

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»**

**Медицинский институт
Кафедра «Пропедевтики внутренних болезней»**

Утверждено на заседании кафедры
«Пропедевтики внутренних болезней»
«21» января 2021 г., протокол № 6

И.о.заведующего кафедрой

 Ю.Л.Веневцева

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
к самостоятельной работе студентов по дисциплине (модулю)
«Сестринское дело»**

**основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программы специалитета**

по специальности **31.05.01 Лечебное дело**
со специализацией: **Лечебное дело**


Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-21

Тула 2021 год

Разработчик(и) методических указаний

Голубева Е.Н., к.м.н., доцент кафедры ПВБ
(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание)


(подпись)

Тематический план самостоятельной работы

№ п/п	Наименование видов самостоятельной работы	Трудоемкость (в академ.час)
	<i>3 семестр</i>	
1.	Составление опорного конспекта	2
2.	Подготовка докладов, выступлений	2
3.	Отработка практических манипуляций	6
4.	10.2 Краткая история сестринского дела	3
5.	10.4. Миссия и функция сестры. Философия сестринского дела	3
6.	10.7. Методы воздействия на желудочно-кишечный тракт	3
7.	Аллергические реакции и лекарственный анафилактический шок, их профилактика.	3
8.	Контроль качества предстерилизационной очистки инструментов, стерильности перевязочного материала и операционного белья.	3
9.	Подготовка к занятию, подготовка к текущему контролю (работа с литературными источниками по изучаемым разделам)	7
10.	Подготовка к промежуточной аттестации и ее прохождение	27,9
Итого		59,9

Основная литература

- 1.Ослопов, В.Н. Общий уход за больными в терапевтической клинике : учебное пособие для вузов / В.Н.Ослопов,О.В.Богоявленская .— М. : ГЭОТАР-МЕД, 2005 .— 400с. : ил. — 24 экз.
- 2.Ослопов, В.Н. Общий уход за больными в терапевтической клинике : учебное пособие для мед.вузов / В.Н.Ослопов,О.В.Богоявленская .— 2-е изд.,испр.и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007 .— 400с. : ил.— 19 экз.

Дополнительная литература

- 1.Андреева, Т. А. Общий уход за больными : учеб. пособие / Т. А. Андреева.— М. : РИОР, 2005 .— 79 с.
- 2.Давлицарова, К.Е. Основы ухода за больными.Первая медицинская помощь : Учеб.пособие для сред.проф.образования / К.Е.Давлицарова .— М. : Форум:Инфра, 2004 .— 368с. : ил. — (Проф.образование) .— Библиогр.в конце кн.
- 3.Белова, Н.И. Справочник медицинской сестры по уходу / Белова Н.И.,Беренбейн Б.А.,Великорецкий Д.А. и др.;Под ред.Н.Р.Палеева .— М. : АСТ, 1999 .— 544с.
- 4.Джамбекова, А. К. Справочник по уходу за больными / А. К. Джамбекова, В. Н. Шилов.— М. : Эксмо, 2008 .— 288 с.— (Новейший медицинский справочник)
- 5.Костина, В.В. Уход за больными в терапевтической клинике: Учеб.-метод.пособие / В.В.Костина, Н.В.Меньков; Нижегородская гос.мед.акад. — 2-е изд. — Н.Новгород : НГМА, 2000 .— 222с.;

5. Пауткин, Ю.Ф. Элементы общего ухода за больным: Учеб.пособие / Ю.Ф.Пауткин .— 2-е изд. — М. : РУДН, 2003 .— 150с.
6. Садикова, Н.Б. 10000 советов медсестре по уходу за больными: [Справочник] / Н.Б.Садикова.— Минск : Современный литератор, 2000 .— 832с.
7. Введение в клиническую медицину: Основы ухода за больными: Учеб.пособие / Санкт-Петербургский гос.ун-т.—СПб.,2000.—148с.:ил.

В данном пособии собрана информация о:

1. Методах воздействия на желудочно-кишечный тракт;
2. Особенности ухода за пациентами с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
3. Особенности ухода за больными с неотложными состояниями со стороны органов дыхания;
4. Особенности ухода за больными пожилого и старческого возраста.

МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ

1. ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА

1.1. Беззондовый способ

Промывание желудка беззондовым способом менее эффективно, чем зондовое, применяется только при невозможности использовать зонд.

Показания:

- острые отравления;
- пищевые токсикоинфекции при невозможности промывания желудка через зонд.

Противопоказания:

- нарушения сознания;
- отравления концентрированными растворами кислот и щелочей.

Техника выполнения. Пациенту разъяснить необходимость процедуры и дать выпить 2-3 стакана теплой воды (минеральной воды «Ессентуки» №4, «Боржоми», «Смирновская» и др.) с последующим искусственным вызыванием рвоты надавливанием на корень языка.

Процедуру повторить несколько раз. Для эффективного промывания желудка необходимо не менее 8-10 л воды.

1.2. Зондовый способ

Оснащение: толстый желудочный зонд, вазелиновое масло, резиновые перчатки, клеенчатые фартуки, ведро с чистой водой, воронка (1 л), кружка (1 л), таз для промывных вод, роторасширитель, языкодержатель.

Показания:

- острые отравления;
- пищевые токсикоинфекции;
- декомпенсированный стеноз пилорического отдела желудка (выраженное сужение выходного отдела желудка, ведущее к задержке пищи);
- опущение желудка или значительное снижение его тонуса;
- острые гастриты.

Противопоказания:

- желудочно-кишечное кровотечение;

- при остром отравлении абсолютных противопоказаний для промывания желудка нет, однако необходима осторожность у больных, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, циррозом печени, органическими сужениями пищевода.

Техника выполнения. Манипуляцию должен проводить врач.

Перед процедурой определяют метку, соответствующую росту больного, по формуле:
рост больного (в см) – 100

Первая отметка соответствует росту менее 150 см, вторая – росту 150-160 см, третья – 170 см и более.

На больного надеть клеенчатый фартук, снять вставные челюсти. Больной находится в положении сидя (или лежа на левом боку с опущенной ниже туловища головой). К ногам больного поставить таз для промывных вод. Медицинский работник, проводящий процедуру, становится справа от больного. Зонд, смоченный кипяченой водой (вазелиновым маслом), ввести до корня языка, затем попросить больного сделать глотательное движение, во время которого быстро продвинуть зонд. При позывах на рвоту движение зонда остановить, попросить больного сделать несколько глубоких вдохов. Ввести зонд до определенной метки, подсоединить к нему воронку и вылить желудочное содержимое в таз. Налить в воронку 1 л воды, медленно поднять ее, пока уровень воды не достигнет устья воронки, и слить промывные воды в таз. Повторить процедуру «до чистых промывных вод». Отсоединить воронку, извлечь зонд, дать пациенту прополоскать рот водой и обеспечить ему покой. При необходимости 1-ю порцию промывных вод направить в лабораторию.

Основные правила:

1. следить, чтобы не вся вода из воронки прошла в желудок (если это случится, обратное поступление жидкости из желудка будет нарушено);
2. не вводить в желудок одномоментно более 1,0 л жидкости;
3. не вводить воду в желудок быстро (воронку поднимать медленно);
4. для эффективного промывания желудка у взрослого необходимо не менее 8-10 л воды.

1.3. Особенности промывания желудка в некоторых ситуациях

Отравление концентрированными растворами кислот и щелочей:

- промывание должно проводиться только зондовым способом;
- перед промыванием желудка необходимо ввести внутривенно и внутримышечно эффективные обезболивающие препараты (наркотические и ненаркотические анальгетики), препараты, уменьшающие спастические сокращения гладкой мускулатуры, уменьшающие отек слизистой оболочки ЖКТ;
- не применять для промывания желудка при отравлениях кислотами раствор соды, а при отравлении щелочами - подкисленную воду.

Больным в бессознательном состоянии процедуру должен проводить врач реаниматолог, владеющий техникой интубации трахеи интубационной трубкой с раздувающей манжеткой (подробно эта ситуация изучается в курсе реаниматологии).

2. ФРАКЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ

Оснащение: тонкий желудочный зонд, стимулятор желудочной секреции (энтеральный или парентеральный), штатив с пронумерованными пробирками, вазелиновое масло, часы, шприцы.

Показание: изучение секреторной (кислото- и пепсинообразующей) и двигательной функции желудка у больных с заболеваниями ЖКТ.

Противопоказания:

- желудочно-кишечное кровотечение;
- ожог слизистой оболочки пищевода и желудка;
- острое отравление;
- значительное повышение АД;
- аневризма аорты;
- тяжелая сердечная недостаточность;
- тяжелая дыхательная недостаточность;
- острые инфекционные заболевания.

Техника выполнения. Исследование проводят утром натощак.

Ввести тонкий желудочный зонд, к его свободному концу присоединить шприц емкостью 20 мл.

1) Применение энтерального раздражителя (капустный отвар, мясной бульон, 5% алкоголь, раствор кофеина - 0,2 г на 300 мл воды):

- в течение 5 мин аспирировать желудочное содержимое (тощачовая порция);
- ввести 300 мл энтерального раздражителя (пробный завтрак);
- извлечь через 10 мин 10 мл желудочного содержимого, через 15 мин – остаток пробного завтрака;
- извлекать желудочное содержимое в течение 1 часа через 15 мин.

2) Применение парентерального раздражителя (0,025% пентагастрин - 0,6 мл на 10 кг массы больного, 0,1% гистамин - 0,01 мл на 1 кг массы тела):

- в течение 5 мин аспирировать желудочное содержимое (тощачовая порция);
- извлекать желудочное содержимое в течение 1 часа через 15 мин;
- ввести подкожно парентеральный раздражитель,
- извлекать желудочное содержимое в течение 1 часа через 15 мин.

После завершения исследования осторожно извлечь тонкий зонд, дать больному прополоскать полость рта. Пробирки с желудочным содержимым отправить в лабораторию (обязательно указать примененный стимулятор).

3. ДУОДЕНАЛЬНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ

Дуоденальное зондирование – введение зонда в двенадцатиперстную кишку (ДПК) с целью последующего получения ее содержимого.

Оснащение: дуоденальный зонд, штатив с пробирками, вещество- стимулятор (магния сульфат: 25% – 40-50 мл, 33% – 25-40 мл; глюкоза 40% – 30-40 мл; растительное масло – 40 мл), шприц Жане, зажим, мягкий валик, полотенце, перчатки.

Показания:

- изучение желчи с целью диагностики заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- эвакуация желчи у больных со сниженной моторной функцией желчного пузыря (с лечебной целью);
- местное введение лекарственных препаратов в ДПК и желчевыводящие пути.

Противопоказания:

1. абсолютные:
- острый холецистит;

- обострение хронического холецистита и желчнокаменной болезни (ЖКБ);
- опухоль ЖКТ;
- желудочно-кишечное кровотечение;

2. относительные:

- тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы;
- неадекватное поведение больного;
- выраженная дыхательная недостаточность.

Техника выполнения. Процедуру проводят утром, натощак.

Больному, сидящему на кушетке, ввести дуоденальный зонд, используя активные глотательные движения пациента. При достижении отметки 45 см убедиться, что зонд расположен в желудке, на свободный конец зонда наложить зажим и попросить пациента продолжить заглатывать зонд, медленно ходя по кабинету, до отметки 70 см. Пациента уложить на правый бок, подложить под таз мягкий валик или подушку, а под правое

подреберье - теплую грелку. Свободный конец зонда опустить в пробирку, снять зажим (штатив с пробирками установить на 5-8 см ниже уровня кушетки у изголовья кушетки). Если олива зонда достигла 12-перстной кишки, в пробирку поступает содержимое желтого цвета, имеющее щелочную реакцию (дуоденальная желчь, порция А, в норме за 20-30 мин поступает 15-40 мл). После прекращения выделения желчи с помощью шприца объемом 20,0 мл ввести вещество-стимулятор $t=38,0-39,0^{\circ}\text{C}$ и пережать зонд зажимом. Через 10-15 мин зажим открыть, зонд опустить в следующую пробирку (за 20-30 мин в норме поступает 50,0-60,0 мл густой темно-оливковой желчи – пузырная желчь, порция В). Когда начнет выделяться желчь золотисто-желтого цвета (печеночная желчь, порция С), зонд опустить в следующую пробирку (в норме за 20-30 мин выделяется 15-20,0 мл желчи). Осторожно извлечь зонд и поместить его в емкость с дезраствором.

Пробирки с порциями желчи подписать «А», «В» и «С» и отправить в лабораторию.

4. КЛИЗМЫ

Клизма (греч. klyisma – промывание) – введение через прямую кишку различных жидкостей с диагностической и лечебной целью. При выполнении клизмы медицинский работник должен пользоваться средствами защиты (клеенчатый фартук, резиновые перчатки).

4.1. Очистительная клизма

Оснащение: стеклянная или резиновая кружка Эсмарха, к которой прикрепляют резиновую трубку длиной 1,5 м с резиновым, эбонитовым или стеклянным наконечником. На конце трубки расположен кран, с помощью которого можно регулировать поступление воды из кружки.

Механизм действия: разрыхление каловых масс, усиление перистальтики → опорожнение нижнего отдела толстой кишки.

Показания

- упорные запоры;
- удаление токсичных веществ при отравлениях, уремии;
- подготовка к инструментальным исследованиям ЖКТ, операциям, родам;
- перед постановкой лекарственных клизм.

Противопоказания абсолютные, общие для всех видов клизм:

- желудочно-кишечные кровотечения,
- острые воспалительные и эрозивно-язвенные процессы в области толстой кишки и заднего прохода;
- острый аппендицит;
- острый перитонит;
- распадающиеся опухоли толстой кишки;
- первые дни после операций на органах пищеварительного тракта;
- кровотечение из геморроидальных узлов;
- выпадение прямой кишки.

Техника выполнения. В кружку Эсмарха налить 1,0-1,5 л воды ($t=25-35^{\circ}\text{C}$); открыв кран на резиновой трубке, заполнить ее водой, после чего кран закрыть, кружку подвесить на стойку. Смазать наконечник вазелином; больного уложить на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз. Пациент должен согнуть ноги в коленях и слегка привести их к животу. Объяснить пациенту, что он должен постараться задержать воду в кишечнике как можно дольше (5-10 мин.) – глубоко дышать и в течение нескольких минут после клизмы полежать на спине. Осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, продвигая его в прямую кишку вначале по направлению к области пупочного кольца на 3-4 см, а затем параллельно копчику на глубину 8-10 см, после чего открыть кран и ввести жидкость, поднимая кружку на высоту 1 м. Если вода не поступает, немного выдвинуть наконечник и увеличить напор воды, подняв кружку выше. При возникновении болей по ходу толстой кишки процедуру приостановить. После завершения процедуры наконечник осторожно извлечь и поместить в емкость с дезраствором.

4.2. Масляная клизма

Оснащение: грушевидный баллон с газоотводной трубкой или шприц Жане, на который надет резиновый наконечник, вазелин, масло (подсолнечное, льняное, конопляное или вазелиновое), подогретое до $37-38^{\circ}\text{C}$, – 100-200 мл.

Механизм действия: механический (масло обволакивает и размягчает каловые массы) и химический эффект (масло не всасывается, а частично омыляется и расщепляется, снимая спазм и нормализуя перистальтику).

Показания:

- неэффективность очистительной клизмы;
- спастический запор;
- упорные запоры при невозможности напряжения мышц брюшной стенки и промежности;
- хронические воспалительные заболевания толстой кишки.

Противопоказания: см п. 4.1.

Техника выполнения. Больного предупредить о том, что после клизмы он не должен вставать с постели до утра, набрать в грушевидный баллон 100-200 мл теплого масла, смазать газоотводную трубку вазелином, уложить больного на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами. Ввести газоотводную трубку в прямую кишку на 15-20 см, присоединить к трубке грушевидный баллон, ввести масло. Осторожно извлечь газоотводную трубку и поместить в емкость с дезраствором.

4.3. Гипертоническая клизма

Оснащение: грушевидный баллон с газоотводной трубкой или шприц Жане, на который надет резиновый наконечник, вазелин.

Применяют один из следующих растворов: 10% раствор NaCl, 20-30% раствор магния сульфата, 20-30% раствор натрия сульфата.

Механизм действия: обильная трансудация воды из кишечной стенки в просвет кишки, усиление перистальтики → дегидратация организма, выделение обильного жидкого стула.

Показания.

- неэффективность очистительной клизмы;
- массивные отеки;
- снижение моторной функции толстого кишечника.

Противопоказания: см п. 4.1.

Техника выполнения. Больного предупредить о необходимости удерживать раствор в кишечнике в течение 20-30 мин. Набрать в грушевидный резиновый баллон 50-100,0 мл гипертонического раствора, подогретого до 37-38°C, смазать газоотводную трубку вазелином, ввести газоотводную трубку на 15-29 см, присоединить к трубке резиновый баллон и медленно ввести раствор. Извлечь газоотводную трубку и напомнить пациенту о необходимости удерживать раствор в кишечнике в течение 20-30 минут.

4.4. Лекарственные клизмы

4.4.1. Лекарственная клизма местного действия

Оснащение: грушевидный баллон с газоотводной трубкой или шприц Жане, на который надет резиновый наконечник, вазелин.

Механизм действия: применяется с расчетом на местный эффект вводимого лекарственного вещества.

Показания: хронические воспалительные процессы, локализующиеся в прямой и сигмовидной кишках.

Противопоказания:

- абсолютных противопоказаний нет;
- необходима осторожность при наличии трещин и острого воспалительного процесса в области анального отверстия.

Техника выполнения. Раствор, содержащий лекарственное вещество (отвар ромашки, масло облепихи, антисептические растворы) в объеме 50-100,0 мл, подогреть до 37,0-38,0°C, набрать в грушевидный баллон или шприц Жане и ввести в прямую кишку так же, как и при выполнении масляной или гипертонической клизмы (см. п.п. 4.2. и 4.3).

4.4.2. Лекарственная клизма общего действия

Механизм действия: введение лекарственных веществ в прямую кишку с расчетом на резорбтивный эффект лекарственных препаратов (успокаивающие, снотворные, противосудорожные, нестероидные противовоспалительные препараты).

Показание: невозможность или нежелательность перорального или парентерального применения лекарственных препаратов.

Противопоказания, оснащение, техника выполнения - см. п. 4.4.1.

4.5. Капельные клизмы

Оснащение: кружка Эсмарха, 2 резиновые трубки, соединенные стеклянной капельницей, толстый желудочный зонд, соединенный со свободным концом резиновой трубки стеклянной трубкой, винтовой зажим.

Механизм действия: всасывание в нижнем отрезке кишечника воды, физиологического раствора натрия хлорида и глюкозы → регидратация, дезинтоксикация и, в минимальной степени, восполнение питательных веществ.

Показания: необходимость вливания в прямую кишку значительного объема жидкости (тяжелые интоксикации, отравления, реже – дополнительное введение питательных веществ).

Противопоказания: см. п. 4.1.

Техника выполнения. Через 20-30 мин. после очистительной клизмы больного уложить в удобное положение (можно на спину). Открыв зажим, заполнить систему раствором и закрыть зажим. Ввести в прямую кишку смазанный вазелином зонд на глубину 20-30 см, зажимом отрегулировать скорость поступления раствора (60-100 капель в минуту).

Раствор должен постоянно подогреваться до 39-40°C. По окончании процедуры закрыть кран, извлечь зонд, попросить пациента удерживать жидкость в прямой кишке. Разобрать систему и поместить в емкость с дезраствором.

4.6. Сифонные клизмы

Оснащение: стеклянная воронка емкостью 1-2 л, резиновая трубка длиной 1,5 м, соединительная стеклянная трубка, толстый желудочный зонд (или резиновая трубка с наконечником для введения в кишечник), которые последовательно соединяют.

Показания:

- отсутствие эффекта от очистительной, масляной, гипертонической клизм;
- подозрение на кишечную непроходимость;
- подготовка к операции на кишечнике;
- необходимость выведения из кишечника ядовитых веществ.

Противопоказания, см п. 4.1.

Техника выполнения. На кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз, уложить больного на левый бок. Слепой конец зонда смазать вазелином на протяжении 30-40 см и ввести зонд в кишечник на глубину 30-40 см. Присоединить воронку и, удерживая ее в несколько наклонном положении немного выше уровня таза пациента, заполнить жидкостью для промывания (чистой кипяченой водой). Воронку поднять вверх примерно на 50 см выше уровня тела пациента. Когда уровень жидкости опустится до устья воронки, опустить ее ниже уровня тела пациента и вылить содержимое кишечника в таз для промывных вод. Процедуру повторять до тех пор, пока из кишечника не будут поступать чистые промывные воды. Обычно на одну сифонную клизму требуется 10-12 л воды.

5. ПРИМЕНЕНИЕ ГАЗООТВОДНОЙ ТРУБКИ

Газоотводная трубка изготовлена из резины, ее длина 40 см, внутренний диаметр 5-10 мм, наружный конец слегка расширен, на закругленной (внутренней) части трубки в центре и на боковой стенке имеются отверстия.

Оснащение: стерильная газоотводная трубка, шпатель, вазелин, лоток, судно, клеенка, пленка, перчатки, салфетки, емкость с дезраствором.

Показания:

- метеоризм (повышенное газообразование в кишечнике);
- атония кишечника.

Противопоказания:

- трещины в области заднего прохода;
- острый геморрой.

Техника выполнения. Больного уложить на левый бок с приведенными к животу ногами, постелив под ягодицы клеенку и пеленку, на стул рядом с больным поставить судно, налив в него немного воды. Смазать закругленный конец трубки вазелином и ввести его на 20-30 см в прямую кишку, наружный конец трубки опустить в судно. Через 1 час газоотводную трубку извлечь, провести туалет анального отверстия влажной салфеткой. Газоотводную трубку поместить в емкость с дезраствором.

6. ДЕЗОБРАБОТКА И ХРАНЕНИЕ

Желудочный зонд:

- использованный зонд промыть под струей проточной воды,
- погрузить в раствор порошка «Биолот» на 30 мин,
- промыть проточной водой,
- кипятить в дистиллированной воде в течение 30 мин с момента закипания.

Стерильные зонды хранят в 1% растворе борной кислоты, перед употреблением ополаскивают кипяченой водой.

Наконечники и резиновые трубки, используемые для постановки клизм и газоотводных трубок:

- промыть под струей проточной воды,
- погрузить на 30 мин в отдельные специально маркированные емкости, содержащие дезинфицирующий раствор (1% раствор хлорамина),
- кипятить в дистиллированной воде в течение 30 мин с момента закипания.

Стерильные наконечники и резиновые трубки хранят в чистой маркированной посуде.

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С ПОРАЖЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

1. СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

1.1. Симптомы поражения мышц

1. Боли при движениях, болезненность мышц при пальпации могут возникать в результате:

- миозита – используют горчичники, согревающий компресс, местно
- мази, линименты, настойки препаратов отвлекающего и противовоспалительного действия;
- травмы – в первые сутки после травмы прикладывать пузырь со льдом, в дальнейшем – грелку, согревающий компресс, горчичники; в восстановительном периоде – массаж, ЛФК;
- интенсивных или длительных физических нагрузок (накопление в мышцах недоокисленных продуктов обмена) – используют горчичники, массаж с разогревающими мазями и маслами, теплые ванны.

2. Мышечная слабость:

- миозиты – см. выше;
- миопатии – ЛФК, массаж, использование вспомогательных устройств для пациентов с ограниченными возможностями.

3. Наличие уплотнений в толще мышц:

- миозиты – см. выше;
 - травмы – см. выше;
 - инородные тела (после ранений), кальцинаты (кальциноз мягких тканей при системной склеродермии, дерматомиозите).
4. Нарушения походки и осанки – в результате мышечной слабости, болезненности при движениях.
5. Атрофия мышц – в результате уменьшения физической нагрузки, замещения миоцитов соединительной тканью, местных трофических расстройств; больной нуждается в посторонней помощи или постоянном уходе.
- 1.2. Симптомы поражения костей
1. Деформации костей:
- рахит: выступающие лобные и затылочные бугры, рахитическая грудная клетка, Х-образные или О-образные голени, «четки» в области соединения ребер с реберными хрящами;
 - неправильно сросшийся перелом;
 - саблевидные голени – признак врожденного сифилиса;
 - опухоли из костной ткани – противопоказаны все тепловые процедуры.
2. Боли в костях, болезненность при пальпации:
- остеомиелит – сопровождается лихорадкой постоянного типа; противопоказаны тепловые процедуры;
 - метастазы в кости или первичная опухоль кости;
 - переломы – на момент иммобилизации больной нуждается в посторонней помощи или постоянном уходе.
3. Склонность к переломам — при остеопорозе любого происхождения.
- 1.3. Симптомы поражения суставов
1. Боли в суставе (суставах), позвоночнике:
- воспалительные (постоянные, разлитые, уменьшаются при применении тепла, усиливаются ночью) – при артрите;
 - механические (стартовые, часто локальные, усиливаются при применении тепла и после физических нагрузок) – при артрозе или поражении околосуставных тканей.
2. Болезненность – определяют при физическом исследовании пациента.
3. Скованность – не болевое затруднение при движениях утром или после периода покоя - (утренняя, стартовая, общая, локальная):
- более 30 мин - при артрите (синовите);
 - менее 30 мин - при артрозе.
4. Положение сустава: например, при синовите сустав находится в положении, при котором повышенное внутрисуставное давление будет минимальным – обычно это положение умеренного сгибания.
5. Вывихи – полное смещение суставных поверхностей костей за пределы физиологической нормы.
6. Подвывихи – неполное смещение суставных поверхностей костей за пределы физиологической нормы.
7. Контрактура – ограничение подвижности в суставе за счет внутрисуставных или околосуставных повреждений с последующим развитием соединительной ткани (например, посттравматическое укорочение сухожилия).

8. Суставные девиации – в результате образования угла между двумя смежными костями вследствие развития подвывихов и продолжительной контрактуры отдельных мышечных групп, которые со временем приобретают необратимый характер.

9. Анкилозы – неподвижность в суставе (объем движений $\leq 5^\circ$) в результате разрушения хряща, замещаемого вначале соединительной тканью (фиброзный анкилоз), а затем – костной тканью, окончательно фиксирующей суставные элементы.

10. Дефигурация – за счет припухания (периартрита и/или артрита) и/или деформации:

1) припухание может быть разной степени выраженности:

- легкое – равномерная сглаженность контуров сустава или асимметричное выбухание в области сустава (бурсит, тендовагинит);
- среднее – более выраженное изменение внешнего вида сустава с потерей его нормальных очертаний (припухлость сустава);
- выраженное - «шарообразный» сустав;

2) деформация сустава – стойкое изменения его формы за счет:

- костных разрастаний,
- деструкции суставных концов костей,
- подвывиха или вывиха,
- контрактуры,
- анкилоза.

11. Искривление позвоночника:

- подчеркнутые или сглаженные физиологические изгибы;
- сколиоз.

12. Повышение местной температуры в области сустава – признак артрита или периартрита.

13. Гиперемия кожи в области сустава – признак артрита или периартрита.

14. Крепитация в области сустава – слышимый или выявляемый при пальпации хруст, щелканье в суставе при движении.

15. «Заклинивание» сустава из-за наличия «суставной мышцы» - отломившегося остеофита, части хряща (при травмах, остеоартрозе).

16. Атрофия мышц вокруг сустава – в результате снижения физической нагрузки на пораженный сустав и нарушений трофики околосуставных тканей.

17. Нарушение функции сустава – определяется как ограничение подвижности в суставе или, гораздо реже, как гипермобильность сустава.

2. ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ

1. Остеоартроз – заболевание суставов, в основе которого лежит дегенерация хряща. Одним из факторов риска является ожирение, поэтому рекомендуют вариант диеты с пониженной калорийностью или диеты №№ 8, 9:

- уменьшать количество жиров в рационе;
- ежедневно принимать пищу, содержащую клетчатку (семя льна, овсяные или рисовые отруби);
- включать в рацион свежие овощи и фрукты, цельные зерна, овсяную муку, рыбу;
- употреблять в пищу больше продуктов, содержащих серу (чеснок, лук);
- исключить черный перец, яичный желток, томаты, белый картофель (содержат соланин, который вызывает нарушение работы ферментов в мышцах и может вызывать боли и ощущения дискомфорта);

- делать разгрузочные дни (яблочный, компотный, мясо-овощной).

2. Подагра – заболевание суставов, в основе которого лежит нарушение обмена пуриновых оснований с отложением уратов в тканях. Назначают диету № 6, основной вариант стандартной диеты или вариант диеты со сниженной калорийностью:

- ограничение продуктов, богатых пуринами, щавелевой кислотой, кальцием;
- умеренное ограничение белков, жиров, углеводов;
- исключить прием алкоголя;
- выпивать 2-3 л жидкости в сутки;
- арбузные разгрузочные дни.

3. Остеопороз – метаболическое заболевание скелета, характеризующееся низкой минеральной плотностью кости и ее структурной перестройкой, что приводит к повышенной ломкости кости и высокому риску переломов. Рекомендуют:

- полноценное сбалансированное питание;
- продукты с высоким содержанием Са (молоко и молочные продукты);
- препараты кальция, фосфора и витамина D.

3. ОСОБЕННОСТИ ТРАНСПОРТИРОВКИ БОЛЬНЫХ

1. Выраженное ограничение объема движений в суставах нижних конечностей при артритах и артрозах: транспортировка с помощью кресла-каталки.

2. Переломы позвоночника в грудной и поясничной областях:

- на носилках с жестким ложем – уложить пострадавшего на спину;
- на обычных носилках — уложить пострадавшего на живот.

3. Повреждение позвоночника в шейном отделе: уложить больного на жесткие носилки на спину, вокруг головы положить валик из одежды или резиновый круг.

4. Переломы и вывихи верхней конечности: руку в шине уложить на грудь, прибинтовывая ее к груди или подкладывая под нее подушку, попросить пациента наклонить тело в здоровую сторону; поддерживать поврежденную конечность.

5. Переломы нижних конечностей: под поврежденную конечность в шине подложить подушку, сложенное одеяло и т.п.

6. Вывихи бедра: пациента уложить на носилки на спину, конечность иммобилизовать подкладыванием одежды или подушек, не изменяя то положение, в котором фиксирована нога (риск перелома шейки бедра).

7. Перелом ребер: придать пострадавшему полусидячее положение.

8. Перелом костей таза: пострадавшего уложить на спину в положение «лягушки», подкладывая под разведенные колени подушку, валик, свернутое одеяло и т.п.

9. Переломы свода черепа:

- если больной в сознании и удовлетворительном состоянии – уложить его на спину на носилки без подушки;
- при бессознательном состоянии больного – уложить его на носилки на спину в положении полуоборота (под одну из сторон туловища подложить валик, одежду и т.п.), голову повернуть в сторону, снять очки и зубные протезы.

10. Переломы лопатки: в подмышечную область вложить валик, руку подвесить на косынке или прибинтовать к туловищу повязкой Дезо, транспортировать в положении сидя.

11. Переломы ключицы: подвесить руку на косынку или прибинтовать к туловищу, транспортировать в положении сидя.

4. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

1. Уменьшение нагрузки на суставы:

- средства ортопедической коррекции (использование ортезов, бандажей, эластичных наколенников, при плоскостопии – ношение специальной обуви с супинаторами);
- хождение с тростью – уменьшает нагрузку на тазобедренный сустав почти на 50%;
- использование костылей;
- запрещение длительных статических нагрузок (стояние, фиксированные позы, переноска тяжестей);
- ограничение ходьбы по лестницам;
- снижение веса тела (низкокалорийная диета, плавание).

При улучшении состояния и отсутствии болей пациент не должен расширять объем движений, т.к. увеличение нагрузки на сустав повлечет за собой ухудшение и прогрессирование болезни.

2. Укрепление мышц:

1) систематическая лечебная гимнастика. В связи с необходимостью укрепления мышц без увеличения нагрузки на суставные поверхности она имеет следующие особенности:

- движения не должны быть слишком интенсивными;
- объем движений надо увеличивать постепенно;
- интенсивные движения (через боль) противопоказаны;
- лечебная гимнастика должна проводиться в облегченном для больного состоянии (сидя, лежа, в бассейне);

2) массаж мышц, приводящих в движение пораженный сустав.

Больные с заболеваниями суставов часто вынуждены длительно, годами, принимать нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) - диклофенак, вольтарен, ортофен и др. При ряде заболеваний опорно-двигательного аппарата применяют глюкокортикоиды (ГК), в том числе - внутрисуставное введение. При воспалительных и дегенеративных заболеваниях суставов, а также при поражении околосуставных тканей широко используется локальная (чрескожная) лекарственная терапия. В базисной терапии ревматоидного артрита наиболее часто используются цитостатики. Поэтому нужно помнить об их возможных побочных действиях и осложнениях.

3. Профилактика осложнений медикаментозной терапии заболеваний опорно-двигательного аппарата:

1) со стороны желудочно-кишечного тракта:

- развитие НПВП-гастропатий, которые проявляются диспепсическими явлениями (снижение аппетита, тошнота, изжога) и появлением болей в животе, преимущественно в подложечной области;
- развитие желудочно-кишечного кровотечения;
- прободение или перфорация симптоматических язв (НПВП- и ГК-зависимых);
- ухудшение заживления существующих язв (цитостатики).

Важно предупреждать пациентов о необходимости приема НПВП и ГК во время еды.

2) со стороны сердечно-сосудистой системы (на фоне приема НПВП, ГК):

- повышение АД;
- снижение эффективности гипотензивных препаратов, принимаемых больным.

3) со стороны костной ткани:

- развитие остеопороза.

4) со стороны системы иммунитета (ГК, цитостатики):

- развитие инфекционных заболеваний и более тяжелое их течение;

- грибковое поражение;

- гнойничковое поражение кожи;

- обострение латентных инфекционных заболеваний.

Медсестра должна внимательно наблюдать за состоянием таких пациентов и при необходимости оказать первую доврачебную помощь.

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С НЕОТЛОЖНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

1. ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Легочное кровотечение – выделение крови через дыхательные пути в количестве более 50 мл/сут. Более 200 мл/сут – массивное легочное кровотечение, требующее срочного хирургического вмешательства.

Признаки легочного кровотечения:

Местные Общие

- сопровождается кашлем

- алый цвет крови

- кровь пенистая

- щелочная реакция крови

- холодная бледная кожа

- снижение АД

- тахикардия

Причины: бронхоэктатическая болезнь, туберкулез, абсцесс легкого, гангрена легкого, рак легкого, тромбоэмболия легочной артерии, травма легкого, геморрагический диатез.

Первая доврачебная помощь:

1. обеспечить полный покой;

2. придать больному возвышенное положение и повернуть на пораженную сторону;

3. положить пузырь со льдом на грудную клетку;

4. дать проглатывать кусочки льда и пить холодную воду маленькими порциями (рефлекторный спазм сосудов и уменьшение кровенаполнения легких);

5. при сильном кашле – противокашлевые препараты (кодтерпин, кодеина фосфат);

6. по назначению врача ввести:

- 10 мл 10% раствора хлорида кальция или 10 мл 1% кальция глюконата в/в, 2 мл викасола;

- дицинон или этамзилат – 2 мл;

- при неэффективности возможно переливание 50-250 мл крови, свежезамороженной плазмы.

2. ПРИСТУП УДУШЬЯ

Удушье – приступообразная одышка, мучительное чувство недостатка воздуха у больного, страх смерти. Обусловлено обструкцией дыхательных путей и нарушением диффузии кислорода в кровь.

Причины: инородные тела, опухоли гортани, трахеи, бронхов, рак легкого, карциноидный синдром, бронхиальная астма, обструктивный бронхит, пневмоторакс, пневмония.

Первая доврачебная помощь:

1. придать больному возвышенное положение;
2. освободить грудную клетку от сдавливающей одежды;
3. обеспечить подачу кислорода;
4. ингаляции беротека, беродуала, сальбутамола или введение этих препаратов с использованием небулайзера;
5. по назначению врача ввести внутривенно:
 - 10-15 мл 2,4% эуфиллина;
 - 60-90 мг преднизолона или 125-250 мг гидрокортизона.

3. АСТМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС

Астматический статус – нарастающий по своей интенсивности приступ удушья (при бронхиальной астме), при котором применение бронходилататоров уже не эффективно.

Появляется неэффективный и непродуктивный кашель.

Различают 3 стадии астматического статуса:

Стадия 1 – затянувшийся приступ бронхиальной астмы: прогрессивно снижается бронходилатирующий эффект вводимых препаратов.

Выслушиваются рассеянные сухие хрипы, усиливающиеся на выдохе и при кашле.

Стадия 2 – в легких начинают исчезать хрипы и дыхательные шумы вследствие закупорки бронхиального дерева густым и вязким секретом.

Стадия 3 - гипоксическая и гиперкапническая кома: больной неадекватен, сознание спутанное, постепенно нарастает гипоксия, за которой следует остановка дыхания и сердечной деятельности.

Первая неотложная помощь:

1 стадия:

- увлажненный кислород;
- вибромассаж;
- 10-15 мл 2,4% эуфиллина в/в капельно;
- 90-120 мг преднизолона в/в капельно каждые 2 часа.

2 стадия:

- введение гормонов и эуфиллина, увеличивая дозу в 2 раза;
- 200 мл 4% гидрокарбоната натрия в/в капельно - для борьбы с ацидозом;
- введение жидкости;
- контроль диуреза;
- оксигенотерапия;
- при неэффективности - перевод больного в отделение реанимации.

3 стадия: перевод на искусственную вентиляцию легких в условиях отделения реанимации.

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

1. ТЕРМИНОЛОГИЯ, ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

Возраст — длительность существования организма от рождения до настоящего момента. Действующие до настоящего времени современные возрастные нормативы были приняты Европейским региональным бюро ВОЗ в 1963 г. (см. табл. 1).

Геронтология (греч. *gerontos* - старик, *logos* - учение, наука) изучает процессы старения человека. Геронтология — пограничная область биологии и медицины, изучающая не столько старость, сколько процесс старения человека. Включает в себя разделы:

- гериатрия,
- герогигиена,
- геропсихология,
- социальная геронтология и др.

Гериатрия (греч. *gerontos* — старик, *iatreia* — лечение) — пограничный раздел геронтологии и внутренних болезней, изучающий особенности заболеваний людей пожилого и старческого возраста и разрабатывающий методы их лечения и профилактики (см. «Приложение»).

Таблица 1

Классификация возраста (ВОЗ, 1963):

Молодой возраст: 18-29 лет

Зрелый возраст: 30-44 года

Средний возраст: 45-59 лет

Пожилой возраст: 60-74 года

Старческий возраст: 75-89

Долгожители: 90 лет и старше

2. ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

2.1. Изменения, характерные для гериатрических больных

1. Инволюционные изменения (функциональные и морфологические) со стороны различных органов и систем.
2. Полиморбидность - наличие двух и более заболеваний у одного пациента (в среднем не менее 5 болезней), в результате чего снижается диагностическая ценность различных симптомов; сопутствующие заболевания могут усиливать друг друга.
3. Преимущественно хроническое течение заболеваний (обусловлено инволюционными изменениями).
4. Нетипичное клиническое течение заболеваний.
5. «Старческие» болезни (остеопороз, аденома простаты, болезнь Альцгеймера и др.).
6. Изменение защитных реакций (в первую очередь иммунных).
7. Социальная дезадаптация. На этом фоне могут развиваться тревожные состояния, депрессии, ипохондрия.

2.2. Проблемы, связанные с возрастными изменениями, у гериатрических больных

Бессонница:

- изменение режима сна — больные спят больше днём, а ночью едят, ходят по палате, читают;

- привыкание к снотворным, часто употребляемым в этом случае;
- появление на фоне приёма снотворных средств слабости, головных болей, ощущения утренней «разбитости», запоров.

Медсестра может рекомендовать больному приём лекарственных трав (отвар пустырника), 10-20 капель «Валокордина», стакан тёплого молока с растворённым в нём мёдом (1 ст.л.) и т.п. При необходимости снотворные средства назначает врач.

Личная гигиена. Больному пожилого и старческого возраста трудно себя обслуживать, поэтому им требуется помощь при:

- смене постельного и нательного белья,
- уходе за волосами, ногтями;
- гигиене полости рта и др.

При уходе за пациентом, длительно находящемся на постельном режиме, необходимо осуществлять тщательный уход за кожей и проводить профилактику пролежней.

Физиологические отправления. При необходимости регулировать функцию кишечника диетой, применением по назначению врача слабительных препаратов или постановкой клизм; контролировать водный баланс.

Травматизм. У гериатрических больных, как правило, имеется остеопороз, поэтому высок риск переломов, обездвиживающих больных, которые сопровождаются развитием осложнений (пневмония, тромбоэмболия лёгочной артерии) и могут приводить к летальному исходу. Профилактика:

- обеспечить достаточную освещённость больничных помещений;
- на полу не должно быть посторонних предметов, разлитой жидкости;
- коридоры гериатрического отделения должны быть просторными, не загромождёнными мебелью;
- вдоль стен коридора должны быть перила, чтобы больные могли за них держаться;
- поддерживать больного при мытье в ванне;
- помогать заходить и выходить из ванны;
- на полу в ванной должен быть постелен резиновый коврик;
- обеспечить больного судном или горшком на ночь.

Контроль приёма лекарств. При снижении памяти и развитии слабоумия пациенты могут забыть принять лекарство или принять его повторно. Поэтому:

- дать чёткие инструкции не только в устной форме, но и письменно;
- «выпаивать» лекарства в присутствии медсестры;
- следить за водным балансом, т.к. недостаточное потребление жидкости может способствовать повышению концентрации в организме назначенных препаратов, появлению побочных эффектов и развитию лекарственной интоксикации;
- немедленно информировать врача о любом ухудшении самочувствия больного, появлении новых симптомов (до прихода врача уложить пациента или помочь принять ему соответствующее положение, обеспечить покой, при необходимости – оказать первую помощь).

3. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

Больные пожилого и старческого возраста нуждаются во внимании и общении не меньше, чем в лечении. Подготовка пациента к различным медицинским манипуляциям, умение слушать, сопереживать и давать советы являются важными факторами в успешном лечении. Для установления контакта медсестра должна разговаривать спо-

койным приветливым голосом, обязательно здороваться с больными. Если пациент слепой, следует ежедневно, входя утром в палату, представляться. К больным нужно обращаться по имени и отчеству.

Болезнь всегда накладывает свой отпечаток на человека, он может становиться по-детски капризным, отказываться от лечебных и диагностических процедур. Гериатрические больные нередко «уходят в себя», «прислушиваются» к своему состоянию, у них появляются раздражительность, плаксивость. Необходимо с каждым больным беседовать тактично, терпеливо, ненавязчиво. Недопустимо проявление недовольства и грубости со стороны медперсонала. Учитывая особенности возраста и заболевания, таких больных направляют на лечебные и диагностические процедуры в сопровождении медсестры или санитарки.

Медсестра не должна самостоятельно, помимо врача, давать больному или его родственникам информацию о характере и возможном исходе его заболевания, обсуждать результаты исследования и методы лечения.

4. ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Могут происходить изменения в жевательном аппарате, поэтому возникают особые требования к выбору продуктов и способам кулинарной обработки:

- легче переваривается мясо в рубленном виде, рыба, творог;
- из овощей предпочтительнее свёкла, морковь, кабачки, тыква, цветная капуста, помидоры, картофель (в виде пюре);
- ограничить употребление кочанной капусты, т.к. ее большое количество усиливает процессы брожения в кишечнике;
- пища не должна быть слишком горячей или холодной;
- специи и приправы – небольшое количество чеснока и хрена.

4.1. Калорийность

Гипокалорийная и ограниченная по объёму диета – один из эффективных методов борьбы с преждевременным старением. Наиболее рационально четырехразовое питание.

Рекомендуемая калорийность пищи:

- для женщин: 1900-2000 ккал;
- для мужчин: 2000-3000 ккал.

Калорийность должна составлять:

- первый завтрак - 25%,
- второй завтрак - 15%,
- обед-40-45%,
- ужин (не позже, чем за 2 ч до сна) — 15-20%.

Калорийность пищевого рациона ограничить за счёт снижения потребления высококалорийных продуктов; безусловному ограничению подлежат сахар и другие сладкие продукты, соль, жир и жирные продукты. Ограничить потребление продуктов, содержащих пуриновые основания, щавелевую кислоту и холестерин. Обеспечить достаточное количество овощей и фруктов, содержащих соли калия, магния, железа, микроэлементы, витамины и органические кислоты.

4.2. Послабляющий эффект

За 1 ч до еды утром выпивать 1 стакан сока, отвара шиповника или кипячёной воды комнатной температуры, на ночь – 1 стакан кефира. Рафинированный сахар заменить мёдом (быстро всасывается в ЖКТ, имеет мягкий седативный эффект, действует послабляюще и предупреждает запоры).

Растительные масла обладают хорошим желчегонным действием и послабляющим эффектом. Общее количество растительной клетчатки 25-30 г/сут. Растительная клетчатка адсорбирует пищевые и токсические вещества и улучшает бактериальное содержимое кишечника, активизирует моторную деятельность кишечника, нормализует стул (профилактика дивертикулёза и злокачественных образований).

4.3. Антиатеросклеротическая направленность диеты

Достигается снижением общей калорийности пищи и включением в неё продуктов, нормализующих липидный обмен. Увеличить долю растительных жиров (до 2 ст.л. подсолнечного, оливкового или кукурузного масла в сутки). Содержащиеся в них полиненасыщенные жирные кислоты, фосфатиды и фитостерины благоприятно влияют на обмен холестерина. Морская капуста - активное противоатеросклеротическое средство, источник витаминов, микроэлементов (можно приобретать в аптеках аптечный порошок морской капусты).

4.4. Витамины и минеральные вещества

Вследствие возрастных обменных нарушений развивается ряд состояний.

Гиповитаминоз. Латентный - возникает у абсолютного большинства лиц старше 60 лет. Клинически выраженный – при сахарном диабете, полиурии, частом жидком стуле, во время инфекционных заболеваний. Рекомендуют:

- включать в питание зерновые культуры и фрукты в свежем виде;
- использовать БАД (см. Приложение);
- дополнительно принимать витаминные препараты (даже летом и осенью) - по назначению врача.

Гипокалиемия может быть латентной и клинически выраженной (нарушения ритма, ослабление мышечного тонуса, повышенная чувствительность к холоду, судороги мышц, особенно мышц ног по ночам). На фоне терапии мочегонными препаратами развивается быстро.

Задержка натрия способствует задержке жидкости, отрицательному влиянию на функции сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем.

Рекомендуют:

- продукты, в которых мало Na и много K: овощи (картофель и др.), фрукты (бананы, апельсины и др.), сухофрукты (чернослив, урюк, изюм, курага);
- прием БАД.

Накопление кальция в стенке сосудов приводит к уменьшению их эластичности, развитию АГ, периферических трофических нарушений.

Остеопороз существенно увеличивает риск переломов у лиц старше 60 лет, приводит к обездвиживанию пациентов и развитию грозных осложнений (см. «Особенности ухода за больными с поражениями опорно-двигательного аппарата»). Нормативное поступление кальция в организм для пожилых людей – 800-1000 мг/сут (как и в среднем возрасте).

Рекомендуют:

- молоко, кисломолочные продукты, сыр (нежирный);

- прием БАД;
- прием препаратов Са, вит. Д.

5. ОСОБЕННОСТИ УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Наиболее частое заболевание дыхательной системы у пациентов пожилого и старческого возраста – хронический бронхит, эмфизема легких и дыхательная недостаточность.

Инволютивные процессы в системе дыхания:

- снижение эластичности лёгочной паренхимы; атрофия лёгочной паренхимы;
- увеличение размеров альвеол на 40-45% → уменьшение дыхательной поверхности лёгких; уплотнение и «ломкость» лёгочных капилляров → неадекватное питание лёгочной ткани, затруднение газообмена;
- уплотнение альвеолярно-капиллярной мембраны → затруднение газообмена;
- неравномерная альвеолярная вентиляция;
- снижение активности реснитчатого эпителия и чувствительности рецепторов слизистой оболочки, постепенная атрофия эпителиальных клеток → нарушение самоочищения бронхов;
- атрофия железистого эпителия и хрящевой ткани бронхов → образование чёткообразных вздутых бронхов и неравномерное сужение их просвета;
- снижение кашлевого рефлекса;
- дистрофические изменения в мышцах грудной клетки и спины, формирование бочкообразной формы грудной клетки, склеротические изменения → уменьшение подвижности рёбер, ограничение экскурсии грудной клетки;
- повышение чувствительности дыхательного центра к СО₂ и гипоксии.

Особенности течения заболеваний.

1. Частые обострения хронического бронхита. Причины:

- изменения грудной клетки, ограничивающие дыхательные движения;
- снижение дренажной функции бронхов (малая эффективность кашлевого толчка и атрофия мерцательного эпителия);
- застой в малом круге кровообращения;
- снижение противоинфекционной защиты.

2. Частое применение антибактериальных средств для лечения обострений хронического бронхита.

3. Чаще развиваются возможные побочные действия антибактериальных препаратов:

- снижение слуха (стрептомицин, гентамицин и др.);
- токсичное влияние на почки (канамицин);
- кандидоз, дисбактериоз и атрофический глоссит (тетрациклин, комбинированные антибиотики) и др.

4. При пневмонии в период критического снижения t° тела возможно развитие острой сосудистой недостаточности (проявляется не классическим коллапсом, а обострением ИБС, развитием инсульта, усилением степени почечной недостаточности и др.).

5. Чрезмерная активная оксигенотерапия может привести к осложнениям (головокружение, тошнота, удушье, дыхание Чейн-Стокса, гиперкапническое торможение дыхательного центра вплоть до коматозного состояния).

Особенности наблюдения и ухода за больными.

1. Обучить пациентов принципам приёма лекарств, которые позволяют в некоторой степени снизить токсичность медикаментозных средств.

2. Следить за тем, чтобы больной:

- принимал назначенный препарат в установленное время суток;
- соблюдал рекомендуемый режим поведения;
- соблюдал условия приёма лекарств;
- соблюдал диетические рекомендации.

3. Оксигенотерапию проводить с осторожностью.

6. ОСОБЕННОСТИ УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ ЗА КАРДИОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Наиболее частые заболевания сердечно-сосудистой системы у пациентов пожилого и старческого возраста — ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия и хроническая сердечная недостаточность.

Инволютивные процессы в сердечно-сосудистой системе:

- склерозирование аорты, венечных, церебральных и почечных артерий, уменьшение их эластичности; уплотнение сосудистой стенки → постоянное повышение периферического сопротивления;
- извитость, расширение, фиброз и гиалиновое перерождение капилляров и артериол → облитерация капилляров, ухудшение трансмембранного обмена; нарушение кровоснабжения жизненно-важных органов;
- коронарная недостаточность → дистрофия, атрофия кардиомиоцитов, замещение их соединительной тканью → сердечная недостаточность и нарушения ритма сердца;
- активизация системы свёртывания крови, функциональная недостаточность противосвёртывающих механизмов, ухудшение реологии крови.

Особенности течения заболеваний.

1. Развивается изолированная систолическая артериальная гипертензия.

2. Ухудшение состояния у больных ИБС могут быть спровоцированы:

- сопутствующими бронхо-лёгочными заболеваниями,
- физической нагрузкой,
- перееданием,
- психоэмоциональным стрессом,
- острыми инфекциями,
- воспалительными процессами в мочевыводящих путях,
- оперативными вмешательствами и др.

Особенности наблюдения и ухода за больными.

1. Объяснять больным необходимость борьбы с курением.

2. Обеспечить больным условия для отдыха днём и спокойного сна ночью.

3. Обучать больных упражнениям на расслабление.

4. Следить за соблюдением диеты, в меру калорийной и богатой витаминами; отказаться от употребления животных жиров, сладостей, «перехвата» между основными приёмами пищи, т.к. ожирение мешает работе сердца.

5. Рекомендовать по возможности регулярные занятия физическими упражнениями, дыхательную гимнастику.

7. ОСОБЕННОСТИ УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ЖКТ)

Наиболее частые заболевания ЖКТ у пациентов пожилого и старческого возраста – хронический гастрит, нарушения моторики кишечника, желчевыводящих путей.

Инволютивные процессы в пищеварительной системе:

- полость рта: атрофия слюнных желёз, изменение жевательного аппарата;
- пищевод: атрофия слизистой оболочки, снижение перистальтики, развитие дискинезий;
- желудок: снижение секреторной, ферментативной, двигательной активности;
- печень: уменьшение количества гепатоцитов, их регенерации, снижение функциональной активности печени (тенденция к снижению уровня билирубина, жёлчных кислот и фосфолипидов и повышению холестерина); уменьшение липидного комплекса жёлчи способствует нарушению кишечного пищеварения (дисептические симптомы);
- поджелудочная железа: атрофия ткани, снижение внешнесекреторной функции и замедление полостного и мембранного пищеварения;
- кишечник: снижение высоты кишечных ворсинок и уменьшение площади слизистой оболочки, на которой осуществляются мембранное пищеварение и всасывание; перестройка ферментативного спектра тонкой кишки (возрастные изменения гипоталамуса, гипофиза и щитовидной железы); снижение двигательной активности тонкой и толстой кишки, изменение состава микрофлоры кишечника;
- ухудшение кровоснабжения и иннервации системы органов пищеварения.

Особенности течения заболеваний.

1. Хронический гастрит встречается почти у 100% лиц старше 60 лет (как правило, не является самостоятельным заболеванием и часто сопровождается другими заболеваниями гастродуоденальной зоны, хронический панкреатит, ИБС, сахарный диабет).

2. Развитие и обострение хронического гастрита может быть обусловлено частым употреблением различных медикаментов.

3. Симптомы могут маскироваться сопутствующей патологией (ИБС, хронический панкреатит и др.).

4. Хроническая мезентериальная недостаточность может протекать под маской различных заболеваний ЖКТ. Причины нарушения мезентериального кровообращения:

- атеросклеротическое поражение мезентериальных артерий;
- инфаркт миокарда;
- нарушения сердечного ритма (например, мерцательная аритмия);
- артериальная гипертензия;
- сдавление сосудов извне (опухолью или спаечным процессом);
- возрастные изменения в интрамуральном слое сосудистой стенки, усугубляющие нарушение кровоснабжения органов брюшной полости.

5. Склонность к запорам. Причины:

- малоподвижный образ жизни;
- атония кишечника;
- неправильное питание;
- побочное действие ряда лекарственных препаратов и др.

Особенности наблюдения и ухода за больными.

1. Контролировать соблюдение пациентом режима.
2. При мезентериальной недостаточности рекомендовать отдых после еды.
3. Соблюдение диеты:
 - в зависимости от характера поражения ЖКТ механическое, химическое, термическое щажение;
 - мезентериальная недостаточность – нормализация липидного обмена, уменьшение объема принимаемой пищи.
4. Нормализация стула:
 - выпивать утром натощак 1/2 стакана холодной кипячёной воды, кефира или простокваши;
 - употреблять в пищу блюда из свёклы (винегрет), моркови, печёные яблоки;
 - заменить картофель тушёными овощами, гречневой кашей;
 - увеличить употребление сухофруктов — кураги, чернослива, инжира, изюма (размачивать в горячей воде, а если больному трудно жевать — измельчать с помощью мясорубки).
5. При длительных запорах - клизма (очистительная, гипертоническая, масляная и др.) по назначению врача.

8. ОСОБЕННОСТИ УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Наиболее частые заболевания почек у пациентов пожилого и старческого возраста — пиелонефрит, острая почечная недостаточность и ангионефросклероз.

Инволютивные процессы в мочевыделительной системе:

- уменьшение массы и объёма почки (более значительное у мужчин, чем у женщин); прогрессирующее накопление соединительной ткани во всех структурных элементах почки (старческая атрофия);
- утолщение и уплотнение капсулы, увеличение объёма паранефральной клетчатки; развитие гиалиноза капиллярных петель клубочка (с 40-летнего возраста), постепенная гибель нефронов;
- снижение клубочковой фильтрации;
- замедление физиологического обновления эпителия в канальцевой части нефрона и нарушение деятельности канальцев (снижение реабсорбции глюкозы, общей экскреции кислот, клиренса свободной воды);
- изменение гемодинамики: снижение в 2 раза почечного кровотока, параллельно с ним эффективного почечного плазмотока;
- атрофия элементов юктагломерулярного аппарата с перестройкой его клеток; атония мочевых путей → возникновение рефлюксов на различных уровнях.

Особенности течения заболеваний.

1. Очень часто развивается старческий пиелонефрит. Причины:
 - рефлюксы;
 - мочекаменная болезнь и опухолевые процессы;
 - заболевания предстательной железы у мужчин;
 - фиксация бактериальной флоры в почках (из-за нарушения почечной гемодинамики);
 - возрастные нарушения иммунного ответа организма;
 - учащение с возрастом инструментальных вмешательств на мочевых путях.

2. Иногда даже гнойные формы пиелонефрита могут протекать бессимптомно. Клинически может быть:

- только интоксикация (больные поступают в инфекционное отделение);
- упорная выраженная анемия (обследуют пациента для исключения онкологического процесса);
- прогрессирование энцефалопатии.

3. Нередко у больных бывает недержание мочи — энурез (при заболеваниях почек, цистите, аденоме предстательной железы, нарушении мозгового кровообращения, общем истощении больного, старческом слабоумии и др.).

4. Наличие учащённого мочеиспускания ночью (патология мочевыделительной системы, возрастные изменения в почках, нарушения сна).

Особенности наблюдения и ухода за больными.

1. При никтурии у ослабленных больных возможны падения, обмороки (риск переломов). Поэтому необходимо объяснять больному, что он не должен пить позже 6-7 ч вечера, чтобы не испытывать ночью частые позывы на мочеиспускание, а на ночь оставлять ему у кровати судно или горшок.

2. Никтурия часто сочетается с недержанием мочи (энурезом).

3. При недержании мочи:

- после каждого мочеиспускания подмывать больного и менять ему бельё;
- посоветовать родственникам приобрести специальные памперсы для взрослых;
- рекомендовать ограничить приём жидкости после 3 ч дня.

4. Пища должна быть легкоусвояемой, пациенту следует в течение дня принимать пищу часто, малыми порциями.

5. Регулярно дезинфицировать судно (мочеприёмник) и обеззараживать выделения пациента перед сливом их в канализацию.

6. При строгом постельном режиме, тяжёлом состоянии больного:

- особое внимание уделять состоянию кожных покровов пациента, особенно при наличии у него отёков;
- проводить профилактику пролежней.

Замена памперса

1. Повернуть больного на бок с согнутыми в коленях ногами, как для постановки клизмы.

2. Снять с больного нижнее бельё до уровня колен.

3. Удалить использованный подгузник сзади так, чтобы возможные испражнения не испачкали устье мочевого канала. При необходимости обмыть наружные половые органы.

4. Сложить памперс вдвое желобком и ввести между ног пациента так, чтобы Т-образная часть располагалась сзади.

5. Расправить памперс, чтобы не было складок, сверху одеть нижнее бельё.

6. Повернуть больного на спину и проконтролировать, что памперс плотно прижался к паху и под ним не осталось складок кожи.