

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ
СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

VI лечфак

Темникова Е. А.

Томас Петер Торвальд
Кристиан Фердинанд Мортенсен
115 лет и 252 дней



которой ее короновали в ходе
фестиваля для пожилых людей в
Сан-Сальвадоре

Жанна Луиза Кальман
122 года и 164 дня



ГЕРОНТОЛОГИЯ

наука, изучающая процессы старения, его биологические, медицинские, социальные, психологические, гигиенические и экономические аспекты.

- **Фундаментальная геронтология изучает механизмы старения, занимается вопросами предупреждения преждевременного старения и продления жизни.**
- **Социальная геронтология занимается вопросами взаимодействия пожилого человека и общества, существованием пожилых людей в социальной среде.**
- **Гериатрия - частный раздел геронтологии, изучает проблемы оказания медицинской помощи пожилым людям.**

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕРОНТОЛОГИИ

- 1. Разработка подходов к лечению болезней, встречающихся преимущественно в пожилом возрасте.**
- 2. Обеспечение максимально возможной продолжительности жизни индивида.**
- 3. Организация медицинской помощи пожилым.**
- 4. Социальная защита пожилых.**
- 5. Проблемы пенсионного обеспечения пожилых.**

ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ

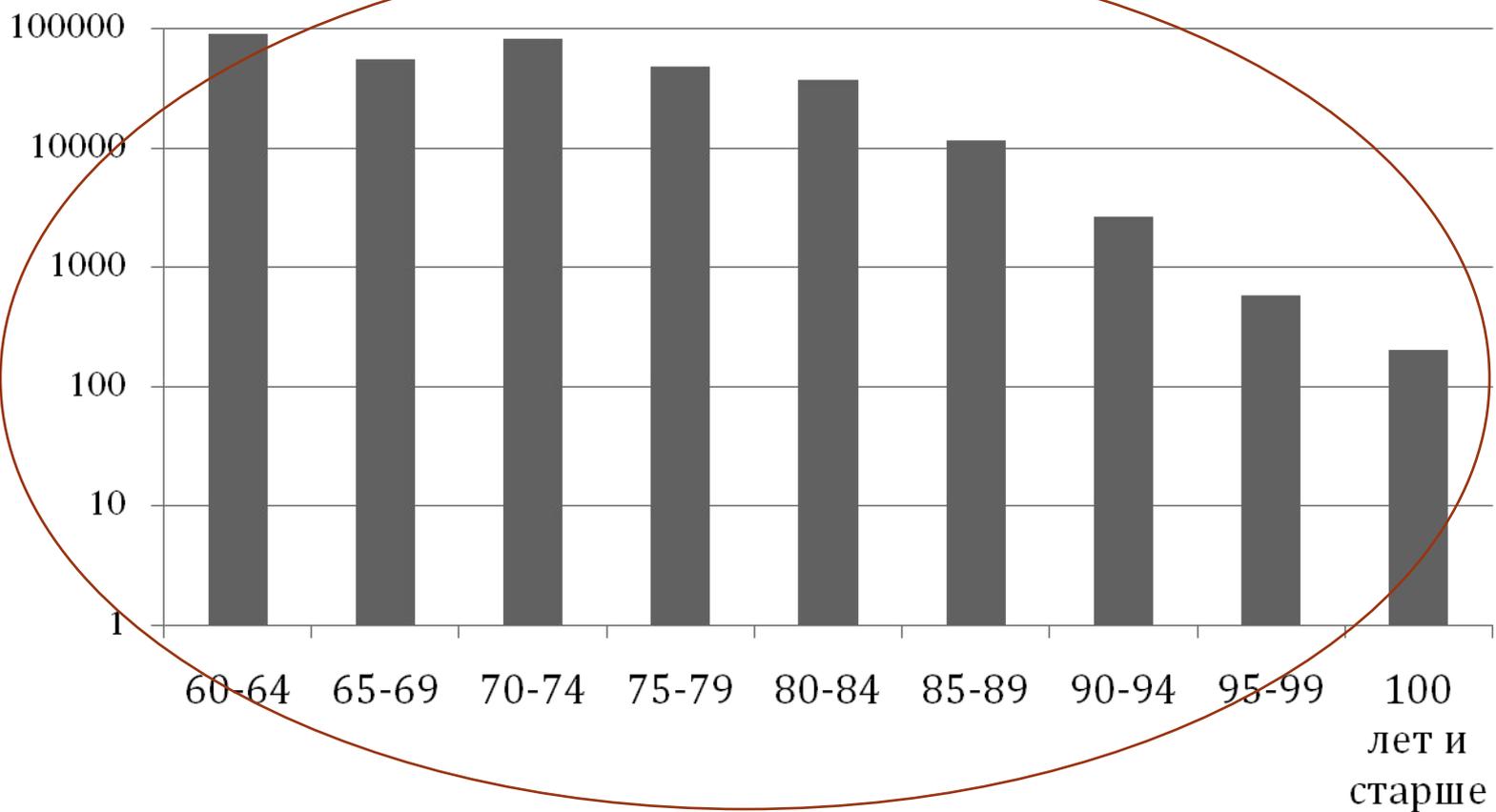
- **пожилой возраст — от 60 до 74 лет**
- **старческий возраст — от 75 до 89 лет**
- **долгожители — старше 90 лет**

Существуют и другие названия старших возрастных периодов, например, — «третий век» (65-75 лет), «четвертый век» (после 75 лет).

ДЕМОГРАФИЯ

- **Каждый месяц примерно один миллион человек в мире достигает возраста 60 лет.**
- **С 1950 г. относительная доля людей старше 65 лет в структуре населения большинства стран возросла в два раза и составляет 10-14%, последующее удвоение ожидается уже к 2020 году.**
- **Наибольший темп роста имеет возрастная группа 80 и более лет, в ближайшее десятилетие ее численность увеличится на 300%(!).**
- **По данным на 01.01.07 г. В г. Омске и области численность населения старше 60 лет составляла 371665 человек (18,28%).**

ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ НА 1.01.2010 г.



16,4% от численности населения области

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

- Уровень заболеваемости среди населения 60 лет и старше в два раза, а в старческом возрасте (75-89 лет) в 6 раз выше, чем у лиц молодого возраста.
- Пациенты гериатрического возраста составляют около 80% больных терапевтических стационаров и от 30 до 50% больных хирургических стационаров.
- Более 70% имеют 4-5 и более хронических заболеваний.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

- 
- В возрасте 60 лет и старше наиболее распространенным видом патологии являются:
 - ✓ болезни системы кровообращения,
 - ✓ болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани,
 - ✓ органов дыхания, пищеварения, нервной системы и органов чувств.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАТОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

ведущие нозологические формы:

ИБС,

цереброваскулярные болезни,

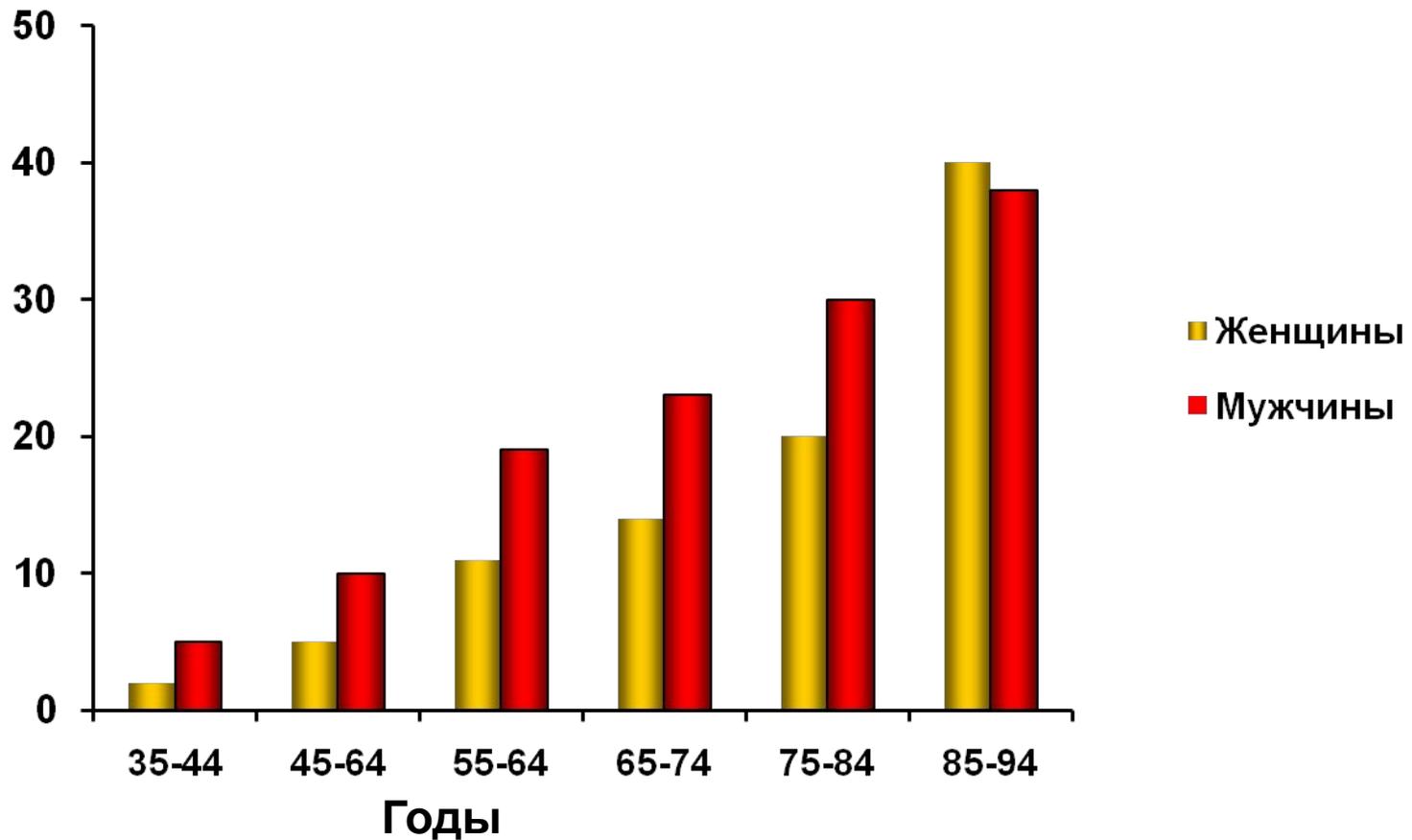
ГБ,

болезни вен.

ИБС и ГБ – половина всех заболеваний этого класса

Распространенность ИБС резко увеличивается с возрастом

Распространенность ИБС на 1 000 населения



W.B.Kannel. Coron.Artery Dis .1997; 8: 565-575

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- большая доля – острые инфекционные заболевания верхних дыхательных путей (40-45%),
- затем пневмонии (30%),
- затем ХОБЛ и БА.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

ПРИЧИНЫ ЧАСТОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ

поражение одной из систем



перенапряжение и срыв ряда других систем



**лавинообразно нарастающий процесс
морфофункциональных нарушений
(вплоть до необратимых)**

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗМА И «СТАРЧЕСКАЯ НЕДУЖНОСТЬ»

- «старческая недужность» — широкий спектр хронических и множественных расстройств функционирования различных систем стареющего организма. (И. В. Давыдовский)
- Эти расстройства не имеют нозологической определенности, но их интенсивность и клиническая выраженность прогрессируют с возрастом.
- Наиболее выражена старческая недужность в возрасте старше 75-80 лет, особенно проявляясь на фоне болезней, стрессов и других неблагоприятных факторов.

«СТАРЧЕСКАЯ НЕДУЖНОСТЬ»

- **выраженные признаки имеют:**
 - ▣ **более 20% лиц 60-74 лет;**
 - ▣ **более трети лиц в возрасте 75 лет и старше;**
- **10-15% обследованных в возрасте 80 лет и старше имеют настолько сниженную физическую активность, что утратили способность к самообслуживанию.**

«СТАРЧЕСКАЯ НЕДУЖНОСТЬ»

- **Астения, головокружения, всевозможные болевые ощущения, затруднения при передвижении, трудности пережевывания пищи, нарушение функции тазовых органов –это и есть по И. В. Давыдовскому «недуги старости», не обладающие статусом нозологических единиц.**

«СТАРЧЕСКАЯ НЕДУЖНОСТЬ»

- **Так как инволютивные процессы затрагивают прежде всего головной мозг, сердечно-сосудистую систему, опорно-двигательный аппарат и мочевые пути, чаще всего старческая недужность проявляется симптомами, характерными для поражения этих систем (спутанность сознания, обмороки, депрессивный фон настроения, нарушения мочеиспускания, походки).**

«СТАРЧЕСКАЯ НЕДУЖНОСТЬ»

- **В то же время, распространенные в старости когнитивные нарушения и даже эпизоды спутанности сознания могут быть проявлением других патологических состояний, например дегидратации, нарушения электролитного баланса, сердечной, почечной недостаточности, поэтому любой из этих симптомов должен быть тщательно оценен прежде, чем отнести его к старческой недужности.**

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗМА ПОЖИЛЫХ *ОБМЕННЫЕ ПРОЦЕССЫ*

- Интенсивность обменно-энергетических процессов уменьшается в среднем на **18-22%**, что связано со снижением активности ферментов, изменением структуры и свойств митохондрий.
- По мере старения мышечная масса снижается на 10 кг у мужчин и на 5 кг у женщин при одновременном увеличении содержания жировой клетчатки с 20% до 27% массы тела у мужчин и с 30% до 40% у женщин, что сопровождается уменьшением потребности организма в энергии.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗМА ПОЖИЛЫХ *ОБМЕННЫЕ ПРОЦЕССЫ*

- **энергетический дисбаланс**
- **избыточность питания**
- **недостаточность питания**

**многоцентровые исследования показали, что
белково-энергетическая недостаточность
сопровождается гораздо большим риском для
жизни престарелого человека, чем ожирение.**

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Возникает:

- ✓ **дефицит потребления**
- ✓ **плохое всасывание**
- ✓ **повышенная утилизация питательных веществ**

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Критерии:

- ✓ недавнее похудание более, чем на 10%
- ✓ уменьшение толщины кожной складки над трицепсом (менее 10мм у мужчин и менее 13 мм у женщин)
- ✓ уменьшение окружности средней части плеча (менее 23 см у мужчин и менее 22 см у женщин)
- ✓ падение уровня альбумина сыворотки крови менее 35 г/л
- ✓ падение уровня сывороточного железа менее 2 г/л
- ✓ Снижение количества лимфоцитов менее $1,2 \times 10^9$ /л

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА, ОЖИРЕНИЕ

- ✓ повышение смертности от ИБС, осложнений АГ, СД, ТЭЛА
- ✓ повышение заболеваемости панкреатитом, подагрой
- ✓ прогрессирование остеоартроза и остеопороза с двукратным повышением риска инвалидизации
- ✓ развитие плоскостопия с натоптышами и лимфовенозной недостаточности
- ✓ повышение риска травм, падений, несчастных случаев
- ✓ повышение риска рака толстой кишки, мочевого пузыря, молочной железы, шейки матки

ДЕГИДРАТАЦИЯ

- Наиболее частое нарушение водно-электролитного баланса у пожилых – дегидратация с гипонатриемией, причем обычно она связана с недостаточным поступлением жидкости или большими ее потерями.
- Гипонатриемия при приеме тиазидных диуретиков сохраняется у пожилых пациентов до двух недель после прекращения приема препаратов, особенно тяжело нарушения электролитного баланса протекают при использовании тиазидных диуретиков у пожилых пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом (гипонатриемия в этих ситуациях может быть и угрожающей жизни).

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

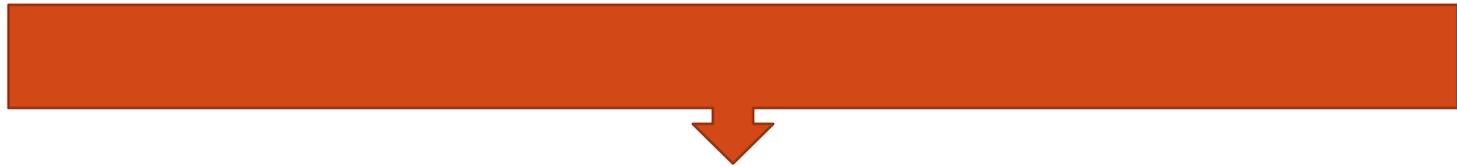
- Прогрессирующее снижение количества кардиомиоцитов;
- Увеличение количества и изменения в соединительной ткани сердечной мышцы (в том числе, накопление амилоида);
- Повышение жёсткости миокарда и возникновение его умеренной физиологической гипертрофии с формированием диастолической дисфункции желудочков независимо от исходного уровня артериального давления

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ: СЕРДЦЕ

- Структурные изменения клапанов (фиброз и кальцификация) и нарушения возбудимости и проводимости, возникающие при уменьшении количества функционирующих клеток в синусовом узле и проводящей системе сердца, при старении могут вызывать снижение систолической функции миокарда даже у здоровых пожилых лиц.

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ: СОСУДЫ

- Снижается эластичность крупных сосудов и повышается общее периферическое сопротивление за счет уменьшения просвета мелких артерий.



**ИЗОЛИРОВАННАЯ
СИСТОЛИЧЕСКАЯ АГ**

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

- Возрастание зависимости уровня артериального давления от объемной нагрузки и давления наполнения
- изменения нейрогуморальной регуляции (активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и снижение эффективности бета-адренэргической стимуляции)

- 
- большая лабильность артериального давления,
 - снижение максимальной ЧСС и сердечного выброса при возрастании нагрузки,
 - формирование ортостатической гипотензии (снижение систолического давления на 20 мм. рт. ст. и более при переходе из положения лежа в положение стоя) примерно у трети пациентов старше 65 лет.

ПРОБЛЕМА ПАДЕНИЙ В ГЕРИАТРИИ

- **36%** госпитализированных пожилых больных падают с кровати , чаще вечером или ночью при попытке встать или во сне,
- **каждое 10** падение у пожилых и стариков сопровождается тяжелой травмой,
- **около 27%** из тех, кто получил травму, умирают в течение года,
- **перелом шейки бедра у стариков ранее почти всегда приводил к смерти в течение года.**

СЕНИЛЬНОЕ ЛЕГКОЕ

- 1. частичное обызвествление и очаговое окостенение хрящевой основы бронхов**
- 2. потеря эластичности легочной артерии и ее ветвей**
- 3. утолщение базальной мембраны капилляров с препятствием газообмену**
- 4. сокращение постепенно емкости капиллярной сети**
- 5. редукция и исчезновение межальвеолярных перегородок**

СЕНИЛЬНОЕ ЛЕГКОЕ

- 6. обызвествление грудинореберных сочленений, что уменьшает дыхательные экскурсии**
- 7. атрофия дыхательных мышц**
- 8. дистрофические изменения с уменьшением секреции желез и нарушением функции мерцательного эпителия слизистой оболочки дыхательных путей**

ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

- **Частота пневмонии у лиц пенсионного возраста в Москве в два раза выше, чем в популяции трудоспособного населения (*проф. В. Е. Ноников*).**

ЛЕТАЛЬНОСТЬ

- По данным зарубежных авторов, летальность при пневмониях у лиц старше 65 лет в 8-10 раз превышает средние показатели по стране.
- В Москве анализ 975 патологоанатомических исследований показал, что у 33% умерших от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, почечной недостаточности в терминальном периоде развивается пневмония.
- Летальность от нозокомиальных пневмоний среди больных старше 60 лет достигает 70%, занимая четвертое место среди причин смерти в этой популяции.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

- Сенильное легкое
- Иммунодефицитные состояния
- Сопутствующая патология
- Гипомобильность
- **Медикаментозная терапия**
- **Интернирование пожилого больного**

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

- нарушение мукоцилиарного клиренса (*БАБ, М-холинолитики, антидепрессанты*)
- угнетение клеточного и гуморального иммунитета (*глюкокортикоиды, антимикробные препараты, цитостатики*)
- колонизация респираторных слизистых грамотрицательными микроорганизмами (*H²-блокаторы, антибиотики*)
- аспирация ротоглоточной микрофлоры (*седативные препараты*)

ИНТЕРНИРОВАНИЕ ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО

- колонизация верхних дыхательных путей
граммотрицательной флорой выявляется у пожилых
 - в домашних условиях в 6-9%
 - в интернатах в 22%
 - в стационарах достигает 40%
- Заболеваемость пневмонией у стариков
 - в домашних условиях 20-40 на 1000
 - в гериатрических учреждениях 60-115 на 1000
 - в стационарах 250 на 1000
- имеется четкая зависимость между степенью
микробной колонизации и длительностью пребывания
больного в стационаре.

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (по Н. Резнику, 2002г.)

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ	ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
Органические и функциональные изменения мозга	Мнестико-интеллектуальные расстройства	Старческая забывчивость, деменция, спутанность сознания
Снижение синтеза катехоламинов	Снижение симпатической активности	Депрессия
Снижение синтеза дофамина	Расстройства двигательной активности	Затрудненная походка, болезнь Паркинсона
снижение постуральных рефлексов		Шаткая походка, падения
Органические и функциональные изменения мозга	Мнестико-интеллектуальные расстройства	Старческая забывчивость, деменция, спутанность сознания

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

- ✓ У пациентов старшей возрастной группы зачастую преобладают жалобы, целиком связанные с неврологическими или психоэмоциональными факторами (Лазебник Л.Б., 2002 г).**
- ✓ Клинические проявления, характерные для нарушений в центральной нервной системе могут отмечаться при декомпенсации хронических либо присоединении острых заболеваний внутренних органов как за счет усиления симптоматики возрастных изменений, так и вследствие развития патологических процессов в нервной системе из-за срыва механизмов компенсации.**

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗМА ПОЖИЛЫХ

Морфологические и функциональные изменения органов и тканей, происходящие с возрастом, постепенно принимают характер патологического процесса с формированием четко очерченного симптомокомплекса или нозологической формы

БОЛЕЗНИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА (ДАВЫДОВСКИЙ И. В.)

- **Болезни наиболее тесно связанные с процессом старения, встречающиеся только у лиц пожилого и старческого возраста – «недуги старости»**
(катаракта, тугоухость, вульвовагинальная атрофия, нодулярная гиперплазия предстательной железы, старческая эмфизема легких, болезнь Паркинсона).
- **Болезни, хотя и имеющие определенное отношение к возрасту, непосредственно от процесса старения не зависящие – «болезни старости»**
(атеросклероз с различными локализациями, артериальная гипертензия, злокачественные новообразования, ревматическая полимиалгия).

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

- **Малосимптомное начало и торпидное течение болезни.**
- **Клинически нерезко выраженное и замедленное развитие патологических процессов, нередко под различными «масками».**
- **Поликаузальная моносимптоматика, обусловленная сложнейшим переплетением этиологических моментов и патогенетических механизмов сочетанной и множественной патологии.**
- **Склонность к рецидивам, легкий переход острых форм заболеваний в хронические или тенденция к возникновению первично-хронических заболеваний.**

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

- **Повышенная истощаемость и быстрый срыв компенсаторных механизмов, что проявляется функциональной недостаточностью не только той системы, которая поражена, но и ряда других систем, в первую очередь нервной и ССС.**
- **Склонность к гнойно-септическим осложнениям, полигландулярной гормональной недостаточности, расстройствам гомеостаза и гемодинамики, что не только усугубляет тяжесть клинической картины, но может стать и непосредственной причиной смерти.**

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

«болит все и везде»

*«повреждение всего тела
при неповрежденности его частей» (Демокрит)*

Хронические болевые ощущения:

- ✓ Множественность локализации
- ✓ Волнообразность
- ✓ Наклонность к прогрессированию

наиболее часто боли исходят из мышц, позвоночника и суставов

ДИАГНОСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

**встречаются у 70% женщин и 60% мужчин в
возрасте 45–64 лет,
с возрастом частота увеличивается у женщин
и снижается у мужчин**

ПРИЧИНЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

- ✓ **остеохондроз и остеоартроз шейного отдела позвоночника**
- ✓ **дисфункция нижнечелюстного сустава, неудачно подобранные зубные протезы**
- ✓ **заболевания соединительной ткани**
- ✓ **патология глаз, ушей, носовых пазух**
- ✓ **прием медикаментозных препаратов (резкая отмена симпатомиметиков, антагонистов кальция, НПВС, глюкокортикостероидов , анальгетиков)**
- ✓ **метаболические нарушения при различной соматической патологии**
- ✓ **патология головного мозга (опухоли, инсульты, субдуральная гематома, отек головного мозга, субдуральная гематома)**
- ✓ **герпетическая инфекция**
- ✓ **депрессия и другие заболевания**

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Трудности в трактовке лабораторно-
инструментальных данных.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ, СВЯЗАННЫЕ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХИКИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

(ЛАЗЕБНИК Л.Б., 2002 Г.)

- 1. Некритичность самооценки состояния.**
- 2. Жалобы, целиком связанные с неврологическими или психоэмоциональными факторами.**
- 3. Нечеткость анамнеза в виду длительности заболеваний.**
- 4. Снижение памяти и интеллекта.**
- 5. Негативное отношение к врачу или обследованию либо навязчивое желание к постоянному врачебному наблюдению и обследованию.**
- 6. Изменение симптоматики заболевания в результате многолетнего лечения и повышенная чувствительности организма к лекарствам.**

ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ ЧИСЛА ОШИБОК В ДИАГНОСТИКЕ

- 1. Доброжелательные отношения с больным.**
- 2. Многократное уточнение жалоб и анамнеза при повторных осмотрах больного.**
- 3. Подробный анализ всей медицинской документации больного.**
- 4. Уточнение деталей анамнеза с близкими пациента.**
- 5. Тщательное наблюдение и анализ малейших изменений в течении заболевания.**
- 6. При невозможности применения инструментальных и лабораторных методов диагностики особое значение приобретают навыки врача использовать физические методы исследования.**

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ

- 1. необходимость длительных курсов лечения, которые не соответствуют принятым стандартам,**
- 2. отсутствие быстрого эффекта от медикаментозной терапии,**
- 3. преобладание потребностей в квалифицированном уходе над потребностями в активной терапии,**
- 4. необходимость решения социальных проблем этих больных.**

«Простые проблемы»

(П.А. Воробьев)

- Непонимание врача
- Физическая невозможность принять лекарства
- Сложность самой упаковки

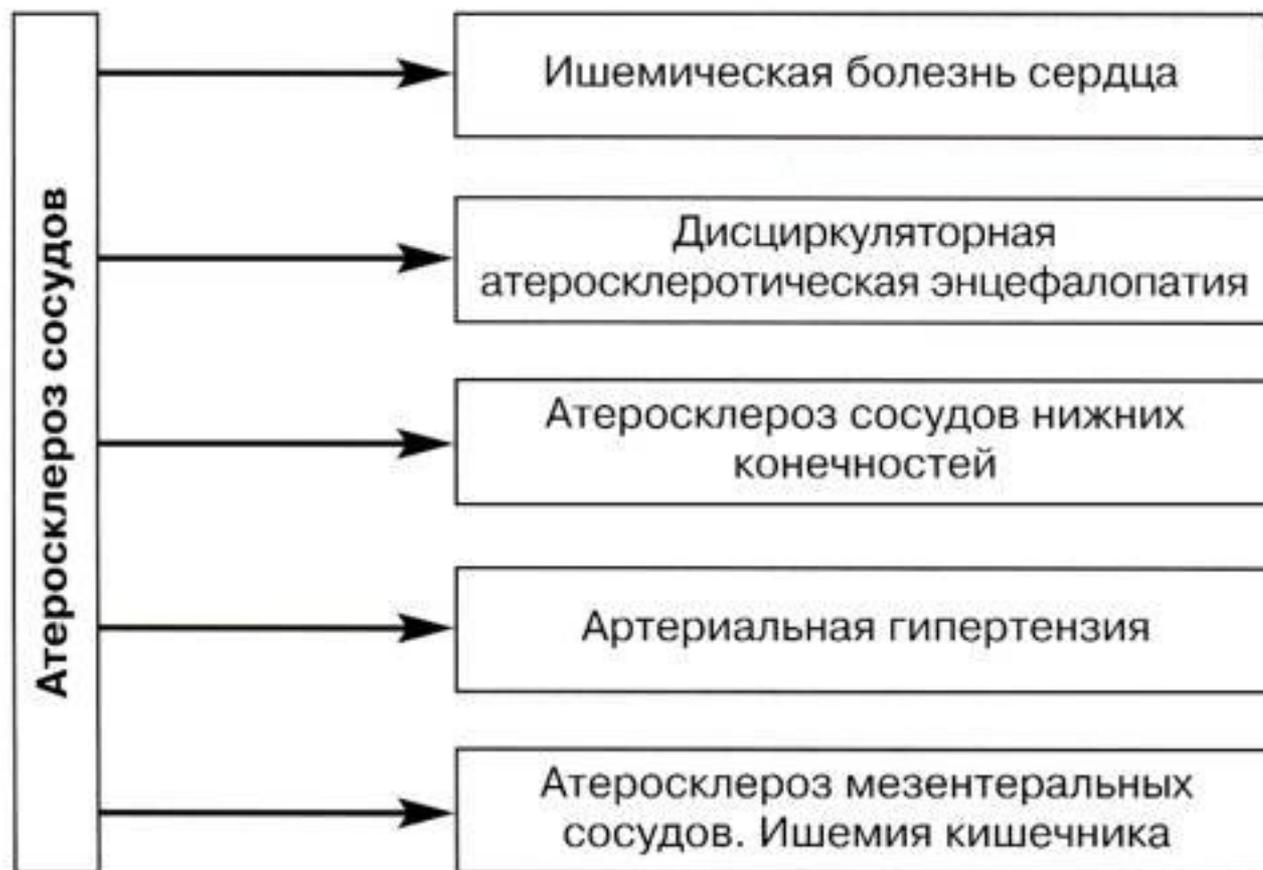
ПОЛИМОРБИДНОСТЬ

- ✓ Сроки начала заболеваний, формирующих синдромы полиморбидности, и их хронизация приходятся на молодой (30–45 лет) и средний (46–60 лет) возраст, а результат их суммарного накопления, период яркой клинической демонстрации начинают проявляться в пожилом (61–75 лет) возрасте.
- ✓ Как правило, старые люди (76–90 лет) и долгожители (старше 91 года) более активны, меньше болеют хроническими заболеваниями, которые протекают у них менее агрессивно, с более мягкими осложнениями, реже обращаются за медицинской помощью.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ПОЛИМОРБИДНОСТИ

- ✓ генетические
- ✓ атеросклероз
- ✓ хроническая инфекция
- ✓ инволютивные изменения
- ✓ ятрогенные
- ✓ социальные
- ✓ экологические

РАЗВИТИЕ ПОЛИМОРБИДНОСТИ ПО ЕДИНОМУ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМУ ПРИНЦИПУ



ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ



ЯТРОГЕННЫЙ ПУТЬ РАЗВИТИЯ ПОЛИМОРБИДНОСТИ



ЯТРОГЕНИИ

1925г. – «Врач, как причина душевных расстройств» (немецкий психиатр О. Бумке)

- **Психогенные ятрогении**
- **Госпитальные ятрогении**
- **Ятрогении диагностических процедур**
- **Лечебные ятрогении (медикаментозные и немедикаментозные)**

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- **Риск возникновения побочных эффектов у пациентов старше 60 лет в 1,5 раза выше, чем у молодых.**
- **У больных 70 – 79-летнего возраста неблагоприятные реакции на введение лекарств развиваются в 7 (!) раз чаще, чем у пациентов 20-29 лет.**

ПРИЧИНЫ ЛЕЧЕБНЫХ ЯТРОГЕНИЙ В ГЕРИАТРИИ

- **Необходимость назначения больным пожилого и старческого возраста большого числа медикаментов из-за полиморбидности (вынужденная полипрагмазия).**
- **Необходимость длительного применения медикаментов при хронических заболеваниях.**
- **Нарушение фармакокинетики и фармакодинамики медикаментов на фоне инволюционных изменений, гериатрической патологии и при взаимодействии с другими препаратами.**
- **Нарушение комплаенса.**

ОБЩИЕ ПРАВИЛА ТЕРАПИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

(необходимо объяснить пациентам)

1. Не пропускать прием препаратов даже при хорошем самочувствии.
2. Не принимать две дозы препарата сразу при пропуске приема лекарства.
3. Нельзя «экономить» на приеме препаратов, уменьшая их дозы.
4. Желательно вести дневник самоконтроля с регистрацией пульса, АД, полного перечня принимаемых препаратов.
5. Можно постараться привязать прием лекарств к каким —нибудь привычным действиям (еда, просмотр новостей, чистка зубов).
6. Уточнить у врача, с какими препаратами нельзя сочетать проводимое лечение и предупредить при приеме любых дополнительных медикаментов.

ОБЩИЕ ПРАВИЛА УСПЕШОГО ЛЕЧЕНИЯ (ДЛЯ ВРАЧА)

1. Достижение взаимного согласия между врачом и больным в отношении приема медикаментов и формирование у больного и его родных мотивации к лечению.
2. Назначение простого режима медикаментозного лечения.
3. Устные и письменные инструкции для больного и его родственников по режиму приема медикаментов и возможным побочным эффектам.
4. Активное вовлечение в процесс лечения больного его окружения.

БОРЬБА С ПОЛИПРАГМАЗИЕЙ

- ✓ Необходимо исключить применение одновременно нескольких однонаправленных, взаимоисключающих или необязательных препаратов.
- ✓ Обоснованная политерапия – необходимость и/или возможность одновременного применения нескольких лекарственных средств или форм при условии их максимальной биологической совместимости (направленная политерапия для воздействия на различные звенья патогенеза одного заболевания, вынужденная политерапия для одновременного лечения нескольких синхронно протекающих заболеваний).
- ✓ Идеальное решение – многоцелевая монотерапия, т.е. применение лекарственных препаратов и форм с возможностями использования системных эффектов одного лекарства для одновременной коррекции нарушенных функций нескольких органов или систем.

«Пожилые склонны либо вообще отменять назначенные средства, либо самостоятельно уменьшать дозы. И обусловлено это не столько экономическими проблемами (чаще препараты для пожилого больного бесплатны), сколько ментальными проблемами, воздействием средств массовой информации, знакомых, а в целом — недостатком внимания к пациенту со стороны медицинских работников.»

П. А. Воробьев, главный редактор журнала «Клиническая геронтология»

ПСИХОГЕННЫЕ ЯТРОГЕНИИ

- эйджизм
- «Врачу необходимо помнить, что старый человек, приходящий к нему на прием, жалуется не на старость, а на ту или иную болезнь, которую следует лечить у пожилого пациента с той же настойчивостью, что и у молодого».

ГОСПИТАЛЬНЫЕ ЯТРОГЕНИИ

Само по себе пребывание пожилого пациента в больнице является фактором риска развития ятрогении.

- **ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ**
- **ПАДЕНИЯ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ**
- **ДЕЗОРИЕНТИРОВКА БОЛЬНЫХ**
- **МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ**

ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

- Летальность от нозокомиальных пневмоний среди больных старше 60 лет достигает 70%, занимая четвертое место среди причин смерти в этой популяции.
- Заболеваемость пневмонией у стариков
 - в домашних условиях 20-40 на 1000
 - в гериатрических учреждениях 60-115 на 1000
 - в стационарах 250 на 1000
- Имеется четкая зависимость между степенью микробной колонизации и длительностью пребывания больного в стационаре.

ДЕЗОРИЕНТИРОВКА БОЛЬНЫХ

Декомпенсация психического статуса встречается у 40% госпитализированных пожилых пациентов. Наиболее высока вероятность ее развития в первые 9 дней пребывания в стационаре.

Факторами, усугубляющими ее развитие являются:

1. ограничение физической активности;
2. плохое питание;
3. прием более 3 медикаментозных препаратов;
4. катетеризация мочевого пузыря;
5. нарушение функции различных органов в результате врачебных манипуляций.

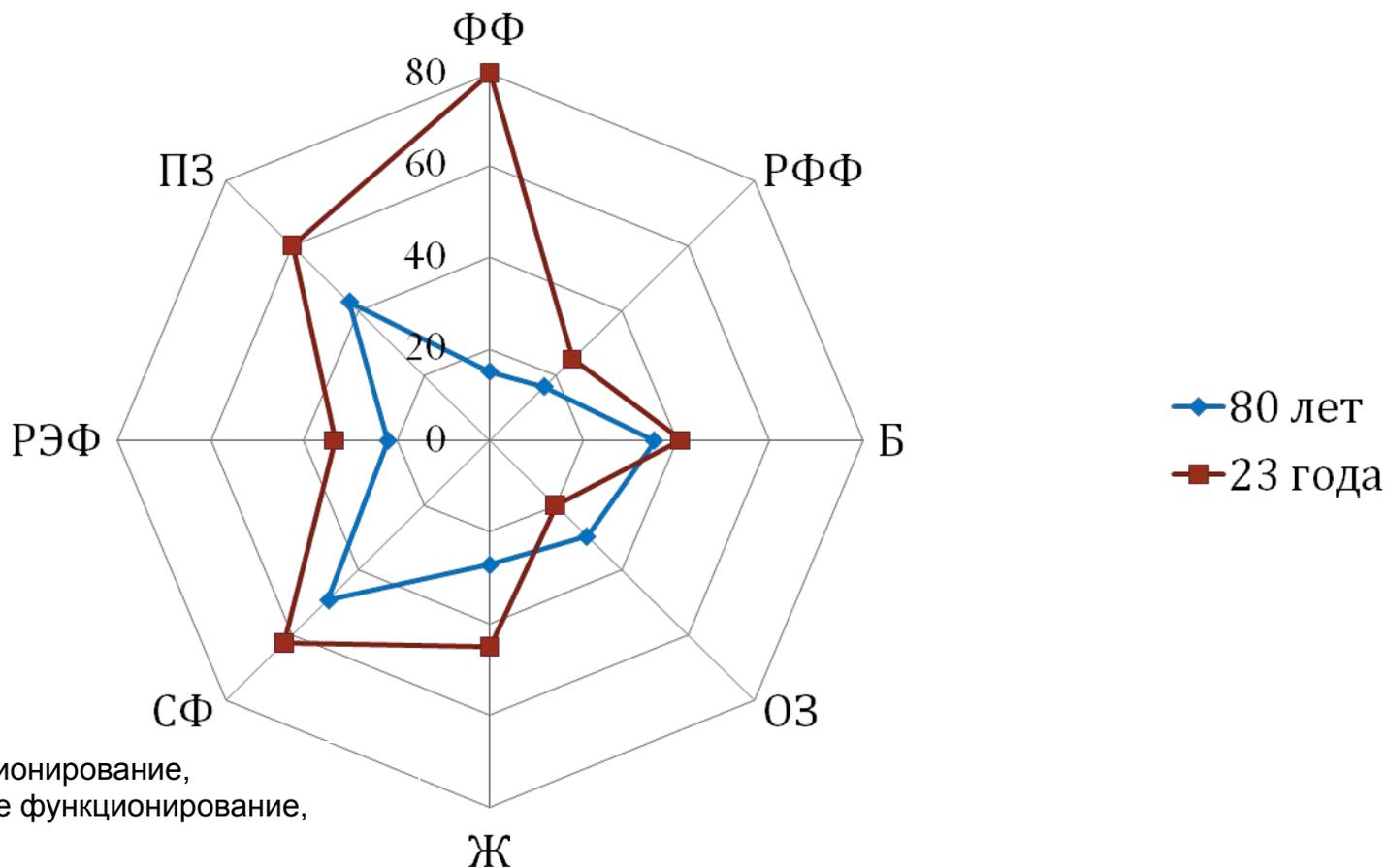
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии

СОСТАВЛЯЮЩИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

- **психологическое благополучие**
- **социальное благополучие**
- **физическое благополучие**
- **духовное благополучие**

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ



ФФ - физическое функционирование,
РФ - ролевое физическое функционирование,
Б - боль,
ОЗ - общее здоровье,
Ж - жизнеспособность,
СФ - социальное функционирование,
РЭФ - ролевое эмоциональное функционирование,
ПЗ - психологическое здоровье

- Социологические исследования пожилых в Германии (2004 г.) выявили зависимость продолжительности жизни от уважительного отношения окружающих к лицу старшего возраста

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КЖ ПОЖИЛЫХ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ

- Когнитивные нарушения
- Остеоартроз
- Нарушения зрения
- Ограничение подвижности
- Недержание мочи

ПОДХОД

**«Лечить не болезнь, а больного" Матвей Яковлевич
Мудров**

- обучение пациентов немедикаментозному лечению и навыкам самоконтроля
- оптимизация лекарственной терапии,
- организация ухода за больным
- последующее наблюдение амбулаторно медицинской сестрой или врачом

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ КОМАНДА

- врач общей практики,
- кардиолог,
- медицинская сестра,
- диетолог,
- социальный работник,
- клинический фармацевт,
- духовенство,
- специалист по реабилитации и паллиативной медицине

ЦЕЛИ РАБОТЫ КОМАНД

- повышение приверженности пациента к медикаментозному лечению,
- увеличение степени соблюдения диетических рекомендаций,
- развитие навыков самоконтроля,
- обеспечение более свободного доступа к медицинским услугам,
- оптимизация лекарственной терапии

- **мультидисциплинарный подход**
- **улучшение прогноза жизни пациентов**
- **снижение затрат на лечение**
- **улучшение качества жизни больных ХСН**

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ

- До 1960-х годов врач - лицо, ответственное за диагностику, лечение и исцеление больных. Пациент пассивный субъект, который не должен был принимать активное участие в диагностике и лечении или задавать любые вопросы. Подразумевалось, что пациенты безоговорочно выполняли лечебные планы врача
- В 1974 году был опубликован доклад Lalonde, в котором впервые было признано, что не только биомедицинские аспекты здравоохранения имеют важное значение для состояния здоровья, но, и сами граждане могут улучшить свое здоровье через поведенческие факторы, связанные с их образом жизни, такие, как здоровая диета, достаточная физическая нагрузка и предотвращение воздействия опасных веществ
- В 21-го веке мы подошли к пониманию того, что здравоохранение не может быть эффективным без вовлечения пациента и связующего звена, а также включения социальной среды пациента в принятие решений о лечении

примерная схема структуры центра

комплексный центр социального обслуживания на дому

отделение социального обслуживания населения на дому

социальный работник

отделение дневного пребывания

*социальный работник,
социальная медицинская сестра,
врач*

отделение временного проживания

социальная медицинская сестра

специализированное отделение социально-медицинского обслуживания на дому

*социальный работник,
социальная медицинская сестра*