

Анастасия Полянина, Севастьян Пигалев

Очищение почек



Севастьян Пигалев
Анастасия Юрьевна Полянина
Очищение почек

Текст предоставлен издательством
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=6003533
Очищение почек: Научная книга; 2013

Аннотация

Из данной книги вы сможете узнать, как правильно, без вреда для здоровья провести очищение почек. Автор предлагает различные методики, из которых вы сможете выбрать наиболее для себя подходящую.

Содержание

Введение	5
Мочевыделительная система человеческого организма	7
Короткий анатомо-физиологический очерк	7
Характеристика мочи	15
Выведение мочи	22
Урологические заболевания	25
Основные признаки урологических заболеваний	25
Конец ознакомительного фрагмента.	41

Анастасия Полянина, Севастьян Пигалев Очищение почек

Все права защищены. Никакая часть электронной версии этой книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, включая размещение в сети Интернет и в корпоративных сетях, для частного и публичного использования без письменного разрешения владельца авторских прав.

Введение

В последнее время стало модным массовое увлечение чистками организма в домашних условиях. Воздух и вода вокруг нас не становятся лучше и чище.

Кроме того, в нашем организме содержатся ядовитые продукты распада наших собственных клеток, бактерий, простейших и гельминтов.

Кроме того, много болезней, которыми страдает человек. Среди них есть распространенные острые, хронические, болезни постоянно прогрессирующие и волнообразные, рецидивирующие, вызывающие легкие расстройства здоровья, тяжелые и очень опасные для жизни человека.

Заболевание почек и мочевыводящих путей встречается у людей различного возраста, как у новорожденных, так и у престарелых.

Как и при заболевании других органов, раннее, т. е. своевременное выявление поражения почек и мочевыводящих путей имеет огромное значение, так как лечение более эффективно в тех случаях, когда оно начато рано. Поэтому люди должны быть знакомы с наиболее часто встречающимися заболеваниями почек и мочевыводящих путей, этих заболеваний.

Читатели должны знать о разных системах и способах очищения организма, уметь определять, при каком заболе-

вании какую чистку надо применять. Но эта брошюра, ни в коем случае не призвана заменить рекомендации врача и не советует больным заниматься самолечением.

Мочевыделительная система человеческого организма

Короткий анатомо- физиологический очерк

Почки

Почки – парный орган, образующий и выводящий мочу. Почки имеют бобовидную форму, темно-коричневого цвета, плотной консистенции, весом до 150 г. Почки расположены в поясничной области по обе стороны от позвоночного столба, на внутренней задней брюшной стенке.

Снаружи почки окружены слоем жира, образующего жировую капсулу. За счет жировой капсулы и ее особой наружной оболочки – почечной фасции почки удерживаются на месте и фиксируются в нормальном положении. Вот почему при быстром и резком похудении, в которое вовлекается и жировая ткань почечной капсулы, почка может выйти из своего неподвижного состояния. Тогда почка может сместиться вниз или начать непредсказуемые движения в различных направлениях, принося хозяину много неприятных ощущений. Такое болезненное состояние определяется в медицине как опущение почки, и крайнее его проявление – блуждаю-

щая почка.

Почки состоят из однотипных по строению образований – нефронов. Всего нефронов 2–2,5 млн в обеих почках. Нефрон состоит из двух частей – капиллярных петель с приводящей и отводящей артериолами (клубочек) и выводящих канальцев. При их весе менее 1 % веса всего тела через почки проходит 20–25 % минутного объема крови, что почти в 20 раз превышает кровообращение в других органах.

Почки выводят из организма продукты азотистого обмена – мочевину, креатинин, мочевую кислоту и др., избыток солей и воды, а также различные чужеродные вещества. Но это только второстепенная функция («шлаковая»).

Главное в деятельности почек – регуляция водного и электролитного обмена, благодаря чему сохраняются важнейшие константы организма, объем и осмотическое давление крови и жидкости тела.

Кроме этого, они регулируют концентрацию натрия, объем внеклеточной воды, концентрацию ионов в крови, кислотно-щелочное равновесие в организме.

Ядовитые вещества, поступающие из кишечника в воротную вену (индол, фенол, скатол), обезвреживаются печенью и выводятся почками.

Моча, образовавшаяся в почках, поступает в лоханки, по мочеточникам направляется в мочевой пузырь и при мочеиспускании удаляется из организма. 50–70 % веса тела человека составляет вода, за сутки здоровый человек выделя-

ет 1200–1500 мл мочи. Количество мочи соответствует приблизительно количеству выпитой жидкости.

В норме днем организм выделяет мочи больше, чем ночью. Соотношение между дневным и ночным выделением составляет от 4: 1 до 3: 1. Активные утром и в полдень, ночью почки отдыхают. Почки любят тепло и покой.

Мочеточник

Мочеточник представляет собой трубку, которая соединяет почечную лоханку с мочевым пузырем. Мочеточник имеет диаметр 6–8 мм, равный примерно гусиному перу, и длину 35–40 см.

Стенка мочеточника состоит из трех оболочек: слизистой, мышечной и соединительной тканей. Слизистая оболочка выстлана переходным эпителием и имеет глубокие продольные складки, что позволяет растягиваться, увеличиваясь в диаметре. Мышечная оболочка в верхней части органа состоит из внутреннего продольного и наружного циркуляционного слоев, а в нижней – из внутреннего и наружного продольного и среднего кругового слоев.

Мочеточник обеспечивает проведение мочи от почки до мочевого пузыря.

Мочеточник начинается расширением у ворот почки и спускается вниз.

Из брюшной полости он попадает в таз и открывается на задней стенке мочевого пузыря. При этом мочеточник про-

ходит через стенку мочевого пузыря в косом направлении.

Мочевой пузырь

Мочевой пузырь – непарный полый орган вместимостью 250–500 мл, выполняющий функцию резервуара для мочи, располагается на дне малого таза, а форма его зависит от степени наполнения мочой.

Впереди мочевого пузыря находится полуподвижное соединение двух лобковых костей посредством мощного хряща, так называемый лобковый симфиз.

Позади мочевого пузыря у мужчин лежат семенные пузырьки, ампулы семявыносящих протоков и прямая кишка, у женщин – матка и верхняя часть влагалища. Своей нижней поверхностью мочевой пузырь прилежит у мужчин к предстательной железе, у женщин – к тазовому дну (мочеполовой диафрагме).

Различают тело, шейку, дно и верхушку органа.

Нижняя часть мочевого пузыря воронкообразно сужается и переходит в мочеиспускательный канал. Она получила название шейки пузыря. В нижнем отделе пузыря находится внутреннее отверстие мочеиспускательного канала.

Стенка мочевого пузыря состоит из слизистой оболочки и подслизистой основы, мышечной, соединительнотканной и отчасти серозной оболочек. Слизистая оболочка, выстланная переходным эпителием, образует многочисленные складки, благодаря которым объем мочевого пузыря может

значительно увеличиваться при наполнении мочой. В передней части дна мочевого пузыря расположены три отверстия: два мочеточниковых отверстия и верхнее отверстие мочеиспускательного канала. Между ними располагается мочепузырный треугольник, в области которого слизистая оболочка лишена подслизистой основы и плотно, без складок, сращена с мышечным слоем.

Мышечная оболочка состоит из наружного продольного, среднего циркулярного и внутреннего косопродольного слоев гладких мышечных волокон, тесно связанных между собой. Средний слой в области шейки мочевого пузыря образует вокруг внутреннего отверстия мочеиспускательного канала мышцу – сжиматель мочевого пузыря. Мышечная оболочка, сокращаясь, уменьшает объем мочевого пузыря и изгоняет мочу наружу через мочеиспускательный канал. В связи с этой функцией мышечной оболочки ее называют мышцей, выталкивающей мочу.

У наполненного мочой пузыря стенки растянуты, тонкие (2–3 мм). После опорожнения пузырь уменьшается в размерах, его стенки сокращаются и достигают в толщину 12–15 мм.

Мужской мочеиспускательный канал

Мужской мочеиспускательный канал представляет собой мягкую эластичную трубку длиной около 15–22 см. Начинается от мочевого пузыря внутренним отверстием мочеиспус-

кательного канала, расположенного на венце головки полового члена. Подразделяется на предстательную часть длиной около 3 см, располагающуюся внутри предстательной железы, перепончатую часть (до 1,5 см), лежащую в области дна таза от верхушки предстательной железы до луковицы полового члена, и губчатую часть, проходящую внутри губчатого тела полового члена. На задней стенке предстательной части находится продолговатое возвышение – гребень мочеиспускательного канала. Наиболее выступающая часть этого гребня носит название семенного холмика, или семенного бугорка, на вершине которого имеется углубление – предстательная маточка, являющаяся рудиментарным образованием. По сторонам от предстательной маточки открываются устья семявыбрасывающих протоков, а по окружности семенного холмика расположены отверстия выводных протоков предстательной железы.

Слизистая оболочка предстательной и перепончатой частей мочеиспускательного канала выстлана многорядным цилиндрическим эпителием, губчатой части – однослойным цилиндрическим, а в области головки члена – многослойным плоским эпителием. В слизистой оболочке заложено большое количество мелких слизистых желез. За слизистой оболочкой располагается слой гладких мышечных волокон.

Женский мочеиспускательный канал

Женский мочеиспускательный канал шире мужского и

представляет собой прямую трубку длиной 2,5–3,5 см и диаметром 7—10 мм, открывающуюся в преддверие влагалища. Его функция – только выведение мочи. Женский мочеиспускательный канал слегка изогнут кзади, так как проходит через мочеполовую диафрагму промежности, располагаясь под симфизом. В месте его прохождения через мочеполовую диафрагму имеется наружный сфинктер, действие которого подчинено сознанию. Задняя стенка мочеиспускательного канала сращена с передней стенкой влагалища. Стенка канала состоит из слизистой, мышечной и соединительной оболочек. Круговой слой мышечной оболочки образует внутренний (непроизвольный) сфинктер, расположенный вокруг внутреннего отверстия мочеиспускательного канала.

Предстательная железа

Предстательная железа расположена позади мочевого пузыря и окружает со всех сторон начальную часть мочеиспускательного канала. Простата – железисто-мышечный орган, который состоит из трех долей. Предстательная железа выделяет простатический сок, представляет собой водянистую жидкость молочно-мутного цвета, щелочной реакции.

Простата – важный внутрисекреторный орган, влияющий через кровь на деятельность остальных половых органов и весь организм. Микроскопические исследования показали, что с наступлением половой зрелости железистый аппарат железы быстро развивается, а после 40 лет обнаруживает яв-

ления атрофии (начинает развиваться плотная соединительная ткань, не выделяющая гормона).

В возрасте старше 50 лет предстательная железа увеличивается в размере и сдавливает мочеиспускательный канал. Развиваются явления, нарушающие функцию мочеотделения, а это влечет за собой изменения в состоянии организма в целом и ведет к преждевременному старению мужчины, понижению обменных процессов.

Характеристика мочи

Количество мочи

В среднем за сутки человек выделяет около 1,5 л мочи. Однако цифра непостоянна и колеблется в довольно широких пределах. Так, например, объем выделяемой мочи возрастает после питья большого количества жидкости, употребления незначительного количества белка, продукты распада которого усиливают деятельность почек, и наоборот, мочеобразование уменьшается, когда человек употребляет мало жидкости, когда в еде содержится мало белка или когда происходит усиленное потение и значительное количество воды с потом выходит из организма.

Интенсивность мочеобразования меняется в течение суток. Днем моча образуется интенсивнее, чем ночью, даже если ночью человек выпьет столько же воды, сколько днем.

Наименьшее количество образуется в промежуток от 2 до 4 ч ночи. Уменьшение мочеобразования ночью связано со снижением деятельности органов во время сна и с некоторым падением давления крови, в связи с чем понижается давление в почках и уменьшается фильтрация. На образование мочи влияет также физическая работа. При длительной физической работе количество выделяемой мочи уменьшается, во-первых, потому, что капиллярная сеть мышц раскрывается и кровь приливает к мышцам, тем самым умень-

шается снабжение кровью почек, а во-вторых, потому, что физическая работа обычно сопровождается потоотделением, что также ведет к уменьшению мочеобразования.

Диурез также возрастает при приеме большого количества жидкости и пищи, повышающей мочеотделение, и уменьшается при потоотделении, поносе, рвоте.

Полиурия – повышенное отделение мочи (свыше 2000 мл в сутки) – отмечается при таких заболеваниях почек, как хронические нефриты и пиелонефриты, при сахарном диабете, алиментарной дистрофии и т. д.

Олигурия – пониженное мочеотделение (не ниже 800 мл в сутки) наблюдается при таких заболеваниях почек, как острые диффузные нефриты, недостаточность кровообращения, повышенная гидрофильность тканей, задержка натрия в тканях и т. д.

Анурия – суточное выделение мочи от 200 мл и ниже является, как правило, следствием тяжелого поражения почек (паренхимы). Длительная анурия ведет к уремии, отравлению организма мочой.

Цвет мочи

Моча представляет собой прозрачную жидкость светло-желтого цвета. При стоянии выпадает осадок. Образовавшаяся муть состоит из солей и слизи.

Цвет мочи может колебаться от светло-желтого до насыщенно-желтого. Это в норме зависит от содержания пигмен-

тов, и прежде всего урохрома, уроэтрина, уророзеина, уробелина и др.

Степень окраски меняется в зависимости от удельного веса и количества выделенной мочи. Интенсивный желтый цвет – высокий удельный вес. Бледная моча чаще имеет низкий удельный вес. В патологии цвет мочи может меняться.

Реакция мочи (рН мочи)

При обычной смешанной пище моча здорового человека имеет слабоокислую реакцию (рН в пределах 5,0–7,0). Реакция мочи меняется в зависимости от питания. При употреблении преимущественно мясной пищи и других богатых белками веществ реакция мочи становится кислой; растительная же пища вызывает некоторое защелачивание, и реакция мочи делается нейтральной или даже щелочной.

Резко кислая моча отмечается при лихорадочных состояниях, диабете, голодании, недостаточности почек и т. д. Щелочная реакция мочи наблюдается при циститах, пиелитах, гематурии, после рвоты и поноса, при рассасывании экссудатов, при приеме соды, минеральной воды. Реакцию следует определять только у нативной, т. е. свежевыделенной мочи.

Удельный вес мочи

Удельный вес мочи колеблется в зависимости от количества принятой жидкости. Большое количество потребленной воды вызывает падение удельного веса; наоборот, при ограничении поступления в организм воды удельный вес мочи

повышается. В среднем, удельный вес равен 1,015—1,020 г/см³.

Для нормальных почек отмечается широкое колебание удельного веса в течение суток, что определено приемом пищи, воды, потоотделением, дыханием. Низкие цифры удельного веса (1,005—1,012 г/см³), гипоизостенурия указывают на нарушение концентрационных функций почек (например, хронический нефрит, сморщенная почка). Как временное явление низкий удельный вес отмечается при алиментарной дистрофии, после обильного питья, при уменьшении отеков. Высокий удельный вес мочи (более 120 г/см³) наблюдается при остром нефрите, образовании внутримочевых экссудатов. Интересно, что в случае сахарного диабета отмечается высокий удельный вес мочи, даже при наличии полиурии.

В состав мочи входят вода, продукты распада белка: азотсодержащие вещества, соли и некоторые другие вещества. В среднем за сутки с мочой выделяется около 60 г солей.

Азот выделяется преимущественно в составе мочевины, на долю которой приходится примерно 90 % азота, образующегося в результате распада белка.

В нормальной моче белок не содержится, так как будучи коллоидом, он не может проходить через стенки капилляров. Появление белка в моче говорит о заболевании почек. Белок может появиться в моче либо в результате патологического

изменения проницаемости стенок капилляров, когда они начинают пропускать белок в мочу, либо при воспалительных процессах в почках.

Однако при большом физическом напряжении белок на короткое время может появиться в моче у здорового человека. Это особенно характерно для бегунов. Появление белка в моче в этом случае является результатом изменения проницаемости сосудистой системы почек, что связано с их усиленной работой. Вскоре после снятия тяжелой физической нагрузки белок в моче у этих людей исчезает и нормальная работа почек восстанавливается.

Появление белка в моче называется альбуминурией.

Сахар в моче может появиться как у больных, так и у здоровых людей. У больных людей выделение сахара с мочой наблюдается при заболевании диабетом. В случае появления кетоновых тел в моче больных диабетом отмечается «плодовый» или «яблочный» запах.

У здоровых же людей сахар появляется в моче после употребления большого количества сахара или других веществ со значительным содержанием сахара (варенье, шоколад и т. д.). Выведение сахара с мочой называется глюкозурией.

Нормальной составной частью мочи являются пигменты – уробилин и урохром, придающие моче характерный цвет. Пигменты мочи образуются в кишечнике и почках из пигментов желчи, которые в свою очередь образуются из продуктов распада гемоглобина.

Появление крови в моче, или гематурия, наблюдается при кровоизлияниях в область почек или мочевыводящих органов.

Обнаруженные в моче эритроциты могут быть неизмененные, т. е. содержащие гемоглобин, и измененные, свободные от гемоглобина, имеющие вид одноконтурных или двухконтурных колес. В нормальной моче взрослых и детей может отмечаться незначительное количество эритроцитов. Если же моча красная, то это состояние определяется как макрогематурия. При микрогематурии эритроциты обнаруживаются только микроскопически. Почечные гематурии связаны с органическим поражением почек – это острые и хронические нефриты, геморрагический диатез, злокачественные новообразования. Почечная гематурия может быть при тяжелых физических нагрузках. Внепочечная гематурия развивается при заболеваниях мочевого пузыря, лоханок, мочеточников и травмах.

Увеличение количества лейкоцитов в моче свидетельствует о воспалительных процессах в почках или мочевыводящих путях (туберкулез почки, пиелиты, циститы, пиелонефриты и т. д.).

Клетки почечного эпителия в нормальной моче не обнаруживаются, они появляются при нефритах, нефрозах, интоксикациях, лихорадочных состояниях и инфекционных заболеваниях.

Цилиндры, которые обнаруживают в моче, представляют

собой белковые клеточные образования канальцевого происхождения. Различают гиалиновые, зернистые, восковидные, эпителиальные, эритроцитарные, пигментные, лейкоцитарные цилиндры. Появление большого количества различных цилиндров (цилиндрурия) наблюдается при органических поражениях почек (нефриты, нефрозы), при инфекционных болезнях, застойной почке, при ацидозе.

Выведение мочи

Моча после прохождения через извитые каналы по выводным протокам поступает в лоханки, а из лоханок по мочеточникам в мочевой пузырь. Передвижению мочи по мочеточникам способствуют перистальтические движения мочеточников. Моча собирается в мочевой пузырь, где никаким изменениям не подвергается. Образование мочи происходит непрерывно, а мочевой пузырь опорожняется периодически по мере наполнения.

У места перехода мочевого пузыря в мочеиспускательный канал имеются два сфинктера, или жома (так называются кольцеобразные мышечные пучки). Они в обычных условиях сокращены и плотно закрывают выход из мочевого пузыря. Первый из сфинктеров закрывает выход из мочевого пузыря, а второй закрывает мочеиспускательный канал и носит название сфинктера мочеиспускательного канала.

Так как вне мочеиспускания сфинктеры закрыты, то моча собирается в мочевом пузыре. Обратно в мочеточники она поступить не может, так как мочеточники входят в пузырь в косом направлении, при наполнении пузыря мышечный слой его стенок сдавливает и закрывает устья мочеточника.

Мочевой пузырь иннервируется симпатическими и парасимпатическими нервами. При возбуждении симпатиче-

ских нервов перистальтика мочеточников усиливается, стенки мочевого пузыря расслабляются, а сжатие сфинктера еще более усиливается: таким образом, возбуждение симпатического нерва создает условия, способствующие накоплению мочи в мочевом пузыре. Возбуждение парасимпатических нервов вызывает явления, противоположные влиянию симпатических нервов. Стенки мочевого пузыря под влиянием парасимпатических нервов сокращаются, сфинктер расслабляется, и моча изгоняется из пузыря.

Мочеиспускание является рефлекторным актом. Раздражителем окончаний центростремительных нервов является величина давления в мочевом пузыре. По мере поступления мочи давление в мочевом пузыре повышается, и его стенки растягиваются. Повышение давления в пузыре до 12–15 см водяного столба и растяжение стенок являются раздражителями окончаний центростремительных нервов, заложенных в самой стенке мочевого пузыря. В рецепторах возникает возбуждение, которое передается в центральную нервную систему, а оттуда по центробежным парасимпатическим нервам поступает к мочевому пузырю, вызывая его сокращение при одновременном расслаблении сфинктеров. В итоге происходит мочеиспускание.

Центр рефлекторного мочеиспускания находится в крестцовом отделе спинного мозга. На рефлекторную деятельность этого центра влияют высшие отделы центральной нервной системы, продолговатый мозг, средний мозг и кора

головного мозга. Возбуждение, идущее из этих отделов, поступает в центр мочеотделения спинного мозга и влияет на рефлекторное мочеиспускание.

Человек может задержать мочеиспускание или вызвать его даже тогда, когда мочевой пузырь недостаточно наполнен и рефлекторного позыва нет. Мочеиспускание достигается при вмешательстве коры головного мозга, откуда импульсы поступают к сфинктеру мочеиспускательного канала и вызывают его расслабление. У маленьких детей способность задерживать мочеиспускание вырабатывается постепенно с возрастом.

Непроизвольное мочеиспускание у старших детей и у взрослых, а также ночное недержание мочи свидетельствуют о заболевании центральной нервной системы.

Урологические заболевания

Основные признаки урологических заболеваний

Среди признаков (симптомов) урологических заболеваний различают две группы симптомов:

- 1) симптомы, отмечаемые самими заболевшими,
- 2) симптомы, которые обнаруживает лишь врач при осмотре и обследовании больного, при проведении лабораторных, рентгеновских обследований.

Боль

Боли при заболевании почек и мочевыводящих путей имеют разную интенсивность: от сильных, внезапно наступающих в виде так называемой почечной колики, до умеренных, мало беспокоящих больного неприятных ощущений.

Боли при заболевании почек возникают в поясничной области в углу, образованном XII ребром и позвоночником.

Боли обычно не распространяются на соседние области, остаются местными, за исключением почечной колики. Возникают они во время движений, физических напряжений и успокаиваются или полностью прекращаются во время отды-

ха. В этом они отличаются от других болей.

Почечная колика – это острые, режущие боли в области поясницы, наступающие обычно внезапно, попеременно усиливающиеся и уменьшающиеся. Боль распространяется по соответствующей половине живота, по направлению к мочевому пузырю и наружным половым органам.

Повышение температуры

Повышение температуры, часто с предшествующим ознобом, характерно для острых воспалительных заболеваний почек, окружающей их клетчатку. Температура остается нормальной при воспалении мочевого пузыря, мочеиспускательного канала. Объясняется это тем, что из этих органов гнойные выделения свободно вытекают наружу, не задерживаются.

Изменение мочи

При различных заболеваниях мочевыводящих путей или почек может появиться в моче примесь крови (так называемая гематурия).

Весьма важным признаком является помутнение мочи.

Помутнение мочи зависит от примеси гноя (пиурия) либо примеси солей, находящихся в нерастворимом виде (песка, как обычно принято говорить в обиходе); помутнение может возникнуть при большом количестве слущенных клеток эпителия нижних мочевыводящих путей.

У здорового человека соли находятся в растворенном состоянии. При избытке солей, когда их количество превышает способность растворения (пресыщенный раствор), при снижении способности к растворению появляется помутнение мочи. Нерастворенными оказываются либо мочекислые соли, либо фосфаты. Первые выпадают при кислой реакции мочи, вторые – при щелочной. У здорового человека при избытке солей (потение летом, мало мочи) появляется резь при мочеиспускании.

Расстройства мочеиспускания

У здорового человека мочеиспускание свободное (не приходится тужиться), безболезненное, 4–5 раз днем, 0–1 раз ночью. После мочеиспускания у здорового человека получается ощущение полного опорожнения мочевого пузыря. Здоровый человек в состоянии подавить позыв на мочеиспускание, он также может прекратить начавшееся мочеиспускание. Все эти характерные для нормального мочеиспускания особенности нарушаются при заболеваниях. Так, количество мочеиспусканий может значительно увеличиться вплоть до того, что позывы возникают каждый час или полчаса.

У некоторых больных мочеиспускание учащается в течение ночи (никтурия). При некоторых заболеваниях акт мочеиспускания удлиняется, моча выделяется с трудом, иногда выведение мочи может прекратиться, а иногда возникает недержание мочи.

Из других симптомов при заболеваниях почек следует отметить повышение артериального давления (гипертония), которое наблюдается при острых и хронических нефритах, а также изменение зрения. У больных хроническим нефритом вследствие гипертонии в начале наступает спазм сосудов сетчатки глаза, а в дальнейшем развивается склероз сосудов.

Иногда у здорового человека учащается мочеиспускание при волнении, холоде.

Пиелонефриты

Пиелонефрит – это острое или хроническое заболевание почечных лоханок и паренхимы почек.

Непосредственной причиной болезни являются микробы, которые попадают в почки из различных очагов инфекции либо с током крови, либо по лимфатическим сосудам или слизистой оболочке мочеточников из мочевого пузыря.

Различают пиелонефриты первичные и вторичные. К первичным относят бактериальные воспаления, которые возникают вследствие попадания и фиксации бактерий в почке под действием таких неблагоприятных факторов, как переохлаждение, интоксикация, дистрофия.

Вторичные пиелонефриты – воспалительные поражения почек, обусловленные их врожденными аномалиями строения (поликистоз, гипоплазия), либо заболеваниями, вызывающими нарушения оттока мочи из мочевыводящих путей (мочекаменная болезнь, гидронефроз и др.).

Острый пиелонефрит или обострение хронического характеризуется болями в поясничной области, повышением температуры тела, учащением и болезненностью мочеиспускания и помутнением мочи.

Лечение острого или обострения хронического пиелонефрита следует начинать в стационаре с соблюдением постельного режима и диеты.

Цистит

Цистит – острое или хроническое заболевание мочевого пузыря.

Острый цистит характеризуется ярко выраженными дизурическими симптомами – учащенным, болезненным мочеиспусканием. Моча при этом мутная, с неприятным запахом и порой окрашена кровью.

Больные, страдающие острым циститом, часто теряют трудоспособность, заболевание мучительно. Они, как правило, немедленно обращаются к врачу. Причиной цистита являются стафилококки, стрептококки, кишечная палочка и др.

Хронический цистит в большинстве случаев не является самостоятельным заболеванием.

Он возникает при других заболеваниях мочевого пузыря (камни, опухоли). Хронический цистит проявляется как и острый, но признаки менее выражены.

Уретрит

Уретрит обусловлен воспалительным процессом в стенке мочеиспускательного канала (уретре). По большей части причиной уретрита являются бактерии, вирусы, простейшие микроорганизмы, различные дрожжевые грибки. Иногда болезнь развивается вследствие получения травмы.

Уретрит может быть первичным, когда воспаление начинается непосредственно с мочеиспускательного канала, и вторичным, когда инфекция проникает в мочеиспускательный канал из другого воспалительного очага. Заболевание имеет острое и хроническое течение, проявляясь болями при мочеиспускании, жжением, зудом в уретре, слизисто-гнойными выделениями из мочеиспускательного канала. В иных случаях проявление хронического уретрита выражено незначительно, что во многом затрудняет диагностику.

Простатит

Простатит острый и хронический представляет собой воспалительное заболевание инфекционного характера, особенностью которого является поражение как паренхиматозной, так и интерстициальной ткани предстательной железы (простаты).

Острый простатит чаще всего является осложнением воспаления мочеиспускательного канала (уретрита). Инфекция в предстательную железу попадает с кровью при общих инфекциях, гриппе, ангине, тифе, так как она расположена в

таким «неблагополучным» месте (попадает инфекция из мочеиспускательного канала, прямой кишки).

К симптомам острого простатита относятся жжение или боли в промежности, учащенные позывы на мочеиспускание, болезненность в конце мочеиспускания, повышение температуры. Симптомы хронического простатита многообразны: зуд и чувство жжения в области промежности, выделения из уретры по утрам, боль в крестце и в паховых областях, учащенное мочеиспускание, вялая струя мочи («писает на сапог»). Отделение слизисто-гнойного секрета из мочеиспускательного канала в конце акта мочеиспускания или дефекации. Иногда проблемы сводятся к недостаточности эрекции и болям при извержении семени.

Что предрасполагает к появлению простатита

1. Общее переохлаждение организма.

Человек может провалиться в прорубь, 2 ч ехать в заиндевевшей машине или электричке, отдохнуть на холодном камне или переохладиться в собственной плохо отапливаемой квартире.

2. Частые запоры.

Заболевание могут вызвать не эпизодические запоры, а регулярные нарушения стула.

3. Работа в сидячем положении.

В первую очередь рискуют водители, операторы ЭВМ и все те, кто весь рабочий день сидит и не имеет возможности (или ленится) встать и поразмяться.

4. Длительное половое воздержание и, наоборот, чрезмерная половая активность.

И то и другое одинаково вредно для организма в целом. Но в первую очередь отрицательно сказывается на состоянии простаты.

5. Малоподвижный образ жизни.

6. Хронические воспалительные заболевания организма (например, хронический бронхит) и хронические инфекции в организме (например, тонзиллит, не леченные кариозные зубы).

7. Перенесенные венерические заболевания (гонорея и др.).

8. Любые другие состояния, способствующие угнетению иммунной системы организма (например, перетренированность у спортсменов, регулярное недосыпание, перерабатывание, неполноценное и нерегулярное питание, хронический стресс).

Все эти факторы либо облегчают микробам путь проникновения в предстательную железу, либо приводят к ухудшению кровоснабжения органов малого таза, застойным процессам, что способствует размножению микроорганизмов и развитию воспалительного процесса.

Аденома предстательной железы

Атрофия простаты является следствием развития плотных образований, состоящих из соединительной ткани и

других элементов, которые оттесняют ткани простаты к периферии, а в центре железы образуются аденоматозные образования (доброкачественная опухоль).

Аденома предстательной железы относится к геронтологическим заболеваниям (геронтология – наука о стареющем организме человека).

По мере увеличения аденомы предстательной железы изменяется не только мочеиспускание, нарастают изменения и со стороны верхних мочевыводящих путей и почек.

Аденома сдавливает мочеиспускательный канал – у больных появляется затрудненное и учащенное мочеиспускание. Человек, который не вставал ночью, чтобы опорожнить мочевой пузырь, теперь отмечает подобную необходимость 2–4 раза в течение ночи, приходится натуживаться, напрягать брюшной пресс для того, чтобы моча вытекала свободно. Постепенно мочевой пузырь растягивается (наступает усталость мышечной оболочки мочевого пузыря). Мочевой пузырь полностью не опорожняется, при мочеиспускании в пузыре задерживается моча (так называемая остаточная моча). С увеличением застоя мочи наступает растяжение мочеточников, почечных лоханок, резко нарушается функция почек, в крови задерживаются азотистые шлаки.

К указанным осложнениям нередко присоединяются и заболевания других органов (сердца, легких, желудочно-кишечного тракта), несомненно, ухудшающие течение заболевания и его исход.

Мочекаменная болезнь

Мочекаменная болезнь характеризуется образованием и накоплением в почечных лоханках и мочевыводящих путях камней (конкрементов). Камни почек, мочеточников и мочевого пузыря составляют около 40 % всех урологических заболеваний. Величина камней разнообразна: от 0,1 до 10–15 см, а масса колеблется от долей грамма до 2,5 кг. Камни условно делятся по химическому составу на ураты, оксалаты, фосфаты и др.

Ураты состоят из солей мочевой кислоты (натриевой, калиевой, кальциевой, магниальной).

Оксалаты состоят из солей щавелевой кислоты. По форме они плотные бугристые конкременты с «шипами», темно-коричневой окраски. Фосфаты формируются из солей фосфорной кислоты (чаще солей кальция и калия). Конкременты состоят в основном из аморфной и кристаллической фосфорно-кислой извести. В сухом состоянии фосфаты похожи на мел, они хрупки, легко разрушаются.

Если ураты и оксалаты встречаются в кислой, то фосфаты – чаще в щелочной среде.

Мочекаменная болезнь представляет собой заболевание всего организма. Она связана с расстройством обменных процессов, которое вначале протекает бессимптомно, скрыто, а затем проявляется тяжелыми болевыми приступами, почечными коликами, расстройством мочеиспускания и от-

хождением конкрементов (камешков, песка), задержкой стула.

В норме многообразные обменные реакции обеспечивают слабокислую реакцию мочи (рН 5,5–6,0), при которой соли в ней находятся в растворенном состоянии. Значительное и стойкое отклонение реакции мочи в более кислую или щелочную сторону нарушает ее коллоидное состояние и условия растворимости солей, что ведет к выпадению их в осадок.

Возникновению мочекаменной болезни способствует длительное употребление продуктов питания, содержащих большое количество исходных веществ для образования мочевой и щавелевой кислот – минеральных солей, нарушение уродинамики – нормального оттока мочи, а также застой мочи в мочевыводящих путях: почках, мочеточниках, мочевом пузыре.

Эти факты и создают условия для выпадения кристаллов солей, которые обычно растворены в ней, и формирования мочевых камней. Кроме того, этому способствуют гиподинамия, гипоксия, злоупотребление продуктами, провоцирующими камнеобразование (алкоголь, кофе, крепкий чай, копченое, острое, жирное, соленое, жареное).

Почечная недостаточность

Многие урологические заболевания со временем могут привести к нарушениям функции почек.

Это бывает при двустороннем заболевании почек, при нарушении проходимости нижних мочевыводящих путей (например, при аденоме предстательной железы).

Состояние, характеризующееся нарушением функций почек и возникновением при этом изменений во всем организме больного, носит название почечной недостаточности, которая бывает острой и хронической.

Острая почечная недостаточность – прекращение всех функций почек, которая возникает при травме (вызванная большими нарушениями кровотока в почках), большом ожоге, при пищевом отравлении (уксусом и др.).

Токсические вещества, продукты обмена веществ не успевают выделиться через почки и достигают уровня, несовместимого с жизнью (страдает нервная, сердечнососудистая, дыхательная система, нарушается функция желез внутренней секреции и т. д.).

Лечение острой почечной недостаточности – нормализация состояния внутренней среды организма.

Применяется аппарат «искусственная почка» в стационаре.

Хроническая почечная недостаточность наблюдается, когда происходит медленное, но прогрессирующее снижение функций почек на протяжении многих лет (происходит самоотравление организма многочисленными продуктами обмена, которые в норме почки должны выводить).

Причины хронической почечной недостаточности раз-

личны. Она может наступить после перенесенного заболевания почек, туберкулезе почек, почечно-каменной болезни, аденоме предстательной железы и т. д.

В течение многих лет медленно нарастают признаки нарушения почечной деятельности.

У больных постепенно развиваются общая слабость, утомляемость, сухость во рту, жажда, тошнота, переходящая в рвоту, нарушение сна; позже появляется постоянные головные боли, заторможенность, кожный зуд.

Биохимические исследования крови устанавливают повышение концентрации продуктов белкового обмена (мочевины, креатина, мочевой кислоты, индикана), нарушение основного кислотного обмена с задержкой кислых валентностей (метаболический ацидоз) и водно-электромагнитного баланса, что приводит вначале к потере основных электролитов с мочой, а затем, при уменьшении мочевыделения, к их задержке.

Что ухудшает состояние почек

1. Потребление в больших количествах животного белка (мяса, рыбы) способствует потере кальция, который выводится почками. А это значит, повышается уровень кальция в моче, что создает благоприятные условия для развития почечно-каменной болезни. Такой эффект отчасти смягчается, если в вашем рационе много калия, витамина В и витамина С.

2. Потребление большого количества натрия (прежде все-

го поваренной соли) способствует потере кальция с мочой.

3. Продукты, богатые оксалатами (щавелевая кислота и ее соли), повышают содержание оксалата в организме.

Ограничьте потребление продуктов, богатых оксалатами: бобы, какао, кофе, петрушка, ревень, чай, шоколад, огурцы, грейпфруты, капуста, горох, перец, сладкий картофель (батат), земляной орех (арахис).

4. Рацион с высоким содержанием сахара. Он способствует повышению уровня кальция в моче.

Кроме того, сахар стимулирует повышение оксалата и мочевой кислоты.

5. Исследователи заметили, что люди, имеющие камни в почках, употребляют в среднем в 2 раза больше алкоголя (особенно пива), чем те, у кого этой болезни нет.

6. Кофеин стимулирует потерю кальция с мочой и тем самым увеличивает вероятность развития кальцийсодержащих камней. Такой эффект особенно выражен у женщин, принимающих гормоны (в частности, эстроген).

7. Не принимайте ненатуральный витамин С.

8. Смещение позвонков и дисков может вызвать раздражение нервной системы и отрицательно подействовать на работу отдельных частей и органов тела, что может повлечь за собой серьезные недуги:

1) десятый грудной позвонок – виновник болезней почек, затвердения артерии, хронической усталости, нефрита, пиелита;

2) одиннадцатый грудной позвонок, кроме воздействия на почки и мочеточники, вызывает болезни кожи (угри, прыщи, экземы, фурункулы);

3) третий поясничный позвонок вызывает болезни мочевого пузыря, расстройства менструации (цикла), выкидыши, мочеиспускание в постель, импотенцию, боли в коленях (т. е. воздействует на половые органы, матку, мочевой пузырь, колени);

4) четвертый поясничный позвонок воздействует на простату, поясничные мышцы, седалищный нерв. А это такие болезни, как ишиас, затрудненное болезненное (или слишком частое) мочеиспускание, боли в пояснице.

Не жалейте времени и труда для приведения в порядок своих «предохранителей»!

Мануальная терапия, упражнения на статику (йоговские упражнения), растяжения позволят сохранить и осанку, и здоровые органы.

9. Психологические причины:

1) болезни почек связаны с неприятием критики, разочарованиями, неудачами;

2) почечные камни – «сгустки неразговоренного гнева»;

3) инфекция мочевых путей – раздражение, злость обычно на противоположный пол или партнера по сексу. Вы возлагает вину на других;

4) воспаление мочеиспускательного канала (уретрит) – озлобленность. Вам докучают. Обвинение;

5) колики – раздражение, нетерпение, недовольство окружением;

6) киста – постоянное прокручивание в голове прежних обид. Неправильное развитие (не любит себя);

7) энурез (недержание мочи) – страх перед родителем (обычно отцом);

8) цистит (воспаление мочевого пузыря) – тревожное состояние, цепляетесь за старые идеи, боитесь дать себе свободу. Разгневанность.

Лечение психологических проблем

Произносите с настроением и любовью: «Я с удовольствием прощаюсь с прошлым и приветствую все новое в моей жизни. Я прощаю других, я прощаю себя. Я люблю и ценю себя. Я выражаю радость и любовь. Моя душа спокойна, ибо я в жизни творю добро. Я люблю и принимаю себя таким (такой), какой (какая) я есть. Аминь».

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.