

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Заведующая кафедрой: профессор Петрова М.М.

Реферат на тему
«Болезнь органов дыхания у гериатрических больных»

Выполнила:
ординатор 1 года обучения
кафедры поликлинической
терапии и семейной
медицины с курсом ПО
Мамонтова М.Н.

Красноярск, 2023

Введение.....	3
Особенности лечения, наблюдения и ухода за больными при кашле, кровохаркании и легочном кровотечении	3
Помощь при кровохаркании и легочном кровотечении.....	6
Подготовка к бронхоскопии.....	7
Плевральная пункция	8
Ингаляция лекарственных веществ.....	8
Одышка	8
Помощь при проявлении удушья.....	9
Заключение.....	11
Список использованной литературы	11

Введение

Многие заболевания у людей пожилого возраста протекают атипично, вяло, без выраженной температурной реакции, с присоединением тяжелых осложнений, что требует особого наблюдения.

Пожилые люди нередко проявляют повышенную чувствительность к нарушениям температуры окружающей среды, питанию, к изменениям светового и звукового режима, к лекарствам. Подверженность их инфекциям, воспалительным процессам обязывает к особо тщательному гигиеническому уходу. Эмоциональная неустойчивость, легкая ранимость психики, а при сосудистых заболеваниях мозга — резкое снижение памяти, интеллекта, самокритичности, капризность, беспомощность, а подчас и неопрятность требуют особого внимания и терпения со стороны близких.

Учитывая склонность пожилых и старых людей к застойным явлениям, сопровождающимся пневмонией, рекомендуется в пределах допустимого поддерживать их активность (чаще поворачивать и т.п.). Нередко врач стремится ограничить постельный режим этим больным, назначает массаж, дыхательную гимнастику. Все это надо обязательно выполнять, несмотря на то, что такие процедуры и сокращение срока постельного режима иногда вызывают недовольство больных.

Болезни органов дыхания отмечаются многообразием клиноморфологических проявлений. В возникновении болезни органов дыхания важное значение имеют биологические патогенные возбудители (вирусы, бактерии), химические и физические агенты, наследственные факторы и возрастные особенности. Возникновение болезней органов дыхания определяется не только воздействием патогенного фактора, но и состоянием защитных барьеров дыхательной системы, к которым относятся аэродинамическая фильтрация, гуморальные и клеточные факторы общей и методной защиты.

Особенности лечения, наблюдения и ухода за больными при кашле, кровохаркании и легочном кровотечении

В последнее время, особенно в индустриально развитых странах, наблюдается значительный рост заболеваний дыхательной системы. Такой подъем заболеваемости связан в первую очередь с постоянно увеличивающейся загрязненностью окружающего воздуха, курением, растущей аллергизацией населения (прежде всего за счет продукции бытовой химии). Все это в настоящее время обуславливает актуальность своевременной диагностики, эффективного лечения и профилактики

болезней органов дыхания. Решением этой задачи занимается пульмонология. В своей повседневной практике врачу приходится сталкиваться с различными заболеваниями дыхательной системы. Особенно в весенне-летний период часто встречаются такие заболевания, как острый ларингит, острый трахеит, острый и хронический бронхит. В стационарах терапевтического профиля нередко находятся на лечении больные с обострением хронической пневмонии, бронхиальной астмой, сухим и экссудативным плевритом, эмфиземой легких и легочно-сердечной недостаточностью. В хирургические отделения поступают для обследования и лечения больные с бронхоэктатической болезнью, абсцессами и опухолями легких. В настоящее время медицина располагает обширным арсеналом диагностических и лечебных средств, применяемых при обследовании и лечении больных с заболеваниями органов дыхания. Сюда относят различные лабораторные методы исследования (биохимические, иммунологические, бактериологические и др.), функциональные способы диагностики – **спирографию и спирометрию**. Информативными являются различные рентгенологические методы исследования: **рентгеноскопия, рентгенография, бронхография**. Важное место в диагностике заболеваний органов дыхания занимает бронхоскопия (осмотр слизистой оболочки трахеи и бронхов с помощью введения в них специального оптического инструмента). Бронхоскопия позволяет установить характер поражения слизистой оболочки бронхов, выявить опухоль или взять кусочек его ткани для цитологического исследования. Бронхоскопию проводят с лечебной целью (проводят санацию бронхиального дерева с последующим отсасыванием вязкой или гнойной мокроты и введением лекарственных средств при бронхоэктатической болезни).

Сбор мокроты для лабораторного анализа

Уход за больными с заболеваниями органов дыхания обычно включает в себя и ряд общих мероприятий, проводимых при многих заболеваниях других органов и систем организма., т. е. необходимо регулярное измерение температуры тела и ведение температурного листа, наблюдение за состоянием сердечно-сосудистой и центральной нервной систем, уход за полостью рта, подача судна и мочеприемника, своевременная смена нательного и постельного белья и т. д. При длительном пребывании больного в постели уделяют особое внимание тщательному уходу за кожными покровами и профилактике пролежней. Вместе с тем уход за больными с заболеваниями дыхания предполагает и выполнение целого

ряда дополнительных мероприятий, связанных с наличием кашля, кровохарканья, одышки и других симптомов.

Одним из симптомов при заболеваниях легких является кашель – защитнорефлекторный акт, благодаря которому дыхательные пути освобождаются от мокроты, крови, инородных тел. Механизм кашля заключается в том, что больной после глубокого вдоха совершает усиленный выдох при закрытой голосовой щели, что ведет к образованию кашлевого толчка, способствующего очищению дыхательных путей от мокроты. По характеру кашель может быть сухим или с выделением мокроты, беспокоить больного постоянно или периодически, а иногда возникать в виде приступов. Сухой кашель встречается при воспалении гортани (ларингит), трахеи (трахеит), бронхов (бронхит), бронхиальной астме, когда имеется набухание бронха и в просвете его содержится очень вязкая и трудноотделяемая мокрота.

Кашель с выделением мокроты бывает при хронических бронхитах, когда в бронхах имеется жидкой консистенции секрет, например при воспалении легких (пневмонии), образовании гнояника в легких (абсцессе легкого), расширении бронхов (бронхоэктазии) и др. Если больной жалуется на кашель с мокротой, нужно выяснить количество отделяемой мокроты одномоментно, в течение суток, в каком положении больного она лучше отходит, характер мокроты, ее цвет и запах. Мокрота бывает слизистой, бесцветной, вязкой, слизисто-гнойной, гнойной. Утренний кашель появляется у лиц, страдающих хроническим бронхитом, бронхоэктатической болезнью, абсцессом легкого. У таких больных скапливающаяся за ночь мокрота утром, после подъема с постели и перемены положения тела, перемещаясь и раздражая рефлексогенные зоны, вызывает кашлевой рефлекс. Медицинский персонал должен следить за выделением больным мокроты – количеством, цветом, запахом, примесями. Количество мокроты определяется при ежедневном измерении ее за сутки. Следует объяснить больному вред заглатывания мокроты (это может привести к инфицированию желудочно-кишечного тракта). Сплевывать мокроту больной должен в плевательницу с крышкой. В целях дезинфекции плевательница на 1/3 объема заполняется раствором хлорамина. При гнойных заболеваниях легких откашливание мокроты ведет к опорожнению полостей, уменьшает интоксикацию организма, поэтому медицинский уход должен способствовать максимальному ее отхождению. Нужно помочь больному найти положение, при котором мокрота отходит наиболее полно и свободно – это т. н. «дренаж положением». При одностороннем процессе – это положение больного на здоровом боку.

Дренаж положением назначается по указанию врача. В каждом стационаре сестра следит за регулярностью проведения этой процедуры самим больным и помогает в ее осуществлении.

Помощь при кровохаркании и легочном кровотечении

При появлении в мокроте прожилок или сгустков крови медсестра должна запретить вставать больному с постели, придать ему полусидячее положение и немедленно поставить в известность лечащего врача. При интенсивном кашле, способствующем усилению кровотечения, применяют противокашлевые средства. Для остановки кровотечения внутримышечно вводят викасол, внутривенно – хлористый кальций, ксилло-аминокапроновую кислоту. Иногда при срочной бронхоскопии удается тампонировать кровоточащий сосуд специальной кровоостанавливающей (гемостатической) губкой. В ряде случаев встает вопрос о срочном хирургическом вмешательстве. При легочном кровотечении иногда производят переливание крови. Необходимо постоянно находиться у постели больного до полного прекращения кровотечения, контролируя пульс и измеряя давление. Ухаживая за больным с кровохарканьем, необходимо помнить, что банки, горчичники, грелки на грудную клетку противопоказаны. Пищу больному давать в холодном виде, полужидкую, легкоусвояемую, содержащую витамины. Одним из симптомов заболевания органов дыхания являются боли в грудной клетке, обычно они бывают при плеврите. При появлении болей в грудной клетке необходимо: помочь больному выбрать удобное положение, хорошо укрыть его, по назначению врача поставить банки, горчичники, если боли не уменьшаются в результате отвлекающей терапии – дать обезболивающие препараты. Заболевания органов дыхания очень часто сопровождаются лихорадкой и ознобом. При повышении температуры, сопровождающейся ознобом, медсестра должна хорошо укрыть больного, положить теплые грелки к ногам, напоить его крепким чаем. Необходимо наблюдать за пульсом, артериальным давлением, чтобы своевременно предупредить развитие острой сосудистой и сердечной недостаточности. Работа среднего персонала в пульмонологическом отделении отличается определенной спецификой. Для профилактики вспышек внутрибольничных инфекций медсестра должна проводить ряд санитарно-гигиенических мероприятий:

- 1) следить, чтобы у больных с кашлем обязательно была плевательница с завинчивающейся крышкой. Плевательницу необходимо дезинфицировать 3 %-ным раствором хлорамина;

2) часто (не реже 4–6 раз в сутки) проветривать палаты и лечебные кабинеты, для дезинфекции воздуха целесообразно использовать ультрафиолетовые лампы, включая их 2 раза в день на 10–15 мин. Медсестра должна следить за ежедневной влажной уборкой палат и больничных помещений. Эта уборка проводится не реже 2 раз в день с применением дезинфицирующих средств (1 %-ного раствора хлорамина).

При наличии у больного мокроты возникает необходимость в ее повторном исследовании – микроскопическом, бактериоскопическом и т. д. Наиболее достоверные результаты получаются в тех случаях, когда мокроту получают при бронхоскопии. Однако часто больной сам сдает мокроту, сплевывая в чистую стеклянную баночку. Перед сбором мокроты т. о. больной должен обязательно почистить зубы и прополоскать рот. Мокроту в количестве 3–5 мл собирают утром, когда она наиболее богата микрофлорой. Собирают мокроту для общего анализа в клинической лаборатории. Определяют цвет, характер мокроты, наличие примесей. Кроме того, по назначению врача в лаборатории выполняются микроскопическое, бактериоскопическое и цитологическое исследования. Мокроту для бактериологического посева собирают натощак после чистки зубов и полоскания полости рта в стерильную посуду, закрытую плотной крышкой.

При подозрении на туберкулез производится микроскопическое изучение мазков мокроты, окрашенных по методу Циля-Нельсона. В ряде случаев при подозрении на туберкулез производится посев мокроты на специальные среды. Для выявления возбудителей воспалительных заболеваний дыхательной системы и их чувствительности к антибиотикам мокроту берут в специальную чашку Петри, заполненную соответствующей питательной средой – кровяным агаром, сахарным бульоном и др. При взятии мокроты на атипичные клетки (опухолевые) мокроту сразу необходимо сразу отправить в лабораторию, т. к. эти клетки быстро разрушаются.

Подготовка к бронхоскопии

Бронхоскопия применяется для осмотра слизистой оболочки трахеи и бронхов. Она проводится специальным прибором – бронхоскопом. При подготовке больного к исследованию накануне необходимо проверить наличие ЭКГ, анализа крови на время свертывания и длительность кровотечения. Необходимо выяснить у больного о переносимости лекарств, особенно анестетиков. Ужин накануне должен быть легким, исключается

молоко, капуста, мясо. Утром больной является для бронхоскопии натошак, ему запрещается употреблять воду и курить.

Очень важным и ответственным является наблюдение за больным после бронхоскопии, т. к. возможны осложнения (появление болей, рвоты, повышение температуры, выделение крови).

Плевральная пункция

Плевральная пункция проводится при заболеваниях плевры, сопровождающихся накоплением жидкости в плевральной полости. Плевральную пункцию проводят обычно под общей анестезией 0,5 %-ным раствором новокаина в положении больного сидя. После обработки кожных покровов спиртом и йодом и уточнения уровня жидкости пункцию делают, как правило, в VII или VIII межреберьях по лопаточной или задней подмышечной мышцам. Плевральную пункцию необходимо проводить по верхнему краю ребра, чтобы не повредить межреберные сосуды и нервы, проходящие вдоль нижнего края. Пункцию делают длинной толстой иглой, которая соединена со шприцем резиновой трубкой. Удаление жидкости производят медленно. После отсасывания, перед тем как отсоединить шприц, на резиновую трубку накладывают зажим. Иглу извлекают, место прокола смазывают йодом и закрывают стерильным марлевым тампоном.

Ингаляция лекарственных веществ

Ингаляция лекарственных веществ используется в лечении больных с заболеваниями органов дыхания. Лекарственные препараты, вводимые в организм ингаляционным путем, благодаря всасывающей способности слизистой оболочки бронхов, кроме местного действия на патологический очаг, оказывают и общее воздействие на весь организм. Больных принимают на ингаляцию только по назначению врача с указанием характера ингаляции, времени, дозировки, количества и порядка приема процедур. Во время процедуры медсестра должна следить за состоянием больного, за работой распылителей. По окончании работы аппаратуру осматривают, маски и наконечники дезинфицируют 3 %-ным раствором хлорамина, проводят их предстерилизационную обработку и затем стерилизуют в автоклаве.

Одышка

Одним из наиболее частых симптомов заболеваний дыхательной системы является одышка, характеризующаяся изменением частоты, глубины и ритма дыхания. Одышка может сопровождаться как резким учащением

дыхания (тахипноэ), так и его урежением (брадипноэ), вплоть до остановки дыхания (анноэ). Количество дыханий в 1 мин (частота дыхания) у взрослого здорового человека колеблется от 16 до 20. Подсчет числа дыханий производится по движению грудной или брюшной стенки незаметно для больного.

Увеличение числа дыханий в минуту называется одышкой, при этом у больного появляется ощущение нехватки воздуха, дыхание может быть глубоким или поверхностным. Различают 2 вида одышки – инспираторную и экспираторную. Инспираторная одышка характеризуется затрудненным вдохом и возникает при попадании в дыхательные пути инородных тел, рефлекторном спазме голосовой щели, отеке или опухолях гортани и трахеи. В этих случаях дыхание во время вдоха становится шумным (стридорозное дыхание). Экспираторная одышка сопровождается затруднением выдоха и возникает при сужении просвета мелких бронхов и бронхиол. Одышка может быть временной и постоянной. Временная одышка наблюдается у больных крупозной пневмонией с большим распространением воспалительного процесса на 2–3 доли легких, что связано с выключением из дыхания значительного участка легочной ткани. Постоянная одышка отмечается при хронических заболеваниях легких (например, эмфиземе).

Одышка является ведущим проявлением дыхательной недостаточности, при котором система внешнего дыхания человека не может обеспечить нормальный газовый состав крови или когда этот состав поддерживается лишь благодаря чрезмерному напряжению всей системы внешнего дыхания.

Помощь при проявлении удушья.

Уход за больными, страдающими одышкой Резко выраженная одышка, возникающая внезапно, носит название удушья. Оно является следствием общего нарушения бронхиальной проходимости – спазма бронхов, отека их слизистой оболочки, заполнения просвета вязкой мокротой – и называется бронхиальной астмой. В тех случаях, когда удушье обусловлено застоем крови в малом круге кровообращения вследствие слабости левого желудочка, принято говорить о сердечной астме, иногда переходящей в отек легких.

При появлении удушья медицинская сестра тут же должна сообщить об этом врачу и оказать помощь для облегчения дыхания: успокоить больного, помочь занять полусидячее положение в кровати, открыть форточку или

окно и обеспечить приток свежего воздуха, дать больному кислород. При приступе бронхиальной астмы следует пациенту дать лекарства, снимающие спазм бронхов, которые принимаются через рот (теофедрин, эфедрин, антаман и др.). У ряда больных удастся снять приступ применением лекарственных аэрозолей из карманных ингаляторов (сальбутамола, астмопента беротека и др.). При этом надо помнить, что действие ингалируемого препарата тем эффективнее, чем глубже он введен в дыхательные пути. Иногда помогают отвлекающие процедуры (горчичники, банки на спину, ручные и ножные ванны). Следует дать больному увлажненный кислород.

Уход за больными, страдающими одышкой, предусматривает постоянный контроль за частотой, ритмом и глубиной дыхания. Палаты, в которых находятся больные с одышкой, должны быть просторными, иметь хорошую вентиляцию, быть обеспечены централизованной подачей кислорода, а при отсутствии этого на посту медсестры должно иметься достаточное количество кислородных подушек.

Оксигенотерапия

Оксигенотерапия – это применение кислорода с лечебной целью. При осуществлении процедуры кислород можно подавать из кислородной подушки через носовые катетеры, через маску. Современные палаты оборудованы для централизованной подачи кислорода из кислородных баллонов. Современные аппараты для оксигенотерапии имеют специальное устройство, позволяющее подавать больному не чистый кислород, а обогащенную кислородом смесь.

В больничных учреждениях наиболее распространенным способом кислородотерапии является его ингаляция через носовые катетеры, которые вводят в носовые ходы на глубину, примерно равную расстоянию от крыльев носа до мочки уха. Реже используют носовые и ротовые маски, интубационные и трахеостомические трубки. Ингаляции кислородной смеси проводят непрерывно или сеансами по 30–60 мин несколько раз в день. При этом необходимо, чтобы подаваемый кислород был обязательно увлажнен. В настоящее время увлажнение кислорода достигается его пропусканием через аппарат Боброва. При отсутствии централизованной системы можно осуществлять подачу кислорода из подушки. Мундштук обертывают влажной марлей для увлажнения кислорода, держат его на расстоянии 4–5 см от больного. Скорость поступления кислорода регулируют краном на трубке. Подушки хватает на 4–7 мин, затем ее заменяют новой или вновь наполняют кислородом. В настоящее время при

многих заболеваниях, сопровождающихся гипоксией, применяют гипербарическую оксигенацию – лечение кислородом в специальных барокамерах под повышенным давлением.

Использование этого метода дает значительное увеличение диффузии кислорода в различные среды организма.

Заключение

Легочная ткань пожилых людей теряет свою эластичность. Уменьшается подвижность грудной клетки и диафрагмы. Легкие не могут полностью расправляться при вдохе. Развивается одышка. Снижается бронхиальная проходимость, нарушается дренажная "очистительная" функция бронхов. Плохая вентиляция легких способствует развитию пневмоний.

У пожилых снижается кашлевой рефлекс. Из-за уменьшения кровенаполнения легких и склерозирования стенок альвеол нарушается нормальный газообмен, в результате чего кислород воздуха плохо проникает через альвеолы в кровь, а углекислота - из крови. Развивается гипоксия - состояние, сопровождающееся пониженным содержанием кислорода в крови, что приводит к быстрой утомляемости, сонливости. Гипоксия вызывает нарушения сна. Поэтому пожилым необходимо чаще находиться на свежем воздухе, заниматься дыхательной гимнастикой, особенно тем, кто вынужден много времени проводить в постели или кресле.

Головной конец кровати пожилых людей должен быть приподнят, что улучшает легочную вентиляцию и способствует более глубокому дыханию. При легочных заболеваниях необходимо всячески способствовать повышению двигательной активности. Врач должен назначать постельный режим только в случаях крайней необходимости. В лечении должны использоваться, конечно, по назначению врача, отхаркивающие средства в сочетании со средствами, разжижающими мокроту, и препаратами, расширяющими бронхи. Пожилым людям с легочными заболеваниями необходимы лечебная дыхательная гимнастика и массаж. Если больной все-таки находится в постели, то должен как можно больше двигаться в ней, поворачиваться, садиться.

Список использованной литературы

1. Арчаков А.И., Карузина И.И. Успехи гепатологии. Рига. 1973
2. Мелентьев А.С, Гасилин В.С., Гусев Е.И

3. Практическая гериатрия: руководство для практических врачей / Под ред. Е.П. Котельникова, О.Г. Яковлева. Самара, 1995.

4. и др. Гериатрические аспекты внутренних болезней. М., 1995.

5. Ресурсы Интернет