



БУЗ ВО «КИЧМ – ГОРОДЦКАЯ ЦРБ»
имени В.И.КОРЖАВИНА

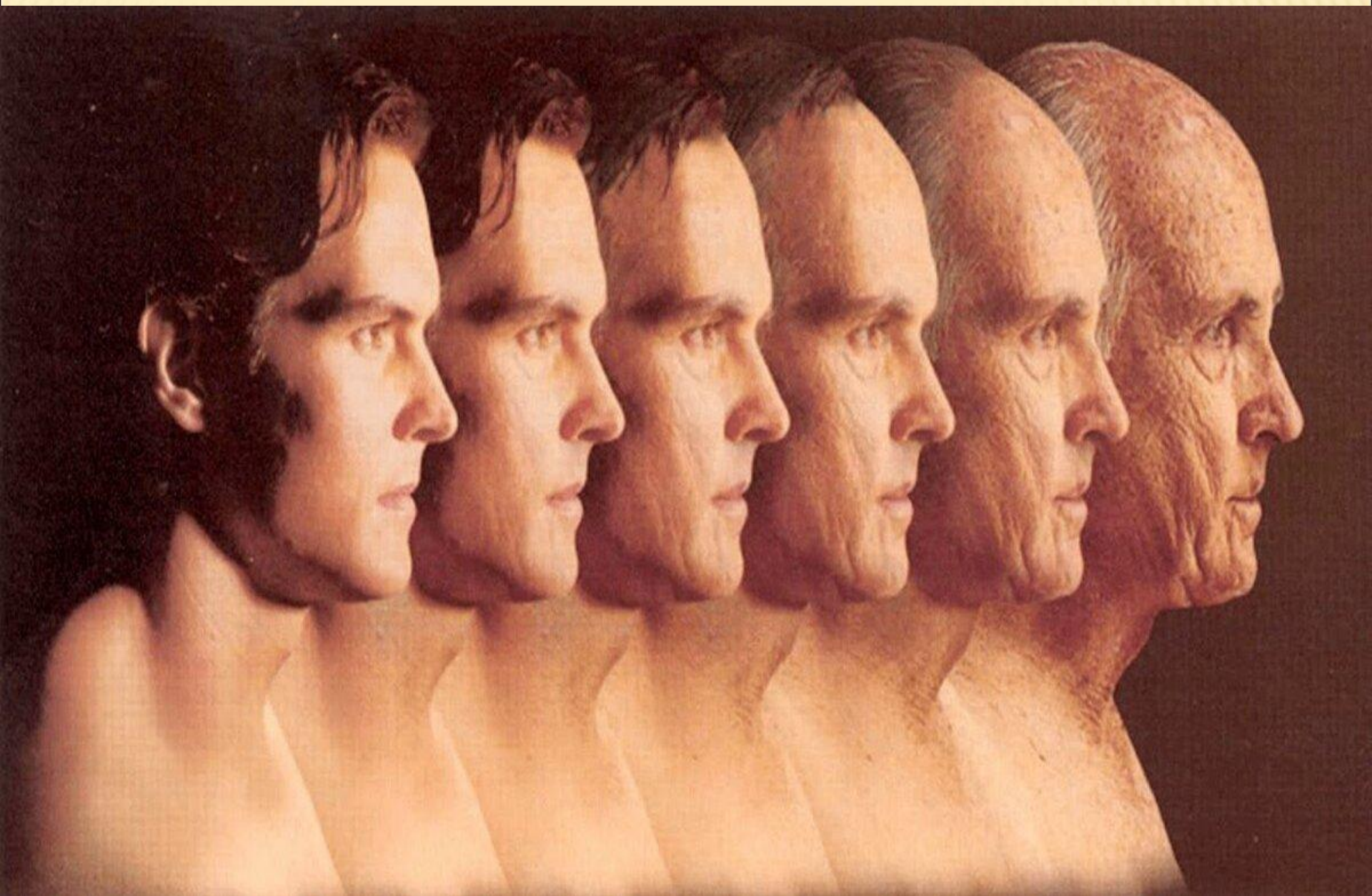
ВОЗРАСТ 60 +
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

ЛУКОГОРСКИЙ И.В.
ФЕЛЬДШЕР СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ

ВОЗРАСТНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВОЗ



По возрастной классификации Всемирной организации здравоохранения.



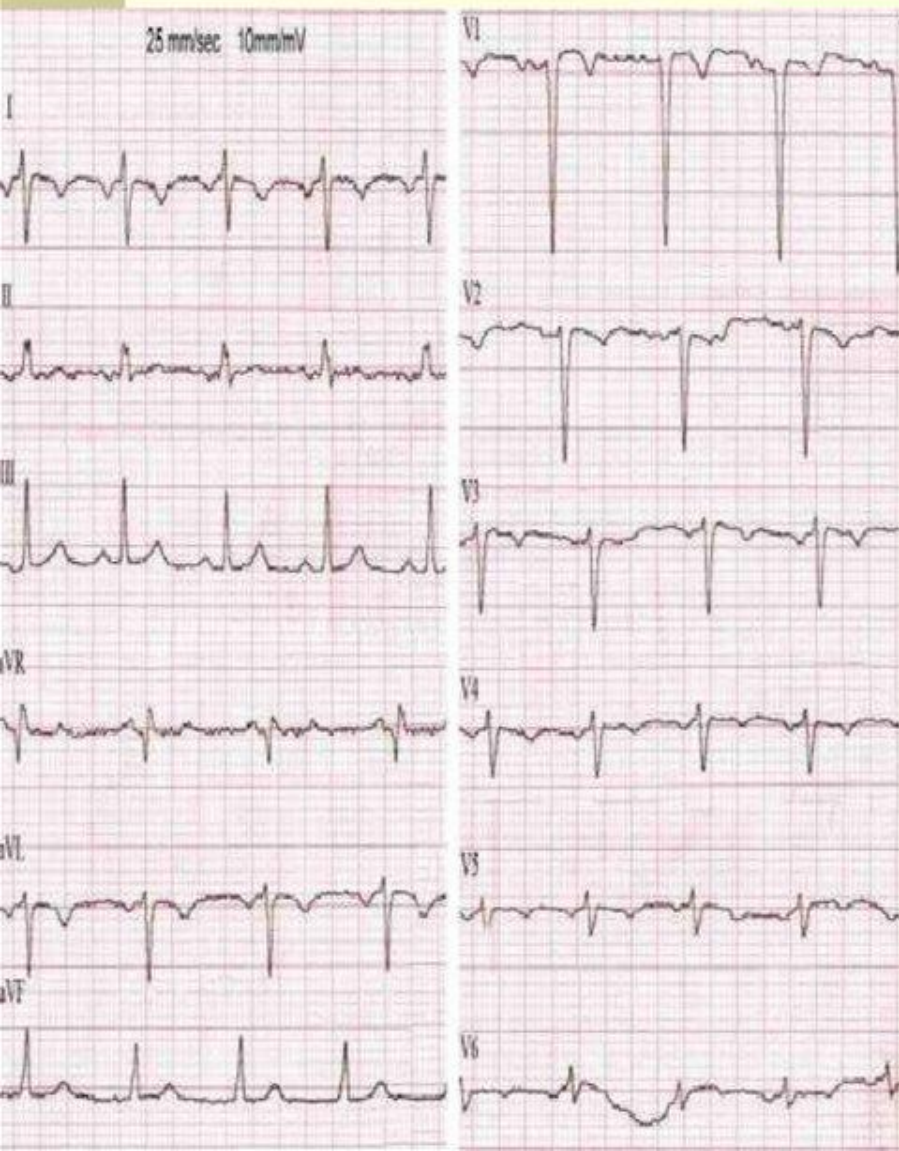
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

- 1. ИНВОЛЮЦИОННЫЕ (СВЯЗАННЫЕ С ОБРАТНЫМ РАЗВИТИЕМ) ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ.**
- 2. НАЛИЧИЕ ДВУХ И БОЛЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ОДНОГО ПАЦИЕНТА.**
- 3. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ.**
- 4. НЕТИПИЧНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ.**
- 5. НАЛИЧИЕ «СТАРЧЕСКИХ» БОЛЕЗНЕЙ.**
- 6. ИЗМЕНЕНИЕ ЗАЩИТНЫХ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИММУННЫХ, РЕАКЦИЙ.**
- 7. ИЗМЕНЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА.**

Возрастные изменения органов ССС

- Склеротические поражения сосудов сердца, мелких и крупных сосудов
- Снижается сократительная способность миокарда
- Снижаются резервные и адаптационные возможности ССС
- Наступает дистрофия мышечных волокон с атрофией и замещением их соединительной тканью
- Артериальное давление повышается, а венозное давление снижается
- Уменьшается эластичность стенок крупных сосудов

Изменения на ЭКГ при физиологическом старении

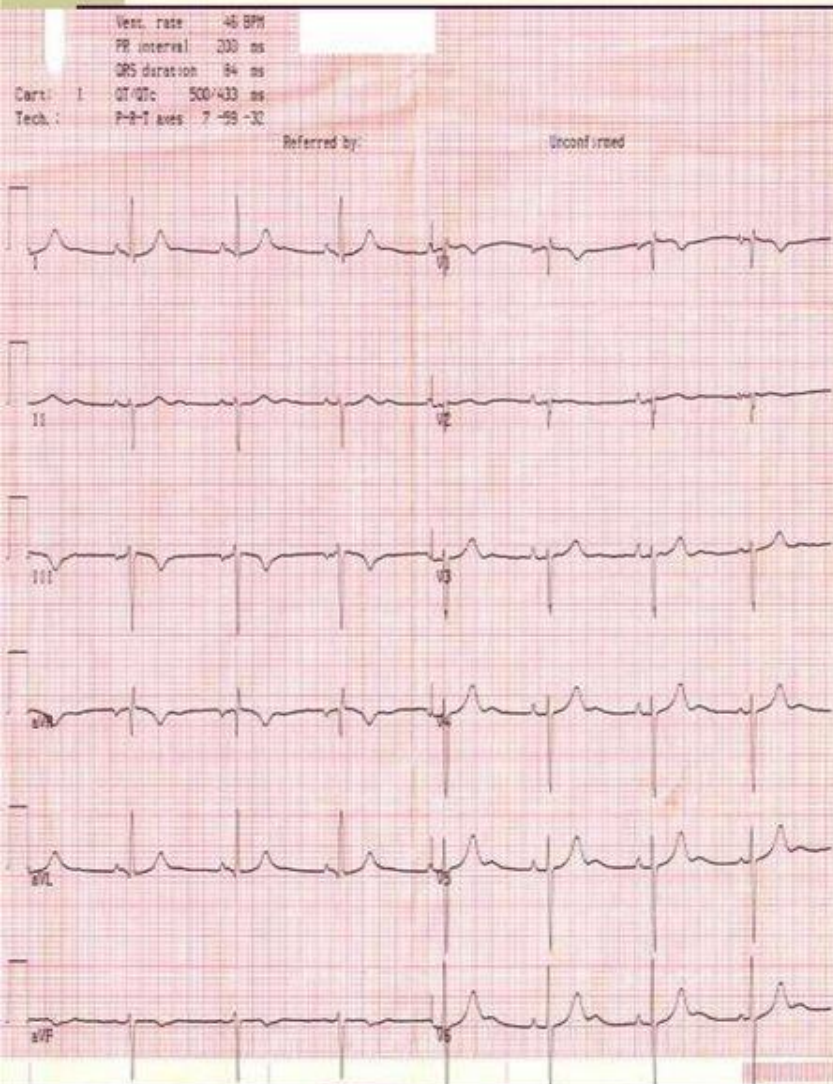


- отклонение электрической оси сердца влево из-за увеличения левого желудочка;

- снижение уровня процессов реполяризации и деполяризации в миокарде: уменьшение амплитуды зубца *T* во всех отведениях, уширение комплекса *QRS*;

- расширение, уплощение и деформация зубца *P* ;

Изменения на ЭКГ при физиологическом старении



- замедление АВ проводимости
- в СА узле снижается количество пейсмекерных клеток, что служит причиной аритмий в старости.
- Для пожилых людей характерно снижение ЧСС, для старых - увеличение ЧСС.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

ИБС – состояние, при котором нарушено соответствие между потребностью сердца в кровоснабжении и его реальными возможностями из-за резко возросшей потребности, или из-за снижения возможности кровоснабжения.

ИБС – основная причина смерти россиян



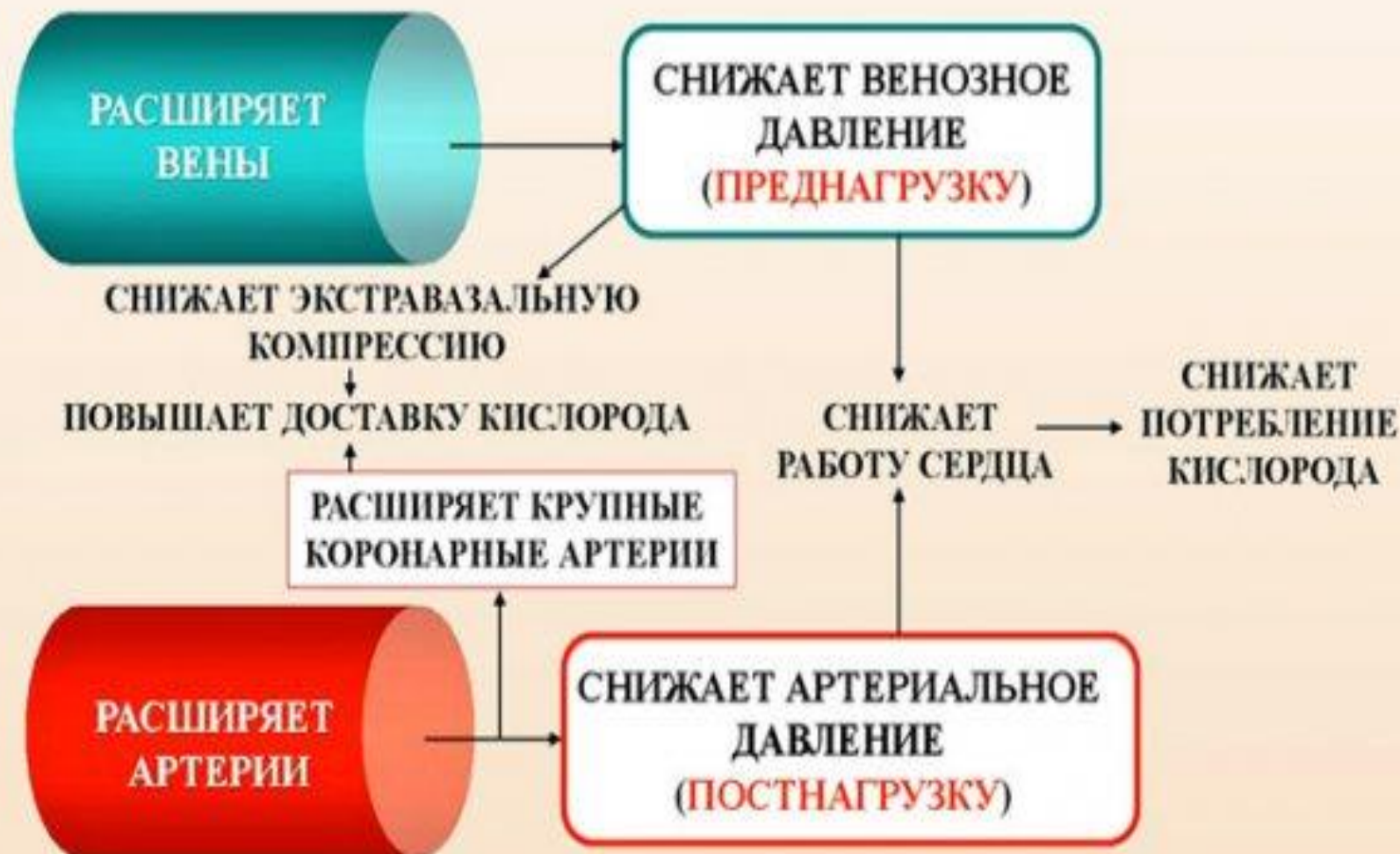
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

- БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ МОЖЕТ БЫТЬ ТИПИЧНЫМ, НО С ВОЗРАСТОМ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ЧАСТОТА АТИПИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ
- ОТСУТСТВИЕ ЯРКОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ОКРАСКИ
- БОЛИ ЧАЩЕ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ, ИМЕЮЩИЕ ХАРАКТЕР СДАВЛЕНИЯ, СТЕСНЕНИЯ ЗА ГРУДИНОЙ
- НЕОБЫЧНАЯ ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ – В ЧЕЛЮСТЬ, ЗАТЫЛОК, ШЕЮ, КИСТЬ, ЛУЧЕЗАПЯСТНЫЙ СУСТАВ, ИЛИ ОНА ОЩУЩАЕТСЯ ТОЛЬКО В МЕСТАХ ИРРАДИАЦИИ
- ИНОГДА ОБОСТРЕНИЕ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СВЯЗАНО С ПОДЪЕМОМ АД
- ПРИСТУП МОГУТ ПРОВОЦИРОВАТЬ: МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ (ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ АТМОСФЕРНОГО ДАВЛЕНИЯ ИЛИ ВЛАЖНОСТИ), ОБИЛЬНАЯ ЖИРНАЯ ЕДА, ВЫЗЫВАЮЩАЯ ПЕРЕПОЛНЕНИЕ И ВЗДУТИЕ КИШЕЧНИКА

Догоспитальный этап

- ▣ Стенокардия напряжения. Купирование болевого синдрома рекомендуется проводить по следующей схеме: .
- ▣ нитроглицерин по 1 табл. через каждые 2—3 мин, но не более 3 шт.; если больной впервые получает данный препарат, его необходимо предупредить о появлении специфических головных болей; аспирин 250-500 мг (непокрытого оболочкой) разжевать если больной его еще не принимал;
- ▣ одновременно можно рекомендовать наложить на область сердца горчичник или нитромазь;
- ▣ через 10—15 мин после начала лечения нужно произвести оценку болевого синдрома
- ▣ и, если боли уменьшились, но полностью не купировались (остаточный болевой синдром), рекомендуется ввести ненаркотические анальгетики желательного в сочетании с десансебшизирующим препаратом, например трамал 50-100 мг в/в, аналгин 1-2 г в/в + димедрол 0,01-0,02 г в/в или аналгин 1-2 г в/в + пипольфен 0,05-0,1 г в/в
- ▣ (при артериальной гипертензии); допустимо применение дексалгина по 25 мг внутрь

ДЕЙСТВИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА



ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ:

-НЕВЫРАЖЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ – БОЛЬ МОЖЕТ БЫТЬ НЕИНТЕНСИВНОЙ, НЕ ИМЕТЬ ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ И ИРРАДИАЦИИ

-С ВОЗРАСТОМ ЧАЩ РАЗВИВАЮТСЯ АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ (АСТМАТИЧЕСКИЙ, АРИТМИЧЕСКИЙ, ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ, АБДОМИНАЛЬНЫЙ, БЕЗБОЛЕВОЙ ИМ), НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРЕДКО БЫВАЕТ В ВИДЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА

-ПРОГНОЗ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ЗНАЧИТЕЛЬНО ХУЖЕ

-ЧАЩЕ ОТМЕЧАЮТСЯ ПОВТОРНЫЕ ИМ

-ИМ ЧАЩЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЯМИ (ИНСУЛЬТ, НАРУШЕНИЯ РИТМА, ТРОМБОЭМБОЛИИ В БАССЕЙНЕ ЛЕГОЧНОГО СТВОЛА, АНЕВРИЗМЫ СЕРДЦА

-ЯВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОМУ ТИПУ ВЫРАЖЕНЫ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ, ЧЕМ У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

-ТЕМПЕРАТУРНАЯ РЕАКЦИЯ ЗНАЧИТЕЛЬНО СЛАБЕЕ

ЛЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

- В связи с высокой летальностью больных ИМ в первые часы заболевания (именно на два первых часа заболевания приходится примерно половина смертельных исходов), имеет значение как можно ранняя госпитализация и качество ведения больного на догоспитальном этапе. Перевозка должна осуществляться на специальном транспорте, оснащённом всем необходимым для оказания неотложной помощи.
- Основными задачами являются устранение болевого синдрома и при необходимости проведение реанимационных мероприятий, лечение острых нарушений ритма и проводимости, шока, острой сердечной недостаточности.
- При ИМ с подъемом сегмента ST (при отсутствии противопоказаний) - необходимо на амбулаторном этапе начинать введение тромболитика (ТАП, СК).

Особенности клинической картины артериальной гипертонии у пожилых

- Высокая распространенность ИСАГ
- АГ характеризуется высоким пульсовым давлением (дополнительный ФР ССЗ)
- Высокая частота сочетания ИСАГ с метаболическими нарушениями (дислипидемия, сахарный диабет, подагра)
- Одновременный прием НПВП, снижающих эффективность лечения АГ

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

- ❖ Часто развиваются на фоне ранее перенесенного ОИМ или ОНМК
- ❖ Протекает тяжелее, чем у больных молодого и среднего возраста
- ❖ Склонность к затяжному, порой рецидивирующему течению.
- ❖ Бедность симптоматики, постепенное нарастание симптомов – в течение нескольких часов
- ❖ Ухудшение состояния на фоне уже присутствующих симптомов и высокого исходного АД
- ❖ Нет характерных нейровегетативных симптомов
- ❖ Головная боль упорная, распирающая, давящая, тяжесть в затылке, пульсирующая головная боль редка
- ❖ Головокружение, тошнота, повторная рвота, заторможенность, преходящие сенсорные или моторные параличи
- ❖ Протекает чаще по 2 типу кризов

Принципы антигипертензивной терапии у пожилых больных

- У большинства пожилых пациентов с АГ имеются поражение органов-мишеней и ассоциированные заболевания, что осложняет выбор антигипертензивного препарата
- Максимально простой режим приема антигипертензивных препаратов (**один день - одна таблетка**)
- Начальные дозы антигипертензивных препаратов должны быть **вдвое** меньше, чем у пациентов молодого и среднего возраста
- Осторожность при повышении доз антигипертензивных препаратов с обязательным контролем АД в положении стоя и после еды (часты случаи ортостатической и постпрандиальной гипотонии)
- Большинству больных необходима комбинированная гипотензивная терапия
- Не допускать снижения ДАД < 60-70 мм рт. ст.

- АД надо снижать постепенно, особенно у пожилых лиц и при тяжелом течении. Быстрое снижение АД у пациентов этой группы ухудшает мозговое, коронарное и почечное кровообращение.
- Снижать АД надо до 140/90 мм рт. ст. или до величины на 15% ниже исходных.
- Нельзя резко прекращать лечение и внезапно отменять гипотензивные средства, что может вызвать «синдром отмены» и дальнейший рост АД, ухудшение кровообращения в жизненно важных органах.
- Не назначать новейших лекарственных препаратов, а начинать лечение с известных эффективных средств.

Кычменско-Городецкая ЦРБ им. В.И.Куржавина



Ваше здоровье - наша забота

