**СТУДЕНТАМ! СДЕЛАТЬ КОНСПЕКТ В ТЕТРАДИ!**

**ПМ 01 МДК 01 Сестринский уход в терапии**

**Здоровый человек и его окружение.**

**Раздел. Лица пожилого и старческого возраста**

**Тема: «Особенности течения заболевания органов дыхания у пациентов пожилого и старческого возраста»**

**Изменения органов дыхания**

**В дыхательных путях:**

* атрофия слизистой оболочки верхних дыхатель­ных путей;
* замедление движения ворсинок эпителия;
* уменьшение секрета желез, повышение его вязкости;
* появление участков, где многорядный мерцательный эпителий замещается на многослойный плоский;
* повышение порога кашлевого рефлекса,
* снижение самоочищения дыхательных путей (за­медление мукоцил парного клиренса и снижение эффективности иммунных реакций);
* расширение просвета гортани, уменьшение натя­жения голосовых связок (голос понижается и ста­новится дребезжащим);
* смещение гортани книзу (в среднем на один по­звонок).

**В респираторных отделах:**

* разрушаются межальвеолярные перегородки, рас­ширяются альвеолярные ходы — развивается стар­ческая эмфизема (повышенная воздушность легоч­ной ткани);
* в межальвеолярных перегородках разрастается со­единительная ткань — формируется пневмосклероз;
* изменяются сосуды легких, уменьшается их крове­наполнение;
* увеличивается объем мертвого пространства и ос­таточный объем;
* уменьшается жизненная емкость легких;
* нарушения газообмена приводят к уменьшению в артериальной крови содержания кислорода (гипоксемии);
* учащается дыхание до 22-24 в минуту в старческом возрасте.

**Изменения костно-мышечного скелета грудной клетки:**

* уменьшается подвижность реберно-позвоночных сочленений;
* в гиалиновых хрящах ребер откладываются соли кальция;
* ослабевают мышцы (из-за дистрофических изме­нений);
* усиливается грудной кифоз;
* грудная клетка теряет эластичность, ее передне-задний диаметр становится равным поперечному (форма грудной клетки приближается к цилинд­рической).

**Заболевания органов дыхания** **пожилых людей**

**Бронхиальная астма**

В последние годы заболеваемость бронхиальной астмой резко возросла. Это можно связать с тремя ос­новными факторами. Во-первых, возросла аллергиче­ская реактивность. Во-вторых, в связи с развитием химической промышленности, загрязнением окру­жающей среды и другими обстоятельствами увеличи­вается контакт с аллергенами. В-третьих, учащаются хронические болезни дыхательных путей, создающие предпосылки к развитию бронхиальной астмы. Изме­нилась также возрастная структура заболевания. В на­стоящее время лица пожилого и старческого возраста составляют 44% от общего числа больных бронхиаль­ной астмой.

В пожилом и старческом возрасте встречается пре­имущественно инфекционно-аллергическая форма заболевания. Она возникает чаще в результате воспа­лительных заболеваний органов дыхания (хрониче­ская пневмония, хронический бронхит и т. д.). Из это­го инфекционного очага организм сенсибилизируется продуктами распада собственных тканей, бактериями и токсинами. Бронхиальная астма может начинаться одновременно с воспалительным процессом в легких, чаще с бронхитом, бронхиолитом, пневмонией.

**Клиническая картина.** У большинства больных бронхиальная астма имеет хроническое течение и ха­рактеризуется постоянным затрудненным свистящим дыханием и одышкой, усиливающейся при физической нагрузке (что обусловлено развитием обструктивной эмфиземы легких). Периодические обострения прояв­ляются возникновением приступов удушья. Отмеча­ется кашель с отделением небольшого количества свет­лой, густой, слизистой мокроты Чаще всего в возник­новении приступов удушья и обострения заболевания доминирующую роль играют инфекционно-воспалительные процессы в органах дыхания (острые респираторно-вирусные инфекции, обострения хроническо­го бронхита).

Приступ бронхиальной астмы обычно начинается ночью или рано утром. Это связано, прежде всего, с накоплением в бронхах во время сна секрета, который раздражает слизистую оболочку, рецепторы и приво­дит к возникновению приступа. Определенную роль при этом играет повышение тонуса блуждающего нер­ва. Кроме бронхоспазма, который является главным функциональным нарушением при астме в любом воз­расте, у пожилых и старых людей ее течение осложня­ется возрастной эмфиземой легких. Вследствие этого, к легочной недостаточности в дальнейшем быстро присоединяется сердечная.

Один раз возникшая в молодом возрасте бронхи­альная астма может сохраниться и у пожилых людей. При этом приступы бронхиальной астмы отличаются менее острым течением. В связи с давностью заболева­ния наблюдаются выраженные изменения легких (обструктивная эмфизема, хронический бронхит, пневмосклероз) и сердечно-сосудистой системы (corpulmo­nale — легочное сердце).

Во время острого приступа у больного наблюдает­ся свистящее дыхание, одышка, кашель и цианоз. Боль­ной сидит, наклонившись вперед, опираясь на руки. Все мышцы, участвующие в акте дыхания, напряжены. В отличие от людей молодого возраста во время при­ступа наблюдается учащенное дыхание, обусловленное выраженной гипоксией. При перкуссии обнаружива­ется коробочный звук, выслушиваются в большом ко­личестве звучные жужжащие, свистящие хрипы, мо­гут определяться и влажные хрипы. В начале приступа кашель сухой, часто мучительный. После окончания приступа с кашлем выделяется в небольшом количест­ве вязкая слизистая мокрота. Реакция на бронходилататоры (например, теофиллин, изадрин) во время при­ступа у людей старшей возрастной группы замедлен­ная, неполная.

Тоны сердца глухие, отмечается тахикардия. На высоте приступа может возникнуть острая сердечная недостаточность вследствие рефлекторного спазма ко­ронарных сосудов, повышения давления в системе ле­гочной артерии, сниженной сократительной способно­сти миокарда, а также в связи с сопутствующими забо­леваниями сердечно-сосудистой системы (гипертони­ческая болезнь, атеросклеротический кардиосклероз).

**Лечение и уход**. Для снятия бронхоспазма как во время приступа, так и в межприступном периоде за­служивают внимания пурины (эуфиллин, диафиллин, дипрофиллин и др.), которые можно вводить не только парентерально, но и в виде аэрозолей. Преимущество назначения этих препаратов перед адреналином состо­ит в том, что их введение не противопоказано при ги­пертонической болезни, сердечной астме, ишемической болезни сердца, атеросклерозе сосудов головного мозга. К тому же эуфиллин и другие препараты из этой 1 группы улучшают коронарное, почечное кровообра­щение. Все это и обусловливает широкое их примене­ние в гериатрической практике.

Несмотря на то, что адреналин обычно обеспечива­ет быстрое снятие бронхоспазма и, тем самым, купиро­вание приступа, назначать его пожилым и старым лю­дям необходимо осторожно в связи с их повышенной чувствительностью к гормональным препаратам. При­бегнуть к подкожному или внутримышечному введе­нию адреналина можно лишь в том случае, если при­ступ бронхиальной астмы не удается купировать ни­какими лекарственными средствами. Доза препарата не должна превышать 0,2-0,3 мл 0,1% раствора. При отсутствии эффекта введение адреналина можно по­вторить в той же дозе лишь через 4 ч. Назначение эфедрина обеспечивает менее быстрый, но более про­должительный эффект. Следует учесть, что эфедрин противопоказан при аденоме предстательной железы. Бронхолитическим свойством обладают препараты изопропилнорадреналина (изадрин, орципреналина сульфат, новодрин и др.).

При применении в аэрозолях трипсина, химотрипсина и других средств для улучшения отхождения мокроты, возможны аллергические реакции, связан­ные, главным образом, с всасыванием продуктов протеолиза. Перед их введением и в процессе терапии сле­дует назначать противогистаминные препараты. Для улучшения проходимости бронхов применяют бронхолитические средства.

Препаратами выбора являются холинолитики. При непереносимости адреномиметиков (изадрина, эфед­рина), обильном отделении мокроты и сочетании брон­хиальной астмы и ИБС, протекающей с брадикардией, нарушением атриовентрикулярной проводимости, на­значаются холинолитики (атровент, тровентол, трувент, беродуал).

В комплексную терапию при бронхиальной астме включают антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, дипразин, диазолин, тавегил и др.).

У некоторых больных благоприятное действие оказывает новокаин: внутривенно 5-10 мл 0,25-0,5% рас­твора или внутримышечно 5 мл 2% раствора. Для ку­пирования приступа с успехом может быть использо­вана односторонняя новокаиновая вагосимпатическая блокада по А.В. Вишневскому. Двусторонняя блокада не рекомендуется, так как она часто вызывает у таких больных побочные явления (нарушение мозгового кровообращения, дыхания и др.).

Ганглиоблокаторы лицам пожилого возраста не ре­комендуются в связи с возникновением гипотензивной реакции.

При сочетании бронхиальной астмы со стенокар­дией показана ингаляция закиси азота (70-75%) с ки­слородом (25-30%) со скоростью введения 8-12 л/мин.

Наряду с бронхолитическими средствами при при­ступе бронхиальной астмы необходимо всегда приме­нять сердечно-сосудистые препараты, так как приступ бронхиальной астмы может быстро вывести из состоя­ния относительной компенсации сердечно-сосудистую систему пожилого человека.

Гормональная терапия (кортизон, гидрокортизон и их производные) дает хороший эффект, купируя ост­рый приступ бронхиальной астмы и предупреждая его. Однако вводить глюкокортикостероиды в пожилом и старческом возрасте следует в дозах, в 2-3 раза мень­ших по сравнению с применяемыми для молодых лю­ден. При лечении важно установить минимально эффективную дозу. Гормональная терапия дольше 3 не­дель нежелательна из-за возможности побочных явле­нии. Применение глюкокортикостероидов отнюдь не исключает одновременного назначения бронхолитических средств, которые, в ряде случаев, позволяют снимать дозу гормональных препаратов. При вторичной инфекции, показаны, наряду с кортикостероидами, антибиотики. При лечении даже малыми дозами кортикостероидов у пожилых людей часто наблюдаются по­бочные явления. В связи с этим глюкокорт и костерои­ды применяют лишь при следующих состояниях:

1. тяжелое течение бронхиальной астмы, не под­дающееся лечению другими средствами;
2. астматическое состояние;
3. резкое ухудшение состояния больного на фоне интеркуррентного заболевания.

Весьма перспективно введение глюкокортикостероидов в виде аэрозолей, так как при меньшей дозе препарата достигается клинический эффект и тем са­мым уменьшается частота побочных явлений. Для купирования острого приступа гормональные препара­ты можно вводить и внутривенно.

Широкое применение при бронхиальной астме на­шел кромолиннатрий (интал). Он тормозит дегрануляцию лаброцитов (тучных клеток) и задерживает высвобождение из них медиаторных веществ (брадикинина, гистамина, и, так называемой, медленно peaгирующей субстанции), способствующих бронхоспазму и воспалению. Препарат оказывает предупреждаю­щее действие до развития астматического приступа. Интал применяют в ингаляциях по 0,02 г 4 раза в сут­ки. После улучшения состояния количество ингаля­ций уменьшают, подбирая поддерживающую дозу. Эффект наступает через 2-4 недели. Лечение должно быть длительным.

При бронхиальной астме в случае выяснения ал­лергена, ответственного за заболевание, его необходи­мо по возможности исключить и провести специфическую десенсибилизацию к этому веществу. Больные пожилого возраста менее чувствительны к аллергенам, поэтому правильная их идентификация встречает большие затруднения. Кроме того, они поливалентно сенсибилизированы.

При развитии сердечной недостаточности назнача­ют сердечные гликозиды, диуретики.

Для очень беспокойных больных возможно приме­нение транквилизаторов (триоксазин), производных бензодиазепина (хлордиазепоксид, диазепам, оксазепам), карбоминовых эфиров пропандиола (мепробамат, изопротан), производных дифенилметана (метамизил).

В качестве отхаркивающих и секретолитических средств чаще всего используют бромгексин, ацетилцистеин и физиотерапию.

Назначение горчичников, горячих ножных ванн приносит известный эффект при остром приступе бронхиальной астмы. Большое значение в лечении больных бронхиальной астмой придается лечебной физ­культуре, дыхательной гимнастике. Тип и объем физи­ческих упражнений определяются индивидуально.

**Бронхиты**

Бронхит представляет собой воспалительный или дистрофический процесс в бронхах, нарушающий их структуру и функцию. Бронхит может иметь острое или хроническое течение.

Острый бронхит — заболевание, проявляющееся остро возникающим воспалением слизистой оболочки трахеобронхиального дерева, протекающее с кашлем и отделением мокроты или одышкой при поражении мелких бронхов. Часто острый бронхит у пожилых бывает одним из проявлений острой респираторной инфекции верхних дыхательных путей и возникает последовательно или одновременно с поражением но­соглотки, гортани, трахеи. Процесс распространяется в нисходящем направлении по дыхательным путям, приводя к развитию ларингита, трахеита, бронхита. В легочной ткани у пожилых часто образуются участки ателектаза в результате закупорки секретом просве­та мелких бронхов. Нередко воспалительный процесс распространяется на конечные разветвления бронхов и обусловливает развитие пневмонии.

**Клиника**. При остром бронхите больные испыты­вают недомогание, может отмечаться чувство жжения за грудиной, стеснение за грудиной. Кашель иногда протекает в виде приступов, сопровождающихся одышкой. При сильном кашле могут наблюдаться боли в нижних отделах грудной клетки, обусловленные су­дорожными сокращениями диафрагмы. Часто через несколько дней кашель становится менее болезнен­ным, отделяется обильная слизистая мокрота. Само­чувствие постепенно улучшается.

При физикальном исследовании со стороны легких обнаруживают сухие свистящие и жужжащие хрипы. Перкуторный тон над легкими не изменен. При рент­генологическом исследовании отклонений от нормы не обнаруживается.

Клиническое течение острого бронхита у пожилых и старых людей в значительной мере определяется со­стоянием функции внешнего дыхания и нарушением проходимости бронхов. Особенно тяжело протекает острый бронхиту больных с сердечно-сосудистой не­достаточностью, а также у лиц, вынужденных длитель­но соблюдать постельный режим.

Большую опасность для пожилых и старых людей представляет капиллярный бронхит — бронхиолит.

Общее состояние таких больных резко ухудшается. Выражена интоксикация. Развивается резкая адина­мия. Наблюдаются возбуждение, беспокойство, пере­ходящее в апатию и сонливость.

Указанные явления обусловлены респираторным ацидозом. Резко выраже­на недостаточность внешнего дыхания (одышка, цианоз). В отличие от больных молодого возраста, у пожи­лых пациентов к картине легочной недостаточности быстро присоединяются симптомы сердечной недостаточности.

При обследовании больного выявляется большое количество сухих, влажных мелкопузырчатых хрипов на фоне ослабления дыхания, местами из­мененный перкуторный звук (тимпанит). Обычно бронхиолит сопровождается многочисленными мелки­ми пневмоническими очагами. У пожилых людей брон­хиолит протекает чаще при отсутствии выраженной температурной реакции и изменений со стороны кро­ви. Таким образом, если во время острого бронхита у больных старшего возраста возникают явления выра­женной легочно-сердечной недостаточности, общей интоксикации при обилии аускультативных измене­ний в легких, можно думать об остром бронхиолите.

**Лечение и уход.** Лечение острого бронхита различ­но в зависимости от тяжести течения болезни. При легких формах, протекающих с небольшим кашлем, нормальной или субфебрильной температурой, режим полупостельный, а при повышении температуры до фебрильной и явлениях выраженной интоксикации — постельный. При лечении бронхита учитываются воз­можные этиологические факторы заболевания. Так, если это вирусная инфекция (грипп А или В), то в пер­вые дни заболевания применяют ремантадин по схеме. Также рекомендуется противогриппозный гаммаглобулин в течение 5-7 дней, орошение слизистой оболочки носа интерфероном, целесообразны орошения носоглотки йодинолом. В лечении применяют ацетилсалициловую кислоту с кофеином, назначают обильное питье, горчичники, горячие ножные ванны.

Лечение тяжелых форм острого бронхита включает: постельный режим; обильное питье; назначение отхаркивающих и бронхоспазмолитических средств при вязкой мокроте — ингаляции 2% раствора гидрокарбоната натрия или ингаляции с бронхоспазмолитическими средствами; применение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов.

Показано назначение витаминов: С, А и группы В. У пожилых людей даже при отсутствии патологии сердечно-сосудистой системы назначают кардиотопические препараты (сульфокамфокаин, кордиамин). При появлении признаков недостаточности кровообращения показаны сердечные гликозиды, мочегонные препараты

При головных болях, сопровождающихся высокой температурой, применяют жаропонижающие средство (аспирин, парацетамол, фенацетин).

Лишь тяжелое состояние больного является показанием к назначению постельного режима. Чтобы из бежать закупорки мелких бронхиол, для улучшения отхождения мокроты и улучшения дыхания необходимо активное движение больных в постели. Массаж грудной клетки, дыхательная гимнастика, возвышен нос или полусидячее положение больного в постели способствуют вентиляции легких. I

Как известно, кашель — это рефлекторный акт обеспечивающий защитную очистительную функцию легких в ответ на раздражение рецепторных зон трахеи и бронхов. При кашле усиливается дренажная функция бронхов, улучшается проходимость дыхательных путей. Ранняя же стадия бронхита представляет собой один из немногих случаев, когда у старых людей полезно назначение противокашлевых средств, так как в этот период кашлевые движения не выпол­няют функцию защиты, а, напротив, частый непродуктивный кашель вызывает боли в груди, нарушает вентиляцию, гемодинамику, нормальный сон больных. Для подавления кашлевого рефлекса назначают коде­ин, глаувент, либексин. Одновременно при этом нужно стремиться к разжижению бронхиального секрета.

При остром бронхите всегда наблюдается бронхоспазм, который в значительной степени нарушает вентиляцию легких и тем самым способствует развитию гипоксии. В качестве бронхолитиков используют производные пурина (теофиллин, эуфиллин, дипрофилин и др.).

Хронический бронхит — хронически протекаю­щее воспаление бронхиального дерева, при котором поражается сначала слизистая оболочка, затем, при прогрессировании процесса, более глубокие слои стен­ки бронхов и перибронхиальная соединительная ткань. Им чаще болеют мужчины пожилого возраста.

Наибольшая заболеваемость хроническим бронхитом приходится на шестое и седьмое десятилетия жиз­ни, а самая высокая летальность при этом заболевании наблюдается в восьмом десятилетии.

**Клиника**. К числу основных симптомов хронического бронхита относятся: кашель, мокрота, одышка, при аускультации — жесткое дыхание и хрипы. Хро­нический бронхит развивается постепенно и диагностируется поздно, так как на протяжении длительного времени может мало беспокоить больного. Клиниче­ские проявления связаны с уровнем поражения бронхиального дерева.

При так называемом проксимальном бронхите в воспалительный процесс вовлекаются крупные и средние бронхи, наблюдается кашель с преимущественно небольшим отделением мокроты, одышки нет, на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие хрипы низкого тембра. Бронхиальная проходимость, как правило, не нарушена. Это хронический необструктивный бронхит или «бронхит без одышки».

При обструктивном бронхите наблюдается не только кашель (с мокротой или без нее), но, главным образом, одышка («бронхит с одышкой»). Воспалительный процесс локализуется преимущественно в мелких бронхах («дистальный бронхит»). На фоне жесткого дыхания выслушиваются свистящие хрипы. При исследовании функции внешнего дыхания определяются нарушения бронхиальной проходимости.

Обострение бронхита нередко протекает с нор­мальной температурой, проявляется потливостью верхней части туловища (голова, шея), усиливается кашель, увеличивается количество мокроты. При умеренном обострении мокрота слизисто-гнойного вида, температура тела нормальная или субфебрильная, показатели периферической крови мало изменены. При выраженном обострении мокрота слизисто-гнойная, содержит много лейкоцитов. С нарастанием обструктивных изменений усиливается одышка. Прогрессирование хронического обструктивного бронхита приводит к развитию дыхательной и сердечной недостаточности.

**Лечение и уход.** При обострении хронического бронхита лечение проводится по следующей схеме:

1) восстановление бронхиальной проводимости (дренирование с помощью бронхоспазмолитических средств, постуральный дренаж, дренирование при бронхоскопии — при гнойном бронхите;

* 1. антибактериальная терапия с учетом чувствитель­ности микрофлоры и токсичности препарата;
	2. антиаллергические и дезинтоксикационные средства;
	3. лечебная физкультура (дыхательные, дренажные упражнения);
	4. общеукрепляющее лечение (физиотерапия, вита­мины, массаж).

При сильном кашле применяются противокашлевые препараты. Если наблюдается кашель с отделением мокроты, то используются двухфазные противокашлевые средства, которые уменьшают кашель, но не сни­жают отделение мокроты (интуссин, балтикс и пр.).

Для снятия бронхоспазма при обструктивном бронхите применяются бронходилататоры: спазмоли­тики (изадрин, сальбутамол, тербутамин); ингибиторы фосфодиэстеразы (производные теофиллина). Для быстрого купирования спастического синдрома назнача­ют препараты: беротек, венталин, атровент, беродуал.

Для улучшения дренажной функции бронхов показано применение отхаркивающих, разжижающих мок­роту средств. Применение этих лекарств наиболее эф­фективно, если оно осуществляется с учетом вязкоэластических свойств мокроты. При повышенной вязкости используют производные тиолов — ацетилцистеин (мукосальвин) или протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин). При высоких адгезивных показателях — препараты, стимулирующие образование сурфактанта (бромгексин), регидратанты секрета, минеральные соли, эфирные масла. Если реологические свойства мокроты не изменены, но скорость мукоцилиарного транспорта снижена, применяют производные теофилинна и β-2 - симпатомиметики — теолонг, теопек и др.

У больных хроническим бронхитом при длительном пребывании в постели по поводу других заболеваний часто возникает коллапс отдельных участков легких в результате нарушения дренажной функции бронхов. Поэтому таких больных необходимо поворачивать в постели, придавать им полусидячее положение, прово­дить дыхательную гимнастику, дозированные физиче­ские упражнения.

Для борьбы с гипоксией обязательно назначение кислорода — смесь увлажненного кислорода с возду­хом, кислородная палатка. Оксигенотерапия должна быть прерывистой с постепенным повышением дозы кислорода до 50% (для предупреждения головокруже­ния, тошноты, удушья, торможения дыхательного цен­тра). Целесообразно ее проведение на фоне приема бронхолитических средств.

Назначение сердечных гликозидов показано при появлении симптомов недостаточности кровообра­щения. 1

При хроническом бронхите с обильной мокротой эффективно санаторно-курортное лечение в степной полосе, в сосновом лесу, в условиях горного климата (не выше 1000-1200 м над уровнем моря).

**Острая пневмония**

Пневмония — острое инфекционное заболевание, преимущественно бактериальной этиологии, характе­ризующееся очаговым поражением респираторных отделов легких, наличием внутриальвеолярной экссу­дации, выявляемой при физикальном или инструмен­тальном исследовании, выраженной в различной сте­пени лихорадочной реакцией и интоксикацией.

Пневмония является одним из наиболее распро­страненных заболеваний: в России среднестатистиче­ские показатели заболеваемости составляют 10-15%. Риск развития пневмонии увеличивается с возрастом. Распространенность внебольничных пневмоний среди лиц пожилого и старческого возраста в Москве составляет 17,4%, а в США — 20-40%. Летальность при пнев­монии среди больных старше 60 лет в 10 раз выше, чем в других возрастных группах, и достигает 10-15% при пневмококковых пневмониях.

**Клиническое течение**. Клинические проявления пневмонии складываются из легочной и внелегочной симптоматики.

Легочные проявления. Кашель, малопродуктив­ный или с отделением мокроты, является частым про­явлением пневмонии. Однако у ослабленных больных при угнетении кашлевого рефлекса (инсульт, болезнь Альцгеймера) он нередко отсутствует.

Характерным признаком пневмонии является одышка, которая может быть одним из основных (а иногда и единственным) из ее проявлений у стариков.

Воспалительный процесс в легочной ткани, рас­пространяясь на плевру, вызывает у пациентов чувст­во тяжести и боли в грудной клетке. В данных случаях выслушивается шум трения плевры.

При пневмонии у пожилых больных такие класси­ческие признаки, как притупление перкуторного зву­ка, крепитация не всегда отчетливо выражены, а ино­гда — отсутствуют. Это можно объяснить тем, что фе­номен уплотнения легочной ткани при пневмониях у пожилых не всегда достигает той степени, которая была бы достаточной для формирования указанных признаков. Часто имеющаяся у пожилых больных дегидрата­ция, обусловленная различными причинами (пораже­ние желудочно-кишечного тракта, опухолевый про­цесс, лечение диуретиками), ограничивает процессы экссудации в альвеолы, затрудняя образование легоч­ного инфильтрата.

У пожилых больных сложно однозначно тракто­вать выявленные при перкуссии и аускультации при­знаки поражения легочной ткани в связи с наличием фоновой патологии — сердечной недостаточности, опухоли легкого, хронических обструктивных заболе­ваний легких — ХОЗЛ. Так, перкуторную тупость при пневмонии трудно отличить от ателектаза, бронхиаль­ное дыхание с наличием хрипов может быть следстви­ем наличия пневмосклеротического участка, влажные мелко пузырчатые хрипы могут выслушиваться при левожелудочковой недостаточности. Ошибочная ин­терпретация аускультативных данных является наиболее частой причиной клинической гипердиагности­ки пневмонии у пожилых.

**Внелегочная симптоматика**. Лихорадка при пнев­монии в пожилом и старческом возрасте наблюдается довольно часто (75-80%), хотя по сравнению с пациен­тами других возрастных групп, заболевание чаще про­текает с нормальной или даже пониженной температу­рой, что является прогностически менее благоприят­ным признаком. Частыми проявлениями пневмонии у пожилых являются нарушения со стороны ЦНС в виде апатии, сонливости, заторможенности, потери аппети­та, спутанности сознания, вплоть до развития сопо­розного состояния.

В ряде случаев первыми проявлениями пневмонии становятся внезапное нарушение физической активности, потеря интереса к окружающему, отказ от еды, недержание мочи. Подобные ситуации иногда ошибочно трактуют как проявление сенильной деменции.

Из клинических симптомов пневмонии у пожилых на первый план может выступать декомпенсация фо­новых заболеваний. Так, у больных с ХОЗЛ клинические проявления пневмонии могут характеризоваться усилением кашля, появлением дыхательной недоста­точности, что может ошибочно расцениваться как обо­стрение хронического бронхита. При развитии пнев­монии у больного с застойной сердечной недостаточ­ностью, последняя может прогрессировать и стать рефрактерной (устойчивой) к лечению.

Маркерами пневмонии могут быть: декомпенсация сахарного диабета с развитием кетоацидоза (у пожилых больных сахарным диабетом); появление признаков печеночной недостаточности у больных циррозом пе­чени; развитие или прогрессирование почечной недос­таточности у больных хроническим пиелонефритом.

Лейкоцитоз может отсутствовать у трети больных с пневмонией, что является неблагоприятным прогно­стическим признаком, особенно при наличии нейтрофильного сдвига. Данные лабораторные изменения не имеют возрастных особенностей.

**Лечение** и **уход**. Классификация, наиболее полно отражающая особенности течения внебольничной пневмонии и позволяющая обосновать этиотропную терапию, построена на определении возбудителя забо­левания. Однако на практике уточнение этиологии пневмонии малореально из-за недостаточной инфор­мативности и значительной продолжительности тра­диционных микробиологических исследований. Кроме того, у пожилых в 50% случаев отсутствует продуктив­ный кашель в ранние сроки заболевания

В то же время, лечение пневмонии должно быть начато неотложно при установлении клинического диагноза.

В ряде случаев (20-45%) даже при наличии адекват­ных проб мокроты не удается выявить возбудителя.

Поэтому на практике используют чаще всего эмпири­ческий подход к выбору этиотропной терапии. Лече­ние пациентов старше 60 лет может проводиться в ам­булаторных условиях. Для этого рекомендуется ис­пользовать защищенные аминопенициллины или цефалоспорины II поколения. В связи с высоким риском легионеллёзной или хламидийной этиологии пневмо­нии, целесообразно комбинировать препараты выше­указанных групп с макролидными антибиотиками (эритромицин, ровамицин), увеличивая срок терапии до 14-21 дня (при легионеллёзах).

Нуждаются в обязательной госпитализации паци­енты с клинически тяжелой пневмонией, признаками которой являются: цианоз и одышка более 30 в мин., спутанное сознание, высокий уровень лихорадки, тахи­кардия, не соответствующая степени лихорадки, арте­риальная гипотензия (систолическое АД ниже 100 мм рт. ст. и (или) диастолическое АД ниже 60 мм рт. ст.). При тяжелых внебольничных пневмониях рекоменду­ется использовать цефалоспорины III поколения (клафоран) в сочетании с парентеральными макролидами. В последнее время предложено использовать ступенча­тую антибактериальную терапию при стабилизации или улучшении воспалительного процесса в легких. Оптимальным вариантом данной методики является последовательное использование двух лекарственных форм (для парентерального введения и для приема внутрь) одного и того же антибиотика, что обеспечивает преемственность лечения. Переход на пероральный прием препарата становится возможным на 2-3 день после начала лечения. Для такого рода терапии могут быть использованы: ампициллин натрия и ампицил­лина тригидрат, сульбактам и ампициллин, амчксициллин/клавунат, офлоксацин, цефуроксим натрия и цефуроксим ацетил, эритромицин.

Антибактериальные средства, применяющиеся для лечения внебольничной пневмонии:

Бензилпенициллин. Проявляет высокую актив­ность в отношении наиболее частого возбудителя внебольничной пневмонии — S pneumoniae. В последние годы отмечено увеличение резистентности пневмокок­ков к пенициллину, и в некоторых странах уровень ее достигает 40%, что ограничивает использование этого препарата.

**Аминопенициллины (ампициллин, амоксициллин).**

Характеризуются более широким спектром актив­ности по сравнению с бензилпенициллинами, однако нестабильны к В-лактамазам стафилококков и грам- отрицательных бактерий. Амоксициллин имеет пре­имущество перед ампициллином, так как лучше вса­сывается в желудочно-кишечном тракте, реже дозиру­ется и лучше переносится. Амоксициллин можно при­менять при нетяжелом течении пневмонии в амбула­торной практике у пожилых пациетов без сопутствую­щей патологии.

Защищенные аминопенициллины — амоксициллин/клаиуланат. В отличие от ампициллина и амоксициллина, препарат активен в отношении штаммов бак­терий, продуцирующих В-лактамазы, которые ингибируются клавуланатом, входящим в его состав. Амоксициллин/клавуланат проявляет высокую активность в отношении большинства возбудителей внебольничной пневмонии пожилых, включая анаэробы. В настоящее время рассматривается как ведущий препарат при ле­чении внебольничных инфекций дыхательных путей. Наличие парентеральной формы позволяет использо­вать препарат у госпитализированных больных при тяжелом течении пневмонии.

**Цефуроксим**. Относится к цефалоспоринам II по­коления. Спектр действия близок к амоксициллин/ клавуланату, за исключением анаэробных микроорга­низмов. Штаммы пневмококка, устойчивые к пеницил­лину, могут быть устойчивы и к цефуроксиму. Данный препарат рассматривается в качестве средства первого ряда при лечении внебольничной пневмонии у гериат­рических пациентов.

**Цефотаксим и цефтриаксон**. Относятся к парен­теральным цефалоспоринам III поколения. Обладают высокой активностью в отношении большинства грамм-отрицательных бактерий и пневмококков, включая штаммы, резистентные к пенициллину. Являются пре­паратами выбора при лечении тяжелых пневмоний пожилых. Цефтриаксон является оптимальным пре­паратом для парентерального лечения пожилых боль­ных с пневмонией на дому из-за удобства введения — 1 раза сутки.

**Макролиды**. У больных пожилого возраста значе­ние макролидов ограничено из-за особенностей спек­тра возбудителей. Кроме того, в последние годы отме­чено увеличение резистентности пневмококков и гемофильной палочки к макролидам. Макролиды пожи­лым следует назначать в сочетании с цефалоспорина­ми III поколения при тяжелой пневмонии.

Эффект терапии в значительной мере зависит от правильного применения сердечных средств, воздей­ствующих на функцию дыхания (камфоры, кардиамина), сердечных гликозидов, коронаролитиков и, при необходимости, противоаритмических средств.

В качестве противокашлевых средств при упорном сухом кашле используют препараты, не имеющие от­рицательного влияния на дренажную функцию брон­хов (балтикс, интуссин).

Назначение отхаркивающих и муколитических средств — важное звено комплексной терапии. Обычно применяют: бромгексин, амброксон, мукалтин, 1-3% водный раствор йодида калия, настой термопсиса, ал­тейного корня, листьев мать-и-мачехи, подорожника, грудного сбора.

Большое внимание следует уделять организации лечения, ухода и наблюдения за пациентами с пневмо­нией. В лихорадочный период необходим постельный режим и индивидуальный пост или пребывание в па­лате интенсивной терапии, контроль гемодинамических показателей и степени дыхательной недостаточ­ности. Важна психологическая поддержка, ранняя активация больного, т. к. люди пожилого и старческого возраста очень чувствительны к гиподинамии.

Пища должна быть легкоусвояемой, богатой вита­минами (особенно витаминами С). Ее следует давать часто (до 6 раз в день). Обильное питье (около 2 л) в виде теплого чая, морса, компота, бульонов.

При постельном режиме часто наблюдаются запоры, обусловленные преимущественно атонией кишеч­ника. При наклонности к запорам показано включение в пищевой рацион фруктовых соков, яблок, свеклы и других овощей и фруктов, стимулирующих перистальтику кишечника.

Прием легких слабительных средств растительного происхождения (препаратов крушины, сенны), сла­бощелочных минеральных вод. Без особых показаний не стоит ограничивать прием жидкости (менее 1-1,5 л в сутки), так как это может способствовать усилению запоров.

Пневмония у людей старших возрастных групп длится около 4 недель до нормализации основных клинико-лабораторных показателей. Однако восста­новление структуры легочной ткани может затянуться до 6 месяцев. Поэтому чрезвычайно важным является проведение комплекса лечебно-оздоровительных ме­роприятий в амбулаторных условиях. Он должен включать в себя клинико-лабораторное и рентгеноло­гическое обследование через 1-3-5 месяцев, примене­ние витаминов и антиоксидантов, бронхолитических и отхаркивающих средств, санацию полости рта и верхних дыхательных путей, прекращение курения, физиотерапию, ЛФК и, по возможности, санаторно- курортное лечение.