

**Лекция №1**  
**Гериатрические аспекты в пульмонологии.**  
**Болезни органов дыхания: особенности течения**  
**и клинических проявлений у лиц пожилого**  
**и старческого возраста**

**Особенности старения дыхательной системы**

При старении в дыхательной системе происходят морфологические и функциональные изменения. Развиваются значительные дегенеративно-дистрофические изменения костей и мышц грудной клетки. В старости просвет трахеи расширяется, стенка ее кальцинируется. Нарастает кальциноз реберных хрящей, уменьшается их эластичность. Прогрессирует остеохондроз грудного отдела позвоночника и формируется старческий кифоз, уменьшается подвижность реберно-позвоночных суставов. Отмечается атрофия и атония длинных мышц спины, происходят дистрофические изменения в мышцах дыхательной мускулатуры. С возрастом изменяется форма грудной клетки, она приобретает бочкообразную форму, уменьшается подвижность грудной клетки. Деформация грудной клетки приводит к росту отрицательного внутриплеврального давления и перерастяжению альвеол, что уменьшает легочную вентиляцию.

Происходит атрофия бронхиальной мускулатуры, вокруг бронхов формируется соединительная ткань. В бронхах цилиндрический эпителий замещается многослойным плоским. Появление участков сужения просвета бронхов, ослабевание их перистальтики, снижение кашлевого рефлекса и активности сурфактанта приводят к нарушению дренажной функции бронхов, что предрасполагает к развитию бронхолегочных заболеваний. Снижается эластичность легочной ткани, альвеолы уменьшаются в размерах, их стенки истончаются, утолщаются межальвеолярные перегородки из-за разрастания соединительной ткани, сокращается площадь поверхности альвеол и капилляров (общее количество альвеол может уменьшиться в 3 раза по сравнению с молодыми). Сокращается кровоснабжение легких, количество функционирующих капилляров, в стенках сосудов легких развивается фиброз, понижается диффузионная способность легких, что приводит к артериальной гипоксемии и гиперкапнии. Существенно снижается резервный объем вдоха и выдоха, увеличивается остаточный объем, уменьшается жизненная емкость легких (ЖЕЛ), нарушается эффективность легочной вентиляции. С возрастом происходит ослабление регуляции дыхания из-за дегенеративно-дистрофических изменений в дыхательном центре, нервных ганглиях и нервах легких. Это выявляется прежде всего при физических нагрузках и пребывании в условиях разреженной атмосферы (полеты на самолете). В обычном состоянии газообмен поддерживается на достаточном уровне за счет формирующихся компенсаторных механизмов - учащения дыхания и повышения чувствительности дыхательного центра и сосудистых хеморецепторов к углекислоте.

***Хронический бронхит***

***Хронический бронхит*** - хроническое воспалительное заболевание бронхов, сопровождающееся постоянным кашлем с отделением мокроты не менее 3 месяцев в году в течение 2 и более лет.

Это самое распространенное хроническое заболевание органов дыхания у людей пожилого и старческого возраста, чаще болеют мужчины.

**Этиология и патогенез.** Причиной заболевания являются длительное курение, вдыхание загрязненного поллютантами воздуха, воздействие профессиональных вредностей (различных видов пыли, токсических паров и газов, высокой или низкой температуры воздуха), инфекция. Предрасполагают к развитию хронического бронхита сырой и холодный климат, развивающиеся с

возрастом морфологические и функциональные изменения в органах дыхания, приводящие к нарушению дренажной функции бронхов, ухудшению легочной вентиляции, а также возрастное снижение иммунитета. Способствуют более частому развитию хронического бронхита сопутствующие сахарный диабет и ожирение.

При длительном воздействии поллютантов в слизистой оболочке бронхов увеличивается количество бокаловидных клеток и разрастаются бронхиальные железы, поэтому нарастает количество вырабатываемой слизи, изменяется ее состав, повышается вязкость, замедляется очищение бронхов - слизь скапливается в бронхах; может присоединиться инфекция. В результате аллергического или инфекционного воспаления всех слоев бронхиальной стенки развивается отек слизистой и подслизистой-стого слоя, за счет которого стенка бронхов утолщается, суживая просвет бронха. Воспалительный процесс в стенках бронхов может протекать даже в те периоды, когда отсутствуют внешние проявления заболевания. При хроническом бронхите имеет место диффузное поражение бронхиального дерева.

**Диагностика.** Заболевание начинается с незаметного кашля с выделением необильной слизистой мокроты по утрам. У большинства больных пожилого и старческого возраста течение хронического бронхита рецидивирующее. Выраженная картина заболевания формируется через несколько лет. В период ремиссии больные отмечают кашель с выделением некоторого количества мокроты, во время обострения кашель усиливается, мокрота выделяется в большем объеме, иногда приобретает гнойный характер, бывают прожилки крови, возможно повышение температуры тела.

**Лечение и уход.** Лечение в период обострения может проводиться в домашних условиях, пациенты должны соблюдать полупостельный режим, отказаться от курения. Из медикаментозных средств назначают антибиотики, отхаркивающие средства, горчичники, ингаляции. В период обострения у старых пациентов могут наблюдаться психозы, делириозные состояния, связанные со снижением мозгового кровообращения.

### *Хроническая обструктивная болезнь легких*

#### **Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)**

хроническое медленно прогрессирующее заболевание, характеризующееся необратимой или частично обратимой (при применении бронхолитиков или другого лечения) обструкцией бронхов.

ХОБЛ занимает ведущее место в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности; обычно развивается к 40-50 годам, сокращает естественную продолжительность жизни в среднем на 8 лет.

Критерием включения заболевания в группу ХОБЛ служит медленно развивающаяся необратимая бронхиальная обструкция (перибронхиальный фиброз и эмфизема) с постепенно нарастающими явлениями дыхательной недостаточности. ВОЗ расценивает ХОБЛ как заболевание, которое характеризуется частично необратимым ограничением воздушного потока, как правило, имеет неуклонно прогрессирующий характер и вызвано аномальной воспалительной реакцией легочной ткани на раздражение различными патогенными частицами и газами.

**Этиология и патогенез.** ХОБЛ тесно связана с курением и длительным действием поллютантов; имеет значение наследственный дефицит фермента  $\alpha$ -1-антитрипсина. Развитие эмфиземы приводит к редукции сосудистой сети в участках легочной ткани, неспособных к газообмену. Это создает условия для повышения давления в бассейне легочной артерии. На данной стадии формируется легочная гипертензия с дальнейшим развитием легочного сердца. Хроническая гипоксия ведет к компенсаторному эритроцитозу с повышением вязкости крови и нарушениями микроциркуляции.

**Клиническая картина.** Различают легкую, среднюю, тяжелую и крайне тяжелую степени ХОБЛ. При *легкой степени* отмечается непостоянный кашель, одышка отсутствует или возникает лишь при интенсивной физической нагрузке,  $ОФВ_1$  (объем форсированного выхода за первую секунду маневра ФЖЕЛ) более 70% от должного. При *средней степени* кашель постоянный, мокрота скудная, одышка появляется при умеренной физической нагрузке,  $ООВ_1$  - 50-69% от должного. У пациентов с *тяжелой степенью* ХОБЛ кашель постоянный, одышка в покое, цианоз, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура, признаки правожелудочковой недостаточности,  $ООВ_1$  менее 50% должных

величин. При *крайне тяжелой степени* ОФВ<sup>2</sup> менее 30% от должного.

**Диагностика.** Самым ранним симптомом болезни является кашель, с которым выделяется небольшое количество слизистой мокроты. При обострении количество выделяемой мокроты увеличивается и она приобретает гнойный характер. Одышка появляется вначале при физической нагрузке, вдыхании табачного дыма, химических раздражителей, затем - в состоянии покоя. Пациенты отмечают надсадный малопродуктивный кашель с небольшим количеством мокроты после значительных усилий. Постепенно нарастает цианоз губ и слизистых, акро-цианоз, развивается эмфизема легких, характерным становится положение ортопноэ. По мере прогрессирования заболевания у пациентов пожилого и старческого возраста появляются симптомы легочной, а в последующем и сердечной недостаточности в связи с формированием легочного сердца.

**Лечение и уход.** Для улучшения бронхиальной проходимости назначают антихолинергические средства (*атровент*), симпатомиметики (*беротек*, *вентолин*), метилксантины (*эуфлин*, *теопек*); при затруднении выделения мокроты показаны мукорегуляторные средства (*бромгексин*, *ацetylцистеин*, *амброксол*). При обострении заболевания пациентам с выраженной интоксикацией и выделением большого количества гнойной мокроты назначают антибактериальные препараты. Реабилитация пожилых и старых пациентов с ХОБЛ включает образовательные программы, избавление от курения, физиотерапию, лечебное питание, массаж.

### *Пневмония*

*Пневмония* - острое инфекционное (преимущественно бактериальное) заболевание респираторных отделов легких с внутриальвеолярной экссудацией.

**Этиология и патогенез.** Пневмонии у людей пожилого и старческого возраста имеют бактериальную или бактериально-вирусную природу. Возбудителями *внебольничной пневмонии* являются стрептококк, микопlasма, стафилококк, вирусы; возбудителями *внутрибольничной пневмонии* - грамотрицательные палочки и стафилококки, нередко устойчивые к антибиотикам. К развитию пневмонии у людей пожилого и старческого возраста предрасполагают снижение иммунитета, возрастные изменения в легких, наличие хронического бронхита, длительный постельный режим, хирургические вмешательства, переохлаждение, переутомление, заболевания верхних дыхательных путей, хронические заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, авитаминозы. При этом возможна аспирация слизи, пищевых частиц, что способствует развитию воспалительного процесса в легких. Большое значение в патогенезе пневмонии имеет местный ателектаз, наступающий при закупорке бронха слизисто-гнойной пробкой.

**Клиническая картина.** Пневмония в пожилом и старческом возрасте часто не имеет выраженного начала и типичной симптоматики. Больные могут предъявлять жалобы на слабость, апатию, отсутствие аппетита, кашель, выделение мокроты, одышку, боли в грудной клетке, потливость, тошноту, рвоту, понос; возможны расстройства сознания, нарушение ориентации, отсутствие повышенной температуры тела. Данные физикального обследования часто бедны: при аускультации выслушивается жесткое дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы на ограниченном участке, нередко их трудно уловить на фоне хронического бронхита и эмфиземы легких.

Необходимо учитывать общие симптомы и, особенно, внезапно появляющиеся признаки легочной недостаточности - учащенное поверхностное дыхание, цианоз кожи лица, губ. В общем анализе крови может отмечаться ускорение СОЭ.

В связи с атипичным течением большую роль в диагностике пневмоний в пожилом и старческом возрасте имеет рентгенологическое исследование.

**Диагностика.** Пневмония - одно из наиболее частых заболеваний у человека позднего периода жизни. Диагностика пневмонии тем труднее, чем старше пациент, поэтому нередко данное заболевание у людей пожилого и старческого возраста поздно диагностируются.

По классификации Европейского респираторного общества различают внебольничную, больничную, атипичную пневмонию и пневмонию у лиц с иммунодефицитом.

**Лечение и уход.** Лечение может быть стационарным или амбулаторным (зависит от тяжести течения). Показан постельный режим, прием легкоусвояемой, богатой витаминами пищи небольшими порциями 5 раз в день.

При внебольничной пневмонии назначают полусинтетические пенициллины (амоксциллин, флемоксин, солютаб по 1,0 мл 2 раза в сутки), цефалоспорины II поколения (цефуроксим 0,75 мл 3 раза в сутки), цефалоспорины III поколения (цефтриаксон 1,0-2,0 мг в сутки), карбапены (имипенем 0,5 мг Б-А раза в сутки).

При внутрибольничной пневмонии показаны макролиды (эритромицин 0,3-0,6 внутривенно), цефалоспорины III и IV поколений (цефетим 1,0-2,0 в сутки), пенициллины, устойчивые к β-лактамазам (амксициллин клавуланат 1,0 2 раза в сутки), фторхинолоны (офлоксацин 0,4 2 раза в сутки).

При удачном выборе препарат назначают в течение 10-12 дней, при отсутствии эффекта в течение 3 дней ставится вопрос о замене антибиотиков. В качестве дезинтоксикационных мероприятий используют полиглюкин, физиологический раствор, 5% раствор глюкозы (под контролем суточного диуреза).

Назначают противокашлевые и отхаркивающие препараты, бронхолитики, иммуномодуляторы, аспирин, витамины, сердечные гликозиды, оксигенотерапию, физиотерапевтическое лечение. Для улучшения вентиляции легких больному рекомендуется создавать возвышенное положение, как можно раньше сажать в постели. Помещение должно быть всегда хорошо проветренным. Необходимо назначение дыхательной гимнастики, дренажного положения. Особенностью ухода при долевой пневмонии является организация индивидуального сестринского поста в стадию разгара заболевания.

**Осложнения:** экссудативный плеврит, абсцесс, гангрена легких, пневмосклероз, острая сосудистая недостаточность, острая сердечная недостаточность, миокардит, нарушения ритма сердца, инфекционно-токсический шок. При любом немотивированном ухудшении у гериатрических пациентов следует в первую очередь исключить пневмонию.

### **Бронхиальная астма**

**Бронхиальная астма (БА)** - это хроническое персистирующее воспалительное заболевание дыхательных путей, проявляющееся приступами удушья или астматическим статусом, вследствие бронхоспазма, гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронхов.

В последние годы заболеваемость бронхиальной астмой растет во всем мире. Лица пожилого и старческого возраста составляют около 45% всех больных БА. Это связано с возрастными изменениями бронхолегочной системы, а также учащением хронических болезней дыхательной системы.

**Этиология.** Различают аллергическую, неаллергическую, смешанную формы бронхиальной астмы. В развитии БА в пожилом и старческом возрасте ведущую роль играют бактериальные аллергены. В классификации астмы по степени тяжести выделяют четыре ступени (если пациент не принимает базисных препаратов, то каждая из этих ступеней соответствует одной из степеней тяжести):

- 1-я ступень - интермиттирующая астма;
- 2-я ступень - легкая персистирующая астма;
- 3-я ступень - персистирующая астма средней тяжести;
- 4-я ступень - тяжелая персистирующая астма.

Определение степеней тяжести зависит от количества ночных симптомов в месяц, неделю, сутки, количества дневных симптомов в неделю, день, выраженности нарушений физической активности и сна, показателей суточных колебаний ООВ<sub>1</sub> и ПСВ (пиковой скорости выдоха при выполнении пробы ФЖЕЛ).

**Клиническая картина.** При интермиттирующем течении БА приступы удушья короткие, реже 1 раза в неделю, купируются применением ингаляторов или проходят без применения

лекарственных препаратов. Ночные симптомы реже 2 раз в месяц, между обострениями симптомы отсутствуют и функция легких нормальная. ОФВ<sub>1</sub>, ПСВ более 80% от должного и суточные колебания ПСВ менее 20%.

При легком персистирующем течении БА приступы удушья возникают 1 раз в неделю или чаще, обострения заболевания могут нарушить физическую

активность и сон, ночные симптомы чаще 2 раз в месяц, ОФВ<sub>1</sub>? ПСВ более 80% от должного и суточные колебания ПСВ - 20-30%.

При БА *средней тяжести* приступы удушья могут быть ежедневными, обострения заболевания нарушают работоспособность, физическую активность и сон, ночные симптомы чаще 1 раза в неделю, ОФВ<sub>1</sub>? ПСВ в пределах 80-60% от должного и суточные колебания ПСВ более 30%, необходим ежедневный прием Р<sub>2</sub>-адреномиметиков короткого действия.

При *тяжелом течении* БА отмечаются постоянные приступы удушья в течение дня, частые обострения заболевания, частые ночные симптомы, физическая активность значительно ограничена, ОФВ<sub>1</sub>? ПСВ менее 60% от должного, суточные колебания ПСВ более 30%.

БА в старости часто протекает с невыраженными симптомами. У большинства пациентов заболевание с самого начала имеет хроническое течение и характеризуется постоянным затрудненным свистящим дыханием и одышкой, усиливающейся при физической нагрузке и в периоды приступов удушья. Это обусловлено развитием эмфиземы легких. Отмечается кашель с отделением небольшого количества светлой, густой, слизистой мокроты. По мере прогрессирования болезни может развиваться сенсibilизация к аллергенам внешней среды (домашняя или производственная пыль, пыльца растений, лекарственные средства). Приступы удушья развиваются при обострении хронических воспалительных процессов в органах дыхания, их способны спровоцировать также аллергены внешней среды, эндокринные нарушения, неблагоприятные метеорологические факторы, сильные эмоции, физическая и эмоциональная нагрузка. У пожилых и старых пациентов приступы удушья чаще усиливаются ночью. Это объясняется повышением тонуса блуждающего нерва в ночное время и скоплением в бронхах секрета, раздражающего слизистую оболочку при горизонтальном положении пациента. Реакция на бронходилататоры во время приступа у людей старшего возраста развивается медленнее и бывает неполной, нередко это побуждает пациентов увеличивать дозу бронходилататора. В разгар приступа удушья может развиваться острая сердечная недостаточность, обусловленная возрастным снижением сократительной способности миокарда или наличием сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы. У пожилых и старых больных чаще отмечается астматический статус, который всегда сочетается с сердечно-сосудистой недостаточностью. Астматический статус характеризуется стойкой обструкцией бронхов вследствие скопления в них вязкой отделяемой мокроты, развития отека слизистой оболочки и экспираторного коллапса мелких бронхов. Факторами, провоцирующими развитие астматического состояния, могут быть чрезмерное употребление симпатомиметиков, седативных и снотворных препаратов, перерывы в лечении глюкокортикоидами, контакт с аллергенами; переохлаждение, физическая нагрузка, нервно-психическое напряжение.

**Лечение и уход.** Для успешного лечения пожилого пациента необходимо его санитарное образование, овладение им методами контроля и профилактики бронхиальной астмы. Для того чтобы гериатрические пациенты могли контролировать течение болезни, необходимо привлекать их к занятиям в «школах для больных бронхиальной астмой».

В настоящее время для длительного лечения бронхиальной астмы используется ступенчатый подход в зависимости от тяжести течения. Основу базисного (противовоспалительного) лечения БА составляют ингаляционные глюкокортико-стероиды (*будесонид, беклометазона дипропионат, флутиказона пропионат*), нестероидные противовоспалительные препараты (*натрия кромогликат, недокромил*), антагонисты лейкотриеновых рецепторов (*зафирлукаст, монтелукаст*). Назначаются симптоматические средства с бронхорасширяющим эффектом: (З<sub>2</sub>-адреномиметики длительного действия (*сальметерол, формотерол*), теofilлины пролонгированного действия (*теопек, теотард*). Для купирования приступов назначают (З<sub>2</sub>-адреномиметики короткого действия (*сальбута-мол, фенотерол, тербуталин*), антихолинергические препараты (*ипратропиума бромид*), теofilлины короткого действия (*эуфиллин, амынофиллия*), кортикостероиды системного действия (*преднизолол*). Выбор медикаментозных средств зависит от степени тяжести заболевания. При лечении бронхиальной астмы у гериатрических пациентов необходимо подбирать препараты с оптимальным эффектом и меньшей вероятностью побочных проявлений (преимущественно ингаляционные формы), шире использовать спейсеры, небулайзеры для

оптимизации способов доставки лекарств. При обострении хронического воспалительного процесса в легких показана антибактериальная терапия. В межприступный период необходима санация ЛОР-органов, зубов. Пожилые пациенты должны особенно тщательно проводить туалет полости рта для профилактики осложнений.

**Осложнения:** астматический статус, дыхательная недостаточность, эмфизема легких, ателектаз, пневмоторакс, острая сердечная недостаточность, хроническое легочное сердце.

### *Рак легкого*

*Рак легкого* - это злокачественная опухоль, развивающаяся из эпителия бронхов.

В начале XX в. рак легкого наблюдался очень редко. В последующие годы отмечался значительный рост заболеваемости, в настоящее время рак легкого является самым частым онкологическим заболеванием. Встречается в основном у людей старше 40 лет, чаще болеют мужчины, 80% всех случаев рака легкого связаны с курением, в том числе и с пассивным курением. Доказано, что длительное «окуривание» (начиная с детского возраста) в 4 раза повышает риск возникновения рака у некурящих.

**Этиология и патогенез.** Причиной рака легкого являются загрязнение окружающей среды полициклическими ароматическими углеводородами (все случаи неполного сгорания топлива), радиоактивной пылью, асбестом, кремнием, хромом, никелем, мышьяком, железом и их производными. 25-30% случаев рака легкого - метастатические опухоли из первичных очагов в щитовидной железе, молочной железе, коже, яичниках, желудке. В развитии рака легкого большую роль отводят хроническим воспалительным заболеваниям легких и возрастным изменениям стенки бронхов. Появляющиеся при этом нарушения регенерации бронхиального эпителия играют ведущую роль в патогенезе рака легких. Темпы роста раковой опухоли, способность к инвазивному росту и метастазированию зависят от ее морфологической структуры. Дифференцированные раки (аденокарцинома, плоскоклеточный, базальноклеточный) растут медленнее и метастазируют позднее, низкодифференцированные (круглоклеточный, мелкоклеточный) отличаются быстрым инфильтративным ростом и ранними метастазами. Рак легкого метастазирует по лимфатическим и гематогенным путям. Отдаленные гематогенные метастазы могут быть в печени, надпочечниках, почках, костях.

**Клиническая картина.** Проявления рака легкого многообразны и зависят от локализации, формы роста опухоли, стадии процесса, клинико-анатомической формы, темпов метастазирования, развивающихся легочных осложнений. В 90% всех случаев рака легкого наблюдается кашель. Он может появиться на любой стадии заболевания в результате раздражения опухолью слизистой оболочки бронхов, сопутствующего бронхита, пневмонита, абсцесса, нарушения проходимости бронхов. Кровохарканье наблюдается в 40% случаев рака легкого и связано с изъязвлением и распадом опухоли. Нередко именно появление кровохарканья заставляет больного обратиться к врачу. Массивные легочные кровотечения бывают реже, возникают в связи с разрушением стенки крупного сосуда и могут стать причиной смерти больного.

Различают центральный и периферический рак легкого. *Центральный рак* легкого развивается из эпителия крупного бронха и обычно локализуется внутри бронха. Клинические проявления центральной формы рака легкого непосредственно зависят от размера пораженного бронха и характера роста опухоли. При эндобронхиальном росте опухоли в первую очередь обнаруживаются признаки нарушения бронхиальной проходимости и, как следствие этого, гиповентиляция и обструктивная эмфизема соответствующего участка легочной ткани. Затем в связи с ростом опухоли возникает полная обтурация бронха и ателектаз легочной паренхимы; присоединение инфекции приводит к развитию воспалительного процесса в зоне ателектаза и вызывает интоксикацию. При перибронхиальном росте опухоли нарушения вентиляции появляются довольно поздно, когда опухоль имеет уже значительную величину. Постоянным симптомом является мучительный кашель, нередко в мокроте определяется примесь крови. Нарастает одышка, появляется боль в грудной клетке на пораженной стороне. *Периферический рак* легкого часто, особенно у пожилых людей, длительное время протекает бессимптомно. Симптомами данной формы рака легкого могут быть неопределенные боли в грудной клетке, кашель с

небольшим количеством мокроты с примесью крови. У пожилых людей нередко встречается *верхушечная* форма рака легкого, сопровождающаяся симптомами повреждения симпатического ствола и разрушением I ребра.

**Диагностика.** Большое значение в ранней диагностике рака легкого имеет своевременное флюорографическое обследование. Для диагностики центрального рака легкого важна бронхоскопия.

**Лечение.** В настоящее время разработаны хирургические, лучевые, комбинированные, химиотерапевтические и комплексные методы лечения рака легкого. Выбор метода лечения зависит от стадии заболевания, морфологической структуры опухоли и функционального состояния организма больного. Все больные пожилого и старческого возраста нуждаются в симптоматическом лечении, включающем антибиотикотерапию, витаминотерапию, гемотрансфузии. Пожилым пациентам часто назначают паллиативное лечение с целью задержки роста опухолевых очагов. Применяются цитостатики: *циклофос-фан, винкрыстин, таксол*. При выраженном болевом синдроме назначают наркотические анальгетики. В работе с онкологическими больными медицинская сестра должна неукоснительно соблюдать деонтологические нормы.

**Осложнения:** кровотечение, ателектаз, дыхательная и легочно-сердечная недостаточность.

### Сестринский процесс при заболеваниях органов дыхания у лиц пожилого и старческого возраста

Этапы	План сестринских
1	2
I этап - обследование пациента и сбор информации о состоянии	Необходимо установить психологический контакт с пациентом, заручиться его доверием, ободрить пациента, создать у него хорошее настроение. В значительной мере это достигается в тех случаях, когда пациент ощущает участие
II этап - определение проблем пациента и формулировка	Проблемами пожилого пациента с заболеваниями органов дыхания являются: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>кашель с мокротой</i> (приступ кашля может провоцироваться изменением положения тела);</li> <li>• <i>одышка (при физической</i></li> </ul>

Окончание

1	2
	• <i>кровохарканье</i> , пугающее больного (наблюдается преимущественно в фазу обострения или после физических нагрузок) При обострении процесса пациенты предъявляют жалобы на слабость, недомогание, снижение аппетита, потливость,
III этап - планирование	Устранить симптомы заболевания, обеспечить полноценный уход и наблюдение за

<p>IV этап - реализация сестринского ухода</p>	<p>При <i>канте с мокротой</i>: больного необходимо обеспечить индивидуальной плевательницей, заполненной на 1/4 дезинфицирующим средством, обучить гигиене кашля, рекомендовать занимать дренажные положения 3-4 раза в день по 30 мин (поза «ищущего тапочки под кроватью», положение Квинке)  При <i>одышке</i>: обеспечить пациенту психоэмоциональный и физический покой, возвышенное положение головного конца кровати, доступ свежего воздуха, кислородотерапию, выполнение</p>
<p>V этап - оценка эффективности</p>	<p>Медицинская сестра должна осуществлять динамическое наблюдение за пациентом, оценивать изменения в состоянии</p>