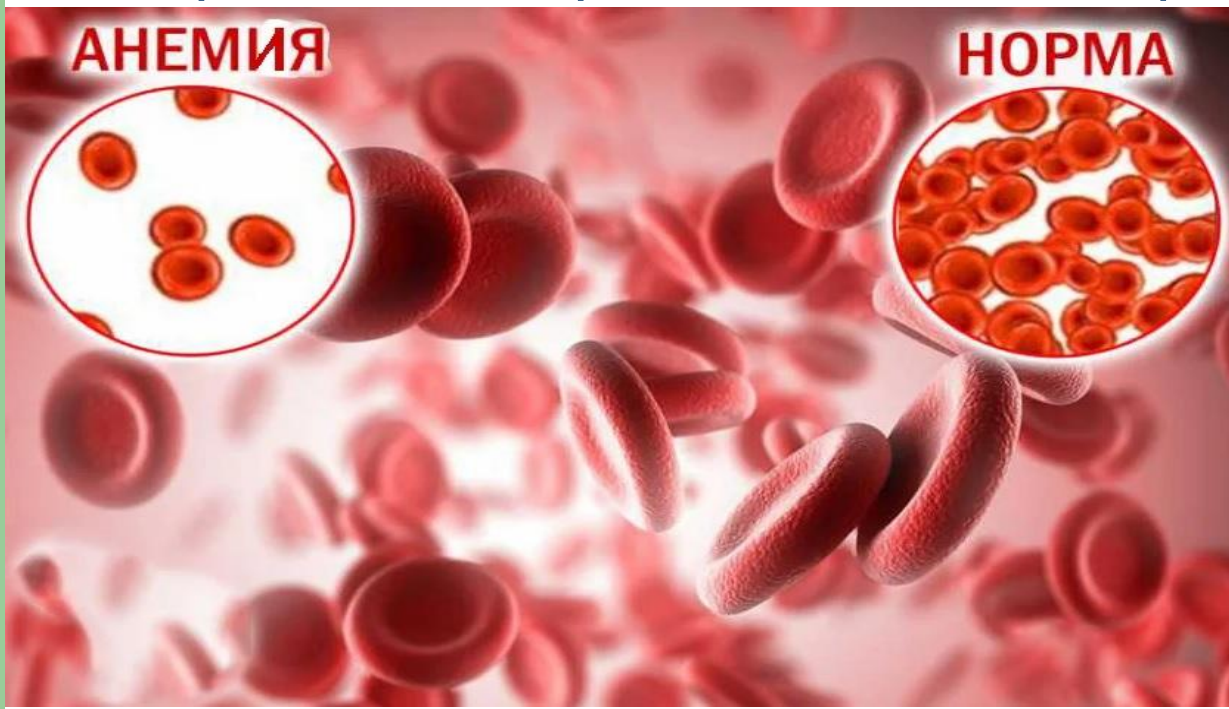


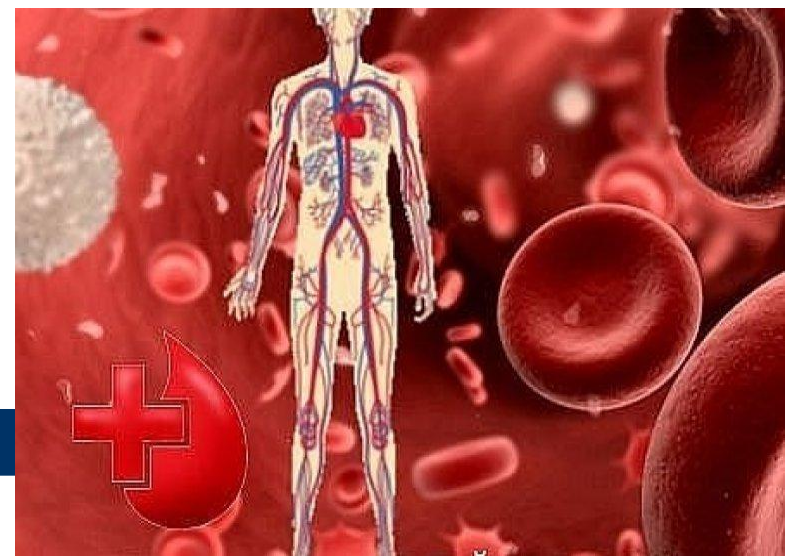
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

Раздел 2 Особенности оказания сестринской помощи лицам пожилого и старческого возраста

Тема: Сестринский уход при нарушениях функций опорно-двигательного аппарата у лиц пожилого и старческого возраста и болезнях крови.



*Подготовлено
преподавателем
Шеховцовой А.В.*



Заболевания крови

Кроветворная система у пожилых не имеет каких либо значимых отличий в сравнении с ее показателями у молодых. Количество гемопоэтической ткани в возрасте от 30 до 70 лет остается стабильным, (составляет около 50%), а к 80 годам уменьшается примерно до 30%. У лиц старших возрастных групп снижается функциональная активность костного мозга, особенно красного (эритроцитарного ростка) ростка. СОЭ может быть умеренно ускорена. Изменение лейкопоза с возрастом проявляется снижением в костном мозге количества малодифференцированных (бластных) клеток гранулоцитарного ряда, но без нарушения их созревания, в связи с чем, число лейкоцитов в периферической крови остается в пределах нормальных величин при некотором изменении соотношения форменных элементов в лейкограмме – 75 тенденции к уменьшению числа эозинофилов и палочкоядерных нейтрофилов. В пожилом возрасте в костном мозге отмечается увеличение числа плазматических клеток и фагоцитирующих элементов – пигментофагов, макрофагов. Тромбоцитопоз при старении: в костном мозге уменьшается количество мегакариоцитов, увеличивается число дегенеративно измененных гигантских клеток с нарушением темпа созревания ядра и цитоплазмы. При этом немногочисленные молодые гигантские клетки обеспечивают образование достаточного количества кровяных пластинок, поэтому выраженная тромбоцитопения не развивается. Снижение адаптационных возможностей кроветворной системы проявляется при различных заболеваниях, в стрессовых ситуациях.

План лекции:

- Сестринский уход при болезнях крови и кроветворных органов у лиц пожилого и старческого возраста.
- Сестринский уход при нарушениях функций опорно-двигательного аппарата у лиц пожилого и старческого возраста.

АНЕМИИ

Среди лиц пожилого и старческого возраста анемия является наиболее распространенным гематологическим синдромом и встречается, по различным данным, у 10–25% больных данной возрастной группы. В большинстве случаев (75%) анемия у пациентов старшего возраста выявляется при госпитализации по поводу различных заболеваний, в то время как сам по себе анемический синдром является причиной госпитализации значительно реже (9%). Среди госпитализированных больных старшего возраста частота выявления анемии достигает 50%, а среди амбулаторных пациентов – 20%. Согласно общепринятой точке зрения, анемия у стариков не связана с возрастными изменениями кроветворной ткани, а является в большинстве случаев проявлением различных заболеваний, одни из которых чаще встречаются в позднем возрасте (опухоли, дивертикулез кишечника), а другие не имеют строгой возрастной привязанности (инфекционно-воспалительные процессы, эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта).

Характер и выраженность клинической симптоматики при анемиях проявляются неспецифическими проявлениями самого анемического состояния:

- Одышка
- головокружение
- шум в ушах
- головная боль

Анемии в старшем возрасте характеризуются целым рядом особенностей, которые имеют важное значение для своевременной диагностики и адекватного лечения:

- у пожилых и стариков это заболевание имеет те же патогенетические механизмы развития, что и в других возрастных группах;
- часто возникает в результате сочетания многих патогенетических и этиологических факторов (сочетанный дефицит железа, витамина В12, фолиевой кислоты и др.), что следует учитывать при диагностическом поиске и ведении больных;
- неспецифические проявления анемии у пожилых могут маскироваться симптоматикой основного заболевания (одышка при сердечной и дыхательной недостаточности, головокружения у больных с сосудистой патологией головного мозга и т.д.);
- развитие анемии усугубляет симптоматику часто имеющихся заболеваний сердечно-сосудистой (стенокардия, сердечная недостаточность) и центральной нервной систем (дисциркуляторная энцефалопатия);
- анемия у пожилых чаще, чем у молодых, является одним из проявлений хронических воспалительных процессов (инфекционных и неинфекционных), злокачественных опухолей, алиментарного дефицита;
- анемия может нарушать качество жизни пожилых и стариков в значительно большей степени, чем у лиц более молодого возраста, не отягощенных множественной сопутствующей патологией;
- терапия анемии требует комплексного подхода с использованием методов лечения основного заболевания, патогенетической (заместительной) и симптоматической терапии. Механизмы развития и причины возникновения анемий весьма разнообразны, в связи с чем в каждом конкретном случае необходимо выявлять заболевание, лежащее в основе данного гематологического синдрома, т.е. причину анемии.

В практических целях целесообразно выделить следующие патогенетические варианты анемий:

- железоперераспределительная
- В12-дефицитная и фолиеводефицитная
- гемолитическая
- анемия при костномозговой недостаточности
- анемия, связанная с уменьшением массы эритроцитов
- анемия с сочетанным патогенетическим механизмом

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ

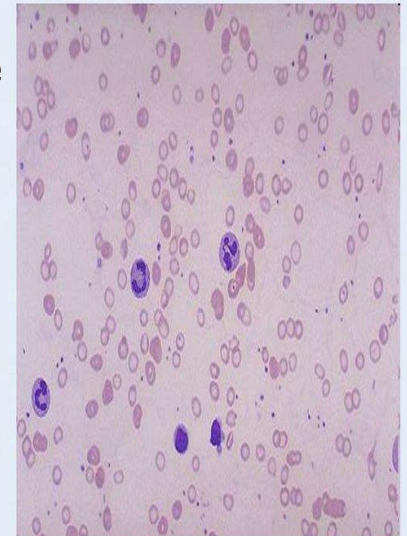
Причины возникновения:

- Хронические кровопотери.
- Такие заболевания, как ГЭРБ и дивертикулез кишечника.
- Основной локализацией хронических кровопотерь у пожилых является желудочно-кишечный тракт..

Железодефицитная анемия:

Причины:

- Алиментарные причины
недостаточное поступление железа с пищей
- Факторы вызывающие кровопотерю
- Гематурия
- Заболевания ЖКТ
(диафрагмальная грыжа, агастрическая анемия)
- Эндокринные заболевания
- Туберкулез
- Опухолевые заболевания
- Гельминтозы
- Беременность.



Алиментарный фактор в развитии ЖДА у стариков играет большую роль, чем у больных других возрастных групп.

- тяжелая соматическая патология, резко ограничивающая физическую активность больных, возможность приобретения и приготовления пищи
- психические расстройства (депрессии, сенильные деменции), сопровождающиеся недостаточным приемом пищи или отказом от нее
- социально-экономический статус (одинокпроживающие, отсутствие материальных средств)
- недостаточное употребление продуктов, содержащих железо, наряду с предпочтительным потреблением злаковых, хлеба или молочных продуктов (содержат фосфаты, угнетающие всасывание железа)
- тяжелая соматическая патология, резко ограничивающая физическую активность больных, возможность приобретения и приготовления пищи
- психические расстройства (депрессии, сенильные деменции), сопровождающиеся недостаточным приемом пищи или отказом от нее
- социально-экономический статус (одинокпроживающие, отсутствие материальных средств)
- недостаточное употребление продуктов, содержащих железо, наряду с предпочтительным потреблением злаковых, хлеба или молочных продуктов (содержат фосфаты, угнетающие всасывание железа)

При первичной сестринской оценке состояния пациента:

- неспецифические проявления анемии (слабость, повышенная утомляемость, головокружение, головные боли, одышка, ощущение сердцебиения)
- синкопальные состояния: раздражительность, плаксивость, гиперчувствительность к холоду
- симптомы поражения эпителиальных тканей (раннее поседение, сухость и ломкость волос, заеды, извращение аппетита и др.), т.е. симптомов сидеропении.



План сестринских вмешательств:

- мероприятия, необходимые для обеспечения надлежащего ухода
- наблюдение за больным,
- подготовка к дополнительным методам обследования,
- выполнение врачебных назначений, комплекса реабилитационных мероприятий.
- медицинская сестра должна информировать пациента и его родственников о факторах риска развития анемий, возможностях профилактики, правилах приема препаратов железа и дать рекомендации по диетическому питанию.
- лечение должно быть направлено на устранение основного патологического процесса (удаление опухоли кишечника, лечение язвенного поражения желудка

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ – нарушение, при котором снижается содержание железа в сыворотке крови, костном мозге и депо, что приводит к нарушению образования Нв, эритроцитов, возникновению анемии и трофических расстройств в тканях.



В12-ДЕФЕЦИТНАЯ И ФОЛИЕВАЯ АНЕМИЯ

Основными причинами развития В12-дефицитной анемии у больных пожилого и старческого возраста являются:

- атрофический гастрит, приводящий к отсутствию внутреннего фактора, обеспечивающего всасывание витамина В12
- рак фундального отдела желудка
- операции на желудке (гастрэктомия), кишечнике (резекция тонкой кишки, наложение кишечных анастомозов с формированием «слепой петли»)
- энтериты с нарушением всасывания
- панкреатиты с внешнесекреторной недостаточностью
- дивертикулез толстой кишки
- инвазия широким лентецом
- дисбактериоз кишечника
- хронические заболевания печени (гепатиты, циррозы)
- неправильное использование некоторых медикаментов (ПАСК, неомицин, метформин)
- алиментарная недостаточность (редкая причина) и др.

Первичная сестринская оценка состояния

- бледность кожи и слизистых оболочек
- слабость
- быстрая утомляемость
- одышка
- головокружение
- тахикардия
- атрофия слизистой оболочки ротовой полости
- атрофия сосочков языка, парестезии конечностей



ГЕМОЛИТИЧЕСКИЕ АНЕМИИ

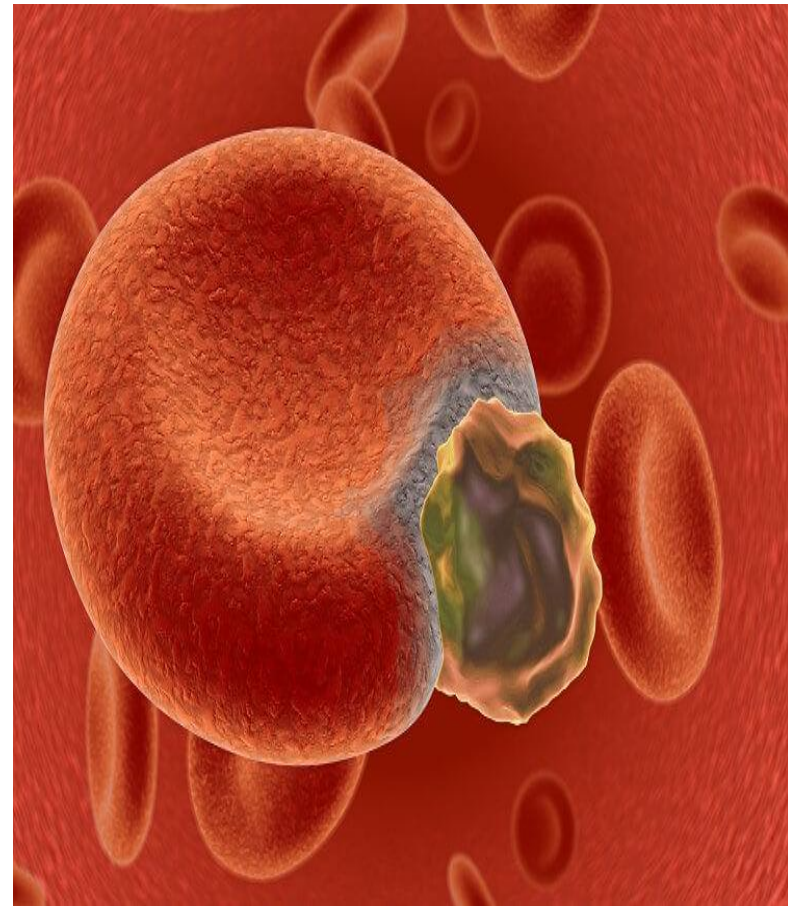
Причины:

- Основные причины гемолитических анемий у больных пожилого и старческого возраста:
- Лимфопролиферативные заболевания (хронический лимфолейкоз, лимфосаркома, миеломная болезнь, макроглобулинемия Вальденстрема);
- Злокачественные опухоли различной локализации;
- • системные заболевания соединительной ткани (ревматоидный артрит, системные васкулиты);
- Хронические гепатиты и циррозы печени;
- Инфекционно-воспалительные заболевания (инфекционный эндокардит, сепсис, пневмонии, вирусные инфекции);
- ХПН;
- Клапанные поражения сердца (атеросклеротические, реже ревматические, протезирование клапанов), протезированные сосуды (механический гемолиз);
- Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови на фоне различных заболеваний;
- Наличие холодных агглютининов, относящихся к классу IgM (гемолиз провоцируется переохлаждением);
- Лекарственные гемолитические анемии при применении сердечнососудистых препаратов

ЛЕЙКОЗЫ

Две основные группы лейкозов — острые и хронические

К острым отнесены лейкозы, при которых основная масса клеток крови представлена бластными (лейкозными, т.е. малодифференцированными) клетками, а к хроническим - лейкозы, при которых основная масса опухолевых клеток дифференцирована и состоит главным образом из зрелых форм гранулоцитов, эритроцитов, лимфоцитов или плазмоцитов.



При первичной сестринской оценке состояния пациента:

При первичной оценке состояния пациента: немотивированная слабость, быстрая утомляемость, иногда повышение температуры, боли в животе, частые простудные заболевания, позднее присоединяются симптомы анемии и цитопения в анализах крови. Диагноз острого лейкоза можно предположить при необъяснимой цитопении (лейкопения, тромбоцитопения, анемия).

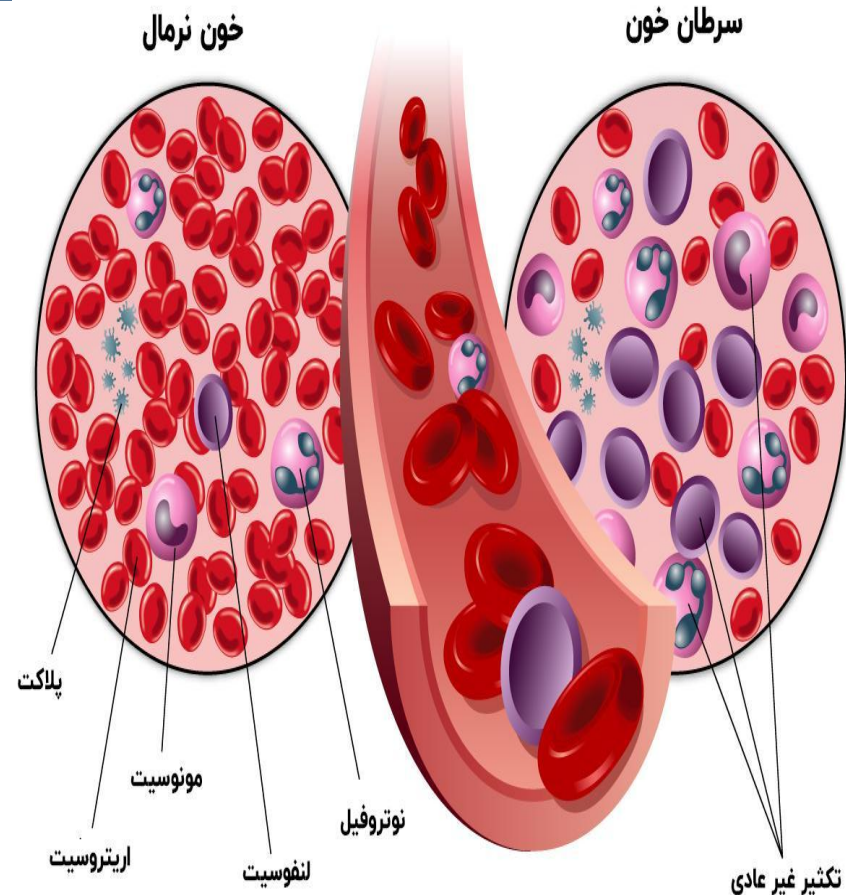
Клиническая картина складывается из:

- анемического синдрома
- геморрагического синдрома (характерные петехиальные геморрагические высыпания на коже и слизистых, носовых, десневых, желудочнокишечных маточных кровотечений, а также внутриорганных и полостных кровоизлияний);
- повышенной склонности к инфекциям
- синдрома общей опухолевой интоксикации (слабость, потливость, гипертермия)
- иногда отмечаются оссалгии, артралгии, вызванные распространением опухоли.

План сестринских вмешательств

Включает в себя :

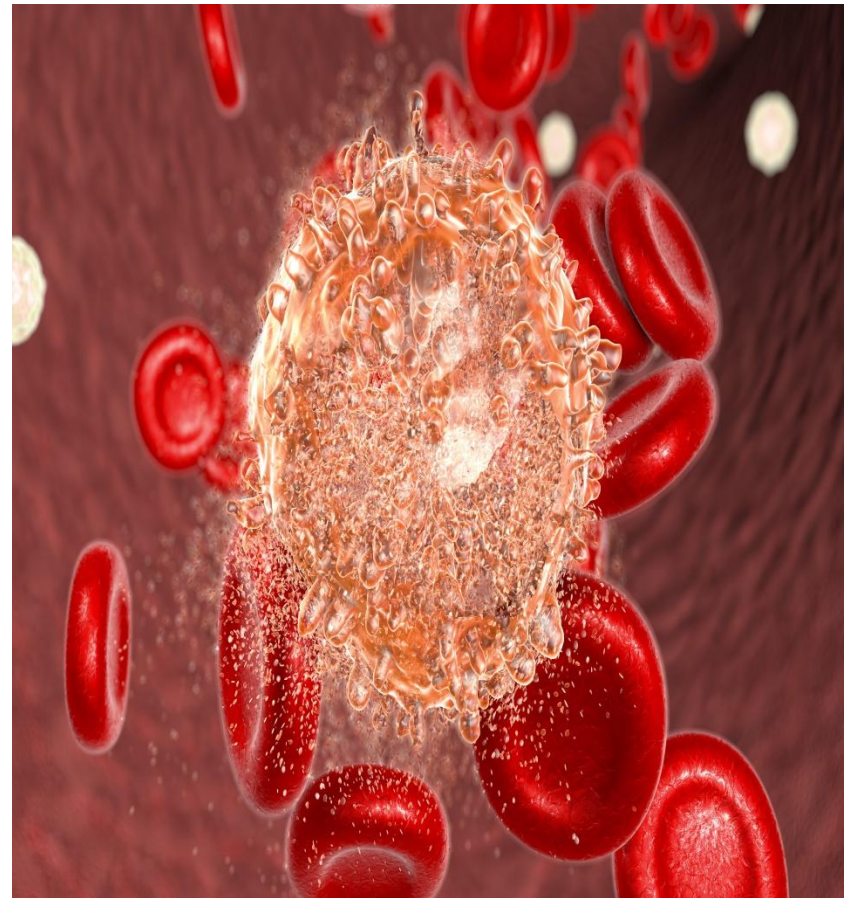
мероприятия, необходимые для обеспечения надлежащего ухода, наблюдение за больным, подготовку к дополнительным методам обследования, выполнение врачебных назначений, информацию пациентов и их родственников о природе болезни, необходимости профилактики простудных заболеваний.



ХРОНИЧЕСКИЕ ЛЕЙКОЗЫ

Выделяют два основных вида хронических лейкозов: хронический миелоидный и хронический лимфатический. Заболевание диагностируется по лейкоцитозу, необъяснимому другими причинами.

- При первичной оценки состояния пациента: немотивированная слабость, быстрая утомляемость, увеличение лимфатических узлов, позднее присоединяются лихорадка, ночная потливость, снижение массы тела.
- План сестринских вмешательств соответствует плану при острых лейкозах.

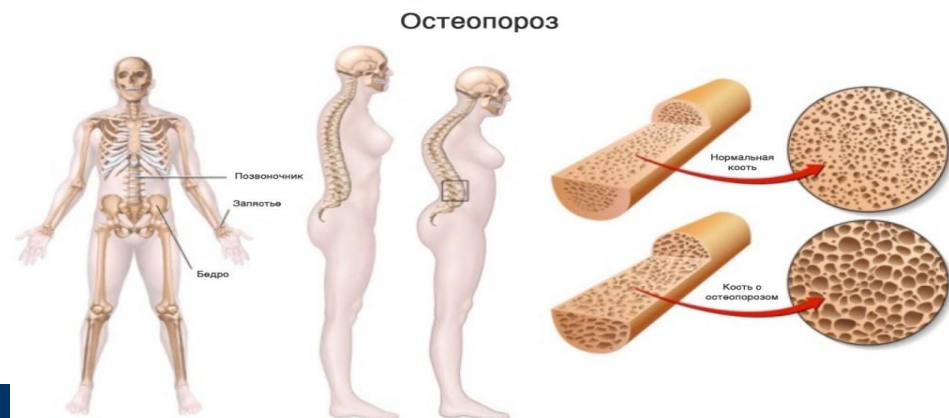


ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

- Сохранность органов движения человека является не только медицинской, но социальной и государственной задачей.
- Среди заболеваний органов движения важное значение имеет остеопороз – ввиду его высокой распространенности, инвалидизации, значительной смертности от осложнений.

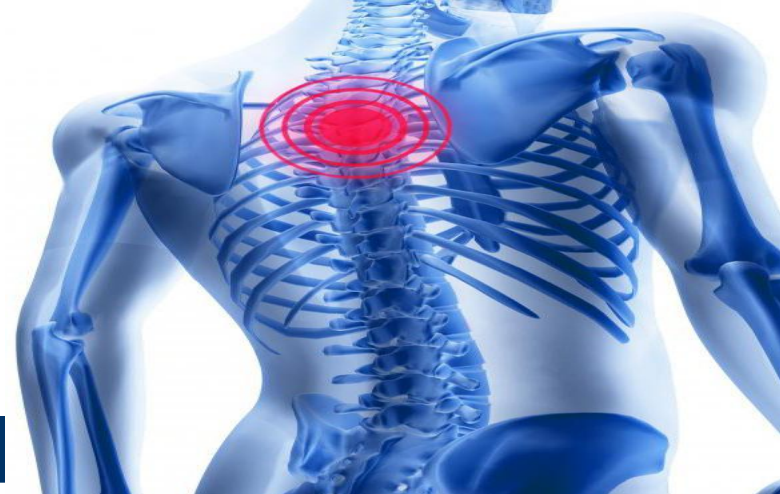


ОСТЕОПОРОЗ



Остеопороз – наиболее частый вариант метаболических остеопатий, проявляющихся системным заболеванием скелета. Характеризуется прогрессирующим снижением массы кости в единице объема и нарушением микроархитектоники костной ткани, приводящими к увеличению хрупкости костей и высокому риску переломов. По мнению экспертов ВОЗ, остеопороз рассматривается сегодня как одно из основных заболеваний, обусловленных образом жизни, наряду с ИБС, артериальной гипертензией, сахарным диабетом и онкологическими заболеваниями, хотя в настоящий момент доказан вклад генетических факторов в его возникновение и развитие.

Факторы риска



Генетические :

- этническая принадлежность (чаще у представителей белой расы)
- ранняя менопауза (эстрогенная недостаточность связана с ускорением потери костной массы и повышением числа переломов)
- пожилой возраст (дефицит половых гормонов, кальцитонина; отрицательный кальциевый баланс, обусловленный дефицитом витамина Д)

Гормональные:

- женский пол (в зрелом возрасте женщины имеют костную массу на 10- 15% меньшую, чем мужчины; резорбция костной массы начинается с 35 лет и усиливается со времени наступления менопаузы)
- семейная предрасположенность
- позднее начало менструаций, периоды аменореи до менопаузы, бесплодие
- заболевания эндокринной системы.

Стиль жизни, особенности питания: • курение (большинство курящих имеют меньшую массу тела, более низкую массу кортикальной кости и соответственно больший риск переломов бедра, позвоночника и предплечья; у курящих женщин снижается концентрация сывороточных эстрогенов, раньше наступает менопауза); злоупотребление алкоголем (употребление больших доз алкоголя может подавлять формирование костей и приводить к гипогонадизму; токсическое воздействие наблюдается при злоупотреблении алкоголем; злоупотребляющие алкоголем имеют меньшую массу тела, малую физическую активность, чаще падают, страдают заболеваниями печени и другими хроническими заболеваниями)

При первичной оценки состояния пациента : существуют клинические признаки, при появлении которых можно заподозрить остеопороз.

Прежде всего, это любые симптомы атрофии и потери коллагена: сухость кожи, ломкость ногтей, урогенитальные атрофические процессы, боли в костях и суставах, миалгии, ухудшение подвижности и боли в суставах, особенно плечевого пояса. Следствием остеопороза являются переломы. В первые годы заболевания это чаще всего перелом лучевой кости в привычном месте. Наиболее частыми являются переломы дистального отдела предплечья, особенно у женщин в период менопаузы.

- Медицинская сестра должна рассказать пациенту о том как изменить рацион питания, чтобы увеличить поступление кальция в организм; какие физические упражнения необходимы для профилактики остеопороза; как организовать безопасный быт, чтобы предотвратить падения и связанные с ними переломы костей.

- В силу различных пищевых привычек количество потребляемого кальция с пищей колеблется от 400 до 1000 мг в сутки, в связи с этим практически всем лицам, имеющим риск развития остеопороза, необходимо употреблять пищу богатую кальцием, чтобы поддерживать качественный состав костной ткани и свести к минимуму риск остеопороза; принимать препараты кальция или пищевые добавки.
- Рекомендуемая для взрослых суточная доза кальция составляет 800-1000 мг, а для женщин в период менопаузы, не получающих эстрогены – 1500 мг, мужчинам старше 70 лет – 1200 мг.

Продукты питания:

- **МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ:** Твердый сыр, плавленый сыр, молоко, йогурт, сметана, творог, рыба, мясо: рыба вяленая с костями, сардины с костями, рыба отварная, говядина.
- **ОВОЩИ ЗЕЛЕННЫЕ:** сельдерей, салат, зеленые оливки, капуста, зеленый лук. Фрукты, овощи, семена.
- При недостаточном поступлении кальция с продуктами питания или повышенном его потреблении, при проведении остеотропной терапии дополнительно назначают препараты кальция из расчета суточной потребности.

Уменьшить риск развития остеопороза могут

Физические упражнения с нагрузкой, так как они увеличивают костную массу (ходьба, бег трусцой или лазанье по лестнице). Положительный эффект достигается только при регулярном их выполнении.

Программа физических упражнений может быть составлена для занятий на стуле, в кровати, на полу, со спортивными снарядами.

Рекомендуются упражнения с исключением поворотов, наклонов вперед, приседаний.

При выполнении упражнений рекомендуется использовать дополнительную опору для поясничного отдела позвоночника.

Эффективным может быть кратковременное ношение мягких эластичных корсетов для поясницы. Чтобы исключить факторы риска падения и травмы, оценивают медицинские и бытовые факторы риска: • падение в анамнезе; • плохая коррекция нарушений зрения; • снижение чувства восприятия глубины и расстояния; • прием препаратов, нарушающих координацию или вызывающих заторможенность; прием антигипертензивных средств; противосудорожных препаратов; нахождение в положении стоя менее 4 часов в сутки. Неспособность встать со стула без помощи рук; • слабость, ограничение подвижности, снижение координации, чувствительности нижних конечностей или уменьшение устойчивости; • недавняя госпитализация или другое ограничение активности, связанное со здоровьем; • уменьшение индекса массы тела.

Медицинская сестра должна обсудить с членами семьи.

Степень риска падения для пациента и дать рекомендации по организации безопасного быта:

- устранение свободно лежащих шнуров, ковриков;
- установление дополнительных телефонных аппаратов;
- улучшение прикроватного и общего освещения;
- установка поручней в ванной комнате;
- перестановка мебели, затрудняющей передвижение по комнате;
- уменьшение количества лишних вещей на пути.

Выполнение рекомендаций позволяет снизить частоту падений на 30% и улучшить качество жизни.

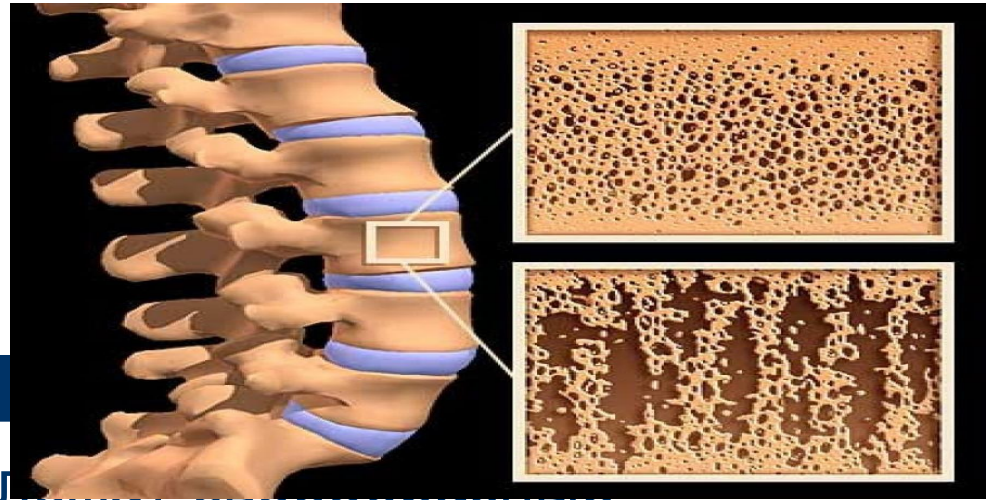
План ведения пациента должен включать в себя:

- Обучение больного и его родственников,
- Меры по уменьшению болевого синдрома, улучшению функции сустава, что ведет к улучшению качества жизни пациента.
- Пациенты и их родственники должны быть ознакомлены с основными профилактическими мероприятиями для защиты суставов
- Ношение обуви с мягкой подошвой или применение супинаторов.
- Выполнение работы сидя, если ее продолжительность более 10 минут. Если работу необходимо выполнять стоя, нужно делать пятиминутный перерыв каждый час.
- Избегать положения с согнутыми коленями и приседания на колени.
- Использовать длинные приспособления для поднятия предметов с пола.
- Избегать занятий спортом, приводящих в последствии к повреждению хряща (теннис, бег), отдавая предпочтение плаванию, ходьбе.
- При подъеме по лестнице пользоваться внешней опорой (перила), по возможности – эскалатором, лифтом; при отсутствии вспомогательных средств подниматься с обязательным отдыхом.

Лечебная физкультура (ЛФК):

- Аэробные (ходьба, езда на велосипеде, плавание, упражнения в бассейне) и изометрические упражнения, упражнения, направленные на увеличение объема движений в суставах.
- ЛФК способствует уменьшению боли, увеличению объема движений в суставах и силы, что улучшает повседневную двигательную активность.
- С помощью ЛФК проводится профилактика повреждения суставов, повышение их выносливости и улучшение биомеханики.
- Для больных, у которых сохранен объем движений, занятия ЛФК должны быть направлены на защиту сустава и способствовать укреплению организма.
- При наличии слабости и ограничения объема движений занятия должны подготовить сустав к увеличению активности, а в последующем привести к улучшению его функции. При наличии признаков воспаления или выпота в суставе занятия можно начинать только после купирования этих явлений.

ОСТЕОХОНДРОЗ ПОЗВОНОЧНИКА



В основе заболевания лежат всевозможные нарушения обмена веществ и как следствие этого - дегенеративно-дистрофические изменения структуры межпозвонковых дисков и позвонков. По данным статистики, от 40 до 80% всех жителей Земного шара страдают остеохондрозом. Примерно каждый третий человек старше 30 лет жалуется на боли в спине или головную боль, связанные с остеохондрозом, а к 60 годам заболевание в той или иной степени поражает весь позвоночник. 95-98% пожилых и старых людей имеют проявления остеохондроза.

Причины остеохондроза причин остеохондроза

- врожденный дефект позвоночника;
- снижение двигательной активности;
- хроническая или разовая, но чрезмерная перегрузка позвоночника;
- травмы вследствие перегрузки, удара, падения;
- переохлаждения, инфекции, воздействие химических веществ, стрессы, ослабляющие защитные силы организма;
- гормональные и генетические дефекты.

4 стадии заболевания

I стадия – внутридисковое перемещение пульпозного ядра больше, чем в норме, что приводит к растяжению или сжиманию фиброзного кольца.

II стадия – возникают трещины фиброзного кольца и нестабильность пораженного позвоночного сегмента.

III стадия – разрыв фиброзного кольца диска с выпадением грыжи, воспалительным процессом с возможным сдавлением нервов и сосудов.

IV стадия – распространение дегенеративного процесса на другие элементы межпозвонкового сочленения.

Первичная сестринская оценка состояния пациента:

Боли и ограничение движений в различных отделах позвоночника. Клинические проявления ввиду их большого числа многообразны, полиморфны, включают в себя как органические поражения, так и функциональные нарушения, зависят не столько от изменения дисков, сколько от степени вовлечения в процесс нервно-сосудистых образований, расположенных в позвоночном канале.

План сестринских вмешательств включает:

- уход и наблюдение больных
- подготовку пациентов к различным исследованиям, выполнение врачебных назначений
- ознакомление больного и его родственников с принципами первичной и вторичной профилактики
- к мерам профилактики остеохондроза относятся прежде всего умеренная физическая нагрузка, правильное питание для предупреждения избыточной массы тела

Лечение и профилактика остеохондроза

Лечение остеохондроза должно быть комплексным , длительным. Лекарственная терапия у лиц пожилого и старческого возраста проводится с соблюдением общих правил гериатрической фармакотерапии. В комплекс лечения можно включать иглорефлексотерапию, лечебные блокады. Санаторно-курортное лечение больных пожилого и старческого возрастов проводится только в санаториях своей климатической зоны. При неэффективности консервативной терапии используются хирургические методы. Лечение проводится на фоне максимальной разгрузки позвоночника. При обострении – постельный режим, необходимо найти удобную позу, в которой наступит облегчение, утихнет боль. Чтобы ограничить до минимума движение, которое причиняет боль, используют специальные ортопедические корсеты (помогают стабилизации позвоночника). Важнейшим направлением в лечении является лечебная физкультура. Гимнастические упражнения чередуют с упражнениями для расслабления мышц. В комплекс лечения включают массаж с соблюдением принципов осторожности и постепенности в дозировании лечебного воздействия. Аппаратную физиотерапию у лиц старших возрастов используют ограничено.



Спасибо за внимание!

