



Всемирный день почки: что нас ждет завтра?

14 марта в Украине состоялись мероприятия, посвященные Всемирному дню почки. Ежегодно, начиная с 2006 г., в каждый второй четверг марта более чем в 100 странах мира нефрологи, урологи, кардиологи, хирурги и врачи других специальностей собираются на различных научно-практических форумах для обсуждения актуальных вопросов профилактики, диагностики и лечения патологии почек и поиска новых путей предупреждения грозных исходов и осложнений этих заболеваний.

На протяжении последних десятилетий проблема заболеваний мочевыделительной системы (МС) приобретает все большую актуальность не только в нашей стране, но и во всем мире. В настоящее время около 10-15% украинцев страдают патологией почек различной степени тяжести, при этом такие поражения МС, как мочекаменная болезнь, пиелонефрит, цистит, все чаще диагностируются в более молодом возрасте. Накопленные данные говорят о том, что только воспалительным заболеваниям МС сегодня подвержены 5-10% детского и 12% взрослого населения Украины, при этом примерно 60% всех случаев инфицирования МС среди взрослых пациентов приходится на женскую часть населения. Доказано, что 50-70% женщин имеют в анамнезе как минимум один эпизод инфекционного поражения органов МС, у 40% из них ежегодно диагностируются 1-3 рецидива заболевания, а у 15-25% имеет место хронизация патологического процесса. Согласно опубликованной информации, в мире каждый год регистрируется 150 млн случаев инфекций МС.

Наиболее неблагоприятными в отношении прогноза для жизни и выздоровления пациентов являются грубые нарушения функции почек, развивающиеся на фоне острой или хронической почечной недостаточности. Подсчитано, что в настоящее время около 10-12% украинцев страдают хронической болезнью почек, более 4 тыс. из них требуется проведение заместительной почечной терапии — программного гемодиализа, перитонеального диализа или трансплантации почки. Как показывает практика, единственным способом, позволяющим избежать тяжелых инвалидизирующих последствий заболеваний МС, является своевременно начатое лечение. К сожалению, в большинстве случаев оно назначается существенно позже оптимального срока, что объясняется гиподиагностикой почечной патологии — сегодня 70% поражений МС выявляются на поздних стадиях.

Почки играют важнейшую роль в регуляции метаболизма, обеспечивая постоянство объема крови и внеклеточной жидкости, их осмотического давления, ионного состава, кислотно-щелочного равновесия. Кроме того, почки влияют на величину артериального давления (за счет синтеза ренина), принимают активное участие в свертывании крови, эритропоэзе, модуляции действия гормонов, жировом, белковом и углеводном обмене. В физиологических условиях благодаря работе МС происходит выведение из организма конечных продуктов обмена, токсичных веществ и ксенобиотиков, избытка солей, жидкости, лекарственных средств. Таким образом, независимо от этиологии почечной дисфункции нарушения в работе почек приводят к комплексному негативному влиянию на все системы организма, в том числе к токсикозу, грубым изменениям в эндокринной сфере и метаболизме.

Все заболевания МС можно разделить на врожденные и приобретенные. Среди приобретенной патологии наиболее часто встречаются инфекционные поражения МС, паразитарные, лекарственные, иммуноаллергические, радиационные нефропатии, а также нефропатии, обусловленные диффузными заболеваниями соединительной ткани, сахарным диабетом (СД), артериальной гипертензией (АГ), атеросклерозом, амилоидозом, миеломной болезнью, беременностью, опухолями почек. Доказано, что к факторам риска формирования почечной патологии относятся генетическая предрасположенность, сердечно-сосудистые заболевания (АГ, ишемическая болезнь сердца), СД, ожирение, переохлаждение, наличие хронических очагов инфекции, вредных привычек (курения), длительный прием лекарственных препаратов с нефротоксическими свойствами. Так, исследования последних лет указывают на то, что вероятность кардиоваскулярных катастроф нарастает при прогрессировании патологического процесса в почках.

Важно помнить о том, что для почечных заболеваний характерна широкая палитра клинических симптомов — от отсутствия жалоб до выраженного изменения общего состояния больного. Именно тут кроется «коварство» патологии почек: длительное бессимптомное течение заболевания приводит к поздней диагностике поврежденной почки, отсрочке проведения необходимых лечебных мероприятий и резко снижает вероятность последующего полного излечения больного. В таких случаях сохранить жизнь человеку позволяют только методы заместительной

почечной терапии: гемодиализ или трансплантация донорской почки. С учетом высокой частоты малосимптомного течения нефропатологии, в целях предупреждения хронизации имеющихся нарушений и формирования выраженной дисфункции МС целесообразным является проведение систематической диспансеризации, включающей общеклинические анализы мочи, крови и ультразвукового исследования почек (УЗИ).

Заподозрить нарушения в работе МС помогают жалобы пациента на общую слабость, потерю аппетита, сухость во рту, частое чувство жажды. Кроме того, у больных нефрологического профиля могут регистрироваться боли в пояснице, изменения режима мочеиспускания, количества, цвета и прозрачности мочи, повышение артериального давления, наличие лихорадки при отсутствии текущего инфекционного заболевания, тошноты, рвоты, отеков лица, особенно в области глаз по утрам, и отеков ног.

Диагностика патологии МС включает сбор анамнеза, физикальный осмотр больного, общеклинические анализы мочи и крови, пробы по Нечипоренко и Зимницкому, определение величины креатинина, мочевины крови, исследование электролитного состава мочи, изучение скорости клубочковой фильтрации. При необходимости объем обследования расширяется за счет проведения инструментальных методов: УЗИ почек, ультразвуковой доплерографии почечных артерий, цистоскопии, обзорной урографии, экскреторной урографии, ретроградной пиелоуретрографии, радионуклидной ренографии и динамической реносцинтиграфии, компьютерной томографии (рентгеновской, эмиссионной, магнитно-резонансной), морфологического исследования биоптата почечной ткани. При своевременном применении методов общеклинического, лабораторного и инструментального исследования на сегодняшний день возможно диагностировать даже минимальные проявления почечной дисфункции, а также детализировать их происхождение.

Ключевую роль в лечении заболеваний МС играют соблюдение диеты, водного режима, отказ от вредных привычек. При воспалительных заболеваниях с преимущественным поражением чашечно-лоханочной системы и паренхимы почек (пиелонефрите) предпочтение отдается молочно-растительной диете с включением отварной рыбы и овощей, ограничением острой пищи и приправ. В период обострения хронического пиелонефрита следует уменьшить употребление поваренной соли, а при развитии хронической почечной недостаточности — белка и калийсодержащих продуктов, если регистрируется гиперкалиемия. Пациентам с гломерулонефритом показаны вегетарианские супы, нежирное мясо и рыба, крупы, молочные продукты, овощи, фрукты и ягоды, некрепкий чай; запрещены копчености, мясные и рыбные бульоны, пряности, консервы, алкоголь. Рацион больных мочекаменной болезнью варьирует в зависимости от того, какой из видов обмена нарушен (пуриновый, щавелевокислый, фосфатный).

Терапия хронического пиелонефрита направлена в первую очередь на устранение причин, вызвавших нарушение пассажа мочи или почечного кровообращения; борьбу с возбудителем инфекционного процесса. Кроме того, в схему лечения включают нестероидные противовоспалительные препараты, фитосборы, поливитамины, адаптогены, иммуномодуляторы, а при необходимости — симпатоматические средства (гипотензивные, железосодержащие, дезинтоксикационные); показано физиотерапевтическое, санаторно-курортное лечение. При гломерулонефрите в состав комплексного лечения входят антибактериальные средства, глюкокортикоиды, цитостатики, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, диуретики, антиоксиданты, гиполлипидемические препараты, антиагреганты. В случаях, когда болезнь находится в запущенном состоянии, могут быть проведены плазмаферез и трансплантация донорской почки.

Лечебные мероприятия, применяемые в группе больных с мочекаменной болезнью, могут быть разделены на консервативные и хирургические. Наряду с диетой и адекватной водной нагрузкой (не менее 2 л в сутки) используются противомикробные химиопрепараты, а также лекарственные средства, облегчающие отхождение камней: аллопуринол при нарушениях пуринового обмена,

комбинированные препараты, содержащие лимонную кислоту, калия гидрокарбонат и натрия цитрат для литолиза мочекаменных камней, а также пиридоксин, магний, гидрохлортиазид и этидроновую кислоту при кальцийоксалатных и кальцийфосфатных камнях. По показаниям осуществляются хирургические вмешательства: открытые операции (пиелолитотомия, уретеролитотомия), дистанционная ударно-волновая литотрипсия, чрескожная нефролитолапаксия, трансуретральные эндоскопические операции.

Как при хроническом пиелонефрите, так и при МКБ, особенно в период восстановительной и противорецидивной терапии, широко применяется лечение растительными препаратами. Его преимуществом является комплексность действия и возможность длительного безопасного применения. Главный недостаток фитотерапии — отсутствие стандартизации лекарственного растительного сырья, которое подвержено значительным колебаниям концентрации активных веществ (часто достигающим 4-кратных величин). Это не позволяет добиться точного и прогнозируемого действия растительных средств. Кроме того, большинство фитопрепаратов не имеют доказательной базы, базирующейся на современных исследованиях, соответствующих стандартам GCP и JADAD.

В настоящее время среди растительных лекарственных средств наибольшей приверженностью украинских специалистов узкого профиля пользуется немецкий фитониринговый препарат Канефрон Н. Его особенностью является стандартизованный состав, гарантирующий точное поступление биологически активных веществ лекарственных растений розмарина, любистка и золототысячника. Благодаря комплексному составу, а также стандартизованному по содержанию активных ингредиентов сырью Канефрон Н оказывает антимикробный, противовоспалительный, спазмолитический, мягкий мочегонный и нефропротекторный эффекты. Это позволяет воздействовать практически на все патологические процессы, лежащие в основе воспалительных заболеваний МВС и МКБ. Кроме того, Канефрон Н наиболее полно отвечает критериям доказательной медицины. Только за прошедшие 2 года в странах ЕС были опубликованы 4 научные публикации, базирующиеся на крупных клинических исследованиях, подтверждающих эффективность препарата как при воспалительной патологии МВС, так и при мочекаменной болезни.

Традиционно наиболее неблагоприятный прогноз характерен для контингента больных с хронической почечной недостаточностью. При начальных стадиях заболевания пациентам назначают строгую диету и водный режим; сорбенты; антиазотемические и дезинтоксикационные средства; препараты, нормализующие кислотно-щелочной баланс, уровень артериального давления, содержащие железо и рекомбинантный эритропоэтин; поливитамины, кальций и витамин D, антибиотики. В терминальной стадии хронической почечной недостаточности единственным возможным способом поддержания функции органа остаются методы заместительной почечной терапии, включая трансплантацию донорской почки.

Профилактические мероприятия при патологии МС направлены главным образом на уменьшение негативного влияния на человека факторов риска, вызывающих формирование почечной недостаточности. Для того чтобы снизить вероятность реализации хронического прогрессирующего повреждения почек, достаточно вести здоровый образ жизни, отказаться от вредных привычек, придерживаться сбалансированного питания, включать овощи и фрукты (без избытка соли и сахара), соблюдать водный режим, избегать переохлаждения и проходить медицинское обследование в рамках ежегодной диспансеризации.

Хочется верить, что благодаря проведению мероприятий, посвященных Всемирному дню почки, удастся не только привлечь внимание специалистов и населения Украины к проблеме заболеваний МС, но и повысить качество лечебно-диагностической помощи нефрологической службы, тем самым сократить сроки выявления дисфункции почек и создав условия для более раннего начала лечения, предупреждения хронизации заболеваний МС и их жизнеугрожающих осложнений.