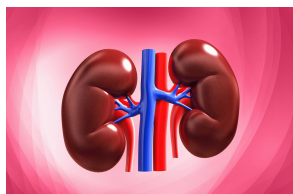


Автор: С.Свириденко, врач-нефролог отделения гемодиализа Речицкой ЦРБ



В сфере лечения заболеваний почек 50% пациентов, посещающих нефролога, – это пожилые люди.

Как стареют почки?

«Нормальное» старение почек начинается примерно в возрасте 40–45 лет, когда в почечной ткани и стенках мелких сосудов усиленно образуется соединительная ткань, развивается склероз почечных клубочков и атрофия клеток почечных канальцев. Меняется как внешний вид почек, так и их функциональная способность:

- во время обследования методами ультразвука или компьютерной томографии наблюдается уменьшение размера почек и часто констатируются кисты в почках, количество и размер которых с годами увеличивается;
- почки хуже выполняют свои главные функции – выводят из организма конечные продукты обмена веществ и лишнюю жидкость, регулируют обмен различных солей (например, калия и натрия) и гормонов в организме.

Хроническая болезнь почек у пожилых продолжает непрерывно возрастать. Именно поэтому в последние годы активно предпринимаются попытки унифицировать подходы к ведению хронических почечных заболеваний. Одним из наиболее широко внедряемых стало предложенное экспертами Национального почечного центра США (National Kidney Foundation) понятие **"хроническая болезнь почек" (ХБП)** с выделением на основании степени снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) нескольких стадий почечного поражения. Начиная с возраста 40 лет, каждый год СКФ снижается примерно на 0,75–1,0 мл/мин . Распространенность стойкого снижения СКФ менее 60 мл/мин в общей популяции составляет 13%, что сопоставимо с частотой заболеваний, традиционно рассматриваемых как социально значимые, – бронхиальной астмой, ишемической болезнью сердца и другими; при этом лишь около 1/4 лиц со сниженной

СКФ информированы о наличии у них ХБП. Данные, полученные в ходе популяционных исследований, свидетельствуют в пользу того, что ХБП встречается особенно часто именно у лиц старших возрастных групп. Хроническая почечная недостаточность обычно является результатом заболеваний почек, нарушений пропускной способности мочевых каналов, сердечно-сосудистых или эндокринных заболеваний.

Симптомы хронической почечной недостаточности:

- повышенная концентрация мочи
- слабость, бледность
- быстрая утомляемость
- сухость во рту
- повышенное давление
- мышечные подергивания
- зуд кожных покровов
- повреждения слизистых оболочек.

Могут наблюдаться также

- нарушения концентрации внимания и памяти
- потеря аппетита
- запах аммиака изо рта.

Заболевания почек, обуславливающие стойкое снижение СКФ у лиц пожилого возраста, несколько отличаются от играющих ведущую роль в формировании хронической почечной недостаточности у более молодых пациентов. Кроме того, течение и исходы ХБП, а также факторы, их определяющие, у пожилых характеризуются определенными особенностями, без учета которых рассчитывать на увеличение продолжительности активной жизни этой категории больных, как правило, не приходится.

Тубулоинтерстициальные нефропатии - заметная причина хронической почечной недостаточности у пожилых. Одной из самых распространенных форм хронической прогрессирующей нефропатии у людей пожилого и старческого возраста является **хронический пиелонефрит**.

У лиц старших возрастных групп часто наблюдают гнойные формы этого заболевания: у мужчин частота их достигает 23,3%, у женщин – 15,9%. Гнойный хронический пиелонефрит у людей пожилого и старческого возраста нередко не диагностируют вообще или по крайней мере неадекватно оценивают его тяжесть, что обусловлено минимальной выраженностью, а, иногда, и отсутствием типичных клинических проявлений данного заболевания (лихорадка, боли в поясничной области) у этих больных.

Еще одним вариантом хронических, преимущественно тубулоинтерстициальных нефропатий, наблюдающихся в возрасте старше 60 лет и не распознаваемых даже на этапе необратимого ухудшения функции почек, следует считать поражение почек, обусловленное **злоупотреблением ненаркотическими анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП)**.

Развитие анальгетической нефропатии связывают с длительным (не менее 1 года) приемом ненаркотических анальгетиков или НПВП. Большую опасность с точки зрения развития анальгетической нефропатии представляют так называемые **хронические болевые синдромы**

– головные боли, в том числе мигрени, суставные боли, в частности связанные с остеоартритами, синдром боли в нижней части спины, постоянные боли в животе, особенно часто наблюдаемые у лиц пожилого и старческого возраста. Привычка самостоятельно купировать их НПВП и ненаркотическими анальгетиками в дальнейшем обычно дополняется "профилактическим" приемом этих препаратов, как правило бесконтрольным. В итоге количество НПВП и ненаркотических анальгетиков, длительное время употребляемых без назначения врача, может быть значительным, тем более что подавляющее большинство этих лекарственных средств разрешено к безрецептурной продаже. В связи с этим можно утверждать, что все существующие НПВП и ненаркотические анальгетики потенциально опасны с точки зрения поражения почечного тубулоинтерстиция.

Обязательный признак анальгетического поражения почек – артериальная гипертония, но, не располагая данными о наличии у пациента анальгетической зависимости, врачи часто расценивают ее как "гипертоническую болезнь". У пациентов, страдающих анальгетической нефропатией, величины артериального давления (АД) могут быть очень высокими и обычно трудно поддающимися контролю при назначении комбинации антигипертензивных препаратов. По мере прогрессирования почечной недостаточности при анальгетической нефропатии наблюдают **полиурию и никтурию.**

Уже на ранних стадиях поражения почек отмечается снижение относительной плотности мочи. Протеинурия обычно не превышает 1 г/сут. Характерна эритроцитурия. Своевременная диагностика и лечение анальгетической нефропатии, заключающееся прежде всего в отказе от НПВП и ненаркотических анальгетиков, необходимы прежде всего потому, что, в отличие от большинства других хронических заболеваний почек, эта форма поражения почечного тубулоинтерстиция полностью предотвратима.