

Особенности течения заболеваний людей пожилого и старческого возраста. Тактика ВОП



**Лектор: доктор медицинских наук
Казымов Максут Советович,
кафедра общей врачебной практики**



План

- 1. Проблема старения.
- 2. Общие принципы диагностики и особенности диагностической тактики в пожилом и старческом возрасте.
- 3. Общие принципы и особенности лечения больных пожилого и старческого возраста.
- 4. Особенности диагностики и лечения заболеваний внутренних органов в амбулаторных условиях.
- 5. Профилактика больных пожилого и старческого возраста.

- Одной из важнейших демографических особенностей XXI в. является постарение населения многих стран мира, т. е. увеличение количества людей старших возрастных групп.
- Постарение населения приводит к изменениям в структуре заболеваемости, большей распространенности болезней, характерных для пожилого населения.

- На продолжительность жизни особое влияние оказывают наследственные факторы, образ жизни и факторы окружающей среды. Установлено, что в семьях долгожителей дети значительно чаще достигают глубокой старости и долголетия. Предупреждению болезней и преждевременной старости способствуют профилактические и гигиенические меры, проводимые с раннего детства в течение всей жизни.



- **Нужно разграничивать понятия старение и старость.**
- **Старение** – физиологический (биологический) процесс, поэтому плохое самочувствие у лиц пожилого возраста, как правило, связано с какой-либо патологией.
- **Старость** — возрастной период.

Классификация ВОЗ (1963г.)

- 18-29 лет – молодой,
- 30-44 лет – зрелый,
- 45-59 лет - средний,
- 60-74 года – пожилой,
- 75 лет и старше - старый,
- свыше 90 лет – долгожители.
- Преклонный (пожилой) возраст — 61—71 для мужчин, 56—74 для женщин.
- Старческий возраст — 71—90 для мужчин, 74—90 для женщин.
- Возраст долгожительства — более 90 лет.

- Разграничивают календарный (количество прожитого времени) и биологический возраст.
- **Биологический возраст** – это мера старения организма, его здоровья, предстоящей продолжительности жизни.
- **Биологический возраст определяется на основе комплексной характеристики функционального состояния различных систем организма, оценки его адаптационных возможностей.**



- Одной из задач в области устойчивого развития страны является **увеличение средней продолжительности жизни населения** с внедрением и совершенствованием механизмов, обеспечивающих оздоровление нации. Однако состояние здоровья населения республики и средняя продолжительность жизни (**в 2010 году – 68,8 лет**) существенно отстают от показателей развитых стран.

- Знание закономерностей развития старения, его механизмов необходимо врачу для объективной оценки здоровья, прогноза возможной продолжительности жизни и причин развития ряда болезней.



3 группы проблем

- медицинские
- психологические
- социальные.

Кожа и подкожная клетчатка



- Кожа становится очень тонкой, особенно на кистях, ступнях, в области крупных суставов и в местах костных выступов. За счет уменьшения пото- и салоотделения, потери эластичности кожа делается сухой, морщинистой и складчатой. Уменьшается количество подкожно-жировой клетчатки. Из-за этого кожа легко смещается, делается дряблой. Она легко травмируется, трескается, разрывается, подвергается изъязвлению, плохо заживает. У лежачего пожилого даже грубое или тяжелое постельное белье может травмировать кожу, приводить к развитию пролежней.



Изменения, связанные с возрастом

- Являются следствием инволютивных процессов во всех органах и системах.
- Атрофические процессы в коже приводят к появлению морщин, сухости, зуду кожи, выпадению и поседению волос.
- Со стороны мышечно-скелетной системы отмечается атрофия мышечных волокон и межсуставных хрящей, остеопороз, что лежит в основе уменьшения роста и массы тела, склонности к переломам и развитию дегенеративных изменений в суставах по типу деформирующего остеоартроза.
- Инволютивные процессы происходят в желудочно-кишечном тракте, легких, сердечно-сосудистой, нервной и мочевой, эндокринной и иммунной системах.

Количественная оценка изменений с возрастом

- от 30 до 80 лет скорость нервной проводимости снижается на 15%,
- сердечный выброс покоя – на 30%,
- жизненная емкость легких – на 50%,
- почечный кровоток – на 50%,
- максимальная физическая работоспособность – на 70%.

- **С возрастом в организме человека появляются органические и функциональные изменения даже при отсутствии определенной болезни.**

- Для разделения проявлений естественного старения, различных у разных индивидуумов, от болезней старости можно рекомендовать ориентироваться на следующие критерии последних:

- более значительная выраженность изменений;
- большая скорость их развития;
- появление новых качественных признаков, выходящих за рамки обычных возрастных изменений.

Общие особенности патологических процессов в старости:

1. Мультиморбидность, т.е. сосуществование нескольких или даже многих болезней. Речь идет, прежде всего, о простом накоплении болезней с возрастом. При этом одни заболевания могут определенно способствовать появлению других, например, ожирение – фактор риска одновременно и ишемической болезни сердца, и сахарного диабета, и обменных заболеваний внутренних органов и локомоторного аппарата. Артериальная гипертензия – важный фактор ишемической болезни сердца и мозга, сердечной недостаточности и др. Ряд нарушений может быть следствием длительного постельного режима при инсультах, переломах. К ним относятся: остеопороз, контрактуры, тромбозы, застойные пневмонии, запоры, задержка или недержание мочи. Имеет значение и большая частота язвенных нарушений в связи с лечением.

2. Для стареющего организма очень характерны **хронические заболевания** сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, суставов, органов чувств. В связи с **нарушениями иммунитета и недостаточности иммунологического контроля** имеет учащение таких болезней как опухоли, лейкозы, В-12 дефицитная анемия, гипотиреоз и др.

3. Следующая особенность болезней у данной категории больных – **нередкая атипичность и малосимптомность их проявлений**. Так, разные инфекционные заболевания с бактериемией у 1/3 больных протекают без лихорадки, на первый план выступают общие нарушения, а при пневмониях – одышка, тахикардия. Ключом диагноза является сдвиг лейкоцитарной формулы влево. А также специальные методы – посев крови, рентгенологическое исследование и др.

4. Ряд заболеваний и нарушений в старости потенциально обратимы, но степень этой обратимости определенно уменьшается по мере увеличения возраста, особенно при приближении к верхнему пределу продолжительности жизни.

5. В старости определенно увеличивается потребность в медицинской помощи. Так, в США лица старше 65 лет, составляющие лишь 12% всего населения, используют 1/3 всей медицинской помощи в стране, в том числе более половины амбулаторных врачей и около 50% госпитализаций. Это связано и с тем, что пожилой больной требует большего времени для восстановления от болезни, что отражается на больших сроках лечения.

- **Гериатрия** (греч. gerōn старик + latreia лечение) — область клинической медицины, изучающая болезни людей пожилого и старческого возраста, разрабатывающая методы их лечения и профилактики с целью сохранения физического и психического здоровья человека до глубокой старости и является клиническим разделом геронтологии.

Основные задачи, возникающие у врача при обследовании лиц пожилого и старческого возраста, сводятся к следующему:

- разграничение действительно патологических процессов от естественных физиологических проявлений старости;
- дифференциация обратимых, и, следовательно, принципиально излечимых нарушений, от необратимых;
- выявление возможных причин и способствующих факторов возникновения болезни или ее ухудшения;
- определение оставшихся резервов здоровья.

Особенности диагностической тактики:

- Необходимо использовать все возможности обычного клинического обследования – жалобы, анамнез, объективные данные.
- Учитывая, что различные общие нарушения при отсутствии специфических симптомов могут быть проявлением скрытого фокального или инфекционного процесса, следует очень тщательно и систематично проводить объективное исследование, критически оценивая выявленные симптомы для предотвращения ошибочных заключений.

- Неспецифичность симптомов при ряде заболеваний в старческом возрасте оправдывает проведение более широкого скринингового исследования, включающего общие анализы крови, мочи, кровь на электролиты, креатинин, глюкозу, ЭКГ, рентгенографию грудной клетки.
- Вопрос о проведении специальных методов исследования требует особого рассмотрения.

- Учитывая большую ранимость больных и возможность отрицательных последствий диагностических процедур, следует исходить из того, что у старого человека любой диагностический метод должен удовлетворять следующим условиям:
 - быть максимально безопасным;
 - быть прямо нацеленным на поиск потенциально обратимого процесса и оправдываться, следовательно, возможностью эффективного терапевтического воздействия;
 - быть диагностически значимым по чувствительности и специфичности.



Главной целью является:

- 1. Выявление отклонений в функционировании организма, предрасполагающих к развитию заболеваний, прежде всего, сердечно-сосудистых и опухолевых заболеваний, стоящих на первом месте по смертности в развитых странах.
- 2. Выявление симптомов интоксикации, прежде всего, выражающейся в изменении функционирования печени, и вызываемых часто гепатотоксическими агентами, а иногда и неправильным применением диет и пищевых добавок. Выделяют специально гепатотоксические медикаменты и нарушение обмена витамина А и железа.

- 3. Диагностику гормонального дисбаланса, прежде всего недостатка дигидроэпиандростерона (ДГЕА) и избытка кортизола, что ускоряет темп старения организма.
- 4. Выявление других дисбалансов в организме, устранение которых помогает увеличить потенциал здоровья, энергии, сексуальной активности и физического общего статуса.

Наиболее часто употребляемыми в данном направлении тестами являются следующие.

- 1. Определение уровня **ГЛЮКОЗЫ** крови. Оптимальным способом регуляции уровня глюкозы крови являются диеты (калорий-ограниченные диеты).
- Если уровень глюкозы остается повышенным, следует исследовать уровень тиреоидных гормонов крови и при обнаружении пониженного их количества назначить низкие дозы этих гормонов под контролем врача.
- 2. **Железо**. Повышенный уровень железа катализирует продукцию свободных радикалов, повышает риск сердечных заболеваний и болезни Альцгеймера, частоту опухолевых процессов и дегенеративных заболеваний.

- 3. **Холестерол** - должен быть не выше 120 ед. и не ниже 50 ед. Повышение уровня холестерина приводит к его инфильтрации в интиму артерий с развитием атеросклероза.
- 4. **Триглицериды** - повышение уровня триглицеридов (объединяющих жирные кислоты и глицерол) предрасполагает к атеросклерозу и нарушению агрегации тромбоцитов.
- 5. Функция печени оценивается по печеночным пробам и является также важнейшим элементом программ профилактики старения и профилактики заболеваний. Сохранность функций печени является критическим фактором для процессов интоксикации, влияющих как на старение, так и на уровень жизни.

- 6. **Фибриноген** выражено увеличивается с возрастом и определение его важно в целях профилактики заболеваний сердца и сосудистой патологии.
- 7. **Простато-специфический антиген (ПСА)** - антиген, диагностируемый более чем в 80% случаев опухолей простаты и определение его ежегодно в крови мужчин в возрасте после 40 лет является важным элементом профилактических возрастных программ. После 60 лет рекомендуется определять уровень ПСА 2 раза в год, при обнаружении его в крови - ежемесячно на фоне терапии. (за 2009 год по РК заболеваемость РПЖ составила 3,9 на 100 тыс. человек, смертность 2,1 на 100 тыс. человек, у 69% больных он впервые выявляется в 3-4-й стадии, низкий 5-летний период выживаемости - 28,5%).

- 8. **Иммунный статус** стал важнейшим элементом диагностики в последние годы и включает определение иммунокомпетентных субпопуляций лимфоцитов крови, включая естественные киллеры и иммуноглобулинов крови, наряду с обычной формулой крови и определением количества лейкоцитов. Группы риска и заболевания, где особенно важен данный тест - опухоли, вирусные инфекции, хронический герпес, гепатиты и аутоиммунные расстройства, частота которых резко повышается с возрастом.

- **9. Гормональный профиль** - другая важнейшая палитра исследований, проводимая все в больших масштабах в последние годы для самых различных программ профилактики.
- **10. Профиль опухолевых антигенов** важен в связи с резким увеличением частоты заболеваемости опухолями с возрастом и повышением частоты опухолей вообще, что характерно для настоящего уровня развития нашей цивилизации - ее уровня экологии и физико-эмоциональных нагрузок на организм.

Следующие симптомы, которыми не должен пренебрегать квалифицированный специалист-геронтолог.

- 1. Наличие седины - сано-фактор по общему старению и по артериальной гипертонии.
- 2. Наличие облысения, редких волос: то же и указание на возможный гипотиреоз.
- 3. Рыжий цвет волос - санофактор по ишемической болезни сердца.
- 4. Симптом диагональной складки уха - отражение степени морщин на лице до их выраженного проявления.

- 5. Ксантоматоз век и тела - указание на патологию липидного обмена.
- 6. Симптом кроличьего глаза (инъекция склер) - указание на нарушение микроциркуляции.
- 7. Пигментные пятна и появление возрастных старческих невусов - указание косвенное на активирование (и недостаточность) антиоксидантных механизмов защиты и гипотиреоз.
- 8. Редкие брови или ресницы, особенно наружная часть - говорит о гипофункцию щитовидной и половых желез
- 9. Отпечатки зубов на языке: указание на скрытые отеки, гипотиреоз, аутоиммунные тиреоидиты
- 10. Налет на языке, "географический язык" указывают на В12 недостаточность и общий гиповитаминоз, хронические гепатиты.

- 11. Трещины на губах - указывает на гиповитаминоз, особенно В2 .
- 12. Частый (2-3 р/год) герпес на губах: указывает на иммунодефицит.
- 13. Симптом "червячка" - пульсирующая, уплотненная височная или локтевая артерия - симптом атеросклероза.
- 14. Симптом "красных капель" - гемангиомы на теле, телеангиоэктазии, сосудистые звездочки - дисэстрогенемия вследствие патологии печени.
- 15. Симптом лейколохии (белые пятнышки на ногтях) - признак гипоцинкемии, острого стресса.

- 16. Амимичность лица - гипотиреоз.
- 17. Сухость кожи, отечность и бледность кожи указывает на нарушения почек и вегетативной нервной системы.
- 18. Симптом "темных", шелушащихся ладоней и колен - нарушения обмена витаминов (РР) и др.
- 19. Гиперпигментация кожи орбит, ладонных складок.
- 20. Скандированность речи.
- 21. Гиперемия ладоней, подошв.

- Болезни этого возраста имеют хроническое течение. Сочетание болезней, развившихся в разные возрастные периоды, в различных комбинациях, без патогенетической зависимости друг от друга, определяет усложненный характер возрастной патологии. **Большинство больных старше 65 лет страдает тремя и более заболеваниями**, что усложняет их течение и затрудняет терапию.

Особенности фармакодинамики и фармакокинетики

- Особенности **фармакодинамики** медикаментов заключаются в различной чувствительности к одному и тому же препарату больных пожилого и старческого возраста и лиц более молодого возраста. Считается, что в основе возрастных различий фармакодинамических эффектов лежит нарушение чувствительности соответствующих рецепторов. Специально проведенные исследования выявили более выраженный седативный эффект бензодиазепиновых препаратов у больных ПСВ по сравнению с молодыми при применении аналогичных доз, причем различия в показателях фармакокинетики не обнаружено. Чувствительность больных ПСВ к непосредственному эффекту верапамила на атриовентрикулярную проводимость меньше, а влияние того же препарата на показатели гемодинамики (ЧСС, АД) у данной категории пациентов более выражено по сравнению с молодыми.

- Нарушения **фармакокинетики** лекарственных препаратов у больных ПСВ заключаются в изменении их всасывания, распределения, метаболизма и элиминации.
- Нарушения всасывания медикаментов в пожилом и старческом возрасте встречаются относительно редко, хотя такие факторы, как снижение кислотности желудочного сока, замедление эвакуаторной способности желудка, снижение кровотока в кишечнике могут замедлять достижение максимальной концентрации препарата в крови. Аналогичный эффект возможен после гастрэктомии, при наличии синдрома недостаточности всасывания, внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

- Распределение медикаментозных препаратов у больных ПСВ может нарушаться вследствие возрастных изменений, среди которых наибольшее значение имеют снижение сердечного выброса; уменьшение общего содержания воды; уменьшение мышечной массы; увеличение жировой ткани; снижение концентрации сывороточного альбумина.

- Способность активно метаболизировать лекарственные препараты у пожилых людей снижена по сравнению с молодыми. Этот феномен может быть обусловлен уменьшением с возрастом массы печени, как в абсолютной величине, так и по отношению к общей массе тела пожилого. Кроме того, определенное влияние на снижение метаболизма лекарств может оказывать уменьшение печеночного кровотока вследствие снижения с возрастом сердечного выброса. Снижение кровотока в печени с возрастом, а также при наличии сердечной недостаточности может приводить к повышению концентрации в крови быстрозахватывающихся медикаментов (лидокаин), в связи с чем, у больных пожилого и старческого возраста чаще, чем у молодых наблюдаются побочные эффекты от лидокаина (спутанность сознания, парестезии, угнетение дыхания, гипотония).

- Нарушения элиминации медикаментов обусловлены функциональными и морфологическими нарушениями почек с возрастом. Так, к 80 годам функциональная способность почек может уменьшаться приблизительно наполовину. С возрастом происходит также снижение почечного кровотока, уменьшается число функционирующих клубочков и размеры почек. С учетом указанных возрастных особенностей необходима осторожность при назначении больным ПСВ медикаментов, обладающих нефротоксическим действием и элиминирующихся преимущественно почками в неизменном виде (аминогликозиды, дигоксин, прокаинамид, литий, циметидин).

- **Основной задачей лечения** больных пожилого и старческого возраста является восстановление и поддержание, насколько это возможно, такого функционального состояния, которое необходимо для соблюдения привычного образа жизни, сохранения определенной независимости от окружающих и способности к самообслуживанию, т.е. восстановление или сохранение определенного **качества жизни.**

В старости определенно увеличивается потребность в медицинской помощи. Важность обсуждения проблем лекарственной терапии у пожилых людей как особой группы подтверждается следующими фактами.

- В наиболее развитых странах пожилые люди составляют около 12% населения, но потребление лекарств этой группой составляет 25-30%.
- Побочные реакции развиваются в 2-3 раза чаще у пожилых, чем у молодых людей и лиц среднего возраста.

- Полифармация - типичное явление у пожилых людей. В одном из исследований установлено, что 34% пациентов старше 75 лет при амбулаторном лечении принимают 3-4 различных препарата. Таким образом, возможность взаимодействия лекарств возрастает.
- У пациентов старше 60 лет частота ошибок при приеме лекарств составляет около 60% и значительно увеличивается при приеме более чем трех препаратов. Большинство таких ошибок потенциально более серьезны для пожилых людей, чем для молодых и среднего возраста.

Фармацевтические факторы

- У большинства пожилых людей возникают затруднения при проглатывании таблеток, причем чем они более ослаблены, больны, обезвожены и с большей спутанностью сознания, тем это труднее. Например, большинство калиевых таблеток достаточно большие по размеру, чтобы вызывать такие трудности, особенно если их применяют с диуретиками, приводящими к обезвоживанию. Некоторые таблетки или капсулы могут прилипать к слизистой оболочке пищевода и там растворяться. При этом возникают язвы пищевода, в частности при применении **эмпромия бромида** (Eperpromium bromide) в дозе 200 мг. Однако, чтобы избежать задержки в пищеводе, таблетки следует запивать по меньшей мере 60 мл воды.

Практические замечания

- В целом при лечении пожилых людей старайтесь использовать по возможности как можно меньше препаратов, начинайте с меньшей дозы и осторожно увеличивайте дозировку только при необходимости. Выбирайте легко проглатываемые лекарственные формы и как можно более простую терапию (например, с приемом лекарственных препаратов 1 раз в день).

Наиболее частые проявления побочного действия медикаментов в пожилом и старческом возрасте:

- сердечные гликозиды и противоаритмические средства чаще вызывают брадикардию, нарушение проводимости. Первые из них способны провоцировать нарушения коронарного кровообращения, а вторые – сердечную недостаточность;
- применение холинолитиков связано с опасностью обострений латентной глаукомы, задержки мочи, запоров;
- антибиотики широкого спектра действия чаще приводят к развитию кандидоза, дисбактериоза кишечника, аминогликозиды – к поражению почек и органов слуха;

- лечение кортикостероидами чаще осложняется развитием остеопороза, кровотечениями, задержкой жидкости и др.;
- транквилизаторы и снотворные при длительном приеме способствуют тяжелым запорам. Задержке мочи, угнетению дыхательного центра, ортостатической гипотензии, нарушениям сердечного ритма;
- применение гипотензивных средств и вазодилататоров. Особенно парентерально в больших дозах, может привести к ортостатическому обмороку, нарушению мозгового или коронарного кровообращения, особенно при окклюзиях артериальных сосудов соответствующих областей.

Основные правила медикаментозной терапии у лиц пожилого и старческого возраста:

- установить действительные показания для начала медикаментозной терапии;
- при выборе медикамента, прежде всего, учитывать возможные противопоказания, соблюдая при этом принцип экономности и достаточности лечения. С позиций клинической фармакологии наиболее выгодно и безопасно простое лечение с использованием 1-2 медикаментов, терапевтическую эффективность и переносимость которых легче оценить и проконтролировать;

- при множественной патологии следует лечить вначале основное, наиболее опасное, заболевание, всячески избегать чисто симптоматического лечения;
- следует начинать лечение с наименее опасных медикаментов, с малых доз, постепенно их повышая. При этом следует избегать резких изменений функционального состояния органов и систем, например резкого и быстрого снижения артериального давления и повышения диуреза;
- при использовании нескольких медикаментов учитывать их взаимодействие в организме;

- для всех медикаментов с почечным путем элиминации необходимо уменьшение полной терапевтической дозы соответственно величине клиренса креатинина;
- при длительном лечении в целях предотвращения развития привыкания проводить периодические перерывы и смену лекарств;
- необходимо контролировать прием медикаментов, в ряде случаев желательна выдача письменной инструкции по приему;
- обращать внимание на возможные побочные действия препаратов.

Наиболее частые ошибки при лечении пожилых:

- Применение препаратов без учета особенностей возрастной фармакокинетики в в.т.ч.:
 - Полипрагмазия
 - Использование высоких начальных доз препаратов
 - Применение лекарств с высоким риском развития побочных эффектов и нерациональных опасных комбинаций
 - Назначение препаратов без учета сопутствующей патологии (сахарный диабет, почечная недостаточность, доброкачественная гиперплазия предстательной железы)

- Назначение лекарств без учета особенностей психологии и физиологии пожилого человека и его социального статуса (снижение слуха, зрения памяти, координации движения)
 - Назначение жидких лекарственных форм препаратов, трудно дозируемых самим пациентом или требующих многократного приема (3-4 раза в день), лекарств, требующих особых условий хранения
 - Использование препаратов с выраженным синдромом отмены
 - Рекомендации применения дорогих препаратов

Осложнения медикаментозного лечения у ПОЖИЛЫХ

- По многим причинам пожилые в 2-3 раза чаще молодых страдают от побочного действия лекарственных средств. Элиминация лекарственных средств у них часто снижена - почечная за счет уменьшения почечного кровотока и СКФ, печеночная - за счет уменьшения активности микросомальных ферментов печени и печеночного кровотока.
- У пожилых общее содержание воды в организме снижено, а жира - повышено, в результате объем распределения водорастворимых препаратов уменьшается, а жирорастворимых - возрастает.

- **Рациональная фармакотерапия** у больных пожилого и старшего возраста требует от курирующего врача взвешенного подхода к назначению лекарственного препарата и, прежде всего, ответа на вопрос, необходим ли данный препарат данному больному в данное время.



- Врач должен руководствоваться простыми рекомендациями, которые, несмотря на свою очевидность, не всегда соблюдаются (в силу как объективных, так и субъективных причин) перед назначением медикаментозной терапии. Эти **рекомендации** могут быть сведены к следующим:
 - - правильная трактовка имеющегося симптома или синдрома, по поводу которого предполагается назначение фармакотерапии;
 - - определение и уточнение показаний для назначения медикамента;
 - - определение и уточнение факторов риска развития побочных эффектов;
 - - использование меньших начальных доз медикаментов и изменение дозировки в зависимости от реакции больного;

- - максимальное упрощение режима фармакотерапии (меньшее число препаратов и количества приема, удобство идентификации и доступа к препарату и т. д.);
- - обеспечение четких устных и письменных инструкций больным и их родственникам о режиме приема препаратов и возможных побочных эффектах;
 - обеспечение тщательного контроля за проведением фармакотерапии со стороны врача, среднего медицинского персонала, самого пациента и его родственников;
 - постоянная "ревизия" объема фармакотерапии с целью, по возможности, сокращения количества принимаемых медикаментов.

- **Амбулаторная медицина** должна обеспечивать диагностику и лечение вполне определенной группы болезней и болезненных состояний, которые соответствуют следующим требованиям: они не требуют госпитализации и (или) специализированной помощи, преимущественно легкого или среднетяжелого течения и наиболее часто встречаются в амбулаторной практике. Не менее 90% контингента врача-терапевта поликлиники составляет относительно небольшое количество заболеваний. К ним относятся, прежде всего, ОРЗ, грипп, пневмония, бронхит.

Общие особенности работы амбулаторного врача:

- дефицит времени, необходимого для решения диагностических и лечебных вопросов;
- более ограниченные возможности для наблюдения и контроля за назначенным лечением ввиду эпизодических контактов со своим пациентом;
- необходимость оказывать интегративную медицинскую помощь, как лечебную, так и профилактическую;
- координационная деятельность с узкими специалистами, предупреждая их несовместимость;
- длительное, фактически постоянное наблюдение и лечение больных;
- возможность иметь дело с ранними стадиями или только с угрозой развития заболевания (факторы риска), что делает реальной более успешную борьбу с хроническими болезнями методами первичной или вторичной профилактики.

Особенности амбулаторной диагностики

- Задачей амбулаторного врача является прежде всего первичный скрининг болезней, при проведении которого могут выявляться различные категории пациентов: здоровые; здоровые с факторами риска определенного заболевания; больные с ранними стадиями болезней; с выраженными и осложненными стадиями болезней; с несколькими заболеваниями. общеклинические методы и хорошо собранный анамнез вместе с правильным объективным обследованием позволяют поставить “рабочий диагноз” не менее чем у 80% больных.

- Выбор дополнительных методов исследования должен быть прицельным, исходить из “рабочего” диагноза, иметь ввиду, прежде всего, простые и необременительные для больного методики. Использование каждой из них должно преследовать вполне определенные цели: для подтверждения нозологического диагноза, определения стадии, активности, осложнений, факторов риска, прогноза выбора лечения. Полезно представлять себе чувствительность, специфичность и реальную диагностическую ценность каждого теста.

Особенности амбулаторного лечения

- Основными показаниями для стационарного лечения являются тяжело протекающие острые заболевания или обострения хронических заболеваний, требующие постоянного или специального врачебного наблюдения либо особых, в том числе парентеральный, способов лечения, сложных мониторинговых исследований, либо отсутствие эффекта от правильно проводимого амбулаторного лечения. При решении вопросов госпитализации необходимо ориентироваться в основном не на нозологический диагноз, а на степень тяжести и сложности патологии. Важнейшей особенностью амбулаторного лечения является то, что на первом месте важнейшей обязанностью врача является, прежде всего, обеспечение профилактического подхода: первичная профилактика у всех пациентов; воздействие на факторы риска при их наличии.

- **Амбулаторное медикаментозное лечение** также существенно отличается от стационарного.
- Во-первых. Поскольку оно чаще всего осуществляется самим больным, обычно используется пероральный способ введения препаратов.
- Во-вторых, очевидные трудности контроля требуют выбора преимущественно менее опасных и более проверенных медикаментов в виде моно- или олиготерапии (1-2 препарата), что позволяет лучше осуществлять индивидуализацию лечения, подбор оптимальных доз и числа приемов лекарств, вести учет переносимости и эффективности лечения.

- В-третьих, при хронических заболеваниях нередко выгоднее добиваться не быстрого и значительного, но постепенного, зато более устойчивого эффекта.
- В-четвертых, амбулаторное медикаментозное лечение многих хронических заболеваний должно быть продолжительным, даже постоянным, что влечет за собой такие проблемы, как привыкание, резистентность (тахифилаксия) к препарату, например к вазодилататорам, нитратам, а также увеличение риска побочных реакций, не только непосредственных, но и отдаленных.

Основные требования к врачу общей практики и участковому врачу- терапевту:

- врачебная компетентность в отношении наиболее частых проблем амбулаторной диагностики и лечения;
- профилактическая направленность всех своих действий;
- проведение и планирование длительных комплексных лечебно-профилактических мероприятий;
- умение общаться с больным и проводить его воспитание;
- быстро и эффективно выполнять обследование, применять в основном простые методы, разумно использовать специализированные службы;
- кратко и информативно вести документацию;
- координировать свои действия со специализированными службами.

- Оптимальные условия жизни человека – это очень емкое понятие, включающее большое количество параметров, многие из которых еще не определены и мало изучены. Была отмечена важность белкового, углеводного, жирового, витаминного и минерального состава пищи, что может увеличить сроки продолжительности жизни (СПЖ) и качество жизни. Так, средиземноморская диета уменьшает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Потребление большего количества Омега 3 жирных кислот, чем это характерно для среднеевропейского уровня, снижает риск атеросклероза и других обменно-трофических нарушений. Витамин Е, С и в - каротин снижают риск развития онкологических, простудных заболеваний и атеросклероза. Потребление препаратов чеснока также снижает риск развития атеросклероза, гипертонии, улучшает иммунитет. В то же время, впечатляющие эффекты малокалорийной и низкобелковой диеты, скорее всего, мало приемлемы для человека, поскольку снижают качество жизни.

- Результаты многоцентровых исследований свидетельствуют о том, что активная гипотензивная терапия диуретиками и бета-блокаторами реально уменьшает риск развития инсультов, инфарктов миокарда и других сердечно-сосудистых заболеваний и снижает уровень смертности пожилых пациентов с АГ, в том числе с изолированной систолической АГ. При анализе результатов применения у гериатрических больных отдельных гипотензивных препаратов необходимо отметить, что для антагонистов кальция характерно уменьшение частоты возникновения аритмий, кроме того, эти препараты не оказывают отрицательного влияния на липидный и гликемический профили плазмы крови. Имеются данные о снижении риска развития инсультов при применении нитрендипина. Ингибитор АПФ рамиприл обладает выраженным гипотензивным эффектом и хорошей переносимостью. В то же время, диуретик гидрохлортиазид негативно влияет на обмен мочевой кислоты и снижает уровень калия в сыворотке крови.

- Установленное в ряде исследований снижение заболеваемости и смертности диктует необходимость проведения активной гипотензивной терапии у пожилых больных с АГ, в том числе с изолированным повышением систолического АД. Полученные данные являются ориентиром для практического врача в выборе гипотензивного препарата для лечения пациентов данной возрастной группы.
- Среди пожилых широко распространена глаукома, она заметно нарушает зрение, но хорошо поддается лечению, поэтому всем больным следует время от времени измерять внутриглазное давление.

- Нарушения зрения и слуха следует по возможности корректировать.
- Обязательно выясняют, хорошо ли подогнаны зубные протезы и не повреждена ли под ними слизистая.
- У пожилых очень часто встречаются нарушения функции щитовидной железы. Поскольку они очень хорошо поддаются лечению, но обнаружить их бывает нелегко, каждому пожилому человеку хотя бы однажды надо определить уровень ТТГ.

- Определение уровня холестерина сыворотки безусловно необходимо только при ИБС, в остальных случаях его необходимость спорна. Знать уровень холестерина сыворотки полезно, если больной обещает выполнять назначения врача, считает, что находится в хорошем состоянии, предположительно проживет достаточно долго, чтобы успел проявиться эффект лечения, и уже устранил прочие факторы риска.

- Всем женщинам, которым раньше не проводилось цитологическое исследование мазка с шейки матки, его проводят каждые три года; это позволяет существенно снизить смертность от рака шейки матки. Если два результата подряд окажутся нормальными, исследования прекращают.
- Иммунизация против гриппа Иммунизация против гриппа, иммунизация против пневмококковой пневмонии Иммунизация против гриппа, иммунизация против пневмококковой пневмонии и иммунизация против столбняка нужна всем пожилым.
- Лицам с высоким риском туберкулеза и проживающим в домах престарелых проводят пробу Манту; при выраженной туберкулиновой пробе может быть целесообразно проведение противотуберкулезной терапии. У пожилых чувствительность к туберкулину бывает снижена, поэтому, если проба Манту отрицательная, через неделю ее надо повторить.

- У пожилых женщин рак молочной железы чаще является причиной смерти, а не сопутствующим заболеванием. Всем пожилым женщинам младше 75 лет следует раз в 1-2 года делать маммографию, женщинам старше 75 лет она показана в случае, если их состояние здоровья позволит при необходимости провести противоопухолевую терапию.
- Для профилактического назначения низких доз аспирина Для профилактического назначения низких доз аспирина и заместительной терапии эстрогенами существуют вполне определенные показания; не следует назначать эти препараты всем пожилым больным.

- Человек уже в среднем возрасте должен думать о том, что старость неизбежна, и должен заранее готовиться к ней. Помочь этому могут заблаговременно приобретенные здоровые привычки и наклонности умело разработанный распорядок дня, режим.
- Человек обычно боится того, чего не знает. Потому он опасается даже нормальной физиологической старости. Но если человек вовремя получит необходимую информацию о старости и старении, то его страх перед этим физиологическим процессом намного уменьшится.
- **Так что любому человеку можно сделать свою старость плодотворной, надо только этого очень захотеть.**



«не только добавить годы к жизни, но и жизнь к годам»

Благодарю за внимание!!!





Обратная связь



1. К особенностям патологических процессов в старости относят:

- А. мультиморбидность**
- Б. редкость сопутствующих заболеваний**
- В. степень обратимости увеличивается по мере увеличения возраста**
- Г. атипичность и малосимптомность проявлений болезней**
- Д. уменьшается потребность в медицинской помощи**

2. Какой возрастной период относится к пожилому возрасту?

- А. 20-44 года**
- Б. 45-59 лет**
- В. 60-74 года**
- Г. 75 лет и старше**
- Д. свыше 90 лет**

3. Жизненная емкость легких к 80 годам уменьшается на:

- А. на 15%**
- Б. на 30%**
- В. на 50%**
- Г. на 60%**
- Д. на 70%.**



Спасибо за внимание!