

ТЕМА

**Основные неотложные
состояния в пожилом
возрасте.**

Острый инфаркт миокарда.

Инсульт.

Кишечная непроходимость.

Острый инфаркт миокарда

- Частота возникновения острого инфаркта миокарда у пожилых людей резко возрастает по сравнению с другими возрастными группами. Также количество пациентов, которые уже перенесли один или несколько инфарктов, больше среди лиц пожилого и тем более старческого возраста, и у них риск развития повторного острого инфаркта миокарда в 9 раз выше по сравнению с теми, у кого ранее этого заболевания не было.
- Нерегулярный прием лекарственных препаратов или отказ от лечения является еще провоцирующим фактором развития острого инфаркта миокарда в старческом возрасте.

Таким образом, имея дело с людьми
преклонного возраста, необходимо иметь в
виду, что:

**Смертность от острого инфаркта
миокарда у лиц пожилого и
старческого возраста возрастает
в 2-2,5 раза через каждые 5 лет
жизни.**

У лиц старческого возраста начало острого инфаркта миокарда нередко принимается за обострение одного из хронических заболеваний, поскольку характеризуется высокой частотой безболевых форм. Это приводит к задержке назначения ЭКГ и лабораторной диагностики, поздней госпитализации, высокой частоте развития осложнений и крайне высокой смертности.

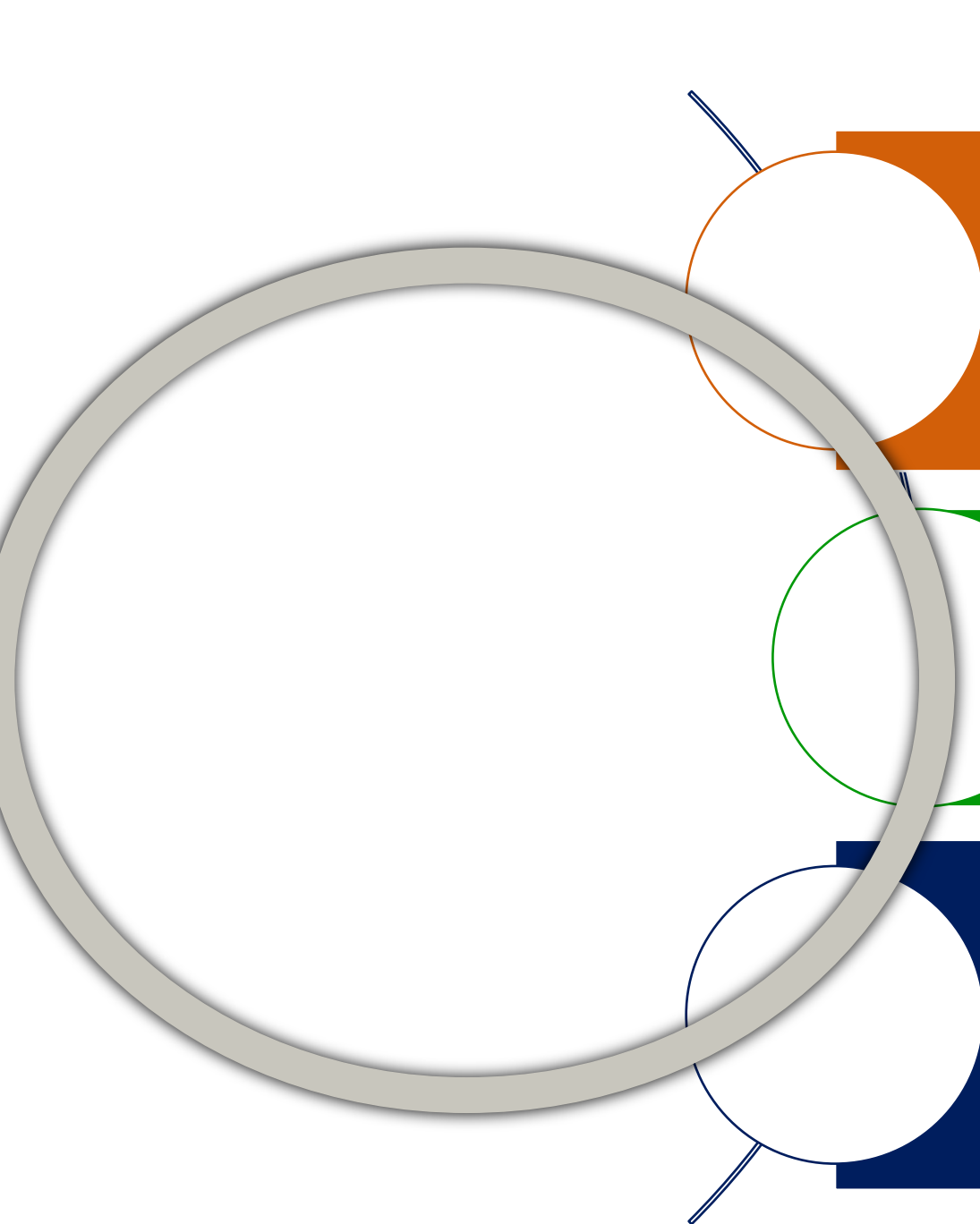
Течение острого инфаркта миокарда у лиц старческого возраста обычно тяжелое, сопровождается развитием острой сердечной недостаточности, тяжелых аритмий, тромбоемболий, кардиогенного шока.

У больных старческого возраста острый инфаркт миокарда часто остается клинически нераспознанным, а ЭКГ-признаки могут быть скудными, особое значение в его диагностике приобретают лабораторные методы исследования.

Выявление повышенного уровня тропонина, миоглобина и МВ-фракции креатинфосфокиназы оказывает большую помощь в диагностике острого инфаркта миокарда, выступая критерием постановки диагноза у 80-90% больных.

В большинстве случаев ИМ — локальное поражение в области кровоснабжения одной из крупных ветвей коронарных артерий.

Причиной ИМ у больных старше 60 лет в 95 % случаях является окклюзия или субтотальный стеноз коронарной артерии вследствие ее тромбоза .



С увеличением возраста коронарный атеросклероз приобретает абсолютное значение как основной патогенетический фактор развития ИБС

В процессе старения организма возникает ряд физиологических возрастных изменений, способствующих развитию атеротромботических осложнений, в том числе и ИМ.

Существенное значение имеет то, что ИБС у пожилых пациентов развивается на фоне уже имеющих органических и функциональных изменений сердца и сосудов, а также сказывается продолжительность воздействия неблагоприятных экзогенных факторов .



Среди причин возникновения ИМ у пожилых отмечают следующие:

перенесение инфекционных или обострение хронических соматических заболеваний, приводящее к дестабилизации ИБС;

отказ от медикаментозной терапии;

бесконтрольный прием лекарственных препаратов;

Возрастные изменения :снижение адаптивной функции ССС, Увеличение липопротеинов триглицеридов, холестерина, активности гомоцистеина.

Снижается толерантность к глюкозе, Снижение ф-и щитовид., повышение вазопрессина, хроническая активация сверт.

системы

К причинам поздней госпитализации больных этой возрастной категории можно отнести:

- маскирование ИМ обострением хронического соматического заболевания;
- постепенное нарастание ухудшения, на которое больной не сразу обращает внимание;
- нежелание пожилых больных обращаться к врачу («боязнь скорой помощи»);
- скупость жалоб и стертость клинической картины и частое возникновение атипичного болевого синдрома.

У больных пожилого возраста часто ИМ остается нераспознанным. Так, по данным американского исследования, ИМ у лиц старше 65 лет не диагностируется примерно в 40 % случаев.

В связи с атипичностью течения ИМ особое значение в его диагностике приобретают дополнительные методы исследования.

Классические ЭКГ-признаки ИМ (патологический Q, подъем сегмента ST, отрицательный зубец T) наблюдаются только в 55 % случаев.

У остальных больных в основном отмечается нарушение процесса реполяризации (инверсия зубца T).

Большую помощь в распознавании ИМ у лиц старшего возраста оказывает исследование тропонина, кардиоспецифических ферментов сыворотки крови.

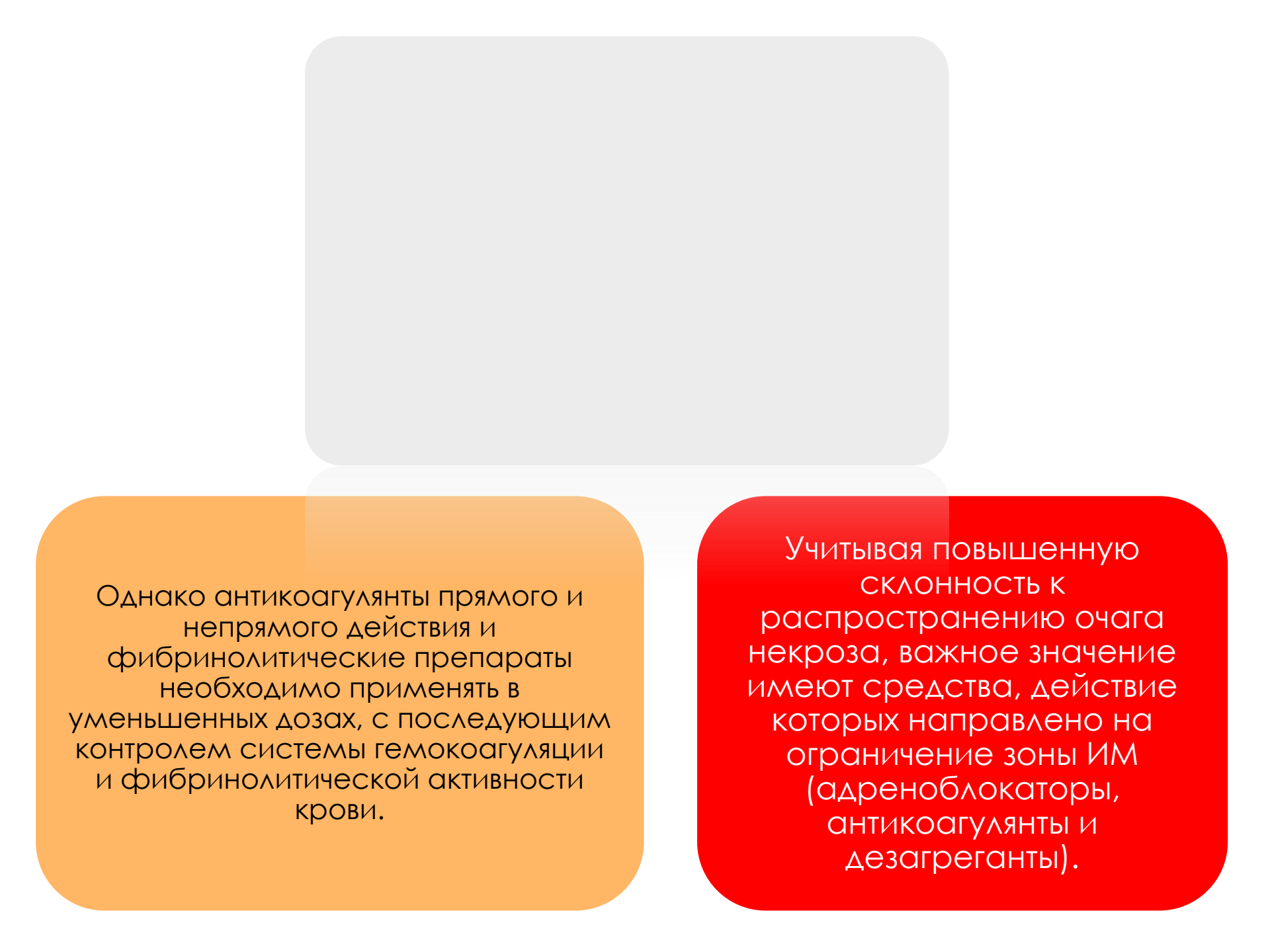
Отсутствие убедительной клинической картины не является доказательством отсутствия ИМ. В любом случае больной подлежит госпитализации в палату интенсивной терапии инфарктного отделения. Окажется инфаркт с зубцом Q или нет — вопрос решится после госпитализации.

**К атипичным
формам ИМ у
пожилых относятся:**

- атипичный болевой синдром (выражается только в ощущении давления, легкой ноющей боли за грудиной);
- гастралгическая форма;
- церебральная форма (острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), слабость, потеря сознания);
- астматическая форма; затруднение дыхания, кардиальная астма;
- нарушение ритма или проводимости (иногда — единственный симптом);
- общее недомогание, гипотермия;
- «бессимптомный» ИМ (нет определенной клиники, только изменения на ЭКГ).

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИМ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ

- Лечение ИМ у пожилых и старых людей предусматривает те же мероприятия, что и лечение в более молодом возрасте:
- Больному обеспечивают максимальный покой; расстегнуть воротник, ослабить ремень.
- При возникновении выраженной головной боли или головокружения при приеме нитроглицерина можно использовать ментол (валидол) под язык. Использование нитроглицерину ограничено (под контролем врача) при наличии глаукомы (болезнь глаз) и после недавно перенесенного острого нарушения мозгового кровотока (инсульта).
- Облегчение могут приносить горчичники на область сердца и грудину, грелки к ногам, согревание рук.



Однако антикоагулянты прямого и непрямого действия и фибринолитические препараты необходимо применять в уменьшенных дозах, с последующим контролем системы гемостаза и фибринолитической активности крови.

Учитывая повышенную склонность к распространению очага некроза, важное значение имеют средства, действие которых направлено на ограничение зоны ИМ (адреноблокаторы, антикоагулянты и дезагреганты).

Купирование болевого синдрома — важнейшая задача неотложной помощи, поскольку боль через активацию симпатoadренальной системы вызывает повышение сосудистого сопротивления, частоты и силы сердечных сокращений, тем самым увеличивает гемодинамическую нагрузку на сердце, повышает потребность миокарда в кислороде и усугубляет ишемию.

Если предварительный неоднократный сублингвальный прием нитроглицерина оказался неэффективным, рекомендуется начать терапию наркотическими анальгетиками, обладающими анальгетическим и седативным действием и влияющими на гемодинамику.

- На догоспитальном этапе препаратом выбора для купирования болевого синдрома при ИМ является морфин, не только обеспечивающий аналгезию, но и обладающий достаточной для транспортировки длительностью действия. Препарат у пожилых на догоспитальном этапе вводится в/в дробно:
- 1 мл 1% раствора разводят изотоническим раствором натрия хлорида до 20 мл (1 мл полученного раствора содержит 0,5 мг активного вещества) и вводят 2–5 мг каждые 5 мин до полного устранения болевого синдрома либо до появления побочных эффектов (гипотензии, угнетения дыхания, рвоты).

Антитромбоцитарная терапия.

- Ацетилсалициловая кислота (АСК) должна назначаться всем больным с ИМ при отсутствии противопоказаний.
- Сразу же после установления диагноза АСК назначается в дозе 150–325 мг *per os* или внутривенно в дозе 250–500 мг, если пациент не может принимать АСК перорально.
 - Лицам старше 75 лет, при условии проведения тромболитика, АСК дается в дозе 75 мг.



Антикоагулянты.

Если пациенту на догоспитальном этапе проводится тромболизис и в качестве тромболитика используется теноктеплаза, то в качестве антикоагулянтов применяется эноксапарин, в случае его недоступности — нефракционированный гепарин.

Инсульт

Особенности ишемического инсульта у людей пожилого возраста

- Около 80% инсультов возникает у людей старше 65 лет, при этом возраст оказывает большое влияние на исходы инсульта.
- Увеличение вероятности развития инсульта у пожилых людей обусловлено возрастными изменениями мозга.
- Для пациентов пожилого возраста характерно более тяжелое течение инсульта.

Факторы риска первичных инсультов у пожилых:

- Пол. До 80 лет (65–79 лет) инсульты чаще всего встречаются у мужчин, а после 80 лет – у женщин ;
- Фибрилляция предсердий. Риск развития инсульта при мерцательной аритмии увеличивается с возрастом особенно после 80 лет;
- Другие сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность);
- Стеноз каротидных артерий;
- Артериальная гипертензия;
- Повышение уровня холестерина в плазме крови;
- Метаболический синдром;

Диагностика основывается на:

Общемозговых симптомах, характерных для многих патологий связанных с повреждением головного мозга – это головокружение, дурнота, оглушение или возбуждение, нарушение координации и другие.

Очаговых симптомах – внезапные парезы, параличи, потеря зрения или изменение положения зрачка, неуверенная речь, нарушение координации движения, ригидность (патологическое напряжение) мышц затылка

Полученных простыми методами информации о заболевании, данными исследований головного мозга, с помощью компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), ЭЭГ (электроэнцефалограммы), исследования крови, ликвора и других.

Первые признаки инсульта

Следует немедленно вызвать скорую помощь, если у больного внезапно появились такие признаки:

Внезапная потеря чувствительности (или онемение) верхних или нижних конечностей

Нарушение зрения на один глаз или оба, двоение в глазах

Затруднение речи

Нарушение координации движения

Тошнота, рвота

Очень сильная внезапная головная боль

Потеря сознания или судороги

Первая помощь при первых признаках инсульта

После выявления признаков инсульта выполнять следующие действия:

Вызвать скорую помощь;

Больному принять горизонтальное положение на постели, голова чуть выше:

До приезда бригады скорой помощи:

Сообщить врачу скорой помощи известные сведения о больном.

По возможности сопроводить больного до приемного покоя стационара.

- если имеются зубные протезы, глазные линзы, очки – снять;
- если больной в бессознательном состоянии – помочь ему приоткрыть рот, голову слегка наклонить набок, следить за дыханием.

- записать названия, дозировку и кратность принимаемых больным лекарств;
- записать названия непереносимых больным лекарств (если такие есть);
- подготовить паспорт, полис медицинской страховки, амбулаторную карту если она находится у больного.

УХОД ЗА БОЛЬНЫМ

