Тульское областное медицинское училище №2

Реферат

По дисциплине: «Гериатрия»

Тема: «Гериатрические аспекты эндокринологических заболеваний»

Выполнила

студентка 4 курса, группы м/с-41

Соломонова Таньяна Сергеевна

Проверил: Плякин Владимир Ильич

Новомосковск 2013 год

ВВЕДЕНИЕ

Эндокринология - одна из основополагающих медицинских наук комплексно затрагивающих все регулирующие процессы, происходящие в организме человека.. Известно, что эндокринные заболевания имеют длительный бессимптомный период с дальнейшей активизацией патологических процессов в последствии требующих длительного, очень часто, пожизненного лечения. Поэтому важно как можно раньше их выявлять, вовремя предупреждать и предотвращать дальнейшее развитие и прогрессирование. Следует срочно обращаться к врачу эндокринологу, если хотя бы один из ниже перечисленных симптомов Вы обнаружите у себя:

1. Общая слабость, утомляемость, сонливость, снижение температуры тела, онемение конечностей, нарушения памяти, частые головные боли.

2. Избыточный или недостаточный вес, или произошли резкие изменения массы тела в течение короткого периода времени.

. Резкое ухудшение остроты зрения, появление «пелены», «сеточки», «мушек» перед глазами.

. Недостаточный, или наоборот - бурный, рост в период полового созревания. Увеличение кистей рук, стоп, носа, изменение формы подбородка в зрелом возрасте.

. Ранняя менопауза (до 53 лет), боли суставах и крупных костях, переломы костей, возникающие при незначительном травмировании.

. Дискомфорт в области шеи, ощущение «кома в горле», усиливающееся при глотании.

. Постоянное или периодическое сердцебиение, нарушения ритма сердца, чувство внутренней дрожи, излишняя эмоциональность, плаксивость, запоры, отечность лица.

. Неприятная сухость глаз, спонтанное слезотечение, «пучеглазие», видимые признаки зоба.

. Сухость во рту, постоянная жажда, кожный зуд при отсутствии сыпи, частое мочеиспускание, особенно по ночам.

. Повышение артериального давления в молодом возрасте (до 45 лет), кризовое течение гипертонии, не поддающееся лечению стандартным набором препаратов.

. Сухость и истончение кожи, выпадение волос, угревая сыпь.

. У девочек-подростков - раннее (до 10 лет) возникновение менструаций, длительный период стабилизации цикла. У взрослых женщин - нарушение менструального цикла любого типа, невынашивание беременности, выделения из молочных желез вне беременности. В зрелом возрасте - наступление менопаузы.

. У мужчин - снижение и исчезновение потенции, увеличение молочных желез, изменение оволосения на теле.

Эндокринология, как раздел физиологии и медицины, изучающий строение и функции эндокринных желез и разрабатывающий методы лечения заболеваний, вызванных нарушением их деятельности, сформировалось в самостоятельную науку в середине 19 века. В последние десятилетия отмечается постоянное увеличение числа больных эндокринными заболеваниями в мире, вследствие стрессовых состояний, на фоне изменений социально-экономического и традиционного уклада жизни, экологической обстановки

К эндокринной системе относятся следующие железы:

· щитовидная железа

· паращитовидная железа

· поджелудочная (островковая часть) железа

· надпочечники

· яички у мужчин

· яичники у женщин

· гипофиз

· гипоталамус

Сегодня заболевания эндокринной системы относятся к числу социально значимых. Распространённость эндокринной патологии очень высока. В различных регионах до 10% взрослого населения страдают сахарным диабетом, до 30% страдают ожирением, до 50% имеют выраженные изменения в щитовидной железе.

Все эндокринные заболевания требуют постоянного лечения. При хорошем лечении и контроле наличие эндокринной патологии практически не сказывается на качестве жизни. Человек может выбирать профессию в соответствии со своими интеллектуальными особенностями, принимать активное участие в социальной жизни, иметь семью, здоровых детей.

Поэтому регулярная, особенно ранняя. профилактика эндокринных заболеваний позволит избежать очень многих серьезных последствий для здоровья, и, самое главное, поможет реально продлить Вашу молодость. Опытные специалисты нашего центра участвуют в программах защиты организма от преждевременного старения и сохранения здоровья. Клиника«СЕСИЛЬ+», активно развивая комплексные программы ANTI-AGE., рекомендует нашим пациентам «кому за тридцать» регулярное посещение эндокринолога, поскольку в этом возрасте в организме начинаются определенные гармональные изменения.Это отражается на состоянии кожи, волос, появлении морщин и целлюлита,,повышенной утомляемости,снижении потенции и т. д. Опыт примения данной программы позволяет человеку оставаться молодым не только внешне, но и внутренне

Наблюдения за своим состоянием и своевременно полученные консультации позволят Вам избежать серьезных заболеваний и их последствий, а в случаях наступления болезни успешно устранить причины ее возникновения.

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Гипоталамо-гипофизарная регуляция: гипоталамус стареет структурно и функционально неравномерно, наряду с гибелью нейронов в одних ядрах гипоталамуса, сдвиги в других не очень выражены. Активность нейросекреторных процессов в ядрах гипоталамуса снижается или не меняется. Отмечается ослабление нейросекреторной системы на рефлекторные (кожно-болевое раздражение) или афферентные нервные раздражения и усиливается реакция на гуморальные раздражители - введение адреналина.

Гипофиз у пожилых людей изменяется в массе незначительно. Клеточный состав его изменяется в сторону увеличения базофильных аденоцитов и уменьшения эозинофильных аденоцитов. С годами постепенно падает секреторная активность базофильных аденоцитов, продуцирующих гонадотропный гормон, а в гипофизе наступает значительная редукция капиллярной сети, особенно в задней доле.

При старении развиваются неравномерные изменения в различных звеньях гипоталамо-гипофизарной системы. Они характеризуются, с одной стороны, нарастающим ограничением функций, с другой - мобилизацией адаптационно-регуляторных механизмов.

Надпочечники: с возрастом незначительное увеличение надпочечников за счёт узловатой гиперплазии коры, после 50 лет происходит значительная атрофия клубочковой и сетчатой зон, поэтому уменьшается выделения с мочой 17-кетостероидов, эстрогена, прогнандиола. Возрастное уменьшение гормональной активности коры надпочечников ведёт к снижению адаптационных возможностей организма.

Щитовидная железа: происходит уменьшение размеров фолликулов, падение числа клеток, кристаллизация секрета, увеличение его плотности. Увеличение стромы, коллагеновых и эластических волокон обусловлено исчезновением фолликулов и образованием заместительного фиброза.

Инволютивные процессы в щитовидной железе сопровождаются уменьшением поглощения йода, при этом содержание йода в крови может возрастать. Явления старческого гипотиреоза следует рассматривать, как физиологическое явление.

Климакс у женщин наблюдается в 45-48 лет: снижается выработка эстрогенов, нарушается менструальный цикл, уменьшается матка в размерах; у мужчин - после 45 лет.

ОСТРЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

1. Диабетическая (кетоацидотическая) кома. Причина: нарастающая
абсолютная инсулиновая недостаточность. Этому способствуют: снижение доз инсулина, нарушение диеты. Развивается метаболический кетоацидоз и
гипергликемия. Нарастает глюкозурия, происходит избыточное выделение воды из организма. Как следствие этого нарастает дегидратация организма, сгущение крови, гипотония, олигурия и анурия. Повышение образования кетоновых тел, метаболический ацидоз приводит к нарушению сознания, коме и смерти.

Кома развивается постепенно в течение нескольких дней, ей предшествует состояние кетоацидоза - жажда, полиурия, снижение аппетита, боли в животе, тошнота, рвота, запах ацетона в выдыхаемом воздухе.

Объективно: сухость кожи и слизистых, черты лица заострены, тонус глазных яблок снижен, может быть нарушение зрения; тахикардия, гипотония, в коме - дыхание Куссмауля. В состоянии прекомы отмечается оглушённость, сонливость с переходом в сопор.

Диагностика: гипогликемия выше 16,5 ммоль/л может быть до 55,5 ммоль/л, гиперкетонемия - 60-100%, гиперкалиемия (при олигурии), повышение креатинина и мочевины.

Лечение: больной должно быть госпитализирован и получить комплексное лечение: инсулинотерапия, регидратация, нормализация электролитного обмена. Инсулин короткого действия: актрапид, хумулин регуляр начальная доза при коме 16-20 ед. в/в струйно на физиологическом растворе. После снижения гликемии до 11 ммоль/л назначают п/к инсулин 6-8-10 ЕД через каждые 3-4 часа.

Гипогликемическая кома возникает при передозировки инсулина или
противодиабетических препаратов, спровоцировать кому могут недостаточный или нерегулярный приём пищи, голодание, интенсивная мышечная нагрузка, приём алкоголя. Развитие гипогликемии и комы обусловлено реакцией ЦНС на резкое уменьшение содержания сахара в крови ниже физиологического - 2,8 ммоль/л.

3. Гипогликемическое состояние развивается внезапно, остро, характеризуется острым чувством голода, ощущением дрожи в теле, обильным потоотделением, внезапной слабостью, головной болью, нарушением зрения, парестезиями. Если гипогликемия не купирована, то возникает дезориентация, психическое возбуждение, потеря сознания. Объективно: чрезмерная влажность и бледность кожи, повышение мышечного тонуса, зрачки расширены, тахикардия, АД может быть повышено, дыхание обычное.

Лечение: больному следует дать сладкий чай, кофе, сахар. Пациентов пожилого возраста необходимо госпитализировать, т.к. в результате гипогликемии может развиться инфаркт миокарда, инсульт, кровоизлияние в сетчатку глаза.

При коме: в/в ввести 40% раствор глюкозы до восстановления сознания 60-80-100 мл., в/в капельное введение 5% глюкозы.

сахарный диабет ожирение эндокринный

ОЖИРЕНИЕ

Заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жира в различных тканях и органах человека. Ожирение признано ВОЗ новой хронической неинфекционной «эпидемией» XXI века.

Этиология

Ожирение может быть следствием систематического переедания и малоподвижного образа жизни.

Важная роль в развитии ожирения принадлежит нейроэндокринным нарушениям: в климактерическом периоде, при гипотиреозе, при гипофизарных нарушениях болезнь Иценко-Кушинга).

Лекарственные препараты, способствующие прибавке в весе: β- адреноблокаторы, кортикостероиды, инсулин, производные сульфанилмочевины, антидепрессанты.

Патогенез

Ожирение у человека характеризуется гипертрофией жировых клеток (адипоцитов). У людей с выраженным ожирением имеет место дополнительное увеличение числа жировых клеток за счёт «спящих» преадипоцитов. Жировые клетки секретируют гормоны: эстрогены, ангиотензиноген, простагландины, лептин и др.

Жир располагается в подкожной клетчатке и вокруг внутренних органов (висцеральный жир).

Типы ожирения: «верхний» тип - мужской, абдоминальный и нижний тип - женский, «бедренно-ягодичный».

Определение степени ожирения по массе тела.

1. степень избыток массы тела составляет от 10 до 30 %.

2. степень до 50%.

. степень до 100%.

. степень > 100%.

Более достоверным является индекс массы тела (ИМТ).

ИМТ = М (кг)/ Рост (м)2

Норма - 20-24,9

Дефицит массы тела - < 18

Избыточное питание - 25-29,9

Нарушение жирового обмена- 1ст. 30-34,9; 2ст. 35-39; Зст.>40.

Лечение

Длительное эффективное лечение ожирения подразумевает: мотивацию к снижению массы тела, удовлетворение потерей массы тела, удовлетворение проводимым лечением.

Диета, основные принципы:

Применение рациона пониженной энергоценности пищи за счёт углеводов и жиров.

· Физиологически нормальное или незначительно повышенное содержание белка в рационе: не менее 1г на 1кг нормальной массы тела пациента (в среднем 70-90 г).

· Умеренное ограничение жиров: в среднем 65-75г.

· Резкое ограничение углеводов: до 100-2-г в день.

· Ограничение поваренной соли: до 5-7 г в сутки.

· Умеренное потребление жидкости: до 1-1,2 л в день.

· Исключение возбуждающих аппетит продуктов и блюд.

· Исключение алкогольных напитков.

· Соблюдение режима 5-6 разового питания с достаточным объёмом пищи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Котельников, Г.П. Геронтология и гериатрия: учеб. Г.П. Котельников, О.Г. Яковлев, Н.О. Захарова.- Москва, Самара: Самар. Дом печати, 2000.- 800с.: ил.

. Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела: Практикум: учеб./ Т.П. Обуховец. - Серия «Медицина для вас». Ростов н/Д: «Феникс», 2002 - 480с. 2006. - 384с.

. Рябчикова, Т.В. Сестринское дело в гериатрии: учеб. руководство для медицинских сестёр Т.В. Рябчикова. - М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава»,

. Филатова, С.А. Геронтология: учеб./ С.А.Филатова, Л.П. Безденежная, Л.С. Андреева.- 3-е изд. - Ростов н/д: Феникс, 2005. - 512с.

. Чеботарёв, Д.Ф. Руководство по гериатрии: учеб./ Д.Ф.Чеботарёв, Н.Б. Маньковский. - М.: Медицина, 1982. - 568с.

. Гребцова, Н.Н. Пропедевтика в терапии: учебное пособие/Н.Н. Гребцова. - М.: Эксмо, 2008.- 512с. - Медицинское образование.