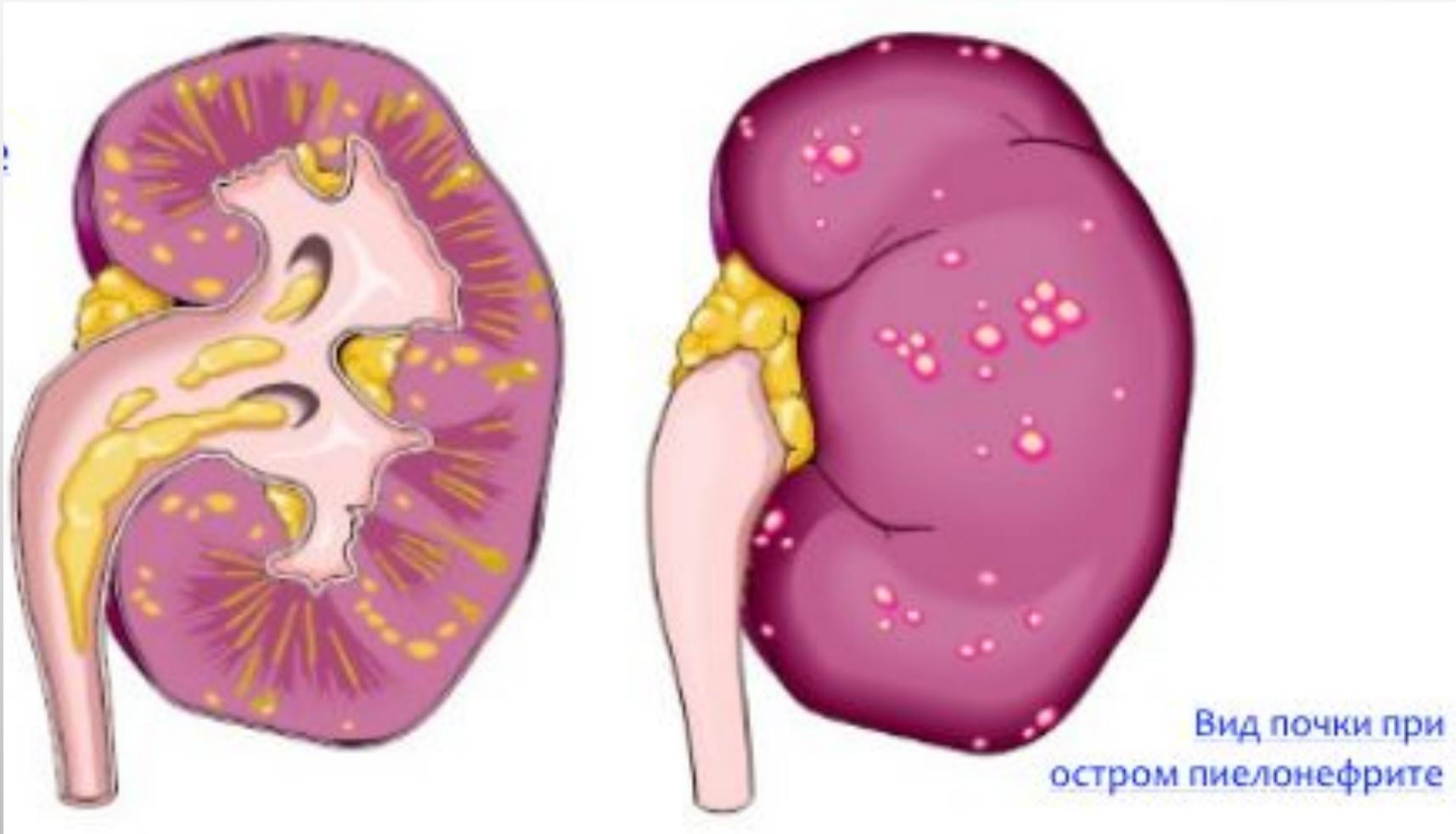
An anatomical illustration of a human torso in a light blue, semi-transparent style. The internal organs, including the lungs, heart, and digestive tract, are visible. Two kidneys are highlighted in a bright orange color. The background is dark grey with several realistic water droplets of various sizes scattered across it. The text is centered over the torso.

**СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ  
БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ  
МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ И  
ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМ У  
ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

# ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СТАРЕНИИ

- В ВОЗРАСТЕ ОТ 25 ДО 85 ЛЕТ ОБЩЕЕ ЧИСЛО ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ НЕФРОНОВ СНИЖАЕТСЯ ДО 30-40 %
- ВЕС ПОЧЕК УМЕНЬШАЕТСЯ НА 30
- ТОНУС МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОНИЖЕН ПРИ УМЕНЬШЕНИИ ЕГО ОБЪЕМА
- ОСЛАБЛЕНИЕ ТОНУСА СФИНКТЕРА.
- ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (У МУЖЧИН)
- ПОНИЖЕНИЕ ТОНУСА МУСКУЛАТУРЫ МАЛОГО ТАЗА (У ЖЕНЩИН)
- СНИЖЕНИЕ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ И КАНАЛЬЦЕВОЙ РЕАБСОРБЦИИ
- ОБСТРУКТИВНАЯ УРОПАТИЯ И НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПРИ ОБИЛЬНОМ ВЫДЕЛЕНИИ
- СТРЕССОРНОЕ НЕДЕРЖАНИЕ

**ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ - ИНФЕКЦИОННЫЙ  
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ  
СИСТЕМЫ И КАНАЛЬЦЕВ ПОЧЕК С ПОСЛЕДУЮЩИМ  
ПОРАЖЕНИЕМ КЛУБОЧКОВ И СОСУДОВ ПОЧЕК.**



# КЛИНИКА

## ***ХАРАКТЕРНА ТРИАДА СИМПТОМОВ:***

**-ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ И ОЗНОБ, БОЛИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ И ИЗМЕНЕНИЯ В МОЧЕ.**

## ***ОСОБЕННОСТИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА:***

1. У ПОЖИЛЫХ ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ МОЖЕТ ПРОТЕКАТЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С МОЗГОВОЙ СИМПТОМАТИКОЙ (ВНЕЗАПНАЯ ПОТЕРЯ ОРИЕНТАЦИИ В ПРОСТРАНСТВЕ И ВРЕМЕНИ, НАРУШЕНИЯ РАВНОВЕСИЯ, ПАДЕНИЯ, НЕДЕРЖАНИЕ КАЛА И МОЧИ).
2. В РЯДЕ СЛУЧАЕВ ОЗНОБ И ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ МОГУТ БЫТЬ НЕ ВЫРАЖЕНЫ ИЛИ ДАЖЕ ОТСУТСТВОВАТЬ.
3. ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ДАННОГО ВОЗРАСТА БЫСТРЫЙ ПЕРЕХОД ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ГНОЙНОЕ, ЧТО ПРИВОДИТ К ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ ВСЛЕДСТВИЕ УРОСЕПСИСА, СЕПТИЦЕМИИ.

# ИЗМЕНЕНИЯ В МОЧЕ:

- ЛЕЙКОЦИТУРИЯ
- ПРОТЕИНУРИЯ

ВОЗМОЖНЫ:

- ЦИЛИНДРУРИЯ
- ЭРИТРОЦИТУРИЯ

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ И ПЕРВОНАЧАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ТКАНИ, ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ И КАНАЛЬЦЕВ ПОЧЕК С ПОСЛЕДУЮЩИМ ВОВЛЕЧЕНИЕМ КЛУБОЧКОВ ПОЧЕК. ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПРОЦЕССА.



# ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ

- АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ: ОТСУТСТВУЮТ ТЕМПЕРАТУРНЫЕ РЕАКЦИИ, БОЛЕВОЙ СИНДРОМ, ЧТО СВЯЗАНО СО СНИЖЕНИЕМ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА
- НА ПЕРВЫЙ ПЛАН МОГУТ ВЫСТУПАТЬ УРОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ: ДИЗУРИЯ, ПОЛЛАКИУРИЯ, НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ, ЗАДЕРЖКА МОЧИ, ВЫДЕЛЕНИЕ МУТНОЙ МОЧИ, ИНОГДА С НЕПРИЯТНЫМ ЗАПАХОМ, ДАЮЩЕЙ ПРИ СТОЯНИИ ОСАДОК (НЕРЕДКО ГНОЙНЫЙ)
- ЧАСТО БЕСПОКОЯТ: СЛАБОСТЬ, СНИЖЕНИЕ РАБОТОСПОСОБНОСТИ, ПЛОХОЙ СОН, СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ
- ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ – ПРИЗНАКИ ХПН
- ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ГР- БАКТЕРИЯМИ, БЫВАЕТ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ БАКТЕРИЕМИЧЕСКОГО ШОКА И ОПН

# ТЕХНИКА ВЗЯТИЯ МОЧИ ДЛЯ ПРОБЫ ПО ЗИМНИЦКОМУ

**ЦЕЛЬ.** ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОДОВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ И КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК

**ОСНАЩЕНИЕ.** ЧИСТЫЕ СУХИЕ СТЕКЛЯННЫЕ БАНКИ ИЗ ПРОЗРАЧНОГО СТЕКЛА ЕМКОСТЬЮ 500 МЛ - 8 ШТ.; НАПРАВЛЕНИЯ НА КАЖДУЮ БАНКУ С ЧЕТКИМ УКАЗАНИЕМ НОМЕРА ПОРЦИИ И ВРЕМЕНИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ - 8 ШТ.; ЧИСТЫЙ СУХОЙ ГОРШОК С НАПРАВЛЕНИЕМ; ЛИСТОК УЧЕТА ВЫПИТОЙ ЖИДКОСТИ.

## **ТЕХНИКА ВЗЯТИЯ МОЧИ:**

1. ПОЛУЧИВ НАЗНАЧЕНИЕ, ГОТОВЯТ ПОСУДУ, НАКЛЕИВАЮТ НАПРАВЛЕНИЯ, СТАВЯТ БАНКИ В ОТВЕДЕННОЕ МЕСТО.
2. НАКАНУНЕ ВЕЧЕРОМ ГОТОВЯТ ИНФОРМИРУЮТ О ТОМ, ЧТО УТРОМ В 6.00 НЕОБХОДИМО ПОМОЧИТЬСЯ В УНИТАЗ И ПОДОЙТИ К МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА, ЗАТЕМ СОБИРАТЬ МОЧУ ЗА КАЖДЫЕ 3 Ч В ТЕЧЕНИЕ СУТОК (ПОМОЧИВШИСЬ В ГОРШОК, ПЕРЕЛИТЬ В СООТВЕТСТВУЮЩУЮ БАНКУ), А ИМЕННО: В 9.00; 12.00; 15.00; 18.00; 21.00; 24.00; 3.00; 6.00. ПРИ ОТСУТСТВИИ МОЧИ В КАКОЙ-ТО ИЗ ПОРЦИЙ БАНКА ОСТАЕТСЯ ПУСТОЙ. ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ПОСЛЕДНЕЙ ВОСЬМОЙ ПОРЦИИ В 6.00 СЛЕДУЮЩЕГО ДНЯ СНОВА ПОДОЙТИ НА ПОСТ К МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ ДЛЯ ВЗВЕШИВАНИЯ. КРОМЕ ТОГО, НУЖНО ЗАПИСЫВАТЬ КОЛИЧЕСТВО ВЫПИТОЙ ЗА СУТКИ ЖИДКОСТИ В ЛИСТКЕ УЧЕТА».
3. ПАЦИЕНТА ПРЕДУПРЕЖДАЮТ, ЧТО ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ НОЧНЫХ ПОРЦИЙ МОЧИ ЕГО БУДУТ БУДИТЬ.
4. УТРОМ ВСЮ МОЧУ ДОСТАВЛЯЮТ В КЛИНИЧЕСКУЮ ЛАБОРАТОРИЮ, ПОДСЧИТЫВАЮТ КОЛИЧЕСТВО ВЫПИТОЙ ЖИДКОСТИ, ОТМЕЧАЮТ ДАННЫЕ ВЗВЕШИВАНИЯ И ВЫПИТОЙ ЖИДКОСТИ В ТЕМПЕРАТУРНОМ ЛИСТЕ.
5. ПОЛУЧЕННЫЙ ИЗ ЛАБОРАТОРИИ РЕЗУЛЬТАТ ПОДКЛЕИВАЮТ В ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ.

**ПРИМЕЧАНИЯ.** ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ В КАЖДОЙ ПОРЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ КОЛИЧЕСТВО И ОТНОСИТЕЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ, А ТАКЖЕ ПОДСЧИТЫВАЮТ ДНЕВНОЙ, НОЧНОЙ И СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ. ПРОБА ПРОВОДИТСЯ В УСЛОВИЯХ ОБЫЧНОГО ПИЩЕВОГО И ПИТЬЕВОГО РЕЖИМА.

# ТЕХНИКА ВЗЯТИЯ МОЧИ ДЛЯ ПРОБЫ ПО НЕЧИПОРЕНКО

**ЦЕЛЬ.** ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ И ЦИЛИНДРОВ.

**ОСНАЩЕНИЕ.** ЧИСТАЯ СУХАЯ БАНКА ИЗ ПРОЗРАЧНОГО СТЕКЛА; НАПРАВЛЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ЛАБОРАТОРИЮ; ЧИСТЫЙ СУХОЙ ГОРШОК ИЛИ СУДНО С НАПРАВЛЕНИЕМ.

## **ТЕХНИКА ВЗЯТИЯ МОЧИ ДЛЯ ПРОБЫ ПО НЕЧИПОРЕНКО:**

1. ПОЛУЧИВ НАЗНАЧЕНИЕ ВРАЧА, ГОТОВЯТ ПОСУДУ С НАПРАВЛЕНИЕМ.

2. ПАЦИЕНТА ГОТОВЯТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ: «ЗАВТРА УТРОМ ВАМ НУЖНО СОБРАТЬ МОЧУ НА ИССЛЕДОВАНИЕ. В 8.00 УТРА ТЩАТЕЛЬНО ПОДМОЙТЕСЬ И ПОМОЧИТЕСЬ ПРЕРЫВИСТО, Т.Е. СНАЧАЛА В УНИТАЗ, ЗАТЕМ В ГОРШОК, ОСТАТКИ ОПЯТЬ В УНИТАЗ. ВСЮ МОЧУ ИЗ ГОРШКА ПЕРЕЛЕЙТЕ В БАНКУ И ПОСТАВЬТЕ В САНИТАРНОЙ КОМНАТЕ НА СТЕЛЛАЖ».

3. МОЧУ ОТПРАВЛЯЮТ В ЛАБОРАТОРИЮ СРАЗУ ПОСЛЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ В ТЕПЛОМ ВИДЕ.

4. РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОДКЛЕИВАЮТ В ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ.

ПРИМЕЧАНИЯ. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМ 1 МЛ МОЧИ. МОЧУ НА ИССЛЕДОВАНИЕ ПО НЕЧИПОРЕНКО ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ МОЖНО СОБИРАТЬ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ. В ЭКСТРЕННЫХ СЛУЧАЯХ МОЖНО СОБРАТЬ НЕ СРЕДНЮЮ ПОРЦИЮ СТРУИ МОЧИ, А ВСЮ МОЧУ, ОСОБЕННО ЕСЛИ ЕЕ МАЛО.

В НОРМЕ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПО НЕЧИПОРЕНКО В МОЧЕ СОДЕРЖАТСЯ: ЛЕЙКОЦИТОВ - 4 000; ЭРИТРОЦИТОВ - 1 000; ЦИЛИНДРОВ - 220.

**ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ (ГН) – ГРУППА РАЗЛИЧНЫХ ПО  
МОРФОЛОГИИ ИММУНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ДВУСТОРОННИМ  
ПОРАЖЕНИЕМ КЛУБОЧКОВ ПОЧЕК, А ТАКЖЕ С  
ВОВЛЕЧЕНИЕМ КАНАЛЬЦЕВ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ  
ТКАНИ.**



# ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГН СВЯЗАНО СО СЛЕДУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ:

- ИНФЕКЦИИ: БАКТЕРИАЛЬНЫЕ (СТРЕПТОКОКК, СТАФИЛОКОКК И ДР)
- ТОКСИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА (ОРГАНИЧЕСКИЕ РАСТВОРИТЕЛИ, АЛКОГОЛЬ, СВИНЕЦ, РТУТЬ, ЛЕКАРСТВА И ДР)
- ЭКЗОГЕННЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ АГЕНТЫ, ДЕЙСТВУЮЩИЕ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ИММУННЫХ МЕХАНИЗМОВ
- ЭНДОГЕННЫЕ АГЕНТЫ (РЕДКО): ДНК, ОПУХОЛЕВЫЕ, МОЧЕВАЯ КИСЛОТА

# ВИДЫ ГН:

## 1) ОСТРЫЙ

КЛИНИКА:

- ОСТРЫЙ НЕФРИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ (ОТЕКИ ЛИЦА, КОНЕЧНОСТЕЙ, ТУЛОВИЩА, ИНОГДА ПОЛОСТНЫЕ ОТЕКИ)
- АГ
- МОЧЕВОЙ СИНДРОМ (ГЕМАТУРИЯ, УМЕРЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ, ИНОГДА ЦИЛИНДРУРИЯ)
- МОЖЕТ БЫТЬ ОЛИГУРИЯ
- ПРИМЕРНО У 20% МАКРОГЕМАТУРИЯ (МОЧА ЦВЕТА «МЯСНЫХ ПОМОЕВ»)
- ИНОГДА ЛИХОРАДКА, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, БОЛИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ

## 2) ПОДОСТРЫЙ

КЛИНИКА:

- ОТЕКИ
- АГ
- ВЫРАЖЕННАЯ ГЕМАТУРИЯ И ПРОТЕИНУРИЯ
- АЗОТЕМИЯ, АНЕМИЯ
- ОЛИГУРИЯ С НИЗКОЙ ОСМОТИЧЕСКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ МОЧИ

## 3) ХРОНИЧЕСКИЙ (СМ ДАЛЕЕ)

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ  
ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ДИФфуЗНОЕ  
ДВУСТОРОННЕЕ НЕУКЛОННО ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ  
ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПОРАЖЕНИЕМ КЛУБОЧКОВОГО  
АППАРАТА, ПРИВОДЯЩЕЕ К СМОРЩИВАНИЮ ПОЧЕК И  
ХПН.

- НАЧАЛО БОЛЕЗНИ ОБЫЧНО НЕЗАМЕТНОЕ, РЕЖЕ ИМЕЕТСЯ ЧЕТКАЯ СВЯЗЬ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ОСТРЫМ ГН. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ **ВАРИАНТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГН:**

- ЛАТЕНТНЫЙ,
- ГЕМАТУРИЧЕСКИЙ,
- НЕФРОТИЧЕСКИЙ,
- ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ,
- СМЕШАННЫЙ.

- **ЛАТЕНТНЫЙ ГН** – САМАЯ ЧАСТАЯ ФОРМА ГН, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ ЖАЛОБ ПРИ ИЗМЕНЕНИЯХ МОЧИ (ПРОТЕИНУРИЯ ДО 2-3 Г В СУТКИ, НЕЗНАЧИТЕЛЬНАЯ ГЕМАТУРИЯ), КОТОРЫЕ МОГУТ ПОЯВЛЯТЬСЯ ЛИШЬ ПЕРИОДИЧЕСКИ. ИНОГДА ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ МЯГКОЙ ФОРМОЙ АГ. ТЕЧЕНИЕ, КАК ПРАВИЛО, МЕДЛЕННО ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ.
- **ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ ГН** ПРОЯВЛЯЕТСЯ КАК ЛАТЕНТНЫЙ С БОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЙ СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ АГ И НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМ МОЧЕВЫМ СИНДРОМОМ. ЗАБОЛЕВАНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ МОЖЕТ РАСЦЕНИВАТЬСЯ КАК ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, ЧАЩЕ ДО ТОГО МОМЕНТА, КОГДА ОБРАТЯТ ВНИМАНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЯ МОЧИ.
- **ГЕМАТУРИЧЕСКИЙ ГН** ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОСТОЯННОЙ ГЕМАТУРИЕЙ, НЕРЕДКО С ПЕРИОДАМИ МАКРОГЕМАТУРИИ, ПРОТЕИНУРИЯ НЕ ПРЕВЫШАЕТ 1 Г В СУТКИ, ТЕЧЕНИЕ БЛАГОПРИЯТНОЕ.
- ПРИ **НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ** ХРОНИЧЕСКОГО ГН ВЫЯВЛЯЮТ ПРИЗНАКИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА: ОТЕКИ, ПРОТЕИНУРИЯ БОЛЕЕ 3,5 Г В СУТКИ, ГИПОАЛЬБУМИНЕМИЯ, ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ. ИЗОЛИРОВАННЫЙ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ БЫВАЕТ СРАВНИТЕЛЬНО РЕДКО, ЧАЩЕ СОЧЕТАЕТСЯ С ГЕМАТУРИЕЙ ИЛИ АГ, ЧТО ЗНАЧИТЕЛЬНО УХУДШАЕТ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОГНОЗ.

**ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ХПН)-**  
**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС,**  
**РАЗВИВАЮЩИЙСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕОБРАТИМЫХ**  
**ИЗМЕНЕНИЙ ПОЧЕК В ИСХОДЕ ХРОНИЧЕСКИХ**  
**ЗАБОЛЕВАНИЙ (ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, ПИЕЛОНЕФРИТ,**  
**АМИЛОИДОЗ И ДР.). ПРИЧИНОЙ ХПН ПОЧТИ В 80%**  
**СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЮТСЯ ГН И ПИЕЛОНЕФРИТ.**

- У ЛИЦ **ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ** РАЗВИТИЮ ХПН МОГУТ СПОСОБСТВОВАТЬ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, ОБСТРУКТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПОДАГРА, ЛЕКАРСТВЕННЫЕ НЕФРОПАТИИ. ПРОЯВЛЕНИЯ ХПН СТАНОВЯТСЯ ЯВНЫМИ ПРИ СОКРАЩЕНИИ ЧИСЛА ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ НЕФРОНОВ ДО 30% И СНИЖЕНИИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ДО 40-30 МЛ В МИНУТУ. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭКВИВАЛЕНТОМ ХПН ЯВЛЯЕТСЯ НЕФРОСКЛЕРОЗ (СМОРЩЕННЫЕ ПОЧКИ).
- КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МНОГООБРАЗНА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮТ ДИСПЕПСИЧЕСКИЙ, НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ, МОЧЕВОЙ, АНЕМИЧЕСКИЙ, ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМЫ, АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ И ДРУГИЕ.
- В НАЧАЛЕ БОЛЬШИНСТВО БОЛЬНЫХ БЕСПОКОИТ СЛАБОСТЬ, ПОВЫШЕННАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ, ПЛОХОЙ СОН, КОЖНЫЙ ЗУД, ДИСПЕПСИИ (ПЛОХОЙ АППЕТИТ, ПОТАШНИВАНИЕ, УМЕРЕННЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ, ПЛОХОЙ ВКУС ВО РТУ, ИНОГДА ЗАПАХ ИЗО РТА).
- В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ НАРУШАЕТСЯ СОЗНАНИЕ (СОПОР, КОМА), НАРАСТАЕТ ОТЕЧНЫЙ СИНДРОМ ВПЛОТЬ ДО АНАСАРКИ.

# ОСОБЕННОСТИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

- ПРОЦЕСС УГАСАНИЯ ФУНКЦИИ ЭНДОКРИННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ СТАРЕНИИ ЗАКОНОМЕРЕН, ЕГО ТЕЧЕНИЕ ОБУСЛОВЛЕНО ОБРАТНЫМ РАЗВИТИЕМ ОРГАНИЗМА.
- ПЕРИОД НАИБОЛЕЕ ИНТЕНСИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОРМОНАЛЬНОГО АППАРАТА 45-60 ЛЕТ.
- НА СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ОКАЗЫВАЮТ ВЛИЯНИЕ НЕ ТОЛЬКО СНИЖЕННАЯ СПОСОБНОСТЬ ЖЕЛЕЗ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ СИНТЕЗИРОВАТЬ ГОРМОНЫ, НО И УРОВЕНЬ НЕСВЯЗАННОЙ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ФРАКЦИИ ГОРМОНОВ, ИХ НЕСОВЕРШЕННЫЙ И/ИЛИ НЕЗАВЕРШЕННЫЙ МЕТАБОЛИЗМ И СНИЖЕННЫЙ ПОРОГ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РЕЦЕПТОРОВ КАК ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ, ТАК И ЦЕНТРАЛЬНЫХ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ.
- НА СОВРЕМЕННОМ УРОВНЕ МОЖНО УКАЗАТЬ ТРИ НАИБОЛЕЕ СУЩЕСТВЕННЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМА ЭНДОКРИННОГО ДИСБАЛАНСА:
  - 1.ОГРАНИЧЕННАЯ УТИЛИЗАЦИЯ ГОРМОНОВ НА ПЕРИФЕРИИ ВЕДЕТ К СНИЖЕНИЮ ИХ СЕКРЕЦИИ, НЕСМОТря НА СОХРАНИВШИЕСЯ С ВОЗРАСТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГИПОФИЗА, ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ.
  - 2.РЕЗКОЕ СНИЖЕНИЕ ИЛИ ДАЖЕ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ УГНЕТЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЭНДОКРИННЫХ ЖЕЛЕЗ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ВСЛЕДСТВИЕ ИХ АТРОФИИ ОТНОСИТСЯ К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ИСКЛЮЧЕНИЯМ, НАПРИМЕР, ЯИЧНИКИ.
  - 3.ИЗМЕНЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ К НЕКОТОРЫМ ГОРМОНАМ ВСЛЕДСТВИЕ ВОЗРАСТНОГО СНИЖЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ИХ РЕЦЕПТОРНОГО АППАРАТА (К ПОЛОВЫМ ГОРМОНАМ, КОРТИКОСТЕРОИДАМ)

# ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СТАРЕНИИ

- АТРОФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В БОЛЬШЕЙ ЧАСТИ ОРГАНОВ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ МЕДЛЕННО И КЛИНИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ НЕ ИМЕЮТ. ИСКЛЮЧЕНИЯ: ЗАМЕТНОЕ СНИЖЕНИЕ ВЕСА И ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, СНИЖАЕТСЯ ЧИСЛО И ФУНКЦИЯ ИНСУЛИНПРОДУЦИРУЮЩИХ КЛЕТОК, СНИЖЕНИЕ АКТИВНОСТИ ИНСУЛИНОВОЙ РЕЦЕПЦИИ. ИЗМЕНЕНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН СТАРШЕ 60 ЛЕТ.
- МЕНОПАУЗА (ВАЗОМОТОРНЫЕ СИМПТОМЫ, АТРОФИЯ ВЛАГАЛИЩА). У МУЖЧИН: СНИЖЕНИЕ ЛИБИДО, ПОТЕНЦИИ, СНИЖЕНИЕ СЕКСУАЛЬНЫХ ПОБУЖДЕНИЙ.
- ОЖИРЕНИЕ (ОСЛАБЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ИНСУЛИНУ).
- РИСК РАЗВИТИЯ ГИПОТИРЕОЗА.
- СНИЖЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К СТРЕССУ — СНИЖЕНИЕ СТРЕССОРНОЙ АКТИВНОСТИ СИНТЕЗА АКТГ

**ГИПЕРТИРЕОЗ. ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ - ПОВЫШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ 45—65 ЛЕТ, ЧАЩЕ У ЖЕНЩИН.**



# КЛИНИКА:

- СИНДРОМ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ, НЕРВОЗНОСТЬ, ПЛОХОЙ СОН)
- ЭКЗОФТАЛЬМ
- ПОТЛИВОСТЬ
- ДРОЖАНИЕ РУК
- СИНДРОМ ПОРАЖЕНИЯ ССС(АРИТМИЯ, ОДЫШКА, ОТЕКИ, АСЦИТ) **ОСОБЕННО ВЫРАЖЕН У ПОЖИЛЫХ**
- КОЖНЫЙ ЗУД
- ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС
- СНИЖЕННАЯ МАССА ТЕЛА

# ГИПОТИРЕОЗ — РАЗНОРОДНЫЙ СИНДРОМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ СНИЖЕНИЕМ ИЛИ ПОЛНЫМ ВЫПАДЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИЗМЕНЕНИЯМИ ФУНКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ НЕДОСТАТОЧНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ В ОРГАНИЗМЕ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ.



- ЛИЦО ОТЕЧНОЕ, АМИМИЧНОЕ, ЖЕЛТОВАТО-БЛЕДНОЕ
- КОЖА ГРУБАЯ, СУХАЯ, ШЕЛУШАЩАЯСЯ, ХОЛОДНАЯ НА ОЩУПЬ
- ГУБЫ ОТЕЧНЫЕ, ЯЗЫК УВЕЛИЧЕН, С ОТПЕЧАТКАМИ ЗУБОВ
- ТУСКЛОСТЬ И ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС, НАРУЖНЫХ УЧАСТКОВ БРОВЕЙ, ИСЧЕРЧЕННОСТЬ И ЛОМКОСТЬ НОГТЕЙ
- ГОЛОС НИЗКИЙ, РЕЧЬ ЗАМЕДЛЕННАЯ
- ПЛОТНЫЕ ОТЕКИ НА РУКАХ, НОГАХ, ТУЛОВИЩЕ, ПРИ НАДАВЛИВАНИИ В ОТЕЧНЫХ ТКАНЯХ НЕ ОСТАЕТСЯ ЯМКИ

# КЛИНИКА

- СОНЛИВОСТЬ, ВЯЛОСТЬ, БЫСТРАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ, УХУДШЕНИЕ ПАМЯТИ, АПАТИЯ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, РАЗЛИЧНЫЕ ПАРЕСТЕЗИИ, БОЛИ В БЕДРЕННЫХ, ИКРОНОЖНЫХ МЫШЦАХ, МЫШЦАХ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА, ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ, ТУГОПОДВИЖНОСТЬ СУСТАВОВ, ПРИБАВКА ВЕСА, ЗЯБКОВАСТЬ, СНИЖЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ, ЗАПОРЫ, СНИЖЕНИЕ СЛУХА.
- СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ: ЖАЛОБЫ НА ТУПЫЕ, НОЮЩИЕ БОЛИ В СЕРДЦА, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ВОЗМОЖНЫ ТИПИЧНЫЕ ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПОРАЖЕНИИ МИОКАРДА И ВЫРАЖЕННОМ ГИДРОПЕРИКАРДИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ.
- ОТМЕЧАЕТСЯ СКЛОННОСТЬ К ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ОЧАГОВЫМ ПНЕВМОНИЯМ С ЗАТЯЖНЫМ ТЕЧЕНИЕМ.
- СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ГИПО- И АХЛОРГИДРИЯ, МЕТЕОРИЗМ, УПОРНЫЕ ЗАПОРЫ, НАКЛОННОСТЬ К ОБРАЗОВАНИЮ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ.
- В ПОЧКАХ: ПОНИЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ И УВЕЛИЧЕНИЕ РЕАБСОРБЦИИ ВЕДУТ К ОЛИГУРИИ С ВЫСОКИМ УДЕЛЬНЫМ ВЕСОМ МОЧИ, МОЖЕ БЫТЬ ПРОТЕИНУРИЯ.
- ИЗМЕНЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НАБЛЮДАЮТСЯ У 80% БОЛЬНЫХ И ПРОЯВЛЯЮТСЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ ЗАТОРМОЖЕННОСТЬЮ, СНИЖЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА, ИНОГДА ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ НЕВРИТОМ.

# ОСОБЕННОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

-СКРЫТОЕ НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ,

-МОНО- И ОЛИГОСИМПТОМНОЕ ТЕЧЕНИЕ, ЧТО ЗАТРУДНЯЕТ ДИАГНОСТИКУ  
ГИПОТИРЕОЗА

-САМ ПРОЦЕСС СТАРЕНИЯ (СЛАБОСТЬ, АДИНАМИЯ, ДЕПРЕССИЯ, СНИЖЕНИЕ ПАМЯТИ,  
СЛУХА, ЗАПОРЫ, БРАДИКАРДИЯ) МАСКИРУЮТ СИМПТОМЫ ГИПОТИРЕОЗА.

**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.**

- I ТИП — ИНСУЛИНЗАВИСИМЫЙ;
- II ТИП — ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫЙ.

# КЛИНИКА

-РЕДКО РЕЗКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АППЕТИТА,

-ЧАЩЕ УМЕНЬШЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА, ПОВЫШЕННАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ И ПОСТОЯННОЕ ОЩУЩЕНИЕ УСТАЛОСТИ, УМЕРЕННАЯ ЖАЖДА И ПОЛИУРИЯ, ЗУД КОЖИ, СУХОСТЬ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК, ПОЯВЛЕНИЕ ГНОЙНИЧКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ, ЧАСТЫЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ.

-ПОЖИЛЫЕ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ И ТЯЖЕЛЕЕ ПЕРЕНОСЯТ ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПНЕВМОНИЯ У НИХ ЧАЩЕ НОСИТ ЗАТЯЖНОЙ ХАРАКТЕР, ЛЕЧЕНИЕ АНТИБИОТИКАМИ И СУЛЬФАНИЛАМИДАМИ МАЛОЭФФЕКТИВНО.

-ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ТУБЕРКУЛЕЗ

# СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СД

- МИКРОАНГИОПАТИИ РАЗВИВАЮТСЯ У ПОЖИЛЫХ РАНЬШЕ, ЧЕМ У МОЛОДЫХ. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА **СНИЖЕНИЕ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ** МОГУТ БЫТЬ ПЕРВЫМИ ПРИЗНАКАМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА. ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ СНИЖЕНИЕ ЗРЕНИЯ НАСТУПАЕТ РАНЬШЕ В СВЯЗИ С КАТАРАКТОЙ, ВСЛЕДСТВИЕ СКЛЕРОЗА СОСУДОВ СЕТЧАТКИ ИЛИ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА.
- РАЗВИТИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО И РАННЕГО **АТЕРОСКЛЕРОЗА**, А 50% ЕГО СОЧЕТАЕТСЯ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПОЭТОМУ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА, СОСУДОВ НАБЛЮДАЮТСЯ У ВСЕХ БОЛЬНЫХ.
- ЧАСТОТА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НАРАСТАЕТ С УВЕЛИЧЕНИЕМ ВОЗРАСТА БОЛЬНЫХ И ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ДИАБЕТА. ОТМЕЧАЕТСЯ НАРУШЕНИЕ БОЛЕВОЙ И ТАКТИЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ (ПО ТИПУ «НОСКОВ И ПЕРЧАТОК»). ДИСТАЛЬНАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ ВЫЗЫВАЕТ ТРОФИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ (**НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ НА НОГАХ**).
- ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ СОЧЕТАНИЯ ТАКИХ ФАКТОРОВ, КАК ДИАБЕТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ И АНГИОПАТИЯ НОГ, АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ ОБСТРУКЦИЯ АРТЕРИЙ. СНИЖЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, ВПЛОТЬ ДО ПОЛНОГО ЕЕ ОТСУТСТВИЯ, НЕ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТИ БОЛЬНОМУ ВОВРЕМЯ ЗАМЕТИТЬ. ТРАВМУ И ПРИСОЕДИНЕНИЕ ИНФЕКЦИИ.
- **ДИАБЕТИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ** ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. АТОНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ ЕГО СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ В ВИДЕ ЗАМЕДЛЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ, УРЕЖЕНИЯ ЕГО ДО 1—2 РАЗ В СУТКИ, НАЛИЧИЕМ ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ, ЧТО СПОСОБСТВУЕТ ЕГО ИНФИЦИРОВАНИЮ.
- **ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ГАСТРОПАТИЯ** ПРОЯВЛЯЕТСЯ РВОТОЙ ПИЩЕЙ, СЪЕДЕННОЙ НАКАНУНЕ. **ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ** ПРОЯВЛЯЕТСЯ УСИЛЕННОЙ ПЕРИСТАЛЬТИКОЙ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА И ПЕРИОДИЧЕСКИ ВОЗНИКАЮЩЕЙ ДИАРЕЕЙ, ЧАЩЕ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ

# СТОЛ №9

- ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДИЕТЫ: 1) **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ** ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ; БОЛЬНЫЕ С НОРМАЛЬНОЙ ИЛИ СЛЕГКА ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА НЕ ПОЛУЧАЮТ ИНСУЛИН ИЛИ ПОЛУЧАЮТ ЕГО В НЕБОЛЬШИХ ДОЗАХ (20-30 ЕД); 2) **ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ВЫНОСЛИВОСТИ К УГЛЕВОДАМ И ПОДБОРА ДОЗ ИНСУЛИНА** ИЛИ ДРУГИХ ПРЕПАРАТОВ.
- ДИЕТА С УМЕРЕННО СНИЖЕННОЙ ЭНЕРГОЦЕННОСТЬЮ; ИСКЛЮЧЕНЫ САХАР И СЛАДОСТИ, УМЕРЕННО ОГРАНИЧИВАЕТ СОДЕРЖАНИЕ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ, ХОЛЕСТЕРИНА, ЭКСТРАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ; УВЕЛИЧЕНО СОДЕРЖАНИЕ ЛИПОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ, ВИТАМИНОВ, ПИЩЕВЫХ ВОЛОКОН (ТВОРОГ, НЕЖИРНАЯ РЫБА, МОРЕПРОДУКТЫ, ОВОЩИ, ФРУКТЫ, КРУПА ИЗ ЦЕЛЬНОГО ЗЕРНА, ХЛЕБ ИЗ МУКИ ГРУБОГО ПОМОЛА).
- ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ ВАРЕННЫЕ И ЗАПЕЧЕННЫЕ ИЗДЕЛИЯ, РЕЖЕ - ЖАРЕННЫЕ И ТУШЕНЫЕ. ДЛЯ СЛАДКИХ БЛЮД И НАПИТКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ **ЗАМЕНИТЕЛИ САХАРА - КСИЛИТ И СОРБИТ**. ТЕМПЕРАТУРА БЛЮД ОБЫЧНАЯ. РЕЖИМ ПИТАНИЯ: 5-6 РАЗ В ДЕНЬ С РАВНОМЕРНЫМ РАСПРЕДЕЛЕНИЕМ УГЛЕВОДОВ.
- ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ДИЕТЫ: ПОВАРЕННАЯ СОЛЬ - 12 Г, СВОБОДНАЯ ЖИДКОСТЬ - 1,5 Л, ЭНЕРГОЦЕННОСТЬ ДИЕТЫ - 2200-2400 ККАЛ.
- **ИСКЛЮЧАЮТ ИЗ ДИЕТЫ:**
  - ИЗДЕЛИЯ ИЗ СДОБНОГО И СЛОЕНОГО ТЕСТА
  - КРЕПКИЕ, ЖИРНЫЕ БУЛЬОНЫ, МОЛОЧНЫЕ С МАННОЙ КРУПОЙ, РИСОМ, ЛАПШОЙ
  - ЖИРНЫЕ СОРТА, УТКУ, ГУСЯ, КОПЧЕНОСТИ, КОПЧЕНЫЕ КОЛБАСЫ, КОНСЕРВЫ
  - ЖИРНЫЕ ВИДЫ И СОРТА РЫБ, СОЛЕНУЮ, КОНСЕРВЫ В МАСЛЕ, ИКРУ
  - СОЛЕННЫЕ СЫРЫ, СЛАДКИЕ ТВОРОЖНЫЕ СЫРКИ, СЛИВКИ
  - РИС, МАННУЮ КРУПУ И МАКАРОННЫЕ ИЗДЕЛИЯ
  - СОЛЕННЫЕ И МАРИНОВАННЫЕ ОВОЩИ
  - ВИНОГРАД, ИЗЮМ, БАНАНЫ, ИНЖИР, ФИНИКИ, САХАР, ВАРЕНЬЕ, КОНФЕТЫ, МОРОЖЕНОЕ
  - ВИНОГРАДНЫЙ И ДРУГИЕ СЛАДКИЕ СОКИ, ЛИМОНАДЫ НА САХАРЕ

# ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА

- ПРИЧИНА - НЕСВОЕВРЕМЕННЫЙ ПРИЕМ ПИЩИ ИЛИ КУМУЛЯЦИЯ СУЛЬФАНИЛАМИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ (ХЛОРПРОПАМИД, МАНИНИЛ) У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ, ПОЧЕК ПРИ НАРУШЕНИИ ИХ ФУНКЦИИ ИЛИ ПРИ ИЗБЫТКЕ ВВОДИМОГО ИНСУЛИНА (СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ДО 1,66-2,77).
- К НАЧАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ ОТНОСЯТ: СЛАБОСТЬ, ДРОЖЬ, ХОЛОДНЫЙ ПОТ, СЕРДЦЕБИЕНИЕ, ЧУВСТВО ГОЛОДА, ПОБЛЕДНЕНИЕ ИЛИ ПОКРАСНЕНИЕ ЛИЦА, БЕСПОКОЙСТВО, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ. БЕЗ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО МИНУТ РАЗВИВАЕТСЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА (ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ, КОТОРОМУ ПРЕДШЕСТВУЮТ БЕСПОКОЙСТВО И СУДОРОГИ). **В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЭТО СОСТОЯНИЕ ЧАЩЕ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ СМЕРТЬЮ.**
- **ГИПОГЛИКЕМИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЧАСТО МОЖЕТ ПРОХОДИТЬ ПОД «МАСКОЙ» ДРУГОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ — НАПОМИНАТЬ ПРИСТУП СТЕНОКАРДИИ, ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ, ОБОСТРЕНИЕ ХОЛЕЦИСТИТА, ГАСТРИТА, КОЛИТА.**

## **ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ.**

- ПРИ ПЕРВЫХ ПРИЗНАКАХ НЕОБХОДИМО ЧТО-НИБУДЬ СЪЕСТЬ (ПЕЧЕНЬЕ, БУЛОЧКУ, СЛАДКИЙ ЧАЙ).
- ПРИ РАЗВИТИИ КОМЫ ВНУТРИВЕННО 20-40-60-80 МЛ 40% ГЛЮКОЗЫ.
- ГЛЮКАГОН, ПРЕДНИЗОЛОН.

# ДИАБЕТИЧЕСКАЯ КОМА

- ОБЫЧНО ЕЙ ПРЕДШЕСТВУЕТ ПЕРИОД ПРЕДВЕСТНИКОВ, КОГДА В КРОВИ НАКАПЛИВАЮТСЯ КЕТОНОВЫЕ ТЕЛА И ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ. ВНАЧАЛЕ ОТМЕЧАЮТСЯ РЕЗКАЯ СЛАБОСТЬ, СОНЛИВОСТЬ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ПОТЕРЯ АППЕТИТА, ТОШНОТА, РВОТА, УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПОЛИУРИЯ, АЦЕТОНУРИЯ. **В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЗАПАХ АЦЕТОНА !**, УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ВЫШЕ 16,65 — ЭТО ПРЕДКОМАТОЗНОЕ СОСТОЯНИЕ.
- ДАЛЕЕ НАРАСТАНИЕ СИМПТОМОВ И ЧЕРЕЗ 1-3 ДНЯ РАЗВИВАЕТСЯ КОМА: УТРАЧИВАЕТСЯ СОЗНАНИЕ, КОЖА ПРИОБРЕТАЕТ РОЗОВЫЙ ОТТЕНОК ЗА СЧЕТ РАСШИРЕНИЯ КАПИЛЛЯРОВ, СУХАЯ, ШЕЛУШИТСЯ ЗА СЧЕТ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ, ДЫХАНИЕ ШУМНОЕ, ГЛУБОКОЕ. ЖИВОТ ВЗДУТ, НАПРЯЖЕН, НЕПРОИЗВОЛЬНОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ, МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛНАЯ ЗАДЕРЖКА, ВПЛОТЬ ДО АНУРИИ.

## ***ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ.***

- ОБЯЗАТЕЛЬНА ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ.
- ТРАДИЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ КОМЫ ВКЛЮЧАЕТ: ЛЕЧЕНИЕ ИНСУЛИНОМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ, ИЗ-ЗА ОПАСНОСТИ РАЗВИТИЯ ОТЕКА МОЗГА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ МАЛЫМИ ДОЗАМИ, РЕГИДРАТАЦИЮ, ДЕЗИНТОКСИКАЦИЮ И ПОДДЕРЖАНИЕ ФУНКЦИИ СЕРДЦА.