Лекція 7

Тема: **Вікові фізіологічні зміни і хвороби нирок та сечових шляхів, передміхурової залози.**

**План**

1.Вікові зміни нирок.

2.Запальні захвоювання нирок і сечових шляхів.

а) г. старечий глолирулонефрит (ГН)

б) хронічний старечий глолирулонефрит

в) нефротичний синдром.

3.Інфекції сечовидільних шляхів - пієлонефрити.

4.Сечокам’яна хвороба.

5.Аденома передміхурової залози.

**Зміст лекції.**

**1.Вікові зміни нирок**.

Сечова система з віком змінюється в структурному і функціональному плані. З віком зменшується кількість нефронів на 1/3-1/2. Спостерігається розростання сполучної тканини, формується віковий нефросклероз, знижений рівень ниркового кровотоку та клубочкової фільтрації. Знижена екскреторна (азото-водо- електролітновидільна) функція нирок.

Тобто виникає вікова ниркова гіпофункція, формується торпедна реакція органу на подразнення. Цьому сприяють вікові особливості нейрогулефальнії регуляції сечовидної системи.

Ниркові чашечки, миски, сечоводи з віком втрачають еластичність, збільшується їх ємкість порушується їх ритмічна діяльність, частішають рефлекси.

Сечовий міхур:

- стінка потовщується і ущільнюється, ємкість зменшується,що сприяє почастішання позивів на сечовиділення.

- слабне функція сфінктерів, спостерігається нетримання сечі, зменшується функція вищих нервових центрів, які контролюють рефлекс сечовипускання.

Вікові, структурні, метаболічні, функціональні регуляторні зміни сприяють розвитку хвороб та підвищують декомпенсації (особливо нирки) в умовах стресу.

2. Запальні захворювання нирок і сечових шляхів.

Гломерулонефрит поділяється на гострий старечий гломерулонефрит і хронічний старечий гломерулонефрит.

Гострий старечий гломерулонефрит – Імунозапальне захворювання з переважним ураженням клубочків з подальшим залученням до процесу канальців, інстерстиціб і судинної системи нирок. Найчастіше гломерулонефрит є самостійною нозологічною формою, але може бути наслідком системних захворювань або патологічних станів. Провокувати захворювання можуть насамперед стрептококова інфекція верхніх дихальних шляхів, грип, зубні гранульоми, гнійничкові ураження шкіри.

Хронічний старечий **гломерулонефрит.**

Вікові зміни нирок сприяють переходу гострого процесу в хронічний

Зустрічаються частіше ніж гострий. Це переважно первинно-хронічний ГН. Протікає монотонно. Переважає латентний перебіг, який характеризується блідістю шкірних покривів, транзиторне підвищення кров’яного тиску, незначні сечові симптоми (протеїнурія, мікрогематурія і помірна циліндурія).

При гіпертонічній формі — переважають серцеві симптоми, тобто можуть виступати карді альні порушення, задишка. При нефротичному варіанті - набряки протеїнурія, циліндрурія помірні значніші зміни в крові ( біохімічні).

Хвороба перебігає монотонно, без закономірної зміни періодів загострення і ремісії. Тому часто розпізнається на етапі виникнення ускладнень - артеріальної гіпертензії, анамії, ниркової недостатності. Усі клінічні форми і варіанти хронічного гломерулонефриту обов’язково, раніше або пізніше, переходить у завершену фазу ниркової недостатності.

**Нефротичний синдром.**

Нефротичний синдром – це клініко-лаболаторний симптомокомплекс, який включає масивну протеїнурію( більше 3,5г.на добу), порушення білкового, ліпідного, водно-електролітного обміну з гіпопротеінемією і набряками.

Клінічні прояви нефротичного синдрому в похилому і старечому віці мають свої особливості:

- масивні набряки з водянкою в серозних порожнинах трапляються рідко;

- переважають сечові симптоми і зміни хімічного складу крові;

- властиві порушення білкового і ліпідного (значна гіпопротиїнемія, гіперліпідемія, супроводжується вираженим атеросклеротичним ураженням аорти і крупних судин).

Серед профілактичних заходів основне значення має санація вогнищ інфекції.

3.Інфекції сечовидільних шляхів.

Вікові зміни зумовлюють зниження активності клітинного імунітету, бар’єрних функцій сечового міхура. Прояви інфекцій сечовивідних шляхів можуть варіювати від бактеріурії до уросепсису з високою смертністю, що виникає досить часто. Частково це може бути зумовлено частим використанням катетерів, дренажних систем, імплантацій них матеріалів, протезів. Трапляється у пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями, які тривалий час отримують хіміотерапевтичне лікування і можуть призвести до ниркової недостатності.

А) Пієлонефрит.

Зустрічаються в 15-23% людей похилого і старечого віку (у молодих- 5-

7%)

Це зумовлено зростанням при старінні вірогідності інфікування сечової системи,

Зниженням її резистентності до інфекції (ішемія нирок, порушення уродинаміки, імунодефіцитні сукупні хвороби)

Ймовірність розвитку ПН зростає з віком, більше в чоловіків.

Збудником старечого пієлонефриту є кишкова, синьо гнійна паличка, ентерокок, протей.

**Гостра форма** переважно носить стертий характер. Може бути підвищена температура, різкі болі в поперек, порушення сечовипускання,. Спостерігається лейкоцитурія із зсувом формули вліво. Перебіг гострого старечого пієлонефриту тривалий зі схильністю до рецидивів з переходом у хронічну форму.

Через несвоєчасне розпізнавання, нераціональне лікування, а також початково низький рівень діяльності нирок на тлі гострого пієлонефриту, особливо двобічному ураженні. Може розвинутись ниркова недостатність.

Хронічна форма - є наслідком невиліковного гострого пієлонефриту, зустрічається частіше. Характеризується рецидивним перебігом.

Загострення хронічного пієлонефриту, зумовлене грамнегативною мікрофлорою, може бути причиною розвитку бактеріологічного шоку і гострої ниркової недостатності.

4.Сечокам’яна хвороба.

Займають ці хворі 2 місце після зональних захворювань. Частіше хворіють чоловіки 75% цих хворих. Це люди віком 30-55 р. з віком частіше знижується.

Є дві теорії утворення каменю: 1) кристалічна ( камені утворюють викладених кристалізації перенасиченої солями сечі)

2) теорія матриць — солі викладають в осад не білкову основу матриці.

Сприяють: інфекції, вроджені аномалії розвитку нирок і

сечовидільених органів, розлади сечовипускання (нитроченні), травми гр.клітини, хребта недостача вітамінів А,В,Д - Мікрокамінці утворюються в сечових канальцях, а потім мігрують у чашечки і ниркову потім з сечею опускаються нижче. За хімічним складом є: 1-1-неорганічні і2-органічні.

Ознаки:

-біль;

-макро і макрогематурія з приступом болю;

-відходження каменю,солей після яких біль зникає;

- нудота, блювота, метеоризм;

- олігурія, дизурія, піурія; ниркова коліка.

5.Аденома передміхурової залози.

Аденома передміхурової залози- різне за велечиною, формою і масою новоутворення, найчастіше округлої чи грушеподібної форми.

Причина: найпоширініша теорія ендокринна: підчас клімаксу у чоловіків нерівномірно згасає статева функція, що зумовлено дисфункцією яєчок. Розростання періуретральних залоз змінює форму і величину аденоми. Росте нерівномірно. Деформує передміхурову частину уретри, змінюється внутрішній отвір уретри, детрузор спочатку гіпертрофується потім розтягується і стає тонким , спостерігається розширення сечоводів.

Ознаки:

Для аденоми передміхурової залози характерні розлади сечовипускання: від незначного збільшення частоти до повної затримки сечі. Часте сечовипускання нерідко є першим і єдиним симптомом захворювання: спочатку малими порціями, вночі (2-6-8 разів) і вдень, особливо при тривалому перебуванні в положенні лежачи або сидячи, що сприяє венозному застою в малому тазі і набряканню передміхурової залози. Буваютьчасті імперативні позиви. При спробі спорожнити міхур сеча зявляється не відразу, а після деякого періоду млявою, тонкою цівкою.

З прогресуванням хвороби погіршується перебіг циститу, пієлонефриту, унаслідок чого розвивається хронічна недостатність.

Профілактика заклечається в правильній організації режиму: потрібно усунути умови виникнення застійних явищ у малому тазі (недостатня рухова активність. Тривале перебування в ліжку в положенні сидячи, закрепи, вживання гострих страв і спиртних напоїв).