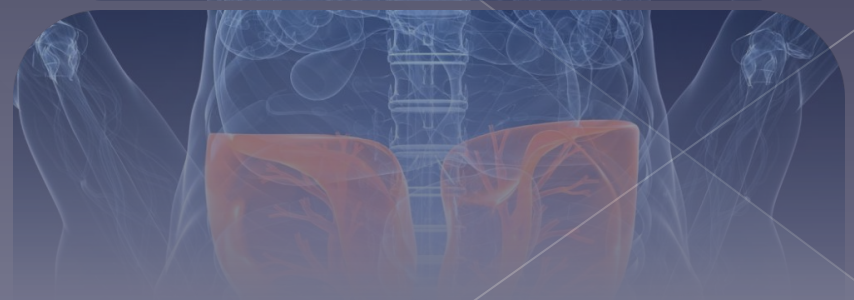


*Особливості перебігу
захворювань органів дихання у
пацієнтів літнього та
старечого віку.*



В процесі старіння відбуваються морфологічні та функціональні зміни органів дихання, а також тканин, які беруть участь в реалізації функції дихання

1. **Зміни з боку кісткового апарату грудної клітки:**

хрящі ребер втрачають пластичність, зменшується рухливість реберно-хребцевих з'єднань, погіршується окостеніння. Внаслідок цих процесів виникає деформація; грудна клітка змінює свою конфігурацію: витягнута вперед, сплющена з боків. Об'єм рухів грудної клітки знижується.

2. **Зміни з боку м'язового апарату:**

міжреберні м'язи і діафрагма зменшуються в своїй масі, заміщуються фіброзною тканиною. Це ще більше зменшує рухливість грудної клітки при диханні.

3. Зміни в трахеї і бронхах:

слизова атрофується, кількість секрету зменшується, витончується м'язовий шар бронхів, трахея кальцинується. Навкруги бронхів розростається сполучна тканина. В бронхах виникають випинання, просвіт їх звужується. Перистальтика бронхів зменшується. Внаслідок атрофії слизової і зменшення бронхіального секрету знижується кашльовий рефлекс, тобто самоочищення бронхів зменшується.



Морфологічні зміни

4. Зміни в альвеолах:

Стінки альвеол витончуються, а в деяких місцях потовщуються за рахунок фіброзної тканини. Просвіт деяких альвеол заповнюється сполучною тканиною з виникненням зони склерозу різних розмірів. Сполучнотканинний каркас легень стає ригідним.

Внаслідок цих змін зменшується вентиляційна здатність легень.

5. Зміни капілярів:

стають ригідними, порушується їх проникливість. Поступово зменшується кровонаповнення судин.

6. Знижується функція зовнішнього дихання:

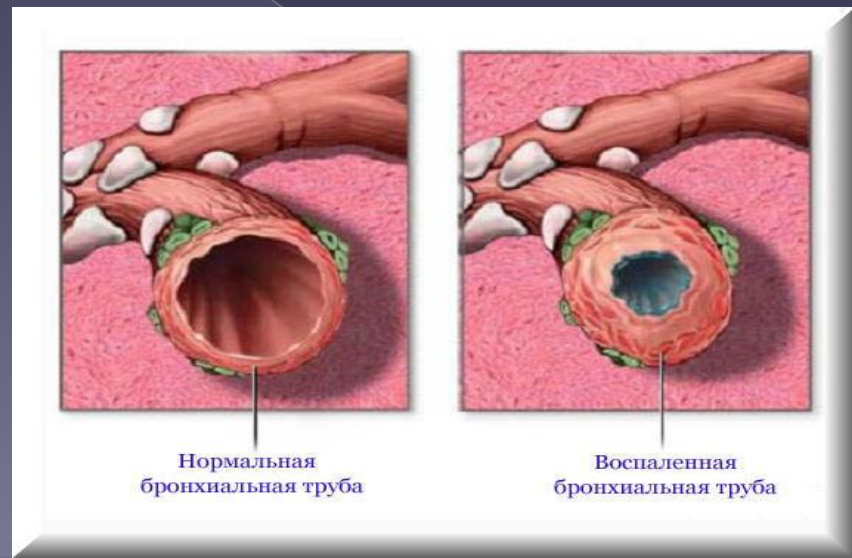
погіршується бронхіальна прохідність, ЖЕЛ, дихальний об'єм, резервний об'єм вдиху і видиху падає, а залишковий об'єм зростає. Поряд з цим зменшується максимальна вентиляція легень, тобто страждає механічна функція легень. Це є причиною легкої появи задишки у старих людей при фізичному навантаженні. Вентиляційна функція легень знижується.

Гострий бронхіт (ГБ)

ГБ - захворювання, що характеризується дифузним пошкодженням слизової оболонки бронхів.

Причини: віруси (аденовірус, риновірус), бактерії, пил та ін.

Провокуючі фактори: ГРЗ, грип, хр. вогнища інфекції, тонзиліт, куріння, алкоголь, кіфосколіоз.



Клініка:

скарги на відчуття лоскоту, пекучості за грудиною. Загальна слабкість, температура, сухий кашель. пізніше приєднується слизисто-гнійне харкотиння. Якщо запалення вражає тільки великі бронхи порушень бронхіальної провідності немає і хворий легко відкашлює харкотиння. Якщо ж запальний процес уражає лише дрібні бронхи, в яких немає кашльових рецепторів, то в цих випадках задишка може бути єдиним проявом бронхіту

У старих людей частіше спостерігається поєднання запалення дрібних і середніх бронхів. Це спричиняє порушення бронхіальної провідності. В таких випадках харкотиння відкашлюється важко і спостерігається тяжка задишка.



Перебіг захворювання як правило залежить від виду збудника при грипозній етіології приєднується враження трахеї з болями за грудиною, герпесні висипання на губах, запалення слизової носоглотки з цятковими крововиливами, прожилками крові в харкотинні. задишкою і масою вологих хрипів в легенях,



Перебіг захворювання

Гострі явища як правило зменшуються через 3-5 днів, а кашель може утримуватись ще протягом місяця тому, що функція зовнішнього дихання і бронхіальна прохідність відновлюються дуже повільно. При аденовірусній інфекції бронхіт супроводжується кон'юнктивітом, фарингітом, ринітом зі значними серозними виділеннями.

Підвищення температури може тривати 7-10 днів.

При парагрипі перебіг захворювання нетяжкий, але приєднується ларингіт з втратою голосу, риніт. Через 2-3 дні можуть виникнути диспепсичні розлади.



Лікування

- 1) ліжковий режим при тяжкому стані. Напівсидяче положення, часті зміни положення в ліжку для покращення вентиляції легень;
- 2) сульфаніламіді подовженої дії (сульфален, бісептол);
- 3) напівсинтетичні антибіотики (ампіцилін, еритроміцин);
- 4) знеболюючі і протизапальні (аспірин, анальгін). При сухому кашлі протикашльові препарат (кодеїн, лібексин), при вологому відхаркувальні засоби (настій кореня алтея, мукалтин, бромгексин);
- 6) при явищах обструктивного синдрому -- еуфілін, теопек. теодур, солютан.
- 7) фізметоди лікуванн: гірчичники, інгаляції з відварами ромашки. Звіробою, евкаліптовою олією, УФО, УВЧ, індуктотермію.

Пневмонія -

це гострий запальний процес
легеневої тканини

класифікація:

1. Позалікарняні.
2. Внутрішньолікарняні (нозокоміальні) при інтубації, операціях, у ослаблених хворих.
3. Аспіраційні.
4. Пневмонії у людей з тяжкими дефектами імунітету (вроджений імунодефіцит, ВІЛ-інфекція та ін.).



Варіанти пневмонії:

1. Крупозна часткове або сегментарне ураження, втягнення плеври в запальний процес.
2. Вогнищева ураження часточок або групи їх. Бронхопневмонія - процес починається з бронха.
3. Атипові – зумовлені внутрішньоклітинними збудниками (мікоплазма, рикетсія, хламідія). Діагноз виставляють тоді, коли лікування протягом 2-3 днів неефективне, зберігається лихоманка, стан хворого погіршується.



Особливості клініки:

1. В клінічній картині переважають . Відсутність вираженого початку.
2. Загальні симптоми: загальна слабкість, апатія, відсутність апетиту, дезорієнтація до глибокої прострації.
3. Відсутність температурної реакції або її слабка вираженість.
4. Диспепсичні явища: блювота, розвільнення.
5. Болі в грудях відсутні.
6. Швидкий розвиток легеневої недостатності з ціанозом шкіри обличчя, губ, частим поверхневим диханням.
7. Фізикальне обстеження легень відрізняється від даних молодших вікових груп і вкорочення перкуторного звуку немає, дихання жорстке. Крім вологих хрипів (дрібно пухирчатих і крепітуючих), вислуховуються ще і СУХІ

8. Пневмонія часто супроводжується дегенеративними змінами в серцевому м'язі - Міокардіодистрофія. Крім зменшення скоротливої функції міокарда, знижується тонус малого і великого кола кровообігу, що обумовлює розвиток гострої судинної недостатності, а саме - в ділянці головного мозку з явищами ішемії в різних судинних басейнах.
9. До частих ускладнень відносяться зміни з боку нирок: протеїнурія, циліндрурія, гематурія.
10. При додаткових дослідженнях не знаходять вираженого лейкоцитоза, яке характерно для молодих.
11. При рентгенологічному дослідженні в зв'язку з наявністю емфіземи немає чіткості вогнища запальної інфільтрації, краї його як правило змазані, розпливчасті. Це затруднює рентгенологічну діагностику.
12. Перебіг пневмоній затяжний, часто спостерігається трансформація в хронічний процес.

Основними принципами терапії гострої пневмонії незалежно від категорії є:

- 1) антибактеріальна терапія;
- 2) забезпечення дренажа бронхів;
- 3) зниження імунних змін;
- 4) корекція імунних змін;
- 5) покращення мікроциркуляції в легенях;
- 6) симптоматична терапія;
- 7) реабілітаційні заходи.



Емфізема легень (ЕЛ)

ЕЛ- це розширення легень, обумовлене зниженням еластичності легеневої тканини і підвищеного вмісту в легенях повітря.

ЕЛ може бути первинною і вторинною.

Первинна її Л це спадковий дефект розвитку бронхолегеневої системи, в основі якої лежить дефіцит а-антитрипсину. При його нестачі проте ази, які продукуються лейкоцитами та макрофагами, руйнують строму легень. Внаслідок цього зменшується еластичність легень, що утруднює видих. Наступає альвеолярна гіповентиляція з гіпоксемією та гіперкапнією.

Вторинна ЕЛ. Причиною її є хронічний обструктивний бронхіт. Внаслідок обструкції бронхів відбувається затримка повітря в альвеолах. Альвеоли розширюються, виникають повітряні порожнини, настає деструкція стінки альвеол. Цьому сприяють хронічні запальні процеси, виділення протеаз макрофагами і лейкоцитами. Крім того, порушення капілярного кровообігу, зміни нервової системи. Також є факторами, які поглиблюють деструкцію альвеол.

В похилому і старечому віці частіше зустрічається вторинна ЕЛ.



Клініка:

Ціаноз шкіри, слизових, бочкоподібна грудна клітка, вибухають над- і підключичні ділянки, в акті дихання приймає участь допоміжна мускулатура. Грудна клітка зафіксована в фазі вдоху. Границі легень зміщені вниз на 1-2 ребра. Екскурсія нижнього краю легень різко обмежена.

Аускультативно -- дихання ослаблене, подовжений вдих, сухі свистячі хрипи, іноді дрібно пухирчасті незвучні хрипи.

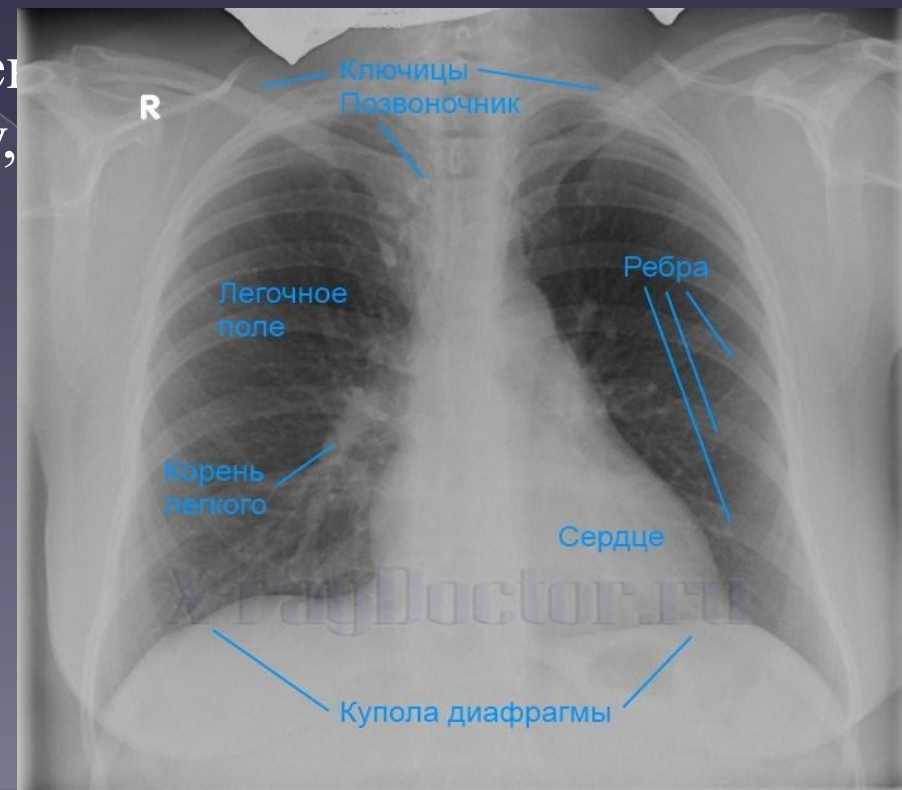
З боку серця: зменшення абсолютної і відносної тупості, приглушення тонів серця, підсилення на легеневій артерії.

Допоміжні методи дослідження: в периферичній крові еритроцитом (але менше виражений ніж у молодих).

Спірографія виявляє збільшення залишкового об'єму, порушення бронхіальної прохідності.

Додаткові методи обстеження

Рентгенологічно визначають підвищення прозорості легеневої тканини, горизонтальне розташування ребер, збільшення вертикального розміру грудної клітки, бочкоподібну її форму, ви стояння грудини, низьке розташування діафрагми, сплюснені її куполів, явища пневмосклерозу, вертикальне положення серця. гіпертрофію правого шлуночка. Перебіг ЕЛ повільний, але прогресуючий з роками. Цьому сприяють пневмонії, загострення ХБ, що врешті приводить до хронічного легеневого серця.



Лікування

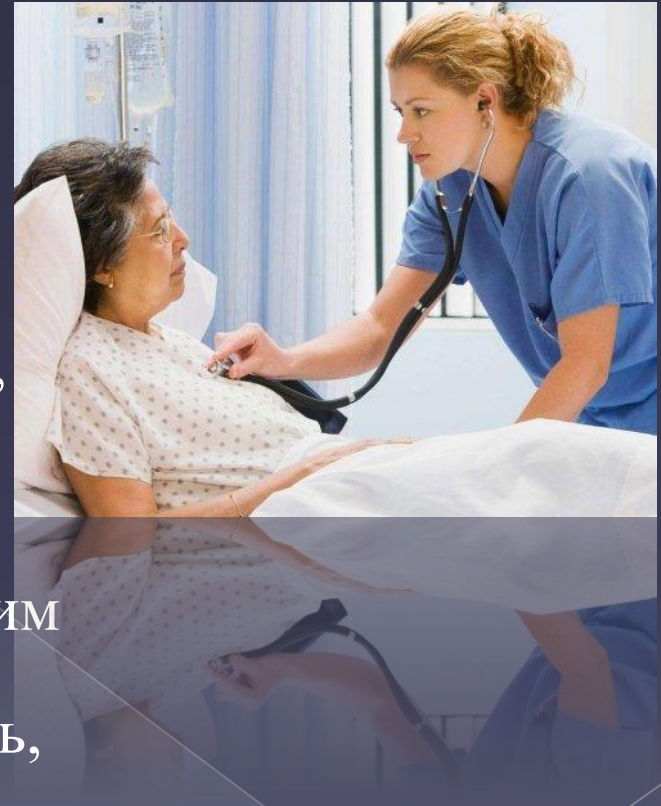
1) Лікування основного захворювання, що призвело

до розвитку ЕЛ;

2) при наявності бронхолегеневої інфекції антибіотики. сульфаніламідні препарати;

3) препарати, що покращують бронхіальну прохідність (бронхолітики, відхаркуючі).

Треба мати на увазі, що на відміну від людей молодшого віку, призначати адреналін і симпатоміметичні аміни старим людям протипоказано тому, що вони погіршують вентиляційну функцію легень, сприяють відкриттю артеріовенозних шунтів. Особливо обережними треба бути при наявності супутньої патології, як от СН, ЕХ, серцева астма, гіпертіреоз, паркінсонізм.



Дякую за увагу!