Государственное автономное образовательное учреждение

среднего профессионального образования

«ОРЕНБУРГСКИЙ ОБЛАСТНОЙ

МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

(ГАОУ СПО «ООМК»)

Министерство здравоохранения РФ

Министерство здравоохранения Оренбургской области

Реферат

Заболевания крови у людей пожилого и старческого возраста (Железодефицитная анемия, В12)

Выполнила студентка:

Глущенко Е.А.

Содержание

1. Заболевания крови у людей пожилого и старческого возраста

.1 Заболевания крови

.2 Анемический синдром в геронтологической практике

. Организация наблюдения и ухода за больными с заболеваниями крови

Список литературы

Глава 1. Заболевания крови у людей пожилого и старческого возраста

.1 Заболевания крови

Совершенно особую роль играют нарушения гемостаза у людей пожилого и старческого возраста. Повышенная склонность к тромбообразованию является одной из наиболее частых причин смерти в старших возрастных группах. В основе этих нарушений лежат сдвиги метаболизма, выходящие далеко за рамки атерогенеза. Некоторые из них (например, гомоцистеинемия) хорошо диагностируются и успешно лечатся. Существенным вкладом в современное развитие медицины стало оформившееся в последние годы понимание общности патогенеза и соответственно терапии многих заболеваний, имеющих «сосудистое» происхождение.

Вообще заболевания системы крови в пожилом и старческом возрасте отличаются целым рядом особенностей. Так, хорошо известно, что хронический лимфолейкоз и множественная миелома встречаются гораздо чаще в старших возрастных группах, чем у молодых людей; В12-дефицитная анемия - болезнь пожилых и старых людей. Апластическая анемия в старших возрастных группах - большая редкость, но чаще наблюдается апластический синдром, который предшествует развитию В- и Т-клеточной лимфомы. Даже при реактивных изменениях крови имеются возрастные различия - инфекционный мононуклеоз не превышает 40-45-летнего возрастного барьера, гиперэозино-фильные реакции встречаются в пожилом возрасте значительно реже, чем у детей и молодых людей.

Гериатрическая гематология высокотехнологична, эффективна, но малодоступна из-за высокой стоимости диагностики и лечения. Необходимо приложить еще много сил, чтобы достижения современной науки стали всеобщим достоянием.

1.2 Анемический синдром в геронтологической практике

Анемия - снижение концентрации гемоглобина в единице объема крови, нередко сопровождающееся снижением числа (концентрации) эритроцитов в единице объема крови.

Анемия может длительно не вызывать каких-либо клинических проявлений, поэтому с практической точки зрения полезно выделять анемический синдром, т. е. сочетание лабораторных признаков анемии и ее клинических проявлений: гипоксии и гипоксемии. К последней можно отнести слабость, головокружение, ортостатические состояния, снижение памяти, эпилептические припадки, недостаточность коронарного кровообращения - нестабильная стенокардия, «ишемические» изменения ЭКГ (обычно относительно стабильные в отличие от изменений, связанных с коронарным тромбозом), инфаркт миокарда, появление аритмий, нарастание сердечной недостаточности. Влияние анемии на сердечно-сосудистую систему обычно (но не обязательно) проявляется у тех больных, у которых и до развития анемии имелись указанные синдромы; сердечно-сосудистых расстройств, связанных с гемической гипоксией, с большой вероятностью можно ожидать у пожилых пациентов.

Выделяют четыре группы патогенетических факторов развития анемии:

* нарушение созревания эритроцитов,
* нарушение синтеза гемоглобина,
* сокращение продолжительности жизни эритроцитов за счет их разрушения (гемолиз),
* потеря эритроцитов при кровотечении.

У больных часто наблюдается сочетание этих факторов.

Анемия - это один из самых частых гематологических синдромов у пожилых больных: частота ее у лиц старше 65 лет составляет 90,3 на 1000 жителей у мужчин и 69,1 на 1000 у женщин, а в возрасте старше 85 лет она выявляется уже у 27-40% мужчин и 16-21% женщин.

Анемии в геронтологической практике обычно вторичны, ассоциированы с другой патологией - опухолями, тяжелыми инфекциями, почечной недостаточностью. Описываемое многими исследователями постепенное снижение гемоглобина по мере старения непосредственно не обусловлено возрастом, а связано с развитием различных заболеваний (опухоли, инфекции и пр.) и соответственно повышением частоты анемического синдрома, обусловленного этими заболеваниями. Очевидно, что более низкие показатели гемоглобина коррелируют с повышенным риском общей смертности, т. к. анемия в большинстве случаев в пожилом возрасте - проявление тяжелого заболевания.

Наряду с анемическим синдромом, анемия у больных старших возрастов нередко является причиной развития психических и неврологических заболеваний (например, нарушений мышления, болезни Альцгеймера), а также сердечной недостаточности.

Предлагается выделить пять степеней тяжести собственно анемии:

* анемия без клинических проявлений,
* анемический синдром умеренной степени выраженности,
* выраженный анемический синдром,
* анемическая прекома,
* анемическая кома.

Ясно, что такое деление условно и при различных патогенетических вариантах анемии могут иметь место различные сочетания. Так, при дефиците железа сейчас выделяют и до анемическое железодефицитное состояние, так как оно может иметь самостоятельное значение в снижении насосной функции миокарда или в психической сфере. Вместе с тем, при дефиците железа не встречаются (хотя теоретически и возможны) анемическая прекома и кома. Наоборот, В12-дефицитная анемия чаще всего диагностируется в стадии выраженного анемического синдрома, а переход в прекоматозное и коматозное состояние происходит в считанные часы.

Умеренная степень выраженности анемического синдрома характеризуется слабостью (при этом, очевидно, могут иметься специфические признаки - сидеропении, полневропатии при дефиците В12). Появление сердцебиения будет характеризовать переход в степень выраженного анемического синдрома, а выраженные нарушения гемодинамики - сигнализировать о возможном развитии анемической комы.

Более 90% всех анемий в геронтологической практике составляют:

* железодефицитная анемия,
* В12 -дефицитная анемия,

Железодефицитная анемия

Железодефицитная анемия является синдромом, осложняющим течение разных заболеваний, большинство из которых курабельны (миома матки, дисфункциональные кровотечения, язва желудка, кровоточащий геморрой и др.). Поиск причины железодефицитной анемии должен проводиться со всей тщательностью, базироваться на учете наиболее вероятных причин ее развития в каждом конкретном случае. Для проведения такого исследования нередко привлекаются все современные методы, включая эндоскопию, компьютерную томографию, радионуклидные и т. д.

Наиболее частыми причинами потерь железа в пожилом возрасте становятся микрокровотечения из желудочно-кишечного тракта (рефлюкс-эзофагит, эрозии и язвы желудка, полипоз, дивертикулярная болезнь, опухоли кишечника, геморрой и др.), дополнительное значение может приобретать конкурентное потребление железа бактериями при дисбактериозах, дивертикулезах. Дефициту железа может способствовать алиментарный его недостаток, нарушение всасывания (например, при хронических панкреатитах), частый забор крови на исследования, постоянные небольшие кровопотери из ротовой полости из-за проблем с зубными протезами, гематурия вследствие пиелонефрита, поликистоза почек, мочекаменной болезни, рака почки или мочевого пузыря, геморрагического цистита. У пожилых нередко можно наблюдать сочетание нескольких факторов развития дефицита железа, каждый из которых в отдельности не должен вызывать анемизацию, но становиться значимым в совокупности. Установление причины кровопотери и дефицита железа у пожилого пациента - обычно сложная диагностическая задача, требующая, кроме прочего, тесного сотрудничества пациента и врача. Многие пожилые люди отказываются от эндоскопического обследования и врачи, к сожалению, идут у них на поводу. Такой подход не имеет оправданий, так как дефицит железа может быть достаточно ранним признаком рака кишечника (например, малигнизации кровоточащего полипа), который успешно лечится. Кроме того, в пожилом возрасте удавалось радикально помочь больным с дефицитом железа при использовании диагностической лапаротомии, которая иногда позволяет выявить «невидимый» рак кишечника с последующим удалением опухоли.

Важно помнить, что кровопотери, приводящие к дефициту железа, характеризуются небольшим объемом теряемой крови, продолжительностью, часто протекают незаметно, скрытно!

Диагноз железодефицитной анемии устанавливается при исследовании периферической крови: гипохромия эритроцитов, низкий цветовой показатель, отсутствие тромбоцитопении и лейкоцитопении, изменений в формуле крови. Подтверждают диагноз в обязательном порядке поиском снижения уровня сывороточного железа, более точные исследования обмена железа (трансферрин, ферритин и др.) в нашей стране используются редко из-за их относительной дороговизны.

Лечение железодефицитной анемии складывается из терапии, направленной на устранение ее причины, и компенсации дефицита железа. Нередко источник потери железа установить не удается и проводится эмпирическая заместительная терапия. Диета не является основой терапии больных железо-дефицитной анемией: нельзя вылечить ее диетой! В яблоках мало железа, а с учетом того, что и всасывается оно в малом количестве, очевидна абсолютная бесперспективность лечения дефицита железа яблоками. Аналогична ситуация и с гранатами, в которых содержание железа столь же невелико.

Основной заместительной терапией при дефиците железа является применение лекарственных препаратов железа внутрь или парентерально. В подавляющем большинстве случаев, при отсутствии специальных на то показаний, препараты железа следует назначать внутрь.

В настоящее время используются две группы препаратов железа -содержащие двухвалентное и трехвалентное железо. Наиболее известны препараты, содержащие двухвалентное железо, которое хорошо всасывается в кишечнике. Расчет суточной потребности в препаратах производится по количеству содержащегося в нем двухвалентного железа.

Важным критерием выбора препарата является оптимальное соотношение затраты/эфективность, что позволяет минимизировать затраты на лечение.

Пожилые больные не требуют специфических схем лечения железодефицитной анемии и обычно быстро отвечают на назначенную терапию. Неэффективность терапии в этой группе нередко связана с запорами, обусловленными дисбактериозом, нарушениями перистальтики, а нередко - и приемом железосодержащих препаратов. Конкурентное потребление поступающего с пищей железа флорой кишечника не позволяет этому элементу всасываться в достаточном количестве, создавая иллюзию неэффективности.

В12-дефицитная анемия, связанная с недостатком в организме этого витамина.

Частота В12-дефицитной анемии увеличивается с возрастом и составляет у молодых лиц около 0,1%, у пожилых до 1%, а после 75 лет встречается почти у 4% доживающих до этих лет.

Дефицит витамина В12 у пожилых чаще всего является следствием либо нарушения его всасывания из-за атрофии слизистой дна желудка, либо из-за конкурентного потребления витамина микрофлорой кишечника (при дивертикулах, запорах, слепая петля после операции на желудке) или гельминтами.

Клиническая картина В12-дефицитной анемии складывается из поражения системы кроветворения и нервной системы. Прочие симптомы и синдромы (поражение желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и т. д.) либо являются этиологическим фактором развития заболевания, либо отражают наличие и тяжесть поражения костного мозга.

Диагноз основывается на оценке клинической картины, обнаружении трех-ростковой цитопении, желательно подтверждение его с помощью исследования стернального пунктата.

Лечение В12-дефицитной анемии является благодарной задачей.

После окончания терапии проводят профилактику рецидива заболевания - периодически вводят препараты витамина В12.

Отсутствие эффекта от применения витамина В12 свидетельствует о неправильном диагнозе. Следует напомнить об опасности назначения витамина В12, фолиевой кислоты, сырой печени, поливитаминов до начала обследования, до выполнения стернальной пункции. Несвоевременное применение этих методов может привести к тому, что диагноз не будет поставлен вообще или он окажется неверным.

анемия железо кровь возраст

2. Организация наблюдения и ухода за больными с заболеваниями крови

Люди с различными формами заболеваний крови и костного мозга нуждаются в специализированном уходе и поддержке. В зависимости от стадии болезни и этапов лечения, пациенты переживают различные физические и эмоциональные состояния.

Важным этапом в жизни пациентов является период лечения. С одной стороны, он позволяет реально надеяться на выздоровление с возвращением к обычной жизни, но с другой - именно в этот период пациент становится уязвимым ко многим внешним факторам.

Все мероприятия по уходу и поддержке за пациентами, страдающими заболеваниями крови и костного мозга, необходимо тщательно обсуждать с врачом.

Так как слабость <http://www.help-patient.ru/haematology/care/asthenia/> - наиболее частый симптом у гематологических и онкологических больных, данные рекомендации могут быть полезны каждой медсестре.

Режим дня (время пробуждения и отхода ко сну, приема пищи, физических упражнений и т.д.) должен быть заранее спланирован.

При планировании режима дня необходимо продумать оптимальное для больного на данном этапе соотношение времени отдыха и повседневной физической активности.

Сон должен быть продолжительным и полноценным. Пробуждение и засыпание должны происходить по возможности в одно и то же время.

Питание. Пища должна быть высококалорийной с достаточным количеством белков, витаминов и микроэлементов. Во время каждого приема пищи необходимо получать достаточное количество калорий.

Следует принимать пищу небольшими порциями, но часто (переваривание небольшого количества пищи требует меньших энергетических затрат).

Отдых

Во время отдыха нужно стараться по возможности заниматься приятными делами (чтением, просмотром фильмов, прослушивание музыки и т.д.).

Положительную роль играют простые общеукрепляющие занятия: прогулки, отдых на свежем воздухе, наблюдение за природой. Полезно определить занятия, которые помогают Вам восстанавливать силы.

Физические упражнения

Простые физические упражнения (утренние, дневные или вечерние), выполняемые ежедневно, способствуют снижению уровня слабости. В ряде случаев может помочь дыхательная гимнастика.

Положительное психологическое и эмоциональное состояние помогает справляться со слабостью. По возможности желательно избегать ситуаций, связанных с нервно-психическим напряжением и истощением.

Важно, чтобы человек чувствовал себя таким же полноценным членом семьи, имел возможность отрыто поговорить с окружающими о своих страхах, физическом, опасениях, мог найти терпеливое отношение к своему эмоциональному состоянию и участие в семье. Поддержка семьи поможет сохранить больному позитивный настрой на лечение, желание преодолеть болезнь, что ускорит процесс выздоровления

Как осуществляется уход за кожными покровами и полостью рта больного?

Большое значение имеет уход за кожными покровами. У больных с анемиями нередко отмечаются сухость и трещины кожных покровов, наблюдаются изменения ногтей, которые становятся утолщенными, иногда даже вогнутыми (ложкообразными) и легко ломаются.

Большое внимание следует уделять уходу за полостью рта, поскольку при анемиях часто возникают трещины в углах рта, развиваются воспалительные изменения слизистой оболочки полости рта (стоматит), отмечаются боли в языке и явления его воспаления (глоссит).

Какие особенности ухода связаны с изменением терморегуляции и температурной чувствительности у больных анемиями?

Нужно регулярно измерять температуру тела, которая у больных с В12-дефицитной анемией может повышаться в период обострений заболевания.

Какое значение имеет наблюдение за состоянием сердечно-сосудистой системы больных?

Особое внимание при уходе за больными с анемиями необходимо уделять наблюдению за состоянием сердечно-сосудистой системы. Нужно постоянно осуществлять контроль за частотой пульса и уровнем артериального давления. При анемиях обычно отмечается наклонность к тахикардии и артериальной гипотонии. Увеличение частоты сердечных сокращений и прогрессирующее падение артериального давления (вплоть до развития шока и коллапса) могут быть признаками обильного кровотечения, которое может внезапно возникнуть или возобновиться у больных с острой и хронической постгеморрагической анемией.

Какие изменения вкуса могут отмечаться у больных с. анемиями?

При лечении больных с анемиями большую роль играет правильная организация питания. При этом следует иметь в виду, что, например, у больных с железоде-фицитными анемиями нередко наблюдается извращение вкуса, когда больные охотно едят мел, зубной порошок, уголь, сырую крупу и другие несъедобные вещества.

Какие основные мероприятия осуществляет медсестра при уходе за больными с гемобластозами?

У больных с гемобластозами часто отмечается лихорадка. Она может быть субфебрильной (при хронических лейкозах), но нередко протекает по гектическому типу, с большим размахом температуры, ознобами и «проливными» потами. Такие больные нуждаются в соответствующем уходе как в период нарастания температуры, так и при ее падении. Большое значение имеют регулярная термометрия и систематическое ведение температурного листа.

Каких изменения могут возникнуть со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем?

Нужно осуществлять постоянный контроль за состоянием дыхательной системы, поскольку у больных с гемобластозами часто возникают бронхиты и пневмонии. У таких пациентов, кроме того, нередко наблюдаются признаки поражения сердечно-сосудистой системы: тахикардия, различные нарушения сердечного ритма, артериальная гипотония (у больных с эритремией, наоборот, артериальная гипертензия), которые могут привести к тяжелой сердечной недостаточности. Поэтому при уходе за больными с лейкозами следует вести постоянный контроль за уровнем артериального давления, частотой дыхания, частотой пульса, динамикой отеков.

Больные с лейкозами характеризуются наклонностью к повышенной кровоточивости, У них иногда могут возникать тяжелые желудочно-кишечные кровотечения, порой заканчивающиеся летально. Тщательное наблюдение за пациентами позволяет своевременно распознать указанные осложнения.

Выполнение всех мероприятий по уходу за больными с гемобластозами позволяет значительно улучшить результаты лечения таких пациентов.

Список использованной литературы

1. Журнал «Медсестра» №6 - 2001 г.

2. Иванова Л. Ф. Сестринский процесс в геронтологии и гериатрии. - Чебоксары,1999.

. Перфильева Г.М. Сестринский процесс //Мед. сестра. - 1999. - N 3.

. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. - Учебное пособие: Феникс, 2005. - 473 с.

. Универсальный справочник медсестры. Практическое руководство по уходу за больными. - "Рипол Классик", 2006. - 512 с.