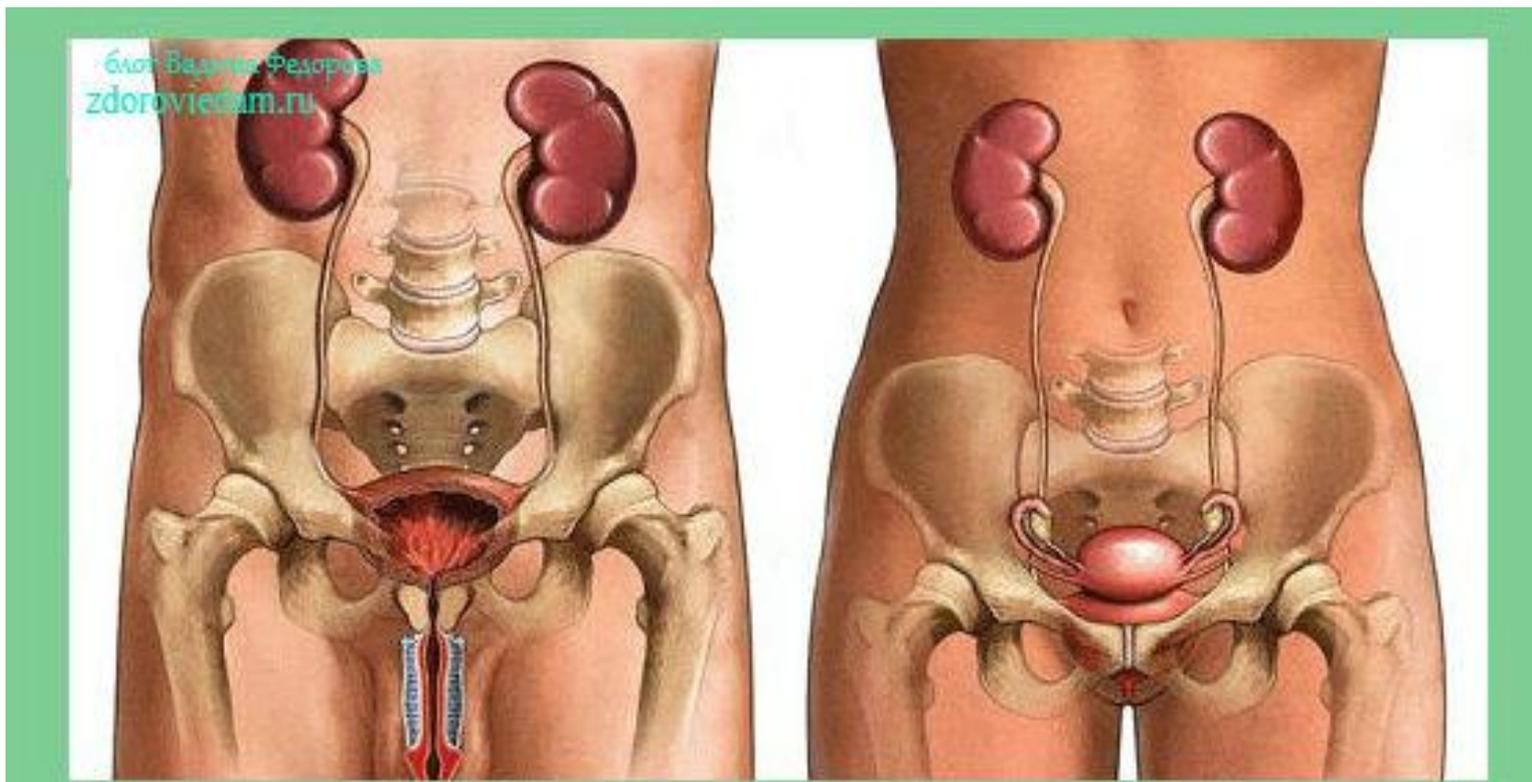


БОЛЕЗНИ

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ



Болезни мочевыделительной системы

Характерным признаком старения почки является уменьшение с возрастом массы и объёма органа, причём у мужчин эти изменения выражены значительно сильнее, чем у женщин.

Примерно после 40 лет начинается процесс склерозирования почечных клубочков, к 70 годам – 60% нефроз остаётся, к 80 годам – 50%.

Почечный кровоток в старости снижается почти наполовину.

Среди болезней пациентов пожилого и старческого возраста видное место занимают заболевания органов мочевой системы, характерные для обоих полов.

ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ — инфекционный неспецифический процесс чашечно-лоханочной системы и канальцев почек с последующим поражением клубочков и сосудов почек.

Пиелонефрит является самым частым заболеванием почек во всех возрастных группах и основной проблемой гериатрической нефрологии.

Этиология.

1. Инфекционные агенты: кишечная палочка, протей, энтерококк, стафилококк, клебсиелла, синегнойная палочка или смешанная флора.
 2. Состояние организма (иммунитета, переутомление, перенесенные ранее заболевания, гиповитаминоз, охлаждение, хронические заболевания).
 3. Нарушение уродинамики и способствующие развитию острого пиелонефрита (старческая атония мочевых путей, способствующая возникновению рефлюксов на различных уровнях; мочекаменная болезнь и опухолевые процессы; заболевания предстательной железы у мужчин).
- Также развитию острого пиелонефрита способствуют сахарный диабет, подагра, нефрокальциноз, уменьшение уровня кальция в организме.

Патогенез.

Различают три пути проникновения инфекции:

- гематогенный;
- по стенке мочеточника;
- по просвету мочеточника, при наличии пузырно-мочеточникового рефлюкса.



Клиническая картина.

Для острого пиелонефрита характерна триада симптомов: повышение температуры и озноб, боли в поясничной области и изменения в моче.

Особенности, характерные для пожилого возраста:

- У пожилых интоксикационный синдром может протекать преимущественно с мозговой симптоматикой (внезапная потеря ориентации в пространстве и времени, нарушения равновесия, падения, недержание кала, мочи).
- В ряде случаев озноб и повышение температуры могут быть не выражены или даже отсутствовать.
- Характерен также для данного возраста быстрый переход острого серозного воспаления в гнойное, что приводит к летальному исходу вследствие уросепсиса,

Объективно.

При пальпации болезненность в области почки, может пальпироваться увеличенная почка.

Положительный симптом Пастернацкого.

Лабораторно-инструментальные данные.

Общий анализ мочи: в начале заболевания умеренная протеинурия и лейкоцитурия, эритроцитурия, затем количество лейкоцитов нарастает.

Общий анализ крови: незначительный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ.

Биохимический анализ крови: диспротеинемия, может быть преходящее повышение уровня мочевины и креатинина.

УЗИ: неодинаковые размеры почек, деформация лоханок, чашечек, формы почек, препятствие оттоку мочи.

В диагностике острого пиелонефрита основными критериями являются клиническая симптоматика и результаты лабораторных исследований.

Лечение

1. Режим - В любой фазе заболевания больные не должны подвергаться охлаждению, исключаются значительные физические нагрузки. При обострении с высокой степенью активности и лихорадкой назначается постельный режим, при улучшении состояния режим расширяется.

2. Лечебное питание: стол № 7 (ограничение соли и жидкости).

3. Этиологическое лечение:

А. Антибактериальная терапия.

Б. Сульфаниламиды: уросульфам по 1 г 4—6 раз в сутки, бак-трим, гросептол, лидаприм.

В. Хинолоны:

- 1-е поколение: невигамон, неграм, гармурин, палин;
- 2-е поколение: таривид, абактал, нолицин, максаквин, пе- нетрекс.

Г. Нитрофурановые соединения: фурадонии, фурагин, солафур.

Д. Хинолины: нитроксолин (5-НОК) по 2 драже 4 раза в день не менее 2—3 недель.

Антибактериальные средства, применение которых нежелательно у больных пожилого возраста

Препараты	Нежелательные явления
Аминогликозиды	Нефротоксичность, вестибулярные и слуховые нарушения, нейротоксичность
Полимисины	Нефротоксичность
Тетрациклины	Нефротоксичность при сниженной функции почек
Карбоксипенициллины (карбенициллин, тикарциллин)	Дисфункция тромбоцитов (кровотечения), гипернатриемия (задержка жидкости, прогрессирование сердечной недостаточности), гипокалиемия (аритмии)
Нитрофураны	Токсичность при сниженной функции почек
Хлорамфеникол	Угнетение функции костного мозга

- 4. Улучшение почечного кровотока: трентал 0,2—0,4 г 3 раза в день, курантил 0,025 г 3—4 раза в день, венорутон, гепарин.
- 5. Фитотерапия: толокнянка, лист брусники, клюквенный сок, морс, почечные сборы № 1—6.
- 6. Симптоматическое лечение:
 - при артериальной гипертензии — гипотензивная терапия;
 - при развитии анемии — железосодержащие препараты;
 - при выраженной интоксикации — внутривенно гемодез, неокомпенсан.
- 7. При гнойном пиелонефрите — хирургическое лечение.

Профилактика рецидивов и повторных инфекций:

У пожилых больных профилактическое применение антибактериальных препаратов нецелесообразно. У лиц этой возрастной группы первостепенную роль в профилактике рецидивов и повторных инфекций почек играют немедикаментозные мероприятия: адекватный питьевой режим — 1,2—1,5 л ежедневно (с осторожностью у больных с нарушенной функцией сердца), фитотерапия.

Диспансеризация.

Больные пиелонефритом наблюдаются урологом, терапевтом и стоматологом 2 раза в год. Осуществляются: контроль общего состояния (анамнез, жалобы), уровня АД, анализ мочи, проба Зимницкого, определение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции, уровня мочевины и креатинина в сыворотке крови, УЗИ почек.

АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы представляет собой одно из наиболее распространенных заболеваний у мужчин пожилого и старческого возраста .

Морфологические признаки аденомы предстательной железы обнаруживаются у 50 % мужчин в возрасте от 40 до 50 лет и у 90 % старше 80 лет

Симптоматика заболевания складывается из трех основных компонентов: статический (механический), динамический и нарушение функциональной способности мочевого пузыря.

Этиология.

Ведущую роль в генезе этого заболевания играют гормональные факторы - угасания инкреторной функции яичек и преобладания вследствие этого в организме мужчины женских половых гормонов над мужскими.

Патогенез.

Разросшиеся периуретральные железы препятствуют опорожнению мочевого пузыря, в результате развивается гипертрофия мышечной оболочки мочевого пузыря. При декомпенсации в мочевом пузыре появляется остаточная моча, а повышение внутрипузырного давления приводит к пузырно-мочеточниковому рефлюксу. Застой мочи, образование дивертикулов и трабекул способствует инфицированию мочи и камнеобразованию в мочевом пузыре.

Клиническая картина.

Затрудненное мочеиспускание, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, несвоевременное начало акта мочеиспускания, натуживание во время мочеиспускания, учащенное, повелительное мочеиспускание, недержание мочи.

Стадии заболевания:

Стадия I — преклиническая — чаще наблюдается в возрасте 50—60 лет на фоне перенесенных инфекций мочеполовой системы. Возникают незначительные нарушения акта мочеиспускания, неприятные ощущения в промежности, внизу живота.

Стадия II — дизурии — учащенное мочеиспускание вначале ночью, затем и днем. В отличие от цистита не сопровождается болезненностью и помутнением мочи, но интенсивность его бывает очень велика. Появляется затрудненное мочеиспускание, переполнения мочевого пузыря. Слабеет струя мочи, усиливаются ночная полиурия.

Стадия III — неполной хронической задержки мочи — характеризуется наличием остаточной мочи, количество которой постепенно нарастает.

Стадия IV — период «парадоксальной ишурии» — «задержка с недержанием». В этом периоде выражена почечная недостаточность с явлениями интоксикации: жажда, похудание, истеричность склер, диспепсические явления, сердечно-сосудистые нарушения.

Диагностика.

определение простат-специфического антигена (ПСА) сыворотки крови, ультразвуковое исследование с определением размеров всей предстательной железы и ее переходной зоны, а также количества остаточной мочи.

Лечение.

Хирургическое лечение.

Если возникает необходимость в выполнении хирургического вмешательства, то «золотым стандартом» считается трансуретральная резекция предстательной железы. В ряде случаев выполняется трансуретральное эндоскопическое рассечение предстательной железы и открытая аденомэктомия.

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ.

Недержание мочи предрасполагает к воспалительным и язвенным изменениям кожи промежности, инфекциям мочевыводящих путей, сопровождается депрессией, социальной изоляцией пожилых людей.

Развитию данного состояния способствуют возрастные изменения мочевого тракта: снижение сократительной способности мочевого пузыря, уменьшение его емкости, наличие остаточной мочи из-за непроизвольных

сокращений детрузора, уменьшение функциональной длины уретры у женщин

недержание мочи бывает преходящим, связанным со следующими причинами:

- *нарушениями сознания при неврологических и иных заболеваниях, приемом лекарственных препаратов (седативных, антихолинергических, антагонистов α -адренорецепторов, диуретиков и пр.);*
- *симптоматическими инфекциями мочевыводящих путей,*
- *повышенным диурезом, вследствие избыточного употребления жидкости, сахарном диабете и пр.;*
- *сниженной физической активностью при артритах и травмах;*
- *застойной сердечной недостаточностью.*

Все эти причины являются обратимыми, и при условии их ликвидации происходит успешное купирование преходящего недержания мочи

Виды недержания мочи:

Стрессовое недержание мочи – непроизвольное подтекание мочи во время кашля, смеха, бега и при других физических действиях, приводящих к повышению внутрибрюшного давления, а значит и внутри пузырного, характерно отсутствие позыва на мочеиспускание.

Ургентное недержание мочи – непроизвольное подтекание мочи, связанное с непроизвольным сильным позывом на мочеиспускание. Такой позыв называется повелительным – императивный. Пациенты жалуются, что не успевают добежать до туалета. Наличие у одного и того же пациента нескольких типов недержания мочи называют «**смешанным недержанием**». Это очень характерно для женщин пожилого и старческого возраста.

Редкой формой недержания мочи у мужчин является **недержание «переполнения»**. Оно связано со сверхнаполнением и сверхрастяжением мочевого пузыря, чаще из-за напряжения оттока при аденоме предстательной железы.

Проблема недержания мочи актуальна для каждой второй женщины в возрасте от 45 до 60 лет, поскольку это одно из типичных проявлений климактерического периода

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ В ГЕРИАТРИИ



*Возрастные
изменения
при
старении
эндокринно
й системы*

Процесс угасания функции эндокринных желез при старении закономерен, его течение обусловлено обратным развитием организма. Период наиболее интенсивных изменений гормонального аппарата 45—60 лет

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Сахарный диабет — эндокринное заболевание, обусловленное абсолютной или относительной инсулиновой недостаточностью, что приводит к нарушению всех видов обмена веществ, прежде всего углеводного, поражению сосудов (ангиопатиям), нервной системы (нейропатиям), а также других органов и тканей.

С возрастом снижается функция поджелудочной железы, изменяется физиологическая активность инсулина и чувствительность периферических рецепторов к нему. Пик заболеваемости диабетом наблюдается в возрасте 45—65 лет, поэтому возраст больного рассматривается как один из факторов риска для сахарного диабета.

Клиническая картина

Дебют сахарного диабета II типа характеризуется слаженностью симптомов, доброкачественностью течения (без склонности к кетоацидозу и гипогликемическим состояниям).

Симптомы сахарного диабета у пожилых не выражены. Редко встречается резкое повышение аппетита, чаще уменьшение массы тела, повышенная утомляемость и постоянное ощущение усталости, умеренная жажда и полиурия, зуд кожи, сухость слизистых оболочек (часто расцениваются как фарингит, вульвит), появление гнойничковых заболеваний кожи, частые инфекции мочевых путей.

Специфические осложнения сахарного диабета:

- Микроангиопатии развиваются у пожилых раньше, чем у молодых. Сахарный диабет занимает второе место среди причин слепоты.
- Развитие распространенного и раннего атеросклероза, поэтому в пожилом возрасте атеросклеротические поражения сердца, сосудов наблюдаются у всех больных. Инсульт, инфаркт миокарда — основная причина смерти этих больных.
- Отмечается нарушение болевой и тактильной чувствительности (по типу «носков и перчаток»). Диабетическая стопа развивается вследствие сочетания таких факторов, как диабетическая нейропатия и ангиопатия ног, атеросклеротическая обструкция артерий.
- Диабетическая нефропатия (интеркапиллярный гломерулосклероз Киммелстила — Уилсона).
- Диабетическая гастропатия наблюдается у больных с большой выраженностью заболевания и проявляется рвотой пищей, съеденной накануне. Диабетическая энтеропатия проявляется усиленной перистальтикой тонкого кишечника и периодически возникающей диареей, чаще в ночное время.
- Диабетическая энцефалопатия проявляется нарушением психической деятельности (повышенная утомляемость, апатия, раздражительность, нарушение сна, плаксивость).

Диагностика.

Исследование глюкозотолерантного теста, так как у пожилых в связи с изменением функционального состояния почек повышается порог фильтрации глюкозы через клубочковый аппарат, и глюкозурия может отсутствовать.

Лечение.

- 1. Диета — стол № 9.

Общие требования к диете: должна быть физиологической по составу продуктов, субкалорийной, пищу следует принимать 4-5 раз в день, необходимо исключать легкоусвояемые углеводы, пища должна содержать достаточное количество клетчатки, быть богатой витаминами, из общего количества жиров 40—50 % должны быть растительного происхождения. Можно использовать рафинированные заменители сахара — сластилин, сладекс.

- 2. Режим физической активности оказывает положительное влияние на больных сахарным диабетом. Больным пожилого возраста рекомендуются прогулки, работа в саду, огороде, ходьба в определенном темпе и продолжительности с учетом сопутствующих заболеваний.
- 3. Производные сульфаниламочевина применяют при сахарном диабете II типа средней тяжести и тяжелой форме.

- 4. Показаниями для инсулинотерапии являются: отсутствие эффекта от диетотерапии и пероральных гипогликемизирующих средств. Инсулинотерапия должна проводиться под контролем глюкозурии и особенно гликемии. Желательно применять высокоочищенные или человеческие инсулины.
- 5. Фитотерапия. Для лечения сахарного диабета используется около 150 лекарственных растений. Наиболее эффективные фитопрепараты: настойка лимонника, экстракт левзеи жидкий, экстракт родиолы жидкий, настойка аралии, экстракт элеутерококка жидкий, лист и побеги черники, стручки фасоли, овес, корень одуванчика, лопуха, цикория, лист брусники и крапивы, грецкий орех, лавровый лист, капуста и др.



Спасибо

за внимание!