

ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

УДК 616-079.4

ОПТИМИЗАЦИЯ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Захарова И. С.

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород, Россия,
e-mail: okb@bel.ru

Цель исследования, изучить клиническую эпидемиологию неотложных состояний по данным приемных покоев городских больниц на примере города Белгорода в возрастном аспекте. В пожилом и старческом возрасте достоверно чаще в возрастном аспекте встречались неотложные состояния нефрологического и неврологического профилей, в среднем возрасте – неотложные состояния эндокринологической группы. Отличительной особенностью неотложных состояний в пожилом и старческом возрасте является большая степень выраженности сопутствующей соматической патологии, исключение составляет сердечнососудистая патология при неврологических неотложных состояниях, которая в сравниваемых возрастных группах встречалась с равной частотой. В возрастном аспекте для пожилого и старческого возраста характерно превалирование следующих неотложных состояний: бронхообструктивный синдром на фоне хронической обструктивной болезни легких, острая задержка мочи на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы и катетеризации мочевого пузыря, а также транзиторная ишемическая атака, инфаркт мозга и геморрагический инсульт. При изучении особенностей симптоматики неотложных состояний у людей пожилого и старческого возраста выявлено, что наиболее универсальными и неозоспецифическими симптомами являются общая слабость, боль в животе, одышка, боль в грудной клетке, сухость во рту, головная боль. Разработаны алгоритмы для среднего медицинского работника, основанные на выделении ведущего симптомокомплекса, в частности, «общая слабость», «боль в животе».

Ключевые слова: неотложная помощь, доврачебная помощь, алгоритм доврачебной помощи.

OPTIMIZATION OF THE EMERGENCY HELP IN ELDERLY PATIENTS ON THE PREHOSPITAL STAGE

Zakharova I. S.

Belgorod Regional Clinical Hospital St. Ioasafa, Belgorod, Russia, e-mail: okb@bel.ru

The purpose of the study, to study the clinical epidemiology of emergency conditions according to the emergency rooms of urban hospitals on the example of the city of Belgorod in the age aspect. In elderly patients in the age aspect states of emergency of nephrology and neurological profiles more frequently occurred, but in middle age it is endocrinological group. A distinctive feature of emergencies in elderly age is a large degree of concomitant somatic pathology, except cardiovascular disease in neurological

emergency, which in comparable age groups occurs with equal frequency. In the age aspect for elderly patients is typical the prevalence of the following emergency: bronchial obstruction with chronic obstructive pulmonary disease, acute urinary retention on the background of benign prostatic hyperplasia and catheterization of the bladder, transient ischemic attack, cerebral infarction and hemorrhagic stroke. In studying the characteristics of the symptomatology of emergency in elderly patients revealed that the most universal and frequently occurred symptoms are general weakness, abdominal pain, shortness of breath, chest pain, dry mouth, headache. Developed algorithms for nurses, based on the selection of the leading symptom, in particular, the "weakness", "abdominal pain."

Key words: emergency help, prehospital help, algorithm of the prehospital help.

Введение

В последние годы все больше внимания уделяется роли доврачебной помощи. Не подменяя врачебной помощи, развивается система так называемых сестринских и фельдшерских диагнозов и процессов [1,3,4].

Эти тенденции нашли отражение в отраслевой программе развития доврачебной помощи в Российской Федерации на среднесрочную перспективу, которая предусматривает повышение качества медицинской помощи путем рационального использования потенциала средних медицинских работников, совершенствование организационно-методической базы их деятельности [2,3,5].

Существуют формы организации помощи, где именно средний медперсонал является ведущим в обеспечении медицинской помощи (хосписы, больницы сестринского ухода, дома пожилых и др.). В этих условиях повышается ответственность медсестер в принятии и осуществлении медицинских решений при возникновении неотложных состояний. Однако врачебные подходы в деятельности медсестер в силу степени их квалификации невозможны, они должны быть построены не на причинном, а на симптомно-синдромном подходах.

В связи с этим, актуальным является разработка алгоритмов сестринского процесса при возникновении неотложных состояний у лиц пожилого возраста, включающих вопросы постановки сестринского диагноза, принятия тактических решений и оказания высококачественной доврачебной помощи.

Цель исследования. Изучить клиническую эпидемиологию неотложных состояний по данным приемных покоев городских больниц на примере города Белгорода в возрастном аспекте.

Изучить особенности симптоматологии неотложных состояний у пациентов пожилого и старческого возраста.

Разработать и оптимизировать алгоритмы действий средних медицинских работников при оказании неотложной доврачебной помощи.

Материал и методы. Исследование состояло из следующих частей: изучение вопросов клинической эпидемиологии неотложных состояний в возрастном аспекте, оптимизация сестринской диагностики на основе объективизации симптоматиологии неотложных состояний у людей пожилого и старческого возраста, разработка оптимальных алгоритмов доврачебной помощи пациентам пожилого и старческого возраста.

Изучение вопросов клинической эпидемиологии неотложных состояний в возрастном аспекте выполнено путем анализа поступления пациентов среднего, пожилого и старческого возраста в городские больницы №№ 1, 2 города Белгорода в 2010 - 2012 гг. Методом сплошной выборки нами изучено 1501 случая поступления пациентов среднего возраста в больницы города Белгорода. По плановым показаниям в приемный покой поступил 761 пациент (50,7%), в связи с неотложными состояниями – 740 (49,3%); 1537 случая поступления пациентов пожилого и старческого возраста в больницы города Белгорода на протяжении указанного периода времени. По плановым показаниям в больницы было направлено 783 человека (50,9%), в связи с неотложными состояниями – 754 пациента (49,1%). Изучена распространенность неотложных состояний и отягощающих их сопутствующих заболеваний по профилям патологии: пульмонологический и аллергологический, нефрологический, кардиологический, эндокринологический, гастроэнтерологический, а также хирургический и неврологический профиль патологии.

Результатом данного раздела исследования стало выявление возрастных особенностей распространенности основных неотложных состояний.

Оптимизация сестринской диагностики на основе объективизации симптоматиологии неотложных состояний у людей пожилого и старческого возраста. В основе постановки сестринского диагноза находится тщательный сбор анамнеза, расспрос пациента, что позволит в последующем медицинской сестре избрать правильную сестринскую тактику и провести все необходимые манипуляции, подготовив тем самым все необходимое для более качественного оказания пациенту квалифицированной и, что важно в случаях неотложных ситуаций, быстрой врачебной помощи. Симптоматология неотложных состояний была изучена нами в объеме 754 случаев оказания помощи людям пожилого и старческого возраста.

Для этого нами была разработана «Карта изучения ведения пациента, поступающего по неотложным показаниям в приемное отделение больницы».

Результатом данного этапа исследования явилась разработка симптомокомплексов с выделением ведущего признака неотложного состояния, что является опорным в постановке сестринского диагноза.

Разработка оптимальных алгоритмов доврачебной помощи. Для формулировки оптимальной тактики действий среднего медицинского работника, проведен экспертный анализ 754 случаев оказания доврачебной помощи людям пожилого и старческого возраста, поступивших в больницу в связи с неотложным состоянием.

В результате работы экспертной группы были сформированы оптимальные алгоритмы действий средних медицинских работников на доврачебном этапе оказания помощи пациентов старших возрастных групп.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении структуры неотложных состояний у людей среднего, пожилого и старческого возраста нами не было выявлено различий в частоте их встречаемости. Вне зависимости от возраста в приемные покои больниц, которые являлись базовыми при проведении нашего исследования, поступали пациенты со следующей неотложной патологией: на первом месте находилась кардиологическая патология, втором – неотложные состояния в пульмонологии и аллергологии, на третьем месте – патология гастроэнтерологической сферы. Далее в порядке убывания частоты встречаемости следовала неврологическая неотложная патология, неотложные состояния в хирургии, далее – в нефрологии. Вместе с тем, нами были получены данные, согласно которым у людей пожилого и старческого возраста достоверно чаще встречалась неотложная патология нефрологического и неврологического профилей, но достоверно реже имели место неотложные состояния в эндокринологии.

У людей пожилого и старческого возраста на фоне неотложных состояний достоверно чаще встречалась сопутствующая соматическая патология всех групп (Таблица 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика частоты неургентной сопутствующей патологии при неотложных состояниях у пациентов среднего и пожилого/старческого возраста

| Группа патологии | Возрастная группа | | | |
|---|----------------------------|----------|---------------------------------------|-----------|
| | Средний возраст (n=740) | | Пожилой/старческий возраст (n=754) | |
| | Абс. | M±m | Абс. | M±m |
| Патология желудочно-кишечного тракта | 145 | 19,6±2,1 | 298 | 39,5±2,4* |
| Патология сердечно-сосудистой системы | 241 | 32,7±2,2 | 425 | 56,4±2,5* |
| Патология опорно-двигательного аппарата | 128 | 17,3±1,9 | 304 | 40,3±2,2* |
| Патология нервной системы | 175 | 23,7±2,0 | 309 | 40,9±2,3* |
| Эндокринная патология | 128 | 17,4±1,8 | 207 | 27,5±2,1* |
| Онкологическая патология | 18 | 2,4±0,1 | 58 | 7,6±0,9* |
| Патология крови | 244 | 33,1±2,1 | 425 | 56,5±3,1* |

*p<0,05.

При изучении особенностей распространенности неотложных состояний при отдельных группах заболеваний нами были выявлены следующие возрастзависимые особенности.

При патологии пульмоаллергологической группы: в среднем возрасте выраженный бронхообструктивный синдром на фоне ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) разной степени тяжести – 20 пациентов (17,2±1,3%), в пожилом возрасте – у 31 пациента (25,6±1,7%); при патологии нефрологической группы в среднем возрасте острая задержка мочи на фоне ДГПЖ (доброкачественная

гиперплазия предстательной железы), катетеризации мочевого пузыря имела место у 2 пациентов ($16,7 \pm 3,4\%$), в пожилом возрасте - у 17 пациентов ($56,7 \pm 2,8\%$); при неврологической патологии – в среднем возрасте транзиторная ишемическая атака имела место у 25 пациентов ($31,3 \pm 2,7\%$), инфаркт мозга – у 21 пациента ($26,3 \pm 2,5\%$), геморрагический инсульт – у 20 пациентов ($25,0 \pm 2,4\%$), в пожилом возрасте транзиторная ишемическая атака имела место у 33 пациентов ($37,5 \pm 2,2\%$), инфаркт мозга – у 29 пациентов ($32,6 \pm 1,9\%$), геморрагический инсульт – у 28 пациентов ($31,7 \pm 2,0\%$), $p < 0,05$ (Таблица 2).

Таблица 2

Возрастзависимые различия в частоте встречаемости неотложных состояний при отдельных группах заболеваний

| Нозологическая форма | Возрастная группа | |
|--------------------------------|----------------------------|---|
| | Средний возраст (n=740) | Пожилой и старческий возраст (n=754) |
| | M±m | M±m |
| Бронхообструктивный синдром | $17,2 \pm 1,3$ | $25,6 \pm 1,7^*$ |
| Острая задержка мочи | $16,7 \pm 3,4$ | $56,7 \pm 2,8^*$ |
| Транзиторная ишемическая атака | $31,3 \pm 2,7$ | $37,5 \pm 2,2^*$ |
| Ишемический инсульт | $26,3 \pm 2,5$ | $32,6 \pm 1,9^*$ |
| Геморрагический инсульт | $25,0 \pm 2,4$ | $31,7 \pm 2,0^*$ |

* $p < 0,05$.

При изучении особенностей симптоматики жалоб у людей пожилого и старческого возраста, которые поступают в стационарное учреждение в связи с неотложным состоянием, нами было выявлено, что на одного пациента приходится $7,4 \pm 1,2$ жалобы. Наиболее часто встречались следующие: общая слабость – $61,4 \pm 3,4\%$, головная боль – $27,1 \pm 1,7\%$, одышка – $32,5 \pm 1,8\%$, боль в области грудной клетки – $24,1 \pm 1,3\%$, сухость во рту – $32,1 \pm 1,4\%$, боль в животе – $40,5 \pm 2,1\%$, $p < 0,05$ (рис. 1).

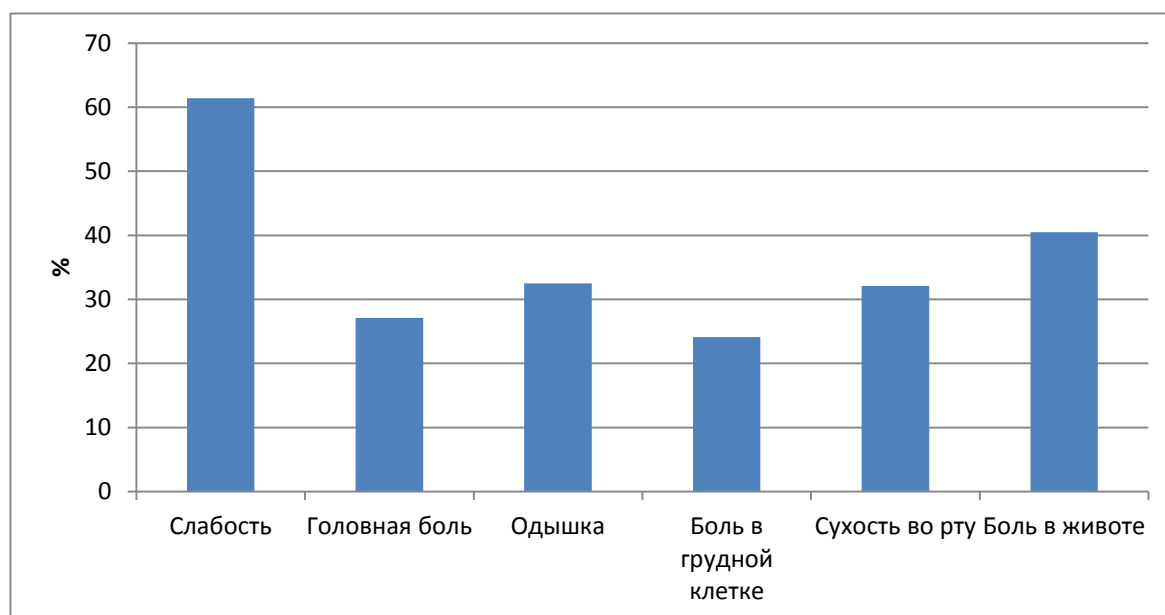


Рисунок 1. Распространенность наиболее часто встречающихся симптомов (жалоб) при неотложных состояниях у пациентов пожилого и старческого возраста.

Нами были разработаны базовые клинико-организационные алгоритмы доврачебной помощи больным пожилого и старческого возраста. Методом экспертных оценок было оценено влияние компонентов, включенных в алгоритмы, на достижение эффективности помощи.

Все базовые алгоритмы были построены по одному принципу. В качестве критерия ввода алгоритма в действие служил ведущий симптом/синдром. Мероприятия, которые должны осуществлять средние медицинские работники на этапе доврачебной помощи, были сгруппированы в три направления – диагностические, лечебные и тактические. При этом предусматривалось, что такое тактическое мероприятия как «обеспечение вызова врача» являлось обязательным в каждом случае.

При реализации алгоритма доврачебной помощи при ведущем симптоме «Общая слабость», в случае наличия этой жалобы как моносимптома, достижение итоговой эффективности медицинской помощи достоверное значение имело выполнение диагностических мероприятий: измерение ЧСС (частота сердечных сокращений)($p=0,0002$), измерение АД (артериальное давление) ($p=0,0014$), определение уровня глюкозы крови при помощи глюкометра ($p=0,0318$); лечебных

мероприятий: при низком АД, дать препараты повышающие давление ($p=0,0320$); тактических мероприятий: постельный режим ($p=0,0043$).

В случае сочетания симптома «общая слабость» с симптомом «головокружение», для достижения достижения итоговой эффективности медицинской помощи достоверное значение имело выполнение диагностических мероприятий: измерение АД ($p=0,0028$), измерение ЧСС ($p=0,0032$), определение уровня глюкозы крови при помощи глюкометра ($p=0,0117$); лечебных мероприятий: при низком АД, дать препараты повышающие давление ($p=0,0290$), обеспечить доступ кислорода ($p=0,0408$); тактических мероприятий: постельный режим с приподнятыми ногами ($p=0,0109$).

При реализации алгоритма доврачебной помощи при ведущей жалобе «Боль в животе», в случае наличия этой жалобы как моносимптома, достижение итоговой эффективности медицинской помощи достоверное значение имело выполнение диагностических мероприятий: измерение АД ($p=0,0020$), измерение ЧСС ($p=0,0034$), измерение температуры тела ($p=0,0209$), оценка характера боли ($p=0,0324$), наличие или отсутствие стула ($p=0,0405$); лечебных мероприятий: дать спазмолитики при сильной боли ($p=0,0322$), холод на живот ($p=0,0398$); тактических мероприятий: постельный режим ($p=0,0004$).

В случае сочетания симптома «боль в животе» с симптомом «тошнота», для достижения итоговой эффективности медицинской помощи достоверное значение имело выполнение диагностических мероприятий: измерение АД ($p=0,0023$), измерение ЧСС ($p=0,0028$), измерение температуры тела ($p=0,0165$), оценка характера боли ($p=0,0402$), оценка наличия или отсутствия стула ($p=0,0402$); лечебных мероприятий: обеспечение доступа кислорода ($p=0,0000$), при высоком АД, прием гипотензивных препаратов или при низком АД прием препаратов повышающий АД ($p=0,0224$), прием спазмолитиков при сильной боли ($p=0,0382$); тактических мероприятий: обеспечение постельного режим ($p=0,0001$).

В случае сочетания симптома «боль в животе» с симптомом «повышение температуры», для достижения итоговой эффективности медицинской помощи достоверное значение имело выполнение диагностических мероприятий: измерение ЧСС ($p=0,0008$), измерение АД ($p=0,0010$), измерение температуры тела ($p=0,0012$), оценка характера боли ($p=0,0208$), оценка наличия или отсутствия стула ($p=0,0242$); лечебных мероприятий: обеспечение доступа кислорода ($p=0,0099$), при высоком АД,

прием гипотензивных препаратов или при низком АД прием препаратов повышающий АД ($p=0,0123$), прием спазмолитиков при сильной боли ($p=0,0320$); тактических мероприятий: обеспечение постельного режима ($p=0,0001$).

Выводы.

1. Возрастзависимой особенностью неотложных состояний было превалирование в пожилом и старческом возрасте бронхообструктивного синдрома на фоне хронической обструктивной болезни легких, острой задержки мочи на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы и катетеризации мочевого пузыря, а также транзиторной ишемической атаки, инфаркта мозга и геморрагического инсульта.

2. Особенностью симптоматики неотложных состояний в пожилом и старческом возрасте является высокая полиморфность жалоб, но при этом универсальный характер носили такие симптомы как общая слабость, боль в животе, одышка, боль в грудной клетке, сухость во рту, головная боль.

3. При разработке базовых клинико-организационных алгоритмов доврачебной помощи в экстренных ситуациях у больных пожилого и старческого возраста были учтены следующие позиции: 1) использование синдрома-симптомного подхода в деятельности средних медицинских работников в условиях экстренной помощи (в отличие от врачебной деятельности); 2) наличие действующих клинических алгоритмов с правовым ограничением их использования средними медицинскими работниками; 3) обязательность обеспечения последующей врачебной помощи.

4. Разработанные алгоритмы построены по единым принципам. В качестве критерия ввода алгоритма в действие служил ведущий симптом/синдром. Мероприятия, которые должны осуществлять средние медицинские работники на этапе доврачебной помощи, были сгруппированы в три направления – диагностические, лечебные и тактические.

Сегодня как никогда пациенты старших возрастных групп нуждаются в качественно новом виде доврачебной помощи, причем научно обоснованное внедрение новых подходов в этой области в отечественное здравоохранение даст эффективное использование времени и ресурсов потенциала средних медицинских работников.

Список литературы.

1. Двойников С. И. Менеджмент и лидерство в сестринском деле: учебное пособие / С. И. Двойников, С. В. Лапик, Ю. И. Павлов; под ред. И. Н. Денисова. - М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005. 464 с.
2. Матвейчик Т. В. Организация сестринского дела: учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. - Минск: Выш. шк, 2010. 301 с.
3. Перфильева Г. М. Сестринский процесс // Мед. сестра. - 1999. - №3. – С. 25-31.
4. Baggens C. What they talk about: conversations between child health centre nurses and parents // Journal of Advanced Nursing. - 2001. - Vol. 36, N 5 - P. 659–667.
5. Brown J. S. Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group / J. S. Brown, E. Vittinghoff, J. F. Wyman. [et al.] // J. Am. Geriatr. Soc. – 2000 - Vol. 48, N 7 - P. 721-725.

References.

1. Dvoynikov S. I., Lapik S. V., Pavlov Y. I. Menedzhment i liderstvo v sestriiskom dele: uchebnoye posobiye [*Course of management and leadership in nursing*]. Moscow: GOU VUNMTS, 2005. 464 p.
2. Matveychik T. V., Ivanova V. I. Organizatsiya sestriiskogo dela: ucheb. posobiye [*Course of the organization of nursing*]. Minsk: Vysh. shk, 2010. 301 p.
3. Perfil'yeva G. M. Med. sestra, 1999, Vol. 3, pp. 25-31.
4. Baggens C. Journal of Advanced Nursing, 2001, Vol. 36, no. 5, pp. 659–667.
5. Brown J. S., Vittinghoff E., Wyman J. F., Stone K. L., Nevitt M. C., Ensrud K. E., Grady D. Research Group. J. Am. Geriatr. Soc, 2000, Vol. 36, no. 7, pp. 721-725.