



Гериатрические
аспекты в
кардиологии и
пульмонологии

Проблемы кардиологии остаются весьма актуальными для практического здравоохранения. В течение последних лет заболевания сердечно-сосудистой системы являлись ведущими причинами инвалидизации и смертности населения. Наиболее распространенными и опасными заболеваниями ССС являются артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС).

Частота этих заболеваний значительно увеличивается с наступлением пожилого и старческого возраста. Только 30-40% гипертоников сегодня знают о своем заболевании, а из тех, кто знает о своей гипертонии, более или менее адекватно лечатся не более 20-30% больных. Как следствие этого Россия по смерти от мозгового инсульта занимает первое место в Европе.

Распространенность ИБС среди пожилых и старых людей также превышает показатели заболеваемости в среднем возрасте. Более частому развитию и быстрому прогрессированию ССС способствуют возрастные изменения ССС и факторы нездорового образа жизни гериатрических пациентов: гиподинамия, нерациональное питание, избыточная масса тела. Серьезными проблемами являются трудности в диагностике ИБС в связи с наличием у гериатрических пациентов безболевого, малосимптомного, или атипичных форм.

Возрастные изменения ССС при старении человека

Орган ССС	Возрастные изменения при старении
Сосуды.	<p>Изменяется структура сосудистой стенки: появляется склеротическое уплотнение внутренней стенки; атрофируется мышечный слой, снижается эластичность.</p> <p>Уменьшается количество функционирующих капилляров.</p> <p>Снижается сердечный выброс, ударный объём сердца.</p> <p>Повышается систолическое АД. Венозное давление снижается.</p> <p>Урежается ЧСС.</p> <p>Нарушается коронарный кровоток.</p>
Эндокард. Миокард. Перикард.	<p>Снижается сократительная способность миокарда.</p> <p>Электрическая ось сердца отклоняется влево.</p> <p>Удлиняется электрическая систола сердца (продолжительность сердечного цикла).</p> <p>Характерен правильный синусовый ритм.</p> <p>Происходит утолщение аортальных и митральных створок с прогрессирующей дегенеративной кальцификацией обоих клапанов.</p> <p>При больших нагрузках у пожилых людей быстро появляется несоответствие между кровоснабжением сердечной мышцы и её потребности в кислороде и питательных веществах.</p> <p>Происходит гибель клеток водителей ритма, к 75-летнему возрасту их число уменьшается на 90%, что приводит к частым аритмиям.</p>
Нейрогуморальная регуляция.	<p>С возрастом ослабевает роль в регуляции ССС нервных механизмов и повышается значимость гуморальных (с помощью гормонов).</p>

Ишемическая болезнь сердца

- Ишемия – нарушение кровоснабжения.
- ИБС – совокупность заболеваний, имеющих общий патогенез – нарушение кровоснабжения миокарда с замещением последнего соединительной тканью. Развитие ИБС является неизбежным инволютивным процессом, результаты которого проявляются стенокардией, инфарктом миокарда, нарушением ритма и проводимости сердца, поражением клапанов сердца, сердечной недостаточностью.
- Стенокардия.
- Под термином стенокардия следует понимать клинический синдром, характеризующийся специфическими ощущениями (боль, сжатие, сдавление, жжение), возникающими за грудиной или в области сердца, вызываемые проходящей ишемией сердца.

Этиология.

- Атеросклероз коронарных артерий.
- Спазм неизменных или воспалённых коронарных артерий.
- Относительная недостаточность коронарного кровообращения при гипертрофии миокарда.

Патогенез.

При стенокардии имеется стойкое непрогрессирующее атеросклеротическое сужение просвета коронарных артерий.

Клиника.

Наиболее частой формой ИБС у больных ст.бо лет является стабильная стенокардия, характеризующаяся постоянством клинических проявлений.

Особенности в пожилом и старческом возрасте:

- Болевой синдром может быть атипичным, однако с возрастом увеличивается частота атипичных проявлений недостаточности коронарного кровообращения.
- Отсутствие яркой эмоциональной окраски.
- Вегетативные проявления выражены слабо.
- Боли незначительной интенсивности, имеют характер сдавления, стеснения за грудиной или в области сердца.
- Больные отмечают ощущения неопределенного характера, например, тяжесть в левой половине груди.
- Характерна необычная иррадиация боли- в челюсть, затылок, шею, кисть, лучезапястный сустав или ощущается только в местах иррадиации.
- Часто приступ связан с подъемом АД.
- Часто на первый план выступает неврологическая симптоматика, обусловленная недостаточностью мозгового кровообращения.
- Спровоцировать приступ стенокардии могут: метеорологические факторы, обильная или жирная еда, вызывающая переполнение или вздутие живота.

Гипертоническая болезнь

- Гипертоническая болезнь – это заболевание, ведущим признаком которого является склонность к повышению АД, не связанная с каким-либо известным заболеванием внутренних органов.
- Повышение артериального давления(АД) является существенным фактором риска заболеваемости и смертности среди пожилых людей. Более чем у 95% больных АГ не удастся выяснить причину заболевания, в таких случаях говорят — «эссенциальная гипертония», лишь у 5-6% больных удастся выяснить специфическую причину болезни, в таких случаях говорят о - «симптоматической гипертонии». АГ, а особенно изолированная систолическая форма, часто встречается у мужчин в возрасте 65 лет и старше. После 60 лет снижается эластичность артерий и аорты. Аорта расширяется, приводит к ухудшению пульсового перепада давления и возрастанию сопротивления сердечному выбросу. В результате- диастолическое АД начинает снижаться! Систолическое, напротив, продолжает увеличиваться, что приводит к росту пульсового давления. Известно, что 90-95% больных, страдающих АГ как в пожилом, так и в молодом возрасте, болеют гипертонической болезнью(ГБ) (или, как ее называют эссенциальной гипертонией), а остальные- это больные, страдающие симптоматической гипертонией.

Стадии артериальной гипертонии.

1 стадия- объективные проявления поражения органов-мишеней отсутствуют, нет органических изменений, кризы редко или вообще отсутствуют.

2 стадия- имеется поражение как минимум одного из органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка, изменение глазного дна, типичны гипертонические кризы, АД – до 200/115 мм.рт.ст.

3 стадия- кроме признаков поражения органов-мишеней имеются проявления со стороны сердца (инфаркт миокарда, стенокардия, сердечная недостаточность), мозга(инсульт, энцефалопатии), сетчатки глаз (кровоизлияния, поражение зрительного нерва), почек (почечная недостаточность), частые тяжелые гипертонические кризы, АД до 300/130 мм.рт.ст.

Органы-мишени:

- гипертрофия левого желудочка;
- атеросклеротические изменения (бляшки) в сонных артериях, аорте, подвздошной артерии;
- генерализованное или фронтальное сужение сосудов сетчатки;
- микроальбуминурия, белок в моче или незначительное повышение креатинина в плазме крови.

перенапряжения в пожилом возрасте значительно повышается в связи с учащающимися стрессовыми ситуациями и нейропсихологическими особенностями пожилого организма.

Серьезное этиологическое значение приобретают внутренние средовые факторы. Среди них возникает фактор возрастной гипоксии, нередко усугубляющийся атеросклеротическим процессом, эндокринной, а так же физиологические аспекты старения и т.д.

Клиника.

В клинике ГБ у гериатрических больных обращает на себя внимание малосимптомное ее течение.

Особенно скудны субъективные проявления в начале болезни, поэтому к врачу обращаются уже тогда, когда проявляются уже более поздние признаки ГБ или ее осложнения.

Наиболее частые симптомы поздней ГБ: «немотивированная» слабость, плохое самочувствие, снижение работоспособности, чувство тяжести и распираия в голове, реже - головная боль. В последующем развитии болезни присоединяются и становятся ведущими в клинике заболевания симптомы прогрессирующего атеросклероза: нарушение сна, памяти, головокружение, шум в ушах, голове, боли в сердце, одышка, нарушение сердечного ритма.

Кардинальный симптом ГБ – артериальная гипертензия- характеризуется у пожилых больных преимущественным повышением с увеличением пульсового давления.

- Возрастные изменения дыхательной системы, способствующие развитию патологических процессов в ней и усугубляющие их течение:
 - — снижение (ограничение) адаптационных возможностей вентиляции легких;
 - — менее эффективное и более напряженное функционирование дыхательной системы;
 - — ухудшение бронхиальной проходимости; — уменьшение общей и местной иммунологической реактивности
 - — ограничение подвижности грудной клетки;
 - — снижение эластичности легочной ткани;
 - — неравномерность легочной вентиляции, уменьшение васкуляризации и ухудшение лимфообращения в легких;
 - — артериальная гипоксемия и гиперкапния;
 - — нарушение сосудистой реактивности в малом круге кровообращения;
 - — ослабление регуляторных влияний коры центральной нервной системы и других структур мозга на дыхание;
 - — ослабление рефлекса ГерингаБрайера, что способствует развитию дыхательной аритмии;
 - — уменьшение реакции вентиляции на углекислоту и недостаток кислорода
 - — атрофии эпителия бронхов, нарушения функции ресничек;
 - — дистрофии клеток железистого эпителия, сгущения слизи, уменьшения секреции;
 - — атрофии мускулатуры бронхов, ослабления перистальтики бронхов
 - — расширения бронхов в местах инволюции эластического каркаса и сужения в местах преобладания склеротического процесса;
 - — снижения кашлевого рефлекса. Инволютивные изменения дыхательной системы и организма в целом определяют особенности заболеваний легких у людей пожилого и старческого возраста
- — преобладание хронических форм болезней, полиморбидность

Острая пневмония

- Пневмония — это большая группа заболеваний разной природы, характеризующаяся поражением альвеол с инфильтрацией их клетками воспаления и экссудацией, приводящая к развитию острой дыхательной недостаточности. Острые пневмонии у геронтов регистрируются довольно часто. Первым, кто наиболее полно описал своеобразие клинической картины пневмонии у геронтов, был Ослер. Именно ему принадлежит не лишённая сарказма характеристика пневмонии как «... друга стариков». И в настоящее время проблема диагностики, лечения и профилактики пневмонии у геронтов не утратила своей актуальности, поскольку заболевание протекает у геронтов крайне тяжело, требует длительного пребывания в стационаре и даёт высокую смертность, каждый 10 геронт умирает от этого заболевания, летальность от пневмонии варьирует от 10 до 33%. Этиология: в силу объективных и субъективных причин причина пневмоний устанавливается примерно в 50% случаев. Наиболее вероятными возбудителями пневмонии являются стрептококки, пневмококки, энтеробактерии, золотистый стафилококк, микоплазмы, хламидии, палочка Фридендера, легионеллы и др. При помещении в стационар возрастает вероятность микстинфекции. Факторы риска: возраст старше 60 лет, наличие сопутствующих заболеваний, изменение видового состава микробной флоры, колонизирующей носоглотку, нарушения мукоцилиарного транспорта, дефекты неспецифического иммунитета, упадок питания. Большое значение в развитии пневмоний у геронтов имеют следующие факторы: сопутствующие заболевания как легочной, так и сердечно-сосудистой систем, СД, хронические инфекции МВС, снижение физической активности пациента, массивная, порой необоснованная медикаментозная терапия. Выделяют пневмонии внебольничные и внутрибольничные, причём внутрибольничные пневмонии протекают у геронтов наиболее тяжело, часто заканчиваются летально. Клиническая картина крупозной пневмонии у геронтов имеет ряд особенностей, что затрудняет диагностику, назначение лечения.

- Клиническая картина пневмонии складывается из ряда синдромов, имеющих разную степень выраженности. 1. Лихорадочный синдром у геронтов выражен неярко. Для его выявления необходимо регулярное измерение температуры тела пациента каждые 2 часа. 2. Интоксикационный синдром проявляется наиболее ярко, у пациентов отмечается выраженная слабость, потливость, тахикардия, падение АД, одышка и др. 3. Синдром плевральных болей выражен нечётко. 4. Слабо выражен синдром кашлевой. Всё это затрудняет диагностику. 5. Наиболее ярко проявляется синдром поражения других органов и тканей. Очень часто на первый план выступают симптомы поражения миокарда, печени, почек. Данные физикального обследования скудны. Аускультативно изредка можно на фоне жесткого дыхания выслушать крепитирующие хрипы на ограниченном участке, что требует внимания со стороны врача и фельдшера. Велика роль медицинской сестры: именно наблюдательная медицинская сестра может обратить внимание врача на необычное поведение пациента. В диагностике заболевания большое значение придаётся чётко собранному анамнезу. Поэтому беседа с родственниками, окружающими пациента другими лицами позволяет опытному врачу ориентироваться в патологии. Большое значение имеет и рутинная рентгенография. Пневмония всегда должна быть подтверждена рентгенологически. В диагностике пневмонии необходимо обращать внимание на картину крови — лейкоцитоз, а также на необычное поведение пациента: сонливость, заторможенность, делирий, жалобы на немотивированную слабость, недомогание. В течение пневмонии выделяют следующие этапы: 1) бактериальная агрессия — проявляется интоксикационно-лихорадочным синдромом. 2) клиническая стабилизация — характеризуется лёгочной инфильтрацией и интоксикационным синдромом. 3) функциональное восстановление — период после снижения интоксикационного синдрома с восстановлением функции внешнего дыхания. 4) морфологическое восстановление — длится до одного года. Осложнения пневмонии у геронтов: • инфекционно-токсический шок; • диссеминированное внутрисосудистое свёртывание крови; - • развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности; • развитие миокардита, пиелонефрита, гепатоза.



- Исходы пневмонии: 1) выздоровление с дефектом, у геронтов полного восстановления не происходит; 2) переход в хроническое течение; 3) смерть в 33—60% случаев. Лечение лиц старше 70 лет должно проводиться обязательно в условиях стационара и зависит от этапа заболевания. На период бактериальной агрессии пациенту необходимо обеспечить постельный режим, с постепенным расширением его в зависимости от состояния пациента. Необходимо помнить, что длительный постельный режим может в дальнейшем привести к тромбозам, поэтому гимнастические упражнения должны проводиться методистом регулярно. Диетотерапия также зависит от этапа развития заболевания. В стадии бактериальной агрессии рекомендуется диета № 13, малокалорийная, предусматривающая достаточное количество жидкости, витаминов и минералов. По мере улучшения состояния для стимуляции иммунитета и восполнения белка рекомендуется на короткое время диета № 11, в фазу клинического и морфологического восстановления рекомендуется диета с учётом сопутствующей патологии. Медицинская сестра обязана организовать лечение диетой, привлекая родственников. Большое значение придаётся ЛФК, так как постельный режим, назначаемый пациенту, может способствовать развитию осложнений. С первых дней назначают антибиотики широкого спектра действия, так как чаще всего посевам на микрофлору не проводятся. Антибиотики назначают короткими курсами, часто меняя их в зависимости от состояния пациента. Назначают полусинтетические пенициллины: ампициллин, амоксициллин; макролиды — сумамед. Применяются цефалоспорины — цефуроксим, ципрофлоксацин. Геронтам не рекомендуют аминогликозиды. В первые часы применения антибиотикотерапии возможно развитие инфекционно-токсического шока, что требует большого внимания со стороны среднего медработника. Медицинская сестра должна чётко выполнять назначения врача при проведении антибиотикотерапии и не менять произвольно время введения препаратов, так как удлинение или укорочение интервалов между введением антибиотиков может снизить эффект от применения препаратов. У геронтов при проведении антибиотикотерапии может быстро развиваться дисбактериоз, и только тщательное наблюдение медицинской сестры за пациентом поможет своевременно выявить это осложнение. Для профилактики ДВС назначают гепарин, свежезамороженную плазму, 1-2 гемотрансфузии в зависимости от степени тяжести заболевания. Для снятия интоксикации назначают солевые растворы под контролем диуреза и не более 400 мл. Обязательно назначаются антиоксиданты, геропротекторы. По мере улучшения состояния назначают иммуностимуляторы, физиотерапию. Рекомендуются банки локально над очагом воспаления, аэрозольная терапия. После выписки из стационара пациент должен получать общеукрепляющие терапии, в частности: • фитотерапия; • ЛФК; • аэрозольная терапия; • при значительной астении рекомендуется 1-2 инъекции анаболических препаратов. В течение года пациент должен наблюдаться участковым терапевтом с обязательным проведением профилактического лечения. Медицинская сестра обязана регулярно приглашать пациента на профилактический осмотр, организовать амбулаторное профилактическое лечение. Она обязана проследить, чтобы пациент пришёл на контрольную флюорографию. Критерием снятия с учёта пациента является контрольная флюорография.

