



Гериатрические аспекты заболеваний органов дыхания

Пономарева Татьяна Александровна

Костно-мышечный скелет	Развивается остеохондроз грудного отдела позвоночника. Уменьшается подвижность реберно-позвоночных сочленений. Формируется кальциноз реберных хрящей, перерождение волокон мышц, непосредственно участвующих в акте дыхания (межреберных, диафрагмы). Развивается грудной кифоз, грудная клетка приобретает бочкообразную форму. Уменьшается подвижность ребер. Ограничивается объем движений грудной клетки
Воздухоносные пути	Увеличивается количество слизистых и уменьшается количество реснитчатых клеток. Уменьшается количество эластических волокон. Снижение эвакуаторной функции ухудшает бронхиальную проходимость, усугубляет нарушение легочной вентиляции и благоприятствует развитию бронхолегочной инфекции. Снижается кашлевой рефлекс
Легочная паренхима	Снижается жизненная емкость легких (ЖЕЛ). Легочная паренхима утрачивает свою эластичность, подвергается атрофии. Уменьшается альвеолярно-капиллярная поверхность. Дыхательная поверхность легких уменьшается на 40-45%. Легочные капилляры уплотняются, становятся ломкими, ухудшается питание ткани легкого, нарушается газообмен.

В связи со снижением защитных реакций организма увеличивается риск возникновения инфекционно-воспалительных заболеваний бронхиального дерева и легких

Острые пневмонии (ОП)

Это инфекционное заболевание легких, характеризующееся преимущественным поражением их респираторной ткани (альвеол).

Клиническое значение определяется широкой распространенностью этого заболевания, трудностями диагностики и лечения, тяжелым течением, высокой смертностью у пожилых.

Летальность пожилых в 10 раз превышает этот показатель в других возрастных группах

Выделяют пневмонии

- *По виду:*
 - внебольничные (домашние)
 - внутрибольничные (госпитальные)
- *По тяжести:*
 - легкая
 - средняя
 - Тяжелая
- *По виду возбудителя:*
 - бактериальные, вирусные, грибковые, риккетсиозные, микоплазменные

Предрасполагающие факторы

- **ХОБЛ**
- **Нарушение сознания**
- **Сахарный диабет, ИБС, хроническая СН**
- **Парентеральное введение лекарств и инфузионных растворов**
- **Интубация, ИВЛ**
- **Постельный режим**

Особенности возрастных острых пневмоний

- **Стертая клиника, атипичное течение: отсутствие острого начала, в 50% - отсутствие температурной реакции, кашель либо отсутствует, либо появляется на 5-6 день заболевания. Основным проявлением может быть одышка, нарушение со стороны ЦНС (апатия, общая слабость, сонливость, заторможенность)**
- **Способствует развитию острой сердечной недостаточности (обморок, коллапс)**
- **Усугубляет течение имеющихся хронических заболеваний**

Маски возрастных острых пневмоний

- **Сердечный вариант: боли в области сердца постоянного характера, не купирующиеся приемом нитроглицерина; внезапное нарушение сердечного ритма**
- **Абдоминальная маска**
- **Мозговой вариант**

Абсолютные показания к госпитализации при ОП

- **тяжелое течение**
- **возраст старше 70 лет**
- **наличие хронических заболеваний**
- **неэффективность антибактериального лечения в течение 3 дней**
- **наличие осложнений (плеврит)**
- **наличие выраженной анемии (уровень гемоглобина менее 90 г/л)**
- **социально-бытовые проблемы**

Лечение острой пневмонии

- Раннее расширение постельного режима, дыхательная гимнастика
- Антибактериальная терапия (полусинтетические пенициллины, макролиды, фторхинолоны). При выявлении возбудителя и чувствительности к нему – этиотропная терапия)
- Бронхорасширяющая терапия
- Муколитики
- Дезинтоксикационная терапия
- Оксигенотерапия

Сестринский уход включает

- Информирование пациента о принципах самоухода, личной и общей гигиене, о лабораторных исследованиях, особенностях лечения и реабилитационных мероприятиях**
- Создание и поддержание комфортных условий в палате (квартире), в том числе обеспечение доступа свежего воздуха, достаточного сна, соблюдения постельного режима и пр.**
- Обучение очищению дыхательных путей от мокроты**
- Предупреждение переутомления в сочетании с оксигенотерапией, лечебной физкультурой**
- Профилактика инфицирования окружающих (правильное обращение с мокротой)**
- Выполнение назначений врача, контроль приема лекарственных средств**
- Контроль динамики клинических проявлений заболевания**

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)

- **Хроническое медленно прогрессирующее заболевание легких, характеризующееся необратимой или частично обратимой обструкцией дыхательных путей вследствие хронического обструктивного бронхита или эмфиземы легких.**
- **Заболеваемость у пожилых в 5-6 раз выше, чем у лиц молодого возраста.**

Причины возникновения:

- **курение, в том числе пассивное**
- **профессиональные вредности и загрязнение атмосферного воздуха**
- **следствие недолеченного острого бронхита, пневмонии, туберкулеза**
- **ОРВИ и бактериальные инфекции способствуют обострению и прогрессированию ХБ.**

Предрасполагающие факторы

- Переохлаждение
- Снижение иммунологической реактивности
- Наследственная предрасположенность
- Сопутствующие заболевания
- Возрастные и патологические изменения грудной клетки и легких

Клиника ХОБЛ

- Начинается с нечастого кашля, затем кашель с мокротой усиливается преимущественно в утренние часы, появляется одышка сначала при нагрузке, а по мере прогрессирования и в покое.
- Явления интоксикации несвойственны пожилым с ХОБЛ.
- Обострение заболевания неблагоприятно сказывается на течении сопутствующих заболеваний
- Ухудшается качество жизни, часто приводит к инвалидизации и преждевременной смерти

Особенности диагностики у пожилых

- **Сбор анамнеза. Поздняя обращаемость пациентов (когда к кашлю с мокротой присоединяется одышка)**
- **Объективное обследование (в том числе при осмотре - серый оттенок кожи, цианоз, изменение ногтей и ногтевых фаланг пальцев кисти в виде «часовых стекол» и «барабанных палочек», бочкообразная грудная клетка)**
- **Лабораторные и инструментальные исследования (в том числе исследование мокроты, спирография, бронхографическое, бронхоскопическое и рентгенологическое исследование)**

Лечение ХОБЛ

Направлено на ликвидацию инфекционно-воспалительного процесса в бронхиальном дереве, очищение его от скопившейся слизи и восстановление проходимости дыхательных путей:

- **Антибактериальная терапия в стадии обострения воспалительного процесса с учетом чувствительности к возбудителю**
- **Бронхорасширяющие препараты, в том числе с применением дозированных аэрозольных ингаляторов (ДАИ) и через небулайзер (предпочтительно у пожилых): беродуал, атровент, беротек, сальбутамол, формотерол. Теофиллины (теопэк, теотард) назначаются с осторожностью в связи с возможным синдромом «обкрадывания»**
- **Муколитики (АЦЦ, амброксол, бромгексин) и отхаркивающие средства**
- **Оксигенотерапия**
- **Антиоксидантные средства (витамины группы А и С)**
- **Лечебная физкультура, массаж**

Сестринский уход

Тактика сестринского ухода в основном как и при ОП.

- Оценивается наличие кашля, характер и количество мокроты, условия возникновения и прекращения одышки, степень выраженности цианоза
- Осуществляется контроль за выполнением пациентом врачебных назначений, выявление побочных явлений от лекарственных средств (в том числе от антибактериальных препаратов) и информирование об этом врача
- Обучает, в том числе при посещении пациента на дому, правильно использовать ингаляционные средства (небулайзеры), навыкам дыхательной гимнастики
- Совместно с врачом и социальным работником организует психологическую, физическую и социальную поддержку пациента в семье

Бронхиальная астма у пожилых (БА)

Это хроническое рецидивирующее заболевание, в основе которого лежит повышенная готовность бронхов к спазму.

Проявляется приступом удушья вследствие спазма бронхов мелкого калибра, гиперсекреции вязкого трудноотделяемого бронхиального секрета и воспалительного отека стенки бронхов.

Приступ купируется самостоятельно или при помощи адекватного лечения

Выделяют клинико-патогенетические варианты БА:

Атопическая (аллергическая) форма

Неатопическая:

- **Инфекционно-зависимая**
- **Аспириновая триада (непереносимость аспирина и близких к нему препаратов, рецидивирующая полипозная риносинусопатия и приступы удушья, возникающие при приеме продуктов, содержащих аспирин в качестве консервантов)**
- **Астма физического усилия**
- **Нервно-психический вариант**

Смешанная

Дифференциальная диагностика бронхиальной и сердечной астмы

Критерии	Бронхиальная астма	Сердечная астма
Предшествующие заболевания	Хр. бронхит, вазомоторный ринит, аллергические заболевания	ИБС, пороки сердца, артериальная гипертензия, хр. гломерулонефрит
Причина приступа	Инфекция органов дыхания, контакт с аллергеном, психическая травма	Острый инфаркт миокарда, резкое повышение АД, чрезмерное физическое усилие
Одышка	Экспираторная – затруднен выдох	Инспираторная – преимущественно затруднен вдох
Цианоз	Центральный	Периферический
Хрипы	Обильные, рассеянные, сухие, свистящие	Влажные хрипы в нижних отделах легких
Пульс	Частый	Частый, иногда аритмичный
Отеки	Отсутствуют	Нередко имеются
Мокрота	Густая, вязкая, отделяется с трудом, в малом кол-ве	Жидкая, пенистая, иногда розовая, легко отделяется

Лечение

При приступе рекомендуются:

- беродуал, атровент
- муколитики

При тяжелом течении астмы назначаются глюкокортикостероиды в виде ингаляций с помощью небулайзера (пульмикорт)

Особенности сестринского процесса при БА

1 этап.

Основа работы мед. сестры - сбор информации для оценки состояния больного: от самого больного, членов его семьи, из медицинской документации, результатов осмотра, сообщений дежурного персонала.

Процесс опроса пациента затруднен в момент удушья, а также в связи с ослаблением памяти у пожилых, нередко отсутствием медицинской документации и близких родственников.

Учитывается возможность возникновения пылевой, пищевой, лекарственной аллергии, особенности проживания больного.

Особенности сестринского ухода при БА

(продолжение)

При посещении на дому медицинская сестра учитывает факторы развития заболевания:

- Наличие плесени (в ваннных комнатах, туалетах)**
- Обилие домашней пыли**
- Пуховые подушки, перины, ковры в комнате больного**
- Цветы в горшках**
- Домашние животные, птицы**
- Курение и использование для распыления в помещении различных аэрозолей и косметических средств**

Особенности сестринского процесса при БА

(продолжение)

2 этап

Выделение основных проблем пациента: приступы удушья, одышка, кашель, стеснение в грудной клетке. Возможны недержание мочи при кашле, депрессивное состояние, обусловленное хроническим заболеванием легких и зависимостью от окружающих.

3 этап

Планирование помощи пациенту, которую м/сестра может выполнить самостоятельно: противоаллергические мероприятия, направленные на благоустройство быта, диетические рекомендации, определение оптимальной физической активности, обучение правильному применению ингалятора и сбору мокроты. При необходимости (по согласованию с врачом) организация консультации аллерголога, психотерапевта, социального работника (особенно для одиноких пожилых с тяжелым течением заболевания).

Осуществляет контроль врачебных назначений.