

*Особливості перебігу  
захворювань органів  
дихання і травлення 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:

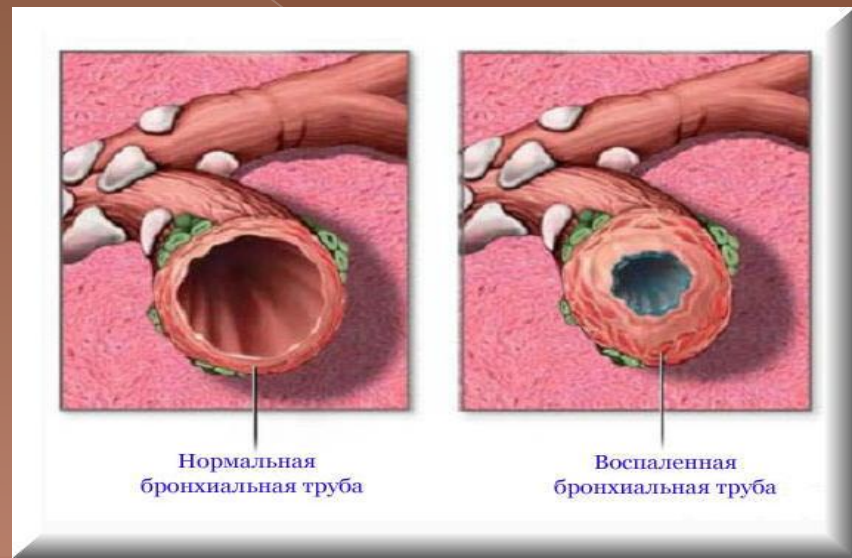
погіршується бронхіальна прохідність, ЖЕЛ, дихальний об'єм, резервний об'єм вдиху і видиху падає, а залишковий об'єм зростає. Поряд з цим зменшується максимальна вентиляція легень, тобто страждає механічна функція легень. Це є причиною легкої появи задишки у старих людей при фізичному навантаженні. Вентиляційна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

Рентенологічно визначають підвищення прозорості легеневої тканини, горизонтальне розташування ребер, збільшення вертикального розміру грудної клітки, бочкоподібну її форму, ви стояння грудини, низьке розташування діафрагми, сплющення 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, відхаркуючи).

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.

Холінолітики у таких хворих ефективні, але вони сприяють затримці харкотіння, тахікардії та підвищують внутрішньо очний тиск.

Обережними треба бути при проведенні оксигенотерапії: у старих знижена чутливість дихального центру до CO<sub>2</sub>, а кисень ще більше його знижує. Настає гіповентиляція легень. Тому при важкій ЕЛ оксигенотерапію проводять під контролем кислотно-лужної рівноваги. Концентрація кисню повинна бути 30-50%, інгаляцію проводити переривистим мето дим.

Суттєве значення в лікуванні надають ЛФК. особливо дихальним вправам. При наявності бронхоспастичного синдрому рекомендують постійний прийом бронхолітиків, відхаркуючих.

# Вікові зміни зміни ротової порожнини.



- зменшення об'єму ротової порожнини;
- атрофія м'язів обличчя і кісток, при чому верхня щелепа більше зменшується, ніж нижня, а це змінює прикус та ускладнює відкушування їжі і жування;
- зуби стираються, емаль зубів набуває жовтого кольору;
- згладжуються сосочки язика;
- атрофуються слинні залози, зменшується продукція слини, виникає сухість в роті, тріщини язика і губ.

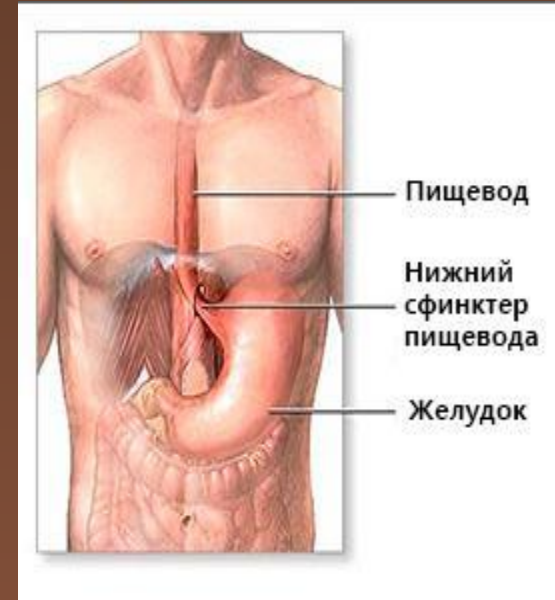
# Вікові зміни стравоходу

Стравохід - помірно подовжується внаслідок викривлення грудного відділу хребта, розширення дуги аорти:

- атрофія слизової стравоходу;
- зменшення секреторних клітин стравоходу;

- м'язові волокна гинуть, заміщуються сполученою тканиною. Цей процес найбільше виражений в середній частині стравоходу і може проявлятися деяким дискомфортом під час їди.

- внаслідок зниження тонусу структура стравоходу спостерігається почастищення шлункового рефлюксу





# Вікові зміни шлунку

- зменшення товщини слизової шлунку із зменшення кількості секреторних клітин;
- зменшується кількість функціонуючих капілярів, внаслідок чого порушується кровопостачання стінки шлунку;
- атрофія м'язового шару шлунку.
- Все це веде до зниження секреторної і моторної функції шлунку.



## Вікові зміни кишок

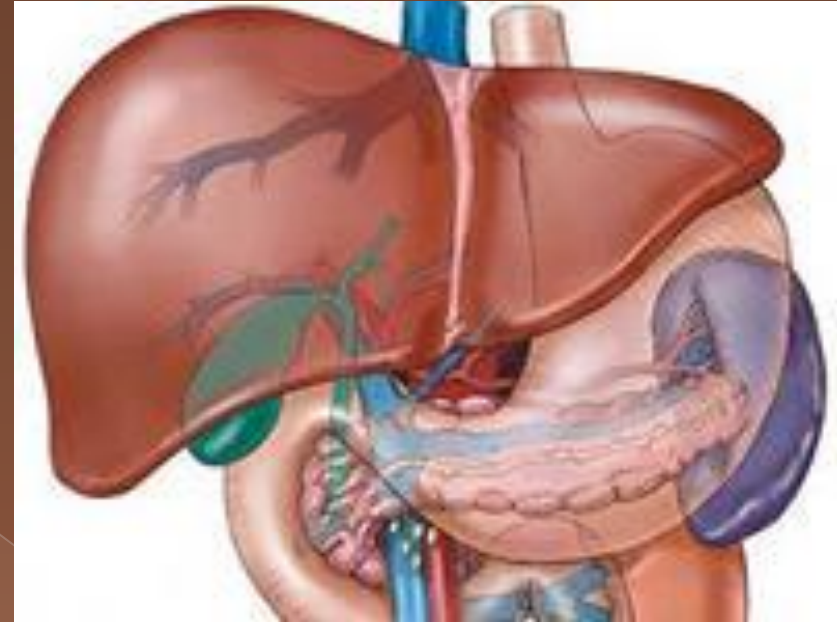
- збільшення загальної довжини, особливо товстої;
- атрофія слизової, що зменшує перетравлення їжі, всмоктування вуглеводів, білків, жирів;
- мікрофлора кишок змінюється: зменшується кількість молочнокислих бактерій, а бактерій гнилісної групи значно збільшується. Це сприяє росту продукції ендотоксинів і приєднанню патологічних процесів в кишечнику.



# Вікові зміни печінки і жовчного міхура

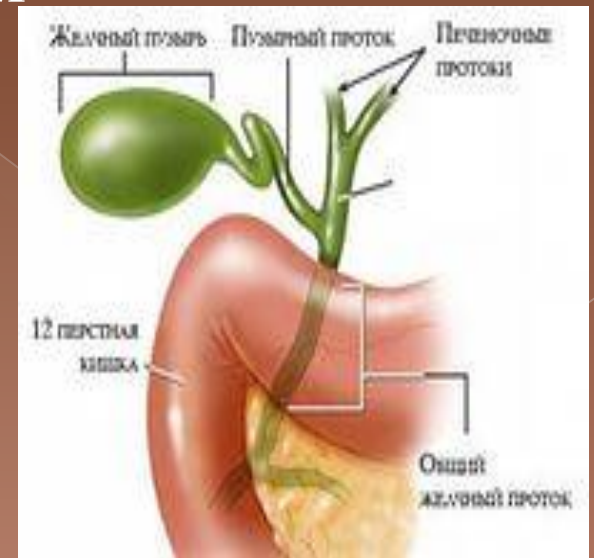
Печінка:

- зменшення її маси;
- зниження функції гепатоцитів, які приймають участь в обміні білків, жирів, вуглеводнів, пігментів і виконують антитоксичну функцію.



## Жовчний міхур:

- подовжується, тонус його м'язів знижується;
  - моторна функція знижується, виникає застій жовчі;
  - виділяється багато холестерину.
- Все це сприяє розвитку жовчнокам'яної хвороби.



# Вікові зміни підшлункової залози

Підшлункова залоза — її атрофія починається з 40-річного віку.

кількість клітин, що декретують гормони зменшується, але концентрація інсуліну навпаки, збільшується. В той же час рівень глюкози в крові також підвищується; знижується продукція панкреатичного соку з всіма його ферментами (трипсин, амілаза, ліпаза).

Але при переїданні відбувається виснаження клітин, що виробляють панкреатичний сік.

# Хронічний гастрит (ХГ).

Це прогресуючий запальний процес, який вражає слизову та підслизову оболонку, завдяки чому зменшується кількість секреторних клітин. ХГ — поліетіологічне захворювання.





## Причини:

- Хелікобактерна та вірусна інфекція;
- порушення режиму харчування;
- переїдання;
- прийом гарячої або холодної їжі (систематично);
- зловживання алкоголем;
- куріння;
- порушення в системі нейрогуморальної регуляції;
- дуоденогастральний рефлюкс;
- хр. запальні вогнища в інших органах.



# Клінічні прояви ХГ в похилому і старечому віці:

- шлунковий дискомфорт (нудота, блювота, розпирання і важкість в животі, болі);
- страждає загальний стан, але помірно;
- маса тіла зменшується незначно;
- хвилеподібний перебіг;

диспестичний синдром виражений більше, ніж больовий;

секреторна недостатність виражена: атрофічний гастрит з ахлоргідрією і ахілією складає 40-60%.

Діагностиці допомагає рентгендослідження, гастроскопія з біопсією і гістологічним дослідженням, визначення функціонального стану секреторного апарату шлунка.

# Лікування:

1. Правильний режим харчування (4-5 р/день, тепле);
2. Замісна терапія (фестал, панкреатин, шлунковий сік);
3. При болях — спазмолітична терапія (но-шпа, папаверин);
4. Полівітамінні комплекси.
5. Антихелікобактерна та противірусна терапія

# *Виразкова хвороба*

Це: хр. рецидивне захворювання, при якому виникає дефект слизової оболонки внаслідок дії патологічної флори (хелікобактер) та порушення трофіки слизової оболонки.



Розрізняють виразкову хворобу, яка виникла:

- в молодому віці і зберігається з роками ("рання");

- в похилому і старечому віці ("пізня");

- "старечі виразки" - це симптоматичні виразки при хр. захворюваннях системи, дихальної с-ми, крові, прийомі медикаментів (преднізолон, серцеві глікозиди).

## Особливості клінічних проявів:

1. Зменшення сезонності, переважає прогресуючий тип перебігу захворювання з довготривалими загостреннями;
2. Приєднання патології жовчного міхура, підшлункової залози;
3. Супроводжується зниженням підшлункової секреції;
4. Термін рубцювання довготривалий;

5. Біль має ряд особливостей:
  - помірний або відсутній;
  - постійний, не залежить від прийому їжі;
  - атиповість локалізації: під грудиною або за, іррадіює в спину, л/руку, ділянку серця, в підребер'я.
6. Виражений диспепсичний синдром;
7. Скрита кровотеча, часом з перфорацією ;
8. Злоякісне переродження;
9. Рубцеві стени бувають рідко але якщо вони виникають, то декомпенсація стенду настає дуже швидко.

## Дообстеження:

Спочатку ендоскопія, яка виявляє одну або декілька виразок, розмір яких від 1 до декількох см в в/частині шлунка.

"Старечі" виразки (результат ураження судин атеросклерозом, стінки судини стають ригідними, не скорочуються, рефракція затруднена -кровотеча) великі але не глибокі, контури чіткі, некротична плівка на дні, повільний інфільтративний вал.



## Особливості лікування

- 1) Призначають спазмолітики (папаверин, но-шпу) замість холінолітиків;
- 2) Показано призначення препаратів, що регулюють моторику ШКТ (церукал, мотиліум, реглан), підвищують репаративні процеси (метилурацил, вітаміни), подавляють продукцію соляної кислоти (гастроцепін, фамотидін 20 мг на ніч, квамател, омепрозол);
- 3) Використовують фізпроцедури, ЛФК, лікують супутні хвороби.

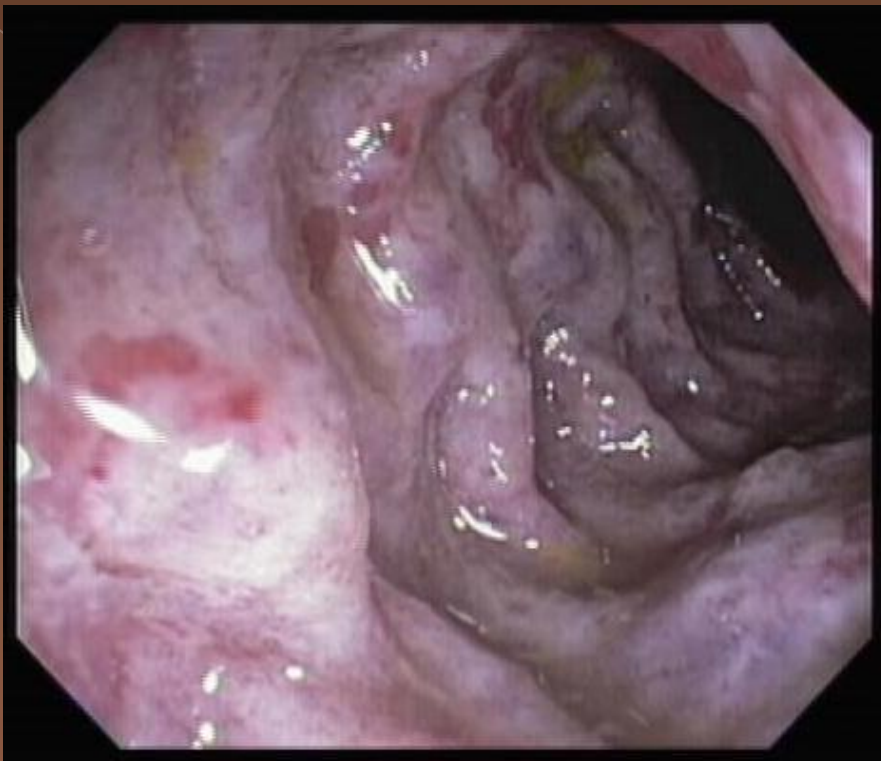
При ранній виразковій хворобі, коли доведена гелікобактерна природа, призначають амоксицилін (флемоксин 0,5х2р. + метронідазол 0,25х3р. протягом 7 днів на фоні спазмолітиків та лікування супутніх захворювань). Ендоскопічний контроль через 4-5 тижнів.

# Хронічний коліт (ХК)

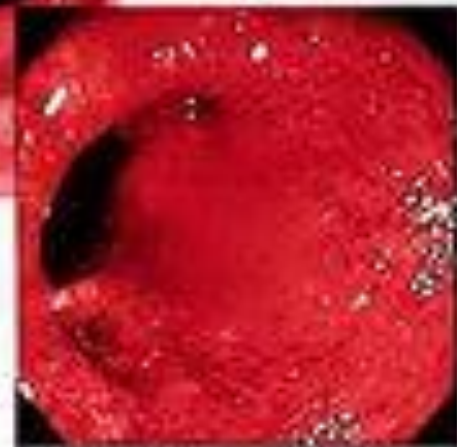
тривале запалення товстої кишки з рецидивуючим перебігом.

## ПРИЧИНИ

В більшості випадків ХК починається в середньому віці. Він часто поєднується з хронічним гастритом, захворюванням печінки, ж/міхура, підшлункової залози. ХК має зв'язок з порушенням моторної функції кишечнику, атонією товстої кишки, аномаліями кишечнику. Тривалі закрепи з часом призводять до запального процесу слизової товстої кишки, переважно в дистальних відділах, тобто сигмоїдиту, проктиту, які проявляються закрепами з болями в лівій половині живота, здуттям.



Норма



Колит

ХК сприяє виникненню дивертикулітів товстого кишечника. Д-з дивертикуліту підтверджується рентгенологічним дослідженням ректороманоскопією.

Для гострого дивертикуліту х-но: болі в лівій здухвинній ділянці; підвищення температури тіла; с-ми подразнення очеревини; кровотечі з прямої кишки; закрепи і розвільнення.

Ускладнення:

перфорація стінки кишки з перитонітом;  
масивна кровотеча;

порушення прохідності кишечника (набряк стінки, стеноз); виникнення норниць.

Всі ці ускладнення вимагають негайного хірургічного втручання.



# Лікування ХК і дивертикуліту.

- 1) Дієта з обмеженням вуглеводів і жирів;
- 2) Антиспастичні пр-ти (папаверин, но-шпа, теплі компреси на ніч, систематично грілки після їди)
- 3) При запальному процесі - ентеросептол, фталазол короткими курсами по 7-10 дн., полівітаміни з наступним місячним курсом колібактерина.

# Синдром ішемії органів черевної порожнини.

Обумовлений тяжким атеросклерозом  
черевного відділу аорти та її гілок,  
кровообіг порушується переважно  
в лівих відділах товстого кишечника -  
ішемічний коліт.



Скарги: диспепсичний синдром (відчуття повноти в лівій половині живота, болі в ділянці пупка. Здуття, закрепи, які змінюються на розвільнення). Метеоризм поперекового та низхідного відділів кишечника.

Після фіз. навантаження, їди болі в животі підсилюються. На слизовій утворюються виразки, при легкому перебігу настає швидка епітелізація, при тяжкому - виразка поглиблюється, захоплює глибокі шари кишки. Після її рубцювання настає звуження просвіту кишки.



Якщо гілка аорти повністю закривається тромбом або емболом, клінічні прояви важчі: болі стають нестерпними, виникає гострий живіт, розвивається перитоніт.



# Лікування:

Консервативна терапія неефективна. Хворим проводять тромбартеріоектомію.

Аневризма черевної аорти.

Характеризується непостійними болями в животі. Вони можуть бути короткочасними або тривалими до декількох годин.

Спостерігаються також диспепсичні симптоми: нудота, повнота та розпирання в животі, здуття.



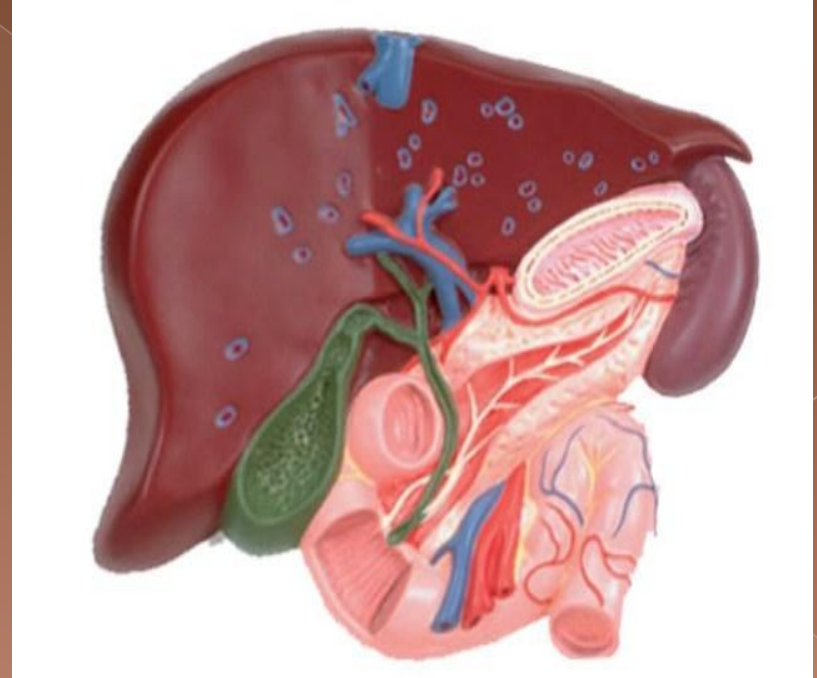
При розшаруванні аневризми в кінцевій ділянці аорти - парестезії в ногах, невпевненість при ходьбі.

Наявність аневризми закінчується її розривом, що веде до смерті хворого.

## Хронічний холецистит (ХХ)

ХХ — це, як правило, продовження багаторічного процесу, який почався ще в молодому віці.

Клінічно характеризується помірною інтенсивністю больових приступів. При латентному перебігу - диспепсичний синдром. Після порушення дієти - жовчна колька.



ХКХ характеризується часто атиповим перебігом: диспепсичний синдром, аналогічний хр. гастриту: скарги на поганий апетит або його відсутність, гіркоту в роті, нудоту, блювоту, дискомфорт в в/половині живота. Типові приступи жовчної кальки рідкі. Хворі відмічають лише легкі болі або відчуття тиску в правому підребер'ї, частіше після порушення дієти.



Такий атиповий перебіг приступу обумовлений: зниженням тону́су мускулатури ж/міхура і сфінктерів; віковою атрофією;  
- поєднанням ХХ з хронічним запальним процесом в шлунку, 12-п. кишці, підшлунковій залозі або в кишечнику.

Рефлекси жовчного міхура можуть провокувати приступи стенокардії.

Ускладненнями жовчнокам'яної хвороби можуть бути:

- закупорка ж/протоку з водянкою ж/міхура; обтураційна жовтяниця з розвитком вторинного біліарного цирозу;
- гангрена ж/міхура з перитонітом;
- перфорація ж/міхура.

## Лікування:

Хірургічне при водянці міхура, обтураційній жовтяниці, гангрені і перитоніті, при частих приступах кольки.

В інших випадках - консервативне лікування: антибіотики, спазмолітики, протизапальні пр-ти, знеболюючі.

