

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ ГЕРИАТРИИ В ПРАКТИКИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

THE MOST IMPORTANT ASPECTS OF GERIATRICS IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR

■ Нурмухамедова Рохатой
Абдушариповна

■ Хасанова Дилфуза Абдухамидовна

■ Зоирова Нигора Тахировна

■ Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан

■ Nurmukhamedova Rokhatoy
Abdusharipovna

■ Hasanova Dिल्фуза Abdukhamidovna

■ Zoirova Nigora Takhirovna

■ Center for the Development of Professional
Qualifications of Medical Workers, Tashkent,
Uzbekistan

E-mail:

Резюме

Пожилые пациенты во многом отличаются от молодых (это касается как психологических изменений, так и реакции на лекарственные препараты). Абсолютно очевидно, что показатели смертности, заболеваемости и инвалидизации в пожилом возрасте возрастают, особенно, после 75 лет. В пожилом возрасте болезнь и смерть чаще всего являются результатом хронических патологических состояний, тогда как в молодом возрасте основные причины заболеваний и смертности относятся к ряду острых патологий.

Ключевые слова: Пожилые пациенты, семейный врач, хронические заболевания.

Older patients differ from younger ones in many ways, both in terms of psychological changes and drug response. It is absolutely obvious that the rates of mortality, morbidity and disability in old age are increasing, especially after 75 years. In old age, disease and death are most often the result of chronic pathological conditions, while in young age, the main causes of illness and death are related to a number of acute pathologies.

Key words: Elderly patients, family doctor, chronic diseases

Библиографическая ссылка на статью

Нурмухамедова Р. А., Хасанова Д. А., Зоирова Н. Т.
Наиболее важные аспекты гериатрии в практики семейного
врача // Innova. - 2023. - Т. 9 № 1. - С.44-48.

References to the article

Nurmukhamedova R. A., Khasanova D. A., Zoirova N. T. The
most important aspects of geriatrics in the practice of a family
doctor // Innova. - 2023. - V. 9 No. 1. - P. 44-48.

DOI:

Пожилые пациенты во многом отличаются от молодых (это касается как психологических изменений, так и реакции на лекарственные препараты). Абсолютно очевидно, что показатели смертности, заболеваемости и инвалидизации в пожилом возрасте возрастают, особенно, после 75 лет. В пожилом возрасте болезнь и смерть чаще всего являются результатом хронических патологических состояний, тогда как в молодом возрасте основные причины заболеваний и смертности относятся к ряду острых патологий. Более того, пожилые пациенты обычно страдают от целого ряда хронических нарушений, на

которые накладываются острые заболевания, а не от отдельных острых заболеваний, которые обычно обнаруживаются у молодых людей. Разграничение наступающих в организме человека перемен, связанных с процессом старения, и патологических процессов имеет большое практическое значение не только для определения механизмов процесса старения, но и для проведения соответствующего профилактического лечения и поддержания здоровья. Перекрестные и продолжительные клинические исследования показали, что у значительной части пожилых пациентов наблюдается связанное с процессом старения

снижение функциональных резервов основных органов и систем.

Материал и методы. Группой семейных врачей семейной поликлиники выявили группу пожилых людей, проживающих на территории Семейной поликлиники № 48 г. Ташкента в возрасте от 65 до 85 лет, при осмотре данных пациентов содержится перечень основных, наиболее часто встречающихся патологических состояний пожилого возраста. В связи с тем, что у пожилых пациентов физические и психические нарушения зачастую сосуществуют, отнесение каждого данного симптома к конкретной этиологической причине зачастую затруднено. Постановка диагноза может быть существенно затруднена также и тем, что проявления заболевания у пожилых людей часто существенно отличаются от проявлений той же патологии у более молодых взрослых пациентов, а также и потому, что у пожилых пациентов более часто, отмечаются соматические жалобы. Не типичные проявления заболеваний, гораздо более часто, встречаются среди престарелых, чем у молодых пациентов. Целый ряд различных заболеваний может стать причиной появления одних и тех же симптомов. Для многих пожилых пациентов потеря способности выполнять обычные ежедневные процедуры (такие как одевание, самостоятельная еда, ходьба) может стать начальным, и даже единственным, проявлением острого заболевания. Пожилые люди рассказывают о своих симптомах не так, как более молодые пациенты, и, возможно потому, что понимание сути здоровья связано с полученными ими когда-то культурными установками, они зачастую оттягивают момент обращения за медицинской помощью. Факторами, которые очень часто лежат в основе такого оттягивания, являются страх того, что врачи и больницы – это дорога, которая ведет в медицинские интернаты для престарелых и смерти, а также уверенность в том, что болезни и немощность являются естественными атрибутами старости. Кроме того, у пожилых людей могут быть проблемы с транспортом, у них могут наблюдаться периоды растерянности, спутанности сознания. Результатом всего этого является обращение пожилых людей за медицинской помощью на более поздних стадиях развития заболевания. Возросшее пожилое население испытывает повышенные потребности в некоторых видах специализированного обслуживания. Около 10% населения в возрасте

от 65 до 75 лет, не находящегося в специализированных учреждениях, нуждается в повседневной жизни в посторонней помощи. Эта пропорция возрастает до 20% в группе населения от 75 до 79 лет, до 31% от 80 до 84 лет и до 50% в группе населения старше 85 лет. Обычно, начальные проявления заболеваний, у пожилых, затрудняют принятие решения о рекомендации медикаментозной терапии. Например, у пожилых пациентов депрессия часто мимикрирует под соматическое заболевание, а соматические нарушения, такие, как например гипотиреоз могут впервые проявиться симптомами депрессии. Наличие у пациента целого ряда заболеваний, многие из которых требуют медикаментозного лечения, приносит дополнительные трудности в процесс отработки адекватной дозировки и оценки предполагаемого действия медикаментов, их взаимодействия и синергического эффекта при назначении нескольких медикаментов одновременно. Среди наиболее часто встречающихся осложнений медикаментозной терапии у пожилых отмечаются интоксикация дигиталисом, нарушение натриево-калиевого баланса, связанное с приемом мочегонных средств, экстрапирамидная симптоматика, связанная с приемом фенотиазин, интоксикация фенилбутазоном, желудочно-кишечные кровотечения в связи с приемом аспирина или других нестероидных противовоспалительных средств, падения, связанные с приемом бензодиазепина, геморрагические реакции на гепарин и варфарин. Некоторые проблемы лекарственной терапии у пожилых связаны с возрастными изменениями, отражающимися на распределении, метаболизме, выведении, чувствительности соответствующих рецепторов к лекарственным препаратам и связывающей способности. Наибольшую озабоченность вызывает способность медикаментов образовывать связи с белками и растворимость их в липидах, у пожилых. Содержание липидов в организме возрастает по мере старения на 25-40%, в то время, как количество альбуминов и протеинов снижается, как следствие, повышается концентрация свободного, не связанного лекарственного препарата в крови, а также пролонгируется или появляется отсроченный токсический эффект. Липофильные лекарственные препараты особенно опасны, так как проникают через гематоэнцефалический

барьер, процессы их метаболизма и выведения резко затягиваются. Эти изменения резко затрудняют расчет оптимальной дозы лекарственного препарата, хотя исследование концентраций лекарственного препарата в крови и расчет на основе этих показателей может несколько облегчить задачу. Такие состояния, как ортостатические нарушения, нарушения походки, глаукома, нарушения ритма сердца и нарушения функций мочевого пузыря могут утяжеляться под воздействием побочных эффектов медикаментозной терапии. В связи с этим, прежде чем выписывать каждое новое лекарственное средство, нужно тщательно взвесить соотношение возможного положительного эффекта и риск негативных побочных и токсических эффектов. Говоря в общем, наилучшим принципом при назначении медикаментозной терапии пожилым людям является «тише едешь, дальше будешь». Препараты начинают принимать с наименьшей дозировки, постепенно повышая дозу до достижения желаемого эффекта или проявления токсических эффектов. В последнем случае дозу можно понизить и пронаблюдать за состоянием пациента: действительно ли ему необходим данный лекарственный препарат или будет ли низкая дозировка также эффективна, как высокая. Однако, пожилые люди обычно негативно относятся к частым сменам дозировки, поэтому временное пространство и возможности смены дозировки для убеждения пациента в эффективности данного лекарственного средства зачастую весьма ограничены. Схемы приема медикаментов должны быть максимально упрощены, даже если для этого придется назначить более дорогие препараты с более длительным периодом полувыведения. Раскладка таблеток по дозам и схеме для приема очень удобна, особенно когда имеются когнитивные отклонения или наблюдение за пациентом не круглосуточное. Контейнеры, применяющиеся для раскладки, должны быть удобны в применении, как для пациента, так и для ухаживающего, и должны быть прозрачными, чтобы с первого взгляда можно было увидеть не принятые вовремя таблетки. Следует часто проводить пересмотр принимаемого медикаментозного лечения, корректировать дозировки и отменять более не показанные препараты. Зачастую ранее эффективные препараты оказываются более не необходимыми для пациента. В связи с тем, что период

полувыведения многих лекарственных препаратов возрастает в пожилом и старческом возрасте, при отмене препарата должен возрастать и период наблюдения за состоянием пациента, что делает отмену препарата более безопасной для пациента. Можно попросить пациента или пациентку приносить с собой на каждый прием все медикаменты, которые он/она принимает. Это является напоминанием пациенту о необходимости правильного приема медикаментов и дает врачу возможность аргументировано обсудить с пациентом развитие любых негативных побочных эффектов. Возможными результатами отмены лекарственного препарата являются те же эффекты, которые могут наблюдаться при его назначении: улучшение состояния, ухудшение, отсутствие эффекта. Следовательно, любые изменения в медикаментозном лечении (назначение, отмена или коррекция дозы) требуют тщательного наблюдения. Семейные врачи во многом полагаются на реабилитационный подход к лечению пациента. Нemoщность и нетрудоспособность оказывают выраженный негативный эффект как на способность пациента к самостоятельному передвижению, так и на продолжительность его жизни, и может привести к повышению его зависимости от посторонней помощи и снижению качества жизни. В связи с этим, реабилитация зачастую также важна в процессе лечения острых и хронических заболеваний в пожилом и старческом возрасте, как и любой другой аспект лечебного процесса. В случаях лечения таких патологических состояний, как инсульт, перелом бедра, ампутация, артриты, болезнь Паркинсона и сердечно-легочная недостаточность именно проведение реабилитационных мероприятий позволяют пациенту вернуться домой, а не быть помещенным в специализированный интернат. Включение реабилитационных мероприятий врачом общей практики, в процесс лечения пожилых пациентов дает положительные результаты и помогает поддерживать оптимистическую настроенность терапевтического процесса.

Результаты. Целями данного исследования являются, профилактика и коррекция деформаций, снижение болевых ощущений и ускорение восстановления функций. У более молодых пациентов реабилитация прежде всего направлена на восстановление профессиональных способностей и навыков, у

пожилых же пациентов этот процесс прежде всего нацелен на выполнение задач повседневной жизни и поддержание максимальной независимости пациента от посторонней помощи. Переобучение, тренировка навыков, может поддержать способность пациента выполнять определенные задачи. Другие методы включают себя обучение пользованию вспомогательными средствами, проведение необходимых изменений в окружающей обстановке, обучение пациентов новым способам выполнения привычных задач. Активная деятельность и самостоятельные передвижения обычно требуют от немощных пациентов дополнительных затрат энергии. Таким образом, очень важно учитывать состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, костно-мышечного аппарата, сохранность когнитивных способностей. Остеопороз, значительное утяжеление основного заболевания, прием некоторых медикаментов, сниженное зрение и слух, сердечно-сосудистые и легочные заболевания, снижение проприорецептивной функции, снижение мышечной силы и нарушения равновесия могут значительно затруднить процесс реабилитации. Хотя положительная динамика в пожилом и старческом возрасте нарастает медленнее, небольшое функциональное улучшение уже может серьезно сказаться на способности пациента обходиться без посторонней помощи. Невозможность сохранения независимости от посторонней помощи, выраженное снижение или потеря способности передвигаться самостоятельно часто приводят к быстрому раскручиванию спирали физического и интеллектуального снижения. Состояние зачастую осложняется запорами, нарушением питания, депрессией, пневмонией, венозным тромбозом, пролежнями и т.д. Группой семейных врачей семейной поликлиники № 48, были проведены обучения пациентов, что его рекомендации направлены на сохранение максимально возможной самостоятельности пациента. Когнитивные нарушения, если таковые имеются, могут серьезно снизить эффективность усилий по обучению пациента. Однако, врач общей практики должен сохранять настороженность по поводу любых проявлений «заученной беспомощности», которая может стать серьезным барьером для всех попыток обучить пациента и его желания сотрудничать. Некоторые проблемы более эффективно

поддаются разрешению в контексте всей семьи, может потребоваться применение альтернативных мер для того, чтобы помочь пациенту найти эффективные пути восстановления самооценки, социального статуса и эмоциональных взаимоотношений. Некоторые задачи могут, зачастую, выполняться несколькими различными путями, возможно произвести нужные изменения в окружающей обстановке или использовать вспомогательные приспособления, которые помогут сохранить и продлить функциональную самостоятельность. В этом процессе обучения могут помочь специальные реабилитационные службы.

Выводы. практическое значение представленной проблемы на систему здравоохранения имеет особенно большое значение, на эту группу населения тратится непропорционально много рабочего времени врача, приходится гораздо больший процент направлений на госпитализацию, им требуется более массивное медикаментозное лечение. В связи с тем, что население продолжает стареть, можно ожидать нарастание потребности во врачах, оказывающих медицинские услуги пожилому населению, ожидается, что это будут, в основном, семейные врачи. Представленная проблема, в основном, фокусируется на проблемах рутинного наблюдения и лечения пациентов старше 65-85 лет в амбулаторных условиях. Однако, семейному врачу, следует помнить, что группу пожилых пациентов нельзя рассматривать как единую, однородную категорию. Заболевания, которые у молодых пациентов проходят самостоятельно, в пожилом и старческом возрасте заканчиваются нарушением функций, инвалидизацией и даже смертью, на основании чего, семейному врачу задача должна быть нацелена на реабилитацию, наблюдение и лечения гериатрических пациентов.

Литература.

1. Амосова Е.Н. Клиническая кардиология. Киев: Книга плюс; 2011, т.1.
2. Окроков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. М.: Медицинская литература; 2011.
3. Дорничев В.М., Гуревич П.С., Губачев Ю.М. Семейный врач и организация здорового образа жизни. Библиотека семейного врача. часть 2. Санкт-Петербург; 2000.
4. Оганов Р.Г. Первичная профилактика

ишемической болезни сердца. М.:

Медицина; 2000.

5. Миррахимов Э.М., Норузбаева А.М.

Гиперлипидемии. Обучающая

программа для врачей и студентов.

Бишкек; 2004.

6. Matheson, E., & Hainer, B. L. (2017).

Insomnia: Pharmacologic Therapy.

American family physician, 96(1), 29–35.

URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31982807>