является использование возможностей Интернета и электронной почты для обучения персонала, членов семей, студентов и потребителей услуг социальных служб, для общения и поиска дополнительных ресурсов работы социальных служб.

Заключение

Потребности в социальной (семейной, экономической, духовной) помощи. При анализе роли семьи в организации помощи престарелым, не способным к самообслуживанию, было выявлено, что последние нуждаются во внимании и помощи родственников, главным образом в психологической поддержке, не только в тех случаях, когда живут в кругу семьи, но и когда помещены в клиники и дома престарелых. Сохранение семейных связей составляет основу социальной стабильности и обеспечивает эффективную деятельность организаций здравоохранения и социальной службы, оказывающих помощь престарелым. Ни дома, ни в специализированных гериатрических учреждениях они не должны

ощущать оторванность от жизни, вести существование вне времени, "прятать в ящик стола волю к жизни" . Остро стоит вопрос о помощи извне для ведения домашнего хозяйства для тех, кто полностью потерял способность к самообслуживанию (среди лиц в возрасте 80 лет и старше таких примерно 10-20%) . Отсутствие социальных связей с семьей, друзьями, религиозными и общественными организациями представляет собой индикатор высокой вероятности преждевременной смерти вне зависимости от социального положения и исходного здоровья. Выявлено также положительное воздействие социальной поддержки на процессы реабилитации различных групп больных, на процессы адаптации выздоравливающих и улучшение способности преодолевать стрессовые ситуации.

Отмечена особая острота проблемы в сельской местности, где происходит концентрация престарелых жителей, нуждающихся в посторонней помощи и опеке. В целом по России около 1,5 млн. граждан старших возрастов нуждаются в постоянной посторонней помощи и социальных услугах.