Современная гериатрия — динамично развивающаяся область клинической медицины, имеющая большое будущее, так как в третьем тысячелетии демографическая структура мирового сообщества будет неуклонно изменяться в сторону увеличения численности пожилых людей, поэтому перед современной медициной возникает глобальная проблема оказания помощи человеку, находящемуся на этапе жизни, приближенному к предельному биологическому возрасту.

В отечественной медицине гериатрия является относительно новой специальностью. Как самостоятельная она впервые была выделена в номенклатуре специальностей в 1995 г.

Известно, что уровень заболеваемости в пожилом возрасте (60-74 года) почти в два раза выше, а в старческом возрасте (75 лет и старше) — в шесть раз выше, чем у лиц молодого возраста. Это обусловливает высокую потребность в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, общей и специализированной, которая для старших возрастов в 1,5-4 раза превышает аналогичные показатели для трудоспособного населения.

Статья 26 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» № 5487-1 от 22.07.1993г.: гарантирует права граждан пожилого возраста в области охраны здоровья. В ней отмечается право на медико-социальную помощь на дому, в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, а также в учреждениях социальной защиты населения. Медико-социальная помощь лицам пожилого возраста направлена на лечение имеющихся у них заболеваний и уход, поддержание активного образа жизни и социальную защиту в случае болезни и неспособности удовлетворить свои основные жизненные потребности.

В новом «Законе об основах охраны граждан РФ» №323 ФЗ от 21.11.2011г. такой статьи нет.

Естественно, что для реализации таких гарантий государству требуется четко организованная и хорошо налаженная система медицинских и социальных служб, а также значительное число подготовленных специалистов, способных предоставить лицам пожилого и старческого возраста рациональную, экономически эффективную и всесторонне квалифицированную помощь. Важная роль в организации такой помощи отводится средним медицинским работникам. Их участие в профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи не только в условиях стационара и поликлиники, но и, что чрезвычайно важно, на дому позволит обеспечить большую доступность медико-социальной помощи пожилым и старикам. Требуется значительное расширение системы оказания медицинской помощи пожилым, которая в настоящее время не располагает необходимыми кадровыми ресурсами.

Геронтология — раздел биологии и медицины, изучающий закономерности старения живых существ, в том числе и человека.

Гериатрия — область клинической медицины, изучающая болезни пожилого и старческого возраста.

Гериатрия является частью геронтологии. Ее задачами являются:

изучение особенностей развития, клинического течения, лечения и профилактики различных заболеваний у людей пожилого и старческого возраста;

выявление возможностей влияния на процесс старения.

Следует строго разграничить понятия старения и старости, их причины и следствия.

Старость — закономерно наступающий заключительный период возрастного развития.

Старение — разрушительный процесс, который развивается в результате нарастающего с возрастом повреждающего действия экзогенных и эндогенных факторов, ведущий к недостаточности физиологических функций организма, снижению его надежности, развитию возрастной патологии. Факторы окружающей среды, воздействуя на биологические процессы, влияют на продолжительность жизни. Для развития старения характерны:

гетерохронностъ — различие во времени наступления старения отдельных клеток, тканей, органов и систем;

гетеротропностъ — неодинаковая выраженность возрастных изменений в разных структурах одного и того же органа;

гетерокинетичностъ — старение с различной скоростью;

гетерокатефтенностъ — разнонаправленность возрастных изменений, при которой идет подавление одних процессов и активизация других.

Характеристика этих процессов доказывает, что старение — это неравномерный процесс и не постепенное угасание организма. При наличии общих закономерностей старение характеризуется различными индивидуальными особенностями. В связи с этим выделяют гемодинами-ческий, нейрогенный, эндокринный, относительно гармоничный и другие синдромы старения.

Возрастные изменения организма и связанные с ними особенности патологических процессов при старении затрудняют лечение больных пожилого и старческого возраста, которое должно проводиться с учетом этих особенностей.

Прежде всего надо дифференцировать естественное (физиологическое) старение и преждевременное старение. Последнее, будучи патологическим и осложненным болезнями, является наиболее частой формой старения человека.

Естественное старение характеризуется определенным темпом и последовательностью возрастных изменений, соответствующих биологическим, адаптационно-регуляторным возможностям данной человеческой популяции.

Преждевременное (ускоренное) старение характеризуется более ранним развитием возрастных изменений или же большей их выраженностью в тот или иной возрастной период.

Основными признаками, позволяющими отличить преждевременное старение от физиологического, являются существенное опережение паспортного возраста биологическим, наличие в анамнезе хронических заболеваний, интоксикаций, быстро прогрессирующие нарушения способности организма приспосабливаться к меняющимся условиям внешней среды, неблагоприятные нейроэндокринные и иммунологические сдвиги, выраженная неравномерность (гетерохронность) возрастных изменений различных органов и систем стареющего организма. Кроме того, среди механизмов преждевременного старения, помимо ослабления защитных иммунных механизмов, большую роль играют уменьшение активности системы антиоксидантов и микросомального окисления, изменение структуры клеточных мембран и биосинтез белков.

К факторам риска преждевременного (ускоренного) старения относятся:

хронические заболевания;

неблагоприятные факторы окружающей среды;

вредные привычки;

гиподинамия;

нерациональное питание;

отягощенная наследственность (короткая продолжительность жизни родителей);

длительное и часто повторяющееся нервно-эмоциональное перенапряжение (дистресс).

Они могут воздействовать на разные звенья дхепи возрастных изменений, ускорять, извращать, усиливать их обычный ход.

Существует также замедленное (ретардированное) старение, ведущее к увеличению продолжительности жизни, долголетию. Одним из основополагающих вопросов геронтологии является вопрос возраста.

Одна из существующих классификаций возрастных групп:

до 45 лет — молодой возраст;

45-59 лет — средний возраст;

от 60 до 74 лет — пожилой возраст;

от 75 до 89 лет — старческий возраст;

90 лет — долгожители: старше.

Все эти периоды условны, представляя собой непрерывное развитие, а границы их индивидуальны.

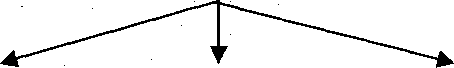
Структура геронтологической службы

Во всех странах мира вопросами профилактики старения, лечения больных пожилого и старческого возраста занимаются государственные и общественные службы. В России выделяют два вида геронтологической службы:

службу здравоохранения и

службу социальной помощи (профессиональная и добровольная).

Структура геронтологической службы



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Государственные организации  Министерство здравоохранения и социального развития (главный геронтолог) | | Общественные организации: |
| амбулаторная помощь:  -поликлиники ветеранов,  -геронтологический кабинет,  -участковые, цеховые и семейные врачи, фельдшера, медицинские сестры.  стационарная помощь:  - больницы ветеранов,  - специализированные геронтологические отделения,  -палаты ветеранов в общих отделениях,  -хосписы.  организации:  - медицинские ВУЗы,  -факультеты геронтологии и гериатрии  - факультеты последипломного образования,  -училища и отделения повышения квалификации. | социальное обеспечения:  - дома интернаты,  -патронаж на дому,  -санаторно-курортное лечение,  - материальная помощь. | -Всероссийское общество Красного Креста;  - совет обществ ветеранов и инвалидов;  - благотворительные организации. |

геронтология старение физиологический

Геронтологическая служба руководствуется следующими принципами:

- гериатрическая помощь должна быть частью общей системы лечебно-профилактической помощи,

- она должна быть массовой, так как лица старшего возраста в населении и среди работоспособной его части занимают все больший удельный вес,

- медицинская помощь должна быть максимально приближена к населению старшего возраста, что достигается путем совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи на дому,

- вся система лечебных мероприятий в отношении лиц старшего возраста должна быть направлена как на лечение заболеваний, так и на восстановление общего психофизиологического состояния больного, на максимальное стимулирование его двигательной активности и способности к самообслуживанию.

Основы общего ухода

Гериатрический уход более сложен и требует от медицинского персонала большего внимания и времени, чем обычный медицинский уход. Здесь должны учитываться многие психологические и социальные факторы. Понятие «уход за больным» включает не только физический уход, но и восстановление нарушенных психических и физических функций, поддержание или развитие социальных связей больного с семьей и обществом, в котором он находится. Основными принципами ухода является уважение к личности больного, принятие его таким, какой он есть, со всеми его физическими и психическими недостатками, раздражительностью, болтливостью, во многих случаях слабоумием и т. д. Необходимо учитывать, что дефекты личности и физические недостатки в большинстве случаев являются проявлением болезни, а не старости, и соответствующий уход и лечение могут улучшить состояние больных, возвратить им здоровье.

Ночной сон.

Старый человек нуждается в 7-8-часовом сне, а люди с выраженной астенизацией — еще и в дополнительном сне днем. Сон в жизни пожилого и старого человека более важен, чем в жизни молодых людей. Резервные возможности нервной системы у них значительно снижены и быстро истощаются. Одна бессонная ночь сильно отражается на настроении, состоянии психики, нередко ухудшая развитие физической слабости, а в некоторых случаях может стать причиной декомпенсации. У старых людей весьма часты нарушения сна. Они могут дремать с перерывами в течение большей части дня. При этом общая продолжительность сна обычно не увеличивается, так как ночью они спят меньше, и нередко после ночного пробуждения, чувствуя, что в ближайшие минуты они не уснут, они читают лежа в кровати, встают, ходят по палате, а находясь дома, по квартире, едят и даже готовят пищу. Сон здоровых людей в пожилом и старческом возрасте значительно отличается от сна молодых людей. Высказываются жалобы на трудность засыпания, более старые люди жалуются на трудность поддержания сна. Пробуждения ночью наступают чаще, чем говорят об этом сами пациенты. В день после бессонницы человек обычно чувствует себя разбитым, старается днем выспаться, что ведет к следующей бессонной ночи.

В лечении нарушений сна следует учитывать причины, которые приводят к трудному засыпанию, прерывистому сну, тяжелым сновидениям. Обычно это эмоциональные нарушения невротического характера с преобладанием тревожно-депрессивных и фобических расстройств на фоне атеросклероза сосудов сердца и головного мозга. Сугубо отрицательной стороной длительного приема снотворных препаратов является привыкание к ним, а увеличение дозы приводит к возникновению вялости, апатии, адинамии после сна.

Советы пожилому и старому человеку:

— старый человек должен засыпать в тишине;

постель должна быть твердая;

температура воздуха в комнате 18-22° С;

воздух в комнате должен быть чистым, комната хорошо проветренной, лучше всего спать с открытой форточкой;

одеяло должно быть легкое и теплое, не подвернутое под матрац и дающее возможность удобно укутать ноги;

последний прием пищи должен быть не позднее, чем за четыре часа до сна, перед сном лучше выпить стакан кефира. Не рекомендуется перед сном есть сладости;

перед сном рекомендуется недлительная прогулка или просто ходьба по коридору;

можно попробовать изменить распорядок дня за счет интересных дневных занятий, удерживающих пожилого человека от сна днем и делающих его менее сонливым, в связи с чем засыпание и сон ночью будут более полноценными.

Ночной диурез.

В процессе старения значительно изменяется функция мочевыделения — уменьшается концентрационная способность почек и в связи с этим компенсаторно увеличивается количество выделяемой мочи. Особенно увеличивается у многих пожилых и старых людей ночной диурез.

Совет пожилому и старому человеку:

— не рекомендуется принимать жидкости непосредственно перед  
сном.

Медицинскому персоналу необходимо узнать, как часто просыпается больной ночью для мочеиспускания и, при необходимости дать ему ночную посуду. Если больной ходячий, необходимо убедиться, что он знает местонахождение туалета. Во многих случаях хождение в санитарные блоки по нескольку раз через коридор нередко является причиной бессонницы. Плохая ориентация в состоянии полусна может привести к несчастным случаям (падения, переломы) и конфликтным ситуациям (пациент может зайти не в свою палату и попытается лечь в чужую постель), поэтому номера палат на двери должны быть четкими. Следует помнить, что некоторые пациенты для уменьшения вводимой жидкости отказываются от приема жидкости во второй половине дня, что может привести к дегидратации, поэтому необходим учет водного баланса.

Если больной лежачий, то необходимо, чтобы судно располагалось у него под рукой. Нельзя показывать свое осуждение пожилому пациенту по поводу мокрого и грязного белья, так как недержание мочи — частое проявление урологических заболеваний.

Профилактика несчастных случаев.

Несчастные случаи — довольно частое явление в пожилом возрасте. Они могут происходить как на улице, так и в помещении, в частности в палатах, ванных комнатах, туалетах и коридорах больниц. Причинами падений могут быть снижение зрения и слуха, недостаточная координация движений и неспособность сохранять равновесие, головокружение, слабость.

Для исключения несчастных случаев:

в комнатах не должно быть лишней мебели;

не следует переставлять мебель, не предупредив старого человека (они живут выработанной привычкой, стереотипом); пол должен быть покрыт цельным ковром, пожилым пациентам рекомендуется носить тапочки, а не шлепанцы;

—- ванные комнаты должны быть оборудованы опорами (поручнями), срочной сигнализацией и резиновыми ковриками;

— вдоль коридоров стационаров также должны быть поручни;

— в гериатрической практике рекомендуется душ с температурой не выше 35° С, а не ванна; душ принимаётся стоя или сидя, или же пациента обмывает персонал (на специальной кушетке) в теплой и хорошо вентилируемой комнате; при приеме ванны рекомендуется присутствие родственников или медицинского персонала;

— ванна не должна закрываться с внутренней стороны.  
Обеспечение комфортных условий для пациента:

кровать должна быть не ниже 60 см, чтобы, сев на ней, больной касался ногами пола;

желательно наличие функциональной кровати;

кровать должна иметь приспособление для фиксации съемного столика, дающего возможность организовать питание;

более целесообразны две небольшие, чем одна большая, подушки;

- нельзя сажать пациента в глубокое низкое кресло, откуда ему будет трудно самостоятельно подняться;

- обязательно наличие прикроватного столика и индивидуального освещения;

- рядом с кроватью должна быть кнопка вызова медицинского  
персонала;

- пациентам необходимы теплая одежда и теплое постельное белье;

- температура в помещении не должна быть ниже 18° С. Личная гигиена:

- купание 1-2 раза в неделю;

- рекомендуется использование мыла с высоким содержанием жира для профилактики сухости кожи и зуда;

- рекомендуется использование крема для уменьшения сухости кожи;

- ноги следует мыть ежедневно с использованием щетки, своевременно обрезать ногти и удалять мозоли.

Геронтофармакология

Особенности физиологии пожилого возраста требуют чрезвычайной осмотрительности при выборе лекарственных средств и их доз.

Основной задачей лечения больных пожилого возраста является восстановление и поддержание такого функционального состояния, которое необходимо для сохранения привычного образа жизни, поддержания возможностей независимости от окружающих и способности к самообслуживанию.

Сама жизнь диктует развитие такого направления в медицине, как гериатрическая фармакотерапия, так как проблема профилактики и лечения больных старших возрастных групп является одной из важнейших ее проблем.

Геронтофармакология предполагает рациональное использование лекарственных средств с учетом физиологических, ментальных и социальных особенностей пожилых больных.

Каждый медикамент — это вмешательство в течение физиологических процессов организма. Известна также важная роль дозы, даже таких повседневных ингредиентов, как витамины и минеральные вещества. Средства заместительной терапии (гормоны, ферменты, биологически активные соединения, осуществляющие медиаторную функцию) имеют особенности своего метаболизма при применении в позднем возрасте, в связи с чем по отношению к ним необходим индивидуальный подбор дозировок. Занимаясь выбором средств для лечения пожилых пациентов, необходимо учитывать возрастные особенности фармакокинетики.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Параметры фармакотерапии | Физиологические изменения, связанные с возрастом | Патологические состояния, усугубляющие выраженность расстройств фармакокинетики | Дополнительные воздействия на фармакокинетику |
| Абсорбция (всасывание) | Повышение рН желудочного сока, уменьшение всасывающей поверхности. Уменьшение ме-зентерйального кровотока. Ослабление моторной функции желудочно-кишечного тракта | Ахлоргидрия (ат-рофический гастрит). Диарея. Га-строэктомия. Синдром нарушенного всасывания. Панкреатит. .  Мезентериаль-ный тромбоз | Прием антацидных средств. Хо-линолитические средства. Взаимодействие лекарственных препаратов. Пищевые продукты, тормозящие всасывание |
| Распределение лекарств | Уменьшение содержания воды в | Дегидратация. Почечная недос- таточность. Истощение (вторичная алиментарная дистрофия). Печеночная недос- таточность. | Нарушения связывания белков-  носителей и рецепторов с лекарством |
| Метаболизм лекарств | Уменьшение массы жировой ткани. Снижение содержания транспортных белков (альбуминов). Уменьшение массы печени. Уменьшение активности ферментов. Уменьшение скорости кровотока в печени | Застойная сердечная недостаточность. Лихорадка. Печеночная недостаточность.  Злокачественные новообразования. Заболевание щитовидной железы. Вирусная инфекция, интоксикация | Состав пищи. Взаимодействие лекарственных средств. Ускорение метаболизма. Замедление метаболизма. Инсектициды. Табакокурение |
| Экскреция  (выведение  лекарств) | Уменьшение скорости почечного кровотока. Уменьшение клу-бочкрвой фильтрации. Снижение канальцевой секреции | Гиповолемия. Почечная недостаточность | Взаимодействие  лекарственных  веществ |

Приведенные в таблице сведения важны для медицинских работников, поскольку помогают принимать грамотные решения относительно определения показаний для выбора лекарств, понимания малой эффективности некоторых средств. Это позволяет выработать следующие правила медикаментозной терапии лиц пожилого возраста:

Медикаментозное лечение оправдано и показано лишь в том случае, если точно определена мишень терапевтического воздействия: обратимый патологический процесс, нарушающий состояние больного; наличие расстройств поведения, дезорганизующих жизненный ритм пациента и нарушающих взаимодействие в среде его обитания.

При выборе медикамента в первую очередь учитываются противопоказания к их применению исходя из особенностей состояния пациента. Высокая вероятность развития тяжелых осложнений терапии исключает возможность использования лекарств, механизм действия которых способен потенцировать естественные процессы расстройства жизненно важных функций (снижение сократимости миокарда, усугубление расстройств его проводимости, снижение возбудимости сосудодвигательного и дыхательного центров и др.).

Различные варианты лекарственного взаимодействия (при всасывании, распределении, метаболизме и выведении медикаментов) предполагают насущную необходимость назначения минимально необходимого числа лекарств (обычно не более 1-2 средств), терапевтическую эффективность и переносимость которых легче оценить и проконтролировать.

При выявлении множественной патологии следует вначале организовать лечение основного, наиболее опасного заболевания, планируя на последующих этапах терапии последовательное включение в терапевтическую программу новых препаратов, необходимых для решения конкретных клинических задач. Не допускать полипрагмазии.

При организации лечения следует, во-первых, определиться с постоянной поддерживающей терапией, назначенной ранее для пожизненного применения (сердечные гликозиды, диуретики, средства контроля АД, средства заместительной терапии, стероидные гормоны и др.). Коррекция лекарственной терапии пациентов старших возрастных групп должна проводиться не реже двух-трех раз в год, а также после каждой консультации специалиста.

Учитывая высокий риск побочных реакций, следует при возможности начинать лечение с наименее опасных медикаментов в малых дозировках, постепенно повышая их. Требуется сугубая индивидуализация лечения, подбор оптимальных для данного больного доз лекарственных препаратов. Использовать правило малых доз (половину, одну треть общепринятой дозы), затем медленно повышать ее до достижения лечебного эффекта и регулировать поддерживающую дозу.

При применении лекарственных средств, воздействующих на жизненно важные физиологические процессы, поддержание постоянства которых необходимо для выживания (артериальное давление, диурез, уровень содержания в плазме крови калия, натрия, кальция, магния, определенной величины онкотического давления), следует избегать резких изменений величины определенных параметров.

Для всех медикаментов с почечным путем выведения необходимо уменьшение полной терапевтической дозы соответственно величине клиренса креатинина.

Не следует избегать или ограничивать активность симптоматической терапии, направленной на симптомы болезненных состояний, способных усугубить тяжесть субъективного переживания болезни и провоцировать вторичные психосоматические расстройства.

Рекомендации о необходимости соблюдения осторожности при лечении больных старческого возраста не должны перерастать в терапевтический нигилизм. В критическом состоянии помощь гериатрическому больному оказывается по общим правилам, но с учетом приведенных выше соображений. Так, при купировании гипертонического криза не следует добиваться быстрого и значительного снижения АД, которое может привести к уменьшению локального кровообеспечения зон, имеющих исходно неблагоприятные условия (локальные атеро-склеротические стенозы). Облегчение состояния больного в части случаев может быть достигнуто пероральным или внутримышечным введением гипотензивных средств. Внутривенное применение лекарственных препаратов необходимо только при возникновении висцеральных осложнений, прямо угрожающих жизни.

Необходимо иметь в виду психологические особенности больного, затрудняющие его активное участие в лечении (забывчивость, недостаточную внимательность, неадекватность в реакциях). Преодоление этих обстоятельств достигается:

- применением одно- или двукратного приема препаратов в течение дня;

- подбором лекарственной формы, наиболее приемлемой для больного;

- назначением таблетированных лекарственных препаратов, так как жидкие лекарственные формы могут быть неверно дозированы пожилыми пациентами с нарушенной координацией движений, страдающими плохим зрением, плохой памятью; ингаляционный и ректальный пути введения также могут вызывать трудности у пожилых и старых пациентов;

- тщательным инструктированием пациента и его попечителей, подробными записями, объяснениями;

- четким обозначением места, где хранятся лекарства, специальными этикетками;

- предложением вести дневник или календарь во время лечения, в которых записывать характеристику новых ощущений, связанных с лечением.

Должен быть контроль за потреблением жидкости и выделением  
 мочи. Старые люди потребляют мало жидкости, что может  
способствовать развитию лекарственной интоксикации.

Длительный прием многих препаратов (успокаивающих, обезболивающих, снотворных) ведет к привыканию к ним и повышению их дозировок, увеличивает опасность интоксикации. Нужна частая замена лекарств, перерывы в их приеме.

Ятрогении

Ятрогении — это своего рода теневая сторона современной клинической и профилактической медицины. В современной литературе даются различные определения ятрогении. В целом под ятрогенией следует понимать возможные известные и неожиданные следствия любого медицинского вмешательства (патогенетически не связанные с исходным заболеванием), приведшие к летальному исходу, тяжелым осложнениям и инвалидизации или закончившиеся без последствий.

Наличие в позднем возрасте двух и более заболеваний, конкурирующих в выраженности клинических проявлений, прогностической зависимости, влиянии на качество жизни, часто является объективной предпосылкой вынужденной полипрагмазии, что, естественно, увеличивает риск медикаментозных осложнений. Так, при увеличении числа принимаемых лекарств до 10 частота побочных эффектов достигает 10%, а смертность от медикаментозных осложнений у больных, получающих до 16 препаратов, приближается к 10%. Назначение нескольких препаратов представляет потенциальную опасность в связи с их взаимодействием и возможностью усиления токсического эффекта каждого из них.

Нарушение фармакокинетики и фармакодинамики медикаментов считается одним из главных факторов развития медикаментозной ятрогении у пациентов пожилого возраста.

Отрицательные побочные действия лекарственных препаратов у лиц пожилого возраста.

|  |  |
| --- | --- |
| Препарат | Побочное Действие |
| Аминазин | Неадекватность реакции в виде беспокойства, тревоги, страха, усиление симптомов паркинсонизма (не проходят после отмены препарата), снижение артериального давления |
| Диабетические  гормональные  препараты | Гипертрофия предстательной железы |
| Антибиотики | Кандидоз, атрофический глоссит, дефицит витаминов группы В. |
| Антидепрессанты (амитрйптилин, имйпрамин) | Адинамическая непроходимость кишечника, задержка мочи, возбуждение, сердечная недостаточность, расстройство стула, ортостатическая гипотония |
| Атропин | Расстройства сердечного ритма, задержка мочи, обострение глаукомы |
| Барбитураты | Угнетение дыхательного центра, повышение уровня церебральной гипоксии, нарушение речи и походки, обмороки. Кумуляция из-за плохого выведения. Особенно опасны у больных с заболеваниями сердца и легких. При атеросклерозе мозговых сосудов вызывают парадоксальное возбуждение |
| Препараты белладонны | Уменьшение бронхиальной секреции, повышение вязкости секрета, ухудшение течения глаукомы |
| Бета-адренобло-каторы | Сердечная недостаточность, гипогликемические состояния у больных с сахарным диабетом (особенно у инсулинзависимых больных), усиление бронхоспазма |
| Бромиды | Спутанность сознания, бред, повышение холестерина в крови |
| Бутадион | Ульцерогенное действие (особенно у ослабленных людей), задержка натрия и воды, гипертензия, ос-теопороз, сыпи, агранулоцитоз |
| Ганглиоблока-торы | Резкое снижение артериального давления |
| Дибазол | При длительных курсах лечения — уменьшение сердечного выброса |
| Диазепам | Выраженная атаксия, бессонница, сонливость, усиление действия снотворных и анальгетиков, уменьшение активности антикоагулянтов |
| Кортикостерои-  ДЫ | Остеопороз, язвы слизистой желудочно-кишечного тракта, понижение толерантности к глюкозе, гипергликемия, отеки, гипертензия, гипокалиемия, глаукома |
| Нейролептики  (тиоридазин,  сонапакс) | Внезапная смерть, атриовентрикулярная блокада, нарушения внутрижелудочковой проводимости, трепетание предсердий, брадикардия, гипотония. При длительном применении возможно развитие токсической ретинопатии |
| Резерпин | Развитие признаков паркинсонизма, усиление депрессии. При больших дозах и повышенной чувствительности — гиперемия слизистых оболочек глаз, боли в желудке, диарея, брадикардия, тошнота, слабость, головокружение, одышка. У больных с бронхиальной обструкцией может вызвать острый приступ бронхоспазма |
| Салицилаты | Обострение бронхиальной астмы, язвенной болезни. При длительном приеме — головокружение, понижение слуха, спутанность сознания |
| Сердечные гли-козиды | Учащение приступов стенокардии, нарушения ритма и проводимости сердца, цветовые галлюцинации, снижение зрения, бессонница, головная боль, слабость, депрессия, тошнота, снижение аппетита |
| Слабительные | Церебральная декомпенсация, нарушения электролитного баланса, кислотно-щелочного равновесия, образования витамина К в кишечнике |
| Лидокаин | Спутанность сознания, парестезии, угнетение дыхания, гипотония, судороги |
| Новокаинамид | Периферическая нейропатия |
| Анаприлин | Тяжелая диарея, галлюцинации |
| Теофиллин | Задержка мочи |
| Папаверин | Поражение печени, повышение артериального давления |
| Клофелин | Обострение псориаза |

В комплексном лечении пожилых пациентов целесообразно использование так называемых гериатрических средств, с помощью которых можно усилить механизмы саногенеза, нормализовать возрастные сдвиги, предотвратить возникновение хронических заболеваний и реально увеличить число случаев старения по физиологическому типу. К этим средствам, в частности, относятся комплексные поливитаминные препараты (декамевит, квадевит), средства биологической стимуляции (препараты клеточной и тканевой терапии), антиоксиданты (липоевая кислота, цистамин, метионин), эндотелиотропные средства (пармидин) и др.

Полиморбидность

Полиморбидность (мультиморбидность, множественность заболеваний у одного человека) — одна из самых сложных проблем, с которой сталкиваются медицинские работники при работе с больными пожилого и старческого возраста.

Патологию больных старших возрастных групп нередко сравнивают  
с айсбергом, у которого более б/7 объема скрыто под водой. В среднем  
при клиническом обследовании больных пожилого и старческого воз  
возраста диагностируется не менее 4—5 болезней, проявлений патологических процессов.

Особенности состояния здоровья лиц пожилого и старческогоВозраста

С возрастом прогрессивно увеличивается патологическое поражение различных органов и систем. В пожилом и старческом возрасте имеются хронические заболевания, снижающие физическую и социальную активность пожилых людей. Среди них особенно выделяются заболевания сердечно-сосудистой системы, болезни органов дыхания и пищеварения, заболевания суставов, органов зрения и слуха, диабет, болезни центральной нервной системы и онкологические заболевания.

Множественность хронически протекающих заболеваний.

Сочетанное влияние патологических и возрастных изменений в организме, которое обусловливает преимущественно хронический характер течения заболевания.

Снижение и постепенно развивающаяся потеря способности к самообслуживанию. Причинами этого чаще всего являются заболевания опорно-двигательного аппарата, болезни сердечнососудистой системы, нарушения и заболевания органов зрения и слуха, диабет.

Взаимовлияние заболеваний изменяет их типичную клиническую картину, характер течения, увеличивает количество осложнений и их тяжесть, ухудшает качество жизни, ограничивает возможности лечебно-диагностического процесса, нередко ухудшает жизненный прогноз. С возрастом происходит «накопление» хронических заболеваний, отмечается множественность патологических процессов. В среднем у мужчин старше 60 лет устанавливается 4,3 заболевания, а у женщин того же возраста— 5,2. Каждые последующие 10 лет к ним прибавляется еще по 1-2 болезни. Начало заболеваний, формирующих Полиморбидность, как правило, приходится на средний возраст. Пожилой и старческий возраст — это период клинических проявлений комплекса заболеваний.

Пути формирования полиморбидности:

1. Развитие заболеваний, имеющих единый патогенетический механизм. Примером такого типа формирования является развитие у одного больного целой группы заболеваний, обусловленных атеросклерозом или хронической инфекцией. Атеросклероз сосудов является этиологической причиной ишемической болезни сердца (ИБС), дисциркуляторной атеросклеротической энцефалопатии, атеросклероза сосудов нижних конечностей, артериальной гипертензии, атеросклероза мезентерииальных сосудов и ишемии кишечника.

Развитие полиморбидности путем причинно-следственной трансформации. В этом случае развившееся заболевание приводит к функциональным, а затем и к органическим нарушениям в системе органов, объединенных общими функциями, с последующим формированием ряда нозологических форм. Характерным примером служат заболевания желудочно-кишечного тракта, когда начало процесса с поражения одного органа вызывает развитие ряда заболеваний других органов желудочно-кишечного тракта.

Ятрогенный путь, когда применение медикаментозных средств в результате их длительного системного воздействия на организм приводит к развитию осложнений, перерастающих в самостоятельные заболевания, или их комплекс. Классическим примером могут служить заболевания, развившиеся после длительного применения кортикостероидов или противоопухолевых препаратов (длительный прием кортикостероидов приводит к развитию артериальной гипертензии, остеопороза, язвенной болезни желудка, гипергликемии).

Все перечисленные механизмы формирования полиморбидности могут сочетаться и вступать во взаимодействие.

Характерные особенности болезней пожилого и старческого возраста

1. Нарастает общая патологическая поражаемостъ:

- сокращается число нозологических форм;

- преобладают хронические формы болезней; ;

- характерна полиморбидность.

2. Особенности этиологии:

- преобладают внутренние средовые факторы (возрастные изменения органов и систем, метаболизма и регуляции);

- нарастает агрессивность патогенных факторов.

3. Особенности патогенеза:

нередко изменяются конкретные патогенетические механизмы болезни.

4. Особенности клинической картины:

- течение болезни обычно атипичное — малосимптомное, латентное, с наличием «масок», но тяжелое, часто инвалидизирующее;

- большая склонность к рецидивам, переходу острых форм в хронические;

- укорачивается латентный период болезни;

- учащаются осложнения заболевания;

- сокращаются сроки присоединения осложнений, в частности функциональной - декомпенсации пораженной системы; сокращается продолжительность жизни больного.

5. Особенности диагностики:

- необходимы настороженность и целенаправленный поиск исходя из структуры заболеваемости;

- необходима верификация полученной от больного информации;

- важно использовать адекватные параклинические методы исследования;

- необходимо учитывать так называемые малые симптомы;

- необходимо динамическое наблюдение за пациентом;

- в оценке результатов изучения больного нужно исходить из критерия возрастной нормы.

6. Особенности профилактики:

- предшествующие возрастные факторы риска повышают роль первичной и вторичной профилактики;

-помимо общепринятых профилактических мероприятий нужно использовать способы и средства повышения сниженной у старого человека толерантности к вредностям (геропротекторы, рациональный двигательный режим, рациональное гериатрическое питание, климатолече-ние и др.).

7. Особенности лечения:

- четкая реализация принципа гуманизма;

- соблюдение принципа разумного щажения многолетних привычек пациента;

- строгое соблюдение принципа малого воздействия;

- потенцирование эффективности лечебных мероприятий включением в терапевтический комплекс геропротекторов, адаптогенов, активного двигательного режима, эффективной оксигенотерапии и др.;

- широкое использование восстановительной терапии;

- обеспечение тщательного ухода за гериатрическими больными;

- поощрение всех форм активности гериатрического пациента как адекватной меры поддержания его психического и физического здоровья.

Лекционный материал подготовлен по учебному пособию: Журавлева Т. П. Основы гериатрии: Учеб. пособие. — М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2005. — 271с. — (Профессиональное образование).

Список литературы

Бочкова А. Г Ревматоидный артрит с дебютом в пожилом воз  
расте: течение и терапия // Клиническая геронтология. 2002. №3.

Валеева Р. М., Лещинский Л. А. Особенности клиники, диагно  
стики и терапии инфаркта миокарда у лиц старшей возрастной группы //  
Клиническая геронтология. 2001. №5-6.

Валенкевич Л. Н., Филина Г. В., Бобкова О. П., и др.  
Постхолецистэктомический синдром у больных пожилого и старческого  
возраста7/ Клиническая геронтология. 2002. № 12.

Воробьев Г. И,, Одарюк Т. С, Севастьянов С. И. Непосредст  
венные результаты передней резекции прямой кишки по поводу рака у  
лиц пожилого и старческого возраста (история вопроса и собственные  
данные // Клиническая геронтология. 2002. №12.

Воробьев П. А. Геронтофармакология II Клиническая геронтология. 2000. №11-12.

Воробьев П. А., Горохова С. Г. Ишемическая болезнь сердца в пожилом возрасте //Клиническая геронтология. 2002.№7.

Гавриловский Л. М., Гущин Б. Л. Урологические заболевания у людей пожилого возраста // Медицинская помощь. 1998. №4.

Глыбочко П. В., Свистунов А. А. Состояние эндокринной системы и ее связь с тканями-мишенями в пожилом возрасте // Клиническая геронтология. 2000. №5-6.

Гориловский Л. М., Гущин Б. Л. Эпидемиология и факторы риска развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Клиническая геронтология. 1997. №4.

Гориловский Л. М.. Урологические заболевания в гериатрии // Клиническая геронтология. 2002. №11.

Горохова С. Г. Особенности хронической сердечной недостаточности в пожилом и старческом возрасте // Клиническая геронтология. 2002. №2.

Губачев Ю. М., Макиенко В. В. Гериатрические проблемы семейной медицины. СПб., 2000.

Дворецкий Л. И. Анемии в пожилом и старческом возрасте. Медицинская помощь. 1998. №4.

Дворецкий Л. И. Ятрогения в гериатрии // Клиническая геронтология. 1997. №4.

Денисов И. К, Резе А. Г. Гериатрия в общей врачебной (семейной) практике // Клиническая геронтология. 2000. №9-10.

Размещено на Allbest.ru