Болезни почек и мочевыводящих путей у гериатрических пациентов.

Возрастные изменения мочевыделительной системы у пожилых.

К старости у человека теряется до ½-1/3 нефронов ,разрастается соединительная ткань ,формируется возрастной нефросклероз. Наряду с гибелью нефронов развивается компенсаторная гипертрофия оставшихся клеток. При старении снижается потребление почками кислорода. Понижается экскреторная функция почек. При этом формируется возрастная почечная гипофункция. Изменяется нейрогуморальная регуляция мочевыделительной системы.

Почечные чашечки, лоханки, мочеточники с возрастом уплотняются, теряют эластичность, увеличивают ёмкость, нарушается их ритмическая деятельность, учащаются рефлюксы, стенка мочевого утолщается, уплотняется, ёмкость его падает, что вызывает учащение позывов к мочеиспусканию. Возрастные изменения мочевого пузыря ослабляют функцию его замыкательного аппарата, способствуя недержанию мочи. Это усугубляется снижением функции контролирующих рефлекс мочеиспускания высших нервных центров.

Пиелонефрит.

Рост уровня заболеваемости пиелонефритом в пожилом возрасте определяется неблагоприятным на данном этапе жизни сочетанием двух факторов: возрастное повышение вероятности инфицирования мочеобразующих органов и снижение резистентности почек и чашечно-лоханочной системы к инфекции. Увеличение риска заноса возбудителей инфекции в почку и верхние мочевые пути у человека старческого возраста обусловлено множественностью очагов инфекции в стареющем организме, в том числе в нижележащих звеньях мочевой системы.

Пиелонефрит у людей пожилого и старческого возраста, особенно, у мужчин, чаще вторичный, в значительном проценте случаев он сопровождается обструктивными заболеваниями мочеобразующих органов, характеризуется большей тяжестью изменений (высокий процент гнойных пиелонефритов), увеличивающейся с возрастом частотой двусторонних поражений.

Этиология.

В развитии острого пиелонефрита ведущую роль играет грамотрицательная микрофлора кишечника (кишечная палочка, энтерококки, протей). Старческий пиелонефрит часто вызывает синегнойная палочка. Более редким и наиболее патогенным возбудителем является плазмокоагулирующий стафилококк.

Клиника.

Клиническая картина острого пиелонефрита атипична – наблюдается снижение остроты клинических симптомов, и заболевание проявляется обычно тяжёлым интоксикационным синдромом. Нарастают слабость, апатия, депрессия, адинамия, реже немотивированная эйфория, нарушается ритм сна, исчезает аппетит, присоединяется тошнота и рвота. Температура тела повышается обычно до субфебрильной или остаётся

Местные симптомы заболевания у больных пожилого и старческого возраста малоинформативны : боль в верхнем отделе живота, поясничной области малой интенсивности, дизурические явления маскируются возрастной полаккиурией. Нередко мало выражены боль при пальпации почек, в рёберно-позвоночном углу ,мышечное напряжение в поясничной области и брюшной стенке в области надчревья, симптом Пастернацкого.

В крови – незначительный лейкоцитоз, нейтрофилёз, повышение СОЭ, умеренная нормохромная анемия. Как и у молодых, сохраняются типичные для пиелонефрита мочевые симптомы – лейкоцитурия, бактериурия. Протеинурия, как правило, низкая, возможны цилиндрурия, эритроцитурия.
Острый пиелонефрит у пожилых пациентов , не смотря на малосимптомную клинику, отмечается упорством и длительностью течения, наклонностью к осложнениям, рецидивом к переходу в хроническую форму, чаще, чем у молодых, развивается почечная недостаточность.

Хронический пиелонефрит.

У лиц пожилого и старческого возраста характеризуется отсутствием присущего этому заболеванию циклического развития (смена периодов обострения и ремиссии). Заболевание течёт монотонно, латентно. Гнойные формы пиелонефрита протекают иногда бессимптомно. Обострения ХП легко осложняются нарушениями водно-солевого баланса, кислотно-основного состояния, септицемией, что приводит к внезапным немотивированным ухудшениям состояния пациента.

Принципы лечения и ухода.

1.Диета с исключением экстрактивных веществ, специй, раздражающих слизистую оболочку мочевых путей.
2.Короткий и нестрогий постельный режим в период атаки заболевания.
3.Широкий питьевой режим(свежие натуральные соки, компоты, кисели,морсы,отвары мочегонных трав, минеральные воды).
4.Антибактериальная терапия в соответствии с результатами определения чувствительности микрофлоры, а также на основе переносимости и нефротоксичности.
5.Уроантисептики(нитрофуран, производные налидиксовой кислоты и оксолиниевой кислот, сульфаниламидные препараты) курсом 1-1,5-2 недели с обязательным приёмом комплекса витаминов, противогрибковых, антигистаминных препаратов до полной санации организма.

6.Фитотерапия(отвары толокнянки, цветков календулы,полевого хвоща, шиповника, земляники и т.д.)
7.НПВС (вольтарен, диклофенак), в тяжёлых случаях назначают ГКС (короткие курсы лечения малыми дозами-до 15 мг в сутки преднизолона)
8.Средства, улучшающие почечный кровоток(трентал,курантил).

9.Периодическое применение в целях дренажа тканей почки и чашечно-лоханочной системы натрийуретиков, предпочтительно фуросемида, они повышают интенсивность внутрипочечного кровотока.
10.Физиотерапевтическое лечение применяется с осторожностью. Тепловые процедуры на область поясницы(парафин, озокерит, лечебная грязь), токи УВЧ и др.

Мочекаменная болезнь

Заболевание, характеризующееся отложением конкрементов в чашечно-лоханочной системе почек и мочевыводящих путях.

Этиология и патогенез.

-метаболические нарушения,

-инфекции мочевых путей,

-генетическая предрасположенность,

-употребление животного белка,
- гиповитаминозы,
-высокая жесткость питьевой воды,
-некоторые лекарственные препараты.
С возрастом увеличивается количество факторов риска мочекаменной болезни (возрастные нарушения уродинамики, нарушения обмена веществ, инфекции мочевыводящих путей). По химическому составу конкрементов выделяют: оксалаты, ураты, карбонаты, фосфаты и органические камни. У пожилых чаще встречаются смешанные камни.

Клиническая картина.

Большие камни, лежащие в лоханке без движения, могут совершенно не беспокоить больного или проявляться тупой, длительной болью в поясничной области. Движение мелких конкрементов вызывает приступы резких, мучительных болей в поясничной области – почечную колику. Почечная колика наступает внезапно, боли отдают по ходу мочеточника в мочевой пузырь, пах, половые органы. Нарушается мочеиспускание. Часто возникает рвота, повышается АД, учащается или замедляется пульс, может повышаться температура тела, появляться озноб.

Отмечается положительный симптом Пастернацкого с больной стороны. Характерным признаком почечной колики является гематурия. Болевой синдром у людей пожилого и старческого возраста менее выражен. Если камень длительно закупоривает мочеточник, боли не прекращаются и может развиться гидронефроз – растяжение почечной лоханки мочой при затрудненном оттоке мочи. К мочекаменной болезни часто присоединяется вторичный пиелонефрит.

Лечение.

-обильное, частое питье.

- исключить продукты, содержащие вещества, участвующие в образовании камней,

-коррекция pH мочи.

-при мелких конкрементах, не нарушающих оттока мочи, лечение направлено на их изгнание: водная нагрузка, препараты группы терпена (цистенал), спазмолитики (но-шпа, баралгин).

-при уратных конкрементах используются препараты, растворяющие камни.
-при размерах камней до 25 мм в диаметре возможно проведение ультразвуковой чрескожной дистанционной литотрипсии. Применение этого метода у лиц пожилого и старческого возраста ограничено из-за наличия сопутствующей патологии.
-при сопутствующем пиелонефрите назначается антибактериальная терапия.
Хирургическое лечение показано при осложнениях мочекаменной болезни. Состоит в оперативном удалении камня.