**Лекція 3**

**Тема:** **Особливості перебігу захворювань органів дихання у осіб похилого віку**

**План**

1.Вікові фізіологічні зміни органів системи дихання.

2.Гострий бронхіт.

3.Хронічний бронхіт.

4.Хронічне обструктивне захворювання легень.

5.Бронхіальна астма

6.Пневмонія.

**Зміст лекції.**

**1.Вікові фізіологічні зміни органів системи дихання.**

В органах дихальної системи при старінні відбувається значні морфологічні і функціональні зміни, що поширюються на грудну клітку, повітроносні шляхи, легеневу паренхіму,судинну систему малого кола кровообігу. Легені-це орган, в якому відбувається газообмін між кров’ю і повітрям. Вони, як і інші органи, мають значні функціональні резерви, що дають змогу їм легко пристосовуватися до підвищених вимог. З віком ці резерви значно зменшуються, але і в старості здатні забезпечити життєдіяльність організму в звичайних умовах. Додатково функціо­нальні резерви знижуються при гострих захворюваннях (пневмонія) або при захворюваннях, пов’язаних із погіршенням про­хідності бронхів (бронхіт, обструктивна емфізема легень, пневмосклероз тощо). Це призводить до розвитку дихальної недостатності у старих людей, яка часто є небезпечною для життя.

**2.Гострий бронхіт.**

Гострий бронхіт — захворювання, що характеризується дифузним ураженням слизової оболонки бронхіального дерева. Його збудниками є різноманітні мікроорганізми, які містяться у верхніх дихальних шляхах здорової людини. Якщо захисні сили організму ослаблені то мікроорганізми можуть спричинити ураження слизової оболонки бронхів, а іноді й інших шарів бронхіальної стінки

Сприятливими чинниками є:

* хронічні джерела інфекції (синусит, гайморит, тонзиліт);
* куріння, зловживання алкоголем;
* порушення дихання;
* кіфосколіоз;
* недостатність кровообігу із застійними явищами в легенях.

При легкому перебігу бронхіту основними проблемами є: загальна слабкість, відчуття стиснення в грудях (температура тіла переважно нормальна або субфебрильна), сухий, часто над­садний кашель, до якого надалі приєднується виділення не­значної кількості слизисто-гнійного харкотиння.

Необхідно обовязково зробити рентгенографію грудної клітки, також виключити наявність туберкульозу.

Важливим також є загальний аналіз крові і дослідження харкотиння (загальний аналіз, на мікобактерії туберкульозу (МБТ) й атипові клітини).

У старих людей, хворих на гострий бронхіт, необхідно завж­ди звертати увагу на стан серцево-судинної системи. Якщо є проблеми, пов’язані з недостатністю кровообігу, потрібно при­значити симптоматичне лікування.

**3.Хронічний бронхіт.**

Хронічний бронхіт характеризується дифузним ураженням слизової оболонки і більш глибоких шарів стінки бронхів. Згід­но з визначенням експертів ВООЗ, про хронічний характер бронхіту можна говорити лише за умови, коли кашель і виді­лення харкотиння тривають не менше 3 міс. щороку, протягом 2 років поспіль, за відсутності у пацієнта інших захворювань, які могли б спричинити ці симптоми.

Це надзвичайно поширене захворювання органів дихання. Часто починається з гострого бронхіту, але може розвиватись і поступово. Однією із основних причин є тривала дія на слизову оболонку бронхів шкідливих домішок, що містяться в повітрі, яке вдихається, перш за все це тютюновий дим. Істотне значен­ня мають промислові чинники (запиленість і загазованість), за­гальне забруднення повітря. Велику роль у розвитку хронічно­го бронхіту відіграють патологія ЛОР-органів, порушення функ­цій носового дихання.

Для хронічного бронхіту характерні періодичні загострення, особливо в холодну пору року. При кожному загостренні зміни в бронхах збільшуються. Хронічний бронхіт може супроводжуватися загальним нездужанням, субфебрильною температурою тіла (переважно темпера­тура тіла нормальна). При прогресуванні захворювання з’явля­ються задишка і ціаноз як наслідок розвитку пневмосклерозу й обструктивної емфіземи легень.

Клінічно і рентгенологічно визначається емфізема легень. Надалі розвиваються хронічне легеневе серце, правошлуночкова недостатність. У всіх вікових групах хронічний бронхіт може бути проявом туберкульозного процесу, який вимагає найсуворішої диференціальної діагностики.

Профілактика хронічного бронхіту полягає в усуненні чин­ників, які спричинюють його. Найважливішими профілактич­ними заходами є боротьба із запиленням повітря, курінням, усунення впливу речовин, що подразнюють дихальні шляхи, лікування захворювань серця для запобігання розвитку застою в малому колі кровообігу, санація ротової порожнини. Загартовування, фізкультура і спорт сприяють підвищенню опірності організму до багатьох захворювань.

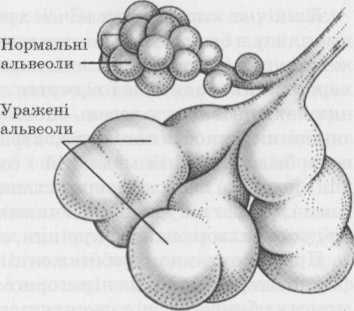
**4.Хронічне обструктивне захворювання легень.**

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) — це хворобливий стан, що характеризується обмеженням повітря­ного потоку дихальних шляхів і є неповністю зворотним. Це повільно прогресуюче захворювання дихальних шляхів із по­ступовим зниженням функції легень. ХОЗЛ досить поширене серед пацієнтів похилого віку. Куріння, особливо в поєднанні з несприятливими соціальними чинниками, є однією з основних причин виникнення ХОЗЛ.

У похилому та старечому віці вікові зміни функції легень по­гіршують перебіг ХОЗЛ і в поєднанні зі зниженням серцевого викиду і змінами ЦНС призводять до зменшення оксигенації артеріальної крові, зниження реакції легень на гіпоксію і гіпер- капнію, толерантності до фізичного навантаження.

У щоденній клінічній практиці ХОЗЛ проявляється хроніч­ним обструктивним бронхітом і емфіземою легень.

Термін “емфізема” (мал. 1) об’єднує низку різних станів ле­гень (додаток 3) із підвищеним вмістом повітря у них.



Мал.1. Альвеоли в нормі і при емфіземі легень

Вікова емфізема — прояв загальних інволюційних змін у легенях. При цьому підвищується вміст повітря в легенях, пов’язаний з атрофією легеневої тканини (міжальвеолярних перетинок), а також зумовлена збільшенням ємності легень через зміни в грудному відділі хребта, що призво­дить до збільшення перед- ньозаднього діаметра груд­ної клітки.

При цьому спостерігаєть­ся стійке інспіраторне роз­ширення легень, яке не дає змоги їм перейти в нор­мальний стан видиху. Об­структивна хронічна емфі­зема буває первинною (зумовленою спадковими чинниками) і вторинною — при обструктивних захворюваннях легень і є по­ширеним захворюванням, має велике клінічне і соціальне зна­чення. Вона є причиною розвитку недостатності легень і хро­нічного легеневого серця, спостерігається переважно у віці по­над 40—50 років, у чоловіків частіше у 2—3 рази.

Причини: хронічний обструктивний бронхіт і бронхіальна астма, туберкульоз, абсцес легень, кіфоз, професійні хвороби — захворювання склодувів, музикантів, які грають на духових інструментах.

Клінічна картина включає хронічний кашель, гіперпродук- цію слизу в бронхах і задишку при незначних фізичних наванта­женнях. Окрім типових симптомів ХОЗЛ (кашель з виділенням харкотиння, задишка і відчуття дефіциту повітря) при хроніч­них захворюваннях легень спостерігають значне обмеження фі­зичної активності пацієнтів, втрату ними незалежності, появу потреби в постійній медичній і соціальній допомозі.

Діагностика. Запізніла діагностика ХОЗЛ пов’язана з піз­нім зверненням пацієнтів у лікувальні заклади, коли захворю­вання набуває тяжкого перебігу. Тому хронічний обструктив­ний бронхіт можна віднести до захворювань зрілого віку, хоча перші його прояви могли спостерігатись у молодому віці. У па­цієнтів похилого віку діагностична цінність основних симпто­мів ХОЗЛ (кашлю і задишки) зменшується через такі причини:

* вікове зниження кашльового рефлексу і наявність змін з боку ЦНС у пацієнтів з порушеннями мозкового кровообігу, хворобою Альцгеймера тощо призводять до зменшення вираже- ності кашлю або його відсутності;

Стертість клінічної симптоматики, наявність супутньої па­тології з боку серцево-судинної системи з подібною клінічною картиною робить обов’язковим включення в план догляду і лі­кування дослідження функціонального стану легень. Спірометрія є най­простішим і безпечнішим методом для пацієнтів похилого віку, до якого немає протипоказань.

При аналізі результатів додаткових досліджень виявляють: при спірографії — ознаки підвищеного залишкового об’єму ле­гень, зменшується швидкість максимального видиху і форсо­вана ЖЄЛ, при ЕКГ — ознаки легеневого серця, при рентгено­логічному дослідженні органів грудної клітки — підвищену прозорість легень, низьке стояння діафрагми, обмеження її ди­хальної екскурсії.

Профілактика полягає у своєчасному діагностуванні і ліку­ванні хронічних захворювань легень і бронхів, санації носо­глотки, загартуванні, раціональній трудотерапії, усуненні шкід­ливих звичок і професійних шкідливостей.

**5. Бронхіальна астма**

Бронхіальна астма — хронічне запальне захворювання ди­хальних шляхів, яке призводить до гіперреактивності бронхів, що проявляється рецидивними симптомами, такими як свистя­че дихання, ядуха, відчуття скутості у грудній клітці, кашель, особливо вночі і вранці.

За останні роки захворюваність на бронхіальну астму значно зросла. Це пов’язують із підвищенням алергійної реактивності населення через розвиток хімічної промисловості, забруднення довкілля, що збільшує контакт з алергенами і призводить до ви­никнення хронічних хвороб дихальних шляхів і розвитку брон­хіальної астми. Також змінилася вікова структура захворюва­ності: на бронхіальну астму хворіють люди всіх вікових груп. Нині кількість людей похилого і старечого віку, хворих на бронхіальну астму, становить близько 44 % загальної кількості пацієнтів із брон­хіальною астмою. Часто хворобу не тільки важко діагностувати, а й лікувати через низку особливостей похилого віку. Серед них найбільше значення мають: множинність супутньої патології, стертість і неспецифічність проявів хвороби, вікові зміни органів дихання, виснаження адаптаційних механізмів, швидке погір­шення стану при пізно розпочатому лікуванні, частий розвиток ускладнень, спричинених як самою хворобою, так і лікуванням.

Розрізняють дві групи пацієнтів похилого віку з бронхіаль­ною астмою:

1. група — ті, у кого хворобу встановлено вперше;
2. група — ті, які тривалий час хворіють на неї.

У пацієнтів І групи:

* вікові зміни вегетативної нервової й ендокринної систем, реактивності організму визначають малосимптомний перебіг захворювання в старості;
* у більшості пацієнтів похилого і старечого віку захворю­вання з самого початку набуває хронічного перебігу і характе­ризується постійним утрудненим свистячим диханням і задиш­кою, що особливо посилюється при фізичному навантаженні і в періоди нападів ядухи, — усе це зумовлено розвитком обструк­тивної емфіземи легень;
* спостерігається кашель з виділенням невеликої кількості світлого, густого, слизистого харкотиння;
* напади ядухи, за спостереженнями вчених, частіше вини­кають при загостренні захворювань органів дихання, коли ак­тивується інфекційно-запальний процес;
* при прогресуванні хвороби розвивається сенсибілізація до алергенів зовнішнього середовища (побутового і домашнього пилу, пилку рослин, ліків тощо), тобто моновалентна алергія переходить у полівалентну;
* напад може провокуватись іншими чинниками зовніш­нього і внутрішнього середовища: ендокринними зрушеннями, метеорологічними впливами тощо;
* негативні і позитивні емоції також можуть спричинювати тяжкі напади захворювання;
* часто провокуючим моментом може бути фізичне переван­таження;
* за останні роки збільшилась кількість пацієнтів із хроніч­ними захворюваннями легень, що поєднуються з ІХС, причому ІХС часто перебігає атипово, без стенокардії;
* крім бронхоспазму, що є основним функціональним пору­шенням при астмі у будь-якому віці, у пацієнтів похилого віку її перебіг ускладнюється віковою емфіземою легень, тому на­далі до легеневої недостатності швидко приєднується серцева;
* у пацієнтів похилого віку часто, особливо в період загост­рення легеневого процесу, через наявність атеросклеротичного кардіосклерозу, артеріальної гіпертензії, які сприяють недо­статності лівого шлуночка серця, спостерігається поєднана форма бронхіальної і серцевої астми, що спричинює тяжкий пе­ребіг захворювання.

До групи II належать пацієнти з бронхіальною астмою, які захворіли в молодому віці і продовжують хворіти в похилому:

* у таких пацієнтів напади астми перебігають гостро, бурх­ливо;
* перебіг захворювання набуває характеру астматичного бронхіту;
* через задавненість захворювання є виражені зміни бронхо- легеневого апарату: обструктивна емфізема легень, хронічний бронхіт, пневмосклероз і ознаки легеневого серця.

Під час гострих нападів спостерігається експіраторне пору­шення дихання зі свистом, задишка, кашель, ціаноз (пацієнт сидить, нахилившись уперед, опираючись на руки, дихальні м’язи напружені). Порівняно з пацієнтами молодого віку, у па­цієнтів похилого віку дихання часте, зумовлене гіпоксією.

Бронхіальна астма у геріатричних пацієнтів спричинює про­гресування обструктивної емфіземи легень, хронічного бронхі­ту, пневмосклерозу, легеневого серця і недостатності кровообі­гу.

Для встановлен­ня діагнозу важливе значення має клініко-алергологічний анам­нез захворювання, ефективність попереднього лікування, у тому числі протиалергійного. Лабораторні дослідження включають вивчення кількості еозинофілів у периферійній крові, а також виявлення кристалів Шарко—Лейдена, спіралей Куршмана й еозинофілів у харкотинні. Але потрібно враховувати, що у геріат­ричних пацієнтів відсутня чітка еозинофілія в крові і харкотин­ні. Для діагностики визначають вміст у крові імуноглобулінів. Рентгенологічне дослідження грудної клітки уможливлює визначення ступеня змін у легенях і виключення інших патоло­гічних процесів, подібних до бронхіальної астми (обструктивна емфізема легень, тиснення пухлини на трахею, закупорення го­ловного бронха пухлиною, пневмонія тощо). Потрібно звертати увагу на особливі труднощі, які виникають при намаганні відріз­нити бронхіальну астму від серцевої астми, тому що серцева астма у пацієнтів похилого віку нагадує бронхіальну.

Щоб найкраще контролювати перебіг захворювання в осіб похилого віку, треба забезпечити пацієнта і його родину необ­хідною інформацією про хворобу, ознайомити зі способами конт­ролю в домашніх умовах, правилами користування лікарськи­ми засобами, особливо інгаляторами. Оскільки ефективність навчальних програм в астма-школах у пацієнтів похилого віку низька через психо-емоційні, поведінкові особливості, трудно­щі регулярно відвідувати заняття через хвороби тощо, краще проводити індивідуальні заняття з пацієнтами.

**6.Пневмонія**

Пневмонія — гостре інфекційне запалення легень, що вини­кає самостійно або як ускладнення інших захворювань із залу­ченням усіх структурних елементів і обов’язковим пошкоджен­ням альвеол легень, яке має рентгенологічне підтвердження.

Оскільки пневмонія є гострим інфекційним захворюванням, вживати термін “гостра” в діагнозі “пневмонія” не потрібно, тим більше, що діагноз “хронічна пневмонія” не використову­ють. На пневмонію часто хворіють геріатричні пацієнти.

Класифікація пневмонії, що якнайповніше відображає особ­ливості її перебігу і дає змогу вибрати етіотропну терапію, без­умовно, повинна ґрунтуватися на етіологічному принципі. На практиці своєчасна етіологічна діагностика пневмонії затруд- нена через недостатню інформативність і значну тривалість тра­диційних мікробіологічних досліджень. У багатьох країнах сві­ту, у тому числі і в Україні, використовують класифікацію, яка враховує умови виникнення захворювання, особливості інфіку­вання тканини легень, а також стан імунної реактивності ор­ганізму пацієнта. Це дає змогу з досить високим ступенем імовірності передбачити можливого збудника захворювання. За цією класифікацією виділяють такі види пневмонії:

1. госпітальна — внутрішньолікарняна, нозокоміальна, що виникає через 48 год і пізніше після госпіталізації пацієнта в стаціонар, при цьому відсутнє будь-яке інфекційне захворю­вання в інкубаційний період на час госпіталізації пацієнта;
2. негоспітальна — позалікарняна, поширена, амбулаторна, що виникла поза лікувальним закладом;
3. аспіраційна;
4. пневмонії в осіб із тяжкими дефектами імунітету (вро­джений імунодефіцит, ВІЛ-інфекція, ятрогенна імуносупресія тощо).

За тяжкістю перебігу розрізняють пневмонії легкого, серед­ньої тяжкості і тяжкого ступеня. Але і досі не вироблено чіткі критерії щодо розподілу пневмонії з легким і середнім перебі­гом. Оскільки обсяг діагностичних і лікувальних заходів при пневмонії такого ступеня тяжкості майже однаковий, їх доціль­но об’єднати в одну групу — пневмонії з нетяжким перебігом.

У перебігу пневмонії розрізняють періоди: гострий (перші 5—7 днів), підгострий (8—14 днів) і період клінічного одужан­ня (15—28 днів).

Протиінфекційний захист нижніх дихальних шляхів здійс­нюється за допомогою механічних чинників (аеродинамічна фільтрація, , кашель і чхання, коливаль­ні рухи війок миготливого епітелію слизової оболонки бронхів), а також завдяки механізмам клітинного і гуморального імунітету, які у похилому віці через вікові зміни втрачають своє значення.