

Рис. 1. Сравнение значений субтестов по методике КНОКС у граждан пожилого возраста, имеющих признаки когнитивного снижения, до и после прохождения тренинга

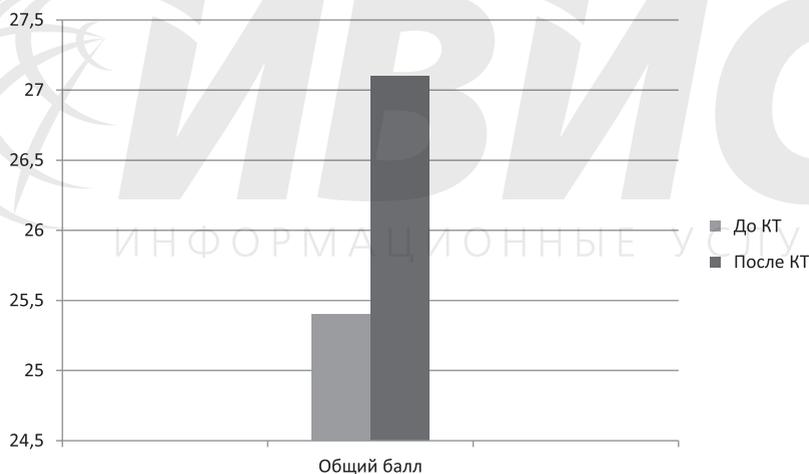


Рис. 2. Сравнение показателей общего балла по методике КНОКС, отражающего степень когнитивного дефекта, до и после прохождения клиентами курса когнитивного тренинга

МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ: СОДЕРЖАНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ (Опыт государственного бюджетного учреждения Амурской области «Белогорский комплексный центр социального обслуживания населения»)

А. А. Горшкова

Врач-терапевт социально-реабилитационного отделения

Ю. В. Слинкова

Заведующая организационно-методическим отделением

Государственное бюджетное учреждение Амурской
области «Белогорский комплексный центр
социального обслуживания населения»

Основной закономерностью изменений структуры населения России является рост числа людей старших возрастных групп, т. е. постарение населения. В России численность лиц пенсионного возраста составляет более 41 млн человек, или 28,1 % всего населения страны. Нуждаемость пожилых в оказании им медицинской помощи на 50 % выше, чем у населения среднего возраста, а госпитализации среди людей 60 лет и старше почти в 3 раза превышает этот показатель для общей популяции.

Обращаемость населения старше 60 лет в поликлинику составляет около 45 % от общего числа обращений, а на лиц, получающих помощь на дому, в возрасте 60 лет приходится более 70 % всех вызовов.

Работая в социально-реабилитационном отделении ГБУ Амурской области «Белогорский КЦСОН», стараемся учитывать то, что лица старшего возраста представляют собой особую категорию больных с мультиморбитным фоном, имеющих в среднем 3–4 хронических заболевания, а в ряде случаев и 10–12 и даже более, которые, как правило, взаимоотноягощают течение друг друга, способствуют наступлению обострений, создают трудности в диагностике и требуют

комплексного этиопатогенетического лечения. Недооценка этих особенностей может привести к неправильной тактике ведения таких больных и назначению неадекватной, а иногда и ошибочной терапии.

Весь процесс лечения пожилого больного человека можно представить в виде определенной последовательности:

1. Правильное установление диагноза.
2. Выбор лекарственных препаратов.
3. Учет несовместимости их между собой.
4. Наличие возможного побочного влияния медикаментов на организм пожилого человека.
5. Оценка ближайшего терапевтического эффекта.
6. При необходимости внесение коррекции в терапию.
7. Оценка результатов лечения.

При постановке диагноза необходимо четко различать, какие изменения в организме являются патогенными, а какие результат старения. Симптоматика со стороны ЦНС (заторможенность, неадекватность, суетливость, спутанность сознания) традиционно рассматривается у стариков как проявление сосудистого или атрофического процесса, нередко является клиническим проявлением пневмонии, в то время как функциональные и рентгенологические признаки могут отсутствовать из-за обезвоженности организма в старческом возрасте.

Большие трудности возникают при лечении престарелых больных. Помещение больного в стационар само по себе является стрессовой ситуацией, нарушается сформированный стереотип (привычная обстановка, окружение и т.д.) особенно негативно реагируют на госпитализацию больные с сосудистыми расстройствами мозга, мягкими формами депрессии и деменции, у которых сравнительно быстро наступает декомпенсация психического статуса в виде эпизодов спутанности сознания, нарушения сна, делирий, больные могут отказываться от еды, плохо ориентируются в окружающей среде, развивается недержание мочи, кала, шаткость походки и немотивированные падения, которые могут приводить к переломам костей.



Необходимы строгие показания к госпитализации престарелых лиц: пневмония, острый инфаркт миокарда, острый живот, нестабильная стенокардия и т.д.

Рассматривая общие проблемы лечения больных пожилого возраста, необходимо учитывать их неспособность переносить любые резкие изменения жизненного стереотипа. Это имеет отношение, во-первых, к определению режима и диеты. Чрезмерно строгий и длительный режим категорически не желателен в связи с возможностью развития болезненных снижения активности — гипостатическая пневмония, тромбоэмболия, нарушение мочеиспускания, снижение аппетита, тугоподвижность суставов, нарушение сна и психики. В связи с перечисленным, строго постельный режим может назначаться лишь на короткий срок и по прямым показаниям. Следует делать все возможное для активации пациентов, побуждая их к самообслуживанию (одевание, туалет, еда), чему способствует физкультура.

Значительные трудности лечения больных возникают при назначении медикаментозной терапии. Не всегда назначение лекарственных препаратов обосновано. Назначение гипотензивных препаратов больным с нестабильной артериальной гипертензией при эпизодическом повышении артериального давления, что приводит к ортостатической гипотонии, падениям, признакам недостаточности кровообращения мозга и сердца. Ошибочное назначение транквилизаторов больным с депрессией приводит к нарушению сна, заторможенности, ухудшению психического статуса.

Стремление назначить пожилому больному лекарство, редко обусловлено субъективными факторами, так как большинство пациентов ожидают от врача обязательное назначение какого-либо препарата, и врач идет на уступки, назначая то или иное лекарство.

Основными проблемами медикаментозной терапии являются:

1. Необходимость назначения более одного препарата в силу полиморбидности.
2. Необходимость длительного применения медикаментов в связи с хроническим течением заболевания.
3. Нарушение фармакодинамики и фармакокинетики на фоне инволюционных изменений органов и систем.
4. Недостаточное и неправильное выполнение предписания режима медикаментозной терапии.

В пожилом возрасте изменяется число и связывающая способность фармакологических рецептов. В связи с этим появляется возможность появления извращенных реакций, развитие эффектов, противоположенных тем, которые можно ожидать, зная спектр действия препарата. Парадоксальные реакции являются скорее закономерностью, чем исключением при назначении психотропных средств. Риск развития тяжелых, иногда и неожиданных осложнений повышает как

при взаимодействия различных групп психотропных препаратов, таки при их сочетании с лекарственными препаратами, применяемых при соматических заболеваниях.

У пожилых больных возрастает частота лекарственных осложнений. У лиц старше 60 лет она превышает в два раза по сравнению с 20-летними, а после 70 лет в семь раз.

При старении в организме человека меняется кинетическая фаза фармакологического препарата на различных уровнях: всасывание, распределение, метаболизм, выделение из организма.

В гериатрической практике лекарства чаще всего назначают внутрь. Эволюционные изменения желудочно-кишечного тракта приводят к снижению эвакуаторной способности желудка и более медленному выведению в кишечник лекарственных препаратов и соответственно снижению скорости абсорбции препарата в кишечнике. Снижение секреторной функции желудка скорость растворения лекарственных препаратов. При парентеральном введении препаратов абсорбция лекарств замедляется в результате замедления скорости кровотока и изменении степени проницаемости стенок капилляров. В связи с вышеизложенным кратность приема препаратов уменьшается в два раза.

В процессе старения изменяется функция печени: снижается печеночный кровоток, ее функции, в частности белковообразующая и антитоксическая, что ведет к лекарственной интоксикации, следовательно, требуется снижение доз. Снижение экскреторной функции почек при старении приводит к снижению выделения лекарственных препаратов, в связи с чем начальные дозы лекарственных препаратов следует уменьшить до половины или даже до 1/3 от стандартной.

Не менее важной, чем терапия болевых состояний, является социальная и психологическая поддержка. Пожилой человек должен постоянно чувствовать заботу о себе, готовность других, в том числе, медицинских и социальных работников прийти на помощь, проявить сочувствие. Это счастье, когда удается преодолеть барьер одиночества, чувство ненужности, неоцененности другими, когда последние годы жизни проходят в атмосфере добра, участия, сопереживания.

Литература

1. Боголюбов В. М. Медицинская реабилитация. — Москва-Пермь, 2015.
2. Первый съезд геронтологов и гериатров Сибири и Дальнего Востока. — Новосибирск, 2000.
3. Котельников Г. П., Яковлев О. Г., Захарова Н. О. Геронтология и гериатрия: учебник для студентов мед. вузов, слушателей учреждений доп. проф. образования и повышения квалификации специалистов. — Самара, 1997.