**Хроническая болезнь почек**

Е. А. Григорьева

Научный руководитель:

Бегимбетова В. Н

Елецкий техникум железнодорожного транспорта - филиал РГУПС

г. Елец

**Хроническая болезнь почек (ХБП)** — это прогрессирующее заболевание, характеризующееся постепенным ухудшением функции почек на протяжении месяцев и лет. Независимо от этиологии, данное состояние ведет к потере способности органов эффективно фильтровать кровь, что может вызвать накопление токсичных веществ, электролитный дисбаланс и развитие сопутствующих заболеваний.

Проявления ХБП зависят от степени поражения почек. В начале симптомов может не быть и пациента беспокоят только признаки основного заболевания, например [высокое артериальное давление](https://probolezny.ru/arterialnaya-gipertenziya/). Позже пациенты отмечают, что участилось мочеиспускание по ночам, повысилось артериальное давление или привычные препараты для его снижения перестали действовать. Типичные признаки терминальной, или конечной, стадии ХБП — резкая слабость, запах аммиака изо рта, сухость и зуд кожи

**Симптомы хронической болезни почек**

В начале ХБП можно диагностировать только по наличию в моче белка, чаще альбумина. При этом наблюдаются признаки основного заболевания: [повышенное давление](https://probolezny.ru/arterialnaya-gipertenziya/), высокий уровень глюкозы в крови и т. д.

Выделение мочи увеличивается до 2-3 литров в день, мочеиспускание частое, особенно ночью. Полиурия и никтурия могут указывать на хроническое заболевание почек, наряду с отеками, жаждой, слабостью, плохим аппетитом и высоким кровяным давлением. По мере прогрессирования заболевания количество выделяемой мочи уменьшается, пациенты испытывают вялость, слабость, тошноту, кожные проблемы, что в конечном итоге приводит к полному отсутствию мочи и гипотонии.

Симптомы ХБП, кроме изменения количества мочи, неспецифичны и могут встречаться при других заболеваниях, таких как гипертония и сахарный диабет. Подозрение на поражение почек возникает при появлении боли и дискомфорта в пояснице, изменении цвета мочи и ее содержании хлопьев и осадка.

**Осложнения хронической болезни почек**

На терминальных этапах хронической болезни почек у пациента развивается уремический синдром, проявляющийся резким уменьшением аппетита, сухостью во рту, неприятными вкусовыми ощущениями и частыми приступами тошноты. Возможны спонтанные кровотечения, тяжелое течение инфекционных болезней, сильная усталость, чувство холода, бессонница, зуд на коже и судороги в икроножных мышцах. Гипертония становится неконтролируемой, что может привести к потере зрения или острому сердечному недомоганию с отёком легких. На поздних стадиях пациент может впасть в кому. Для спасения жизни в терминальной стадии ХБП остаются лишь диализные методы лечения или операция по пересадке почки.

**Патогенез** **ХБП**

Выражается в прогрессирующей гибели нефронов (рабочих единиц почки), в дальнейшем происходит замещение почечной паренхимы соединительной тканью. В результате орган не справляется с фильтрующими и выделительными функциями, в организме накапливаются отравляющие вещества. Лидером среди причин, вызывающих эту патологию, является острая почечная недостаточность. **Стадии хронической болезни почек**

Стадии хронической болезни почек (ХБП) определяются по тяжести поражения почек, которая оценивается с помощью скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и уровня альбуминов в моче. СКФ, основанная на уровне креатинина в крови, делит ХБП на пять стадий: первая стадия близка к норме, а пятая указывает на терминальную недостаточность почек. Альбумины, плазматические белки, в норме не должны присутствовать в моче. При повреждении почек их фильтрующая способность ухудшается, что приводит к выделению альбуминов с мочой. В зависимости от содержания альбуминов в суточном объеме мочи можно выделить три стадии ХБП: при первой стадии уровень альбуминов остается низким, а на третьей стадии значительно увеличивается. Медицинские заключения учитывают обе стадии: по СКФ и количеству альбуминов в моче.

**Факторы риска ХБП**

Хроническая болезнь почек (ХБП) включает поражения почек, вызванные различными факторами, такими как инфекции, атеросклероз и аутоиммунные заболевания. Факторы риска развития ХБП делятся на модифицируемые и немодифицируемые. Немодифицируемые факторы: пожилой возраст, наследственная предрасположенность, врожденное недостаточное количество нефронов (низкий вес при рождении), перенесённое острое повреждение почек. Модифицируемые факторы: гипертония, сахарный диабет, курение, токсическое воздействие лекарств, хронические воспаления, обструкция мочевыводящих путей, беременность.

**Диагностика хронической болезни почек**

Диагноз ставят на основании следующих критериев:

* выявление любых клинических симптомов повреждения почек длительностью не менее трёх месяцев;
* наличие признаков необратимых структурных изменений органа, выявленных однократно с помощью биопсии почек;
* снижение скорости клубочковой фильтрации, сохраняющееся в течение трех и более месяцев.

Основные методы диагностики хронической болезни почек — лабораторные. Обязательно выполняют:

* биохимическое исследование крови с определением мочевины, креатинина;
* общий анализ мочи;
* тест на микроальбуминурию.

Другие лабораторные исследования при хронической болезни почек включают анализ мочи по Нечипоренко, общий анализ крови, а также тесты на липиды, белки и электролиты в крови. Инструментальные методы диагностики имеют вспомогательный характер и помогают установить причины повреждения почек или выявить осложнения, связанные с ХБП. Наиболее распространенные процедуры — ультразвуковое исследование и дуплексное сканирование почечных артерий. Также могут быть необходимы консультации смежных специалистов, таких как кардиолог, офтальмолог или невролог.

**Лечение хронической болезни почек**

Лечение хронической болезни почек сосредоточено на замедлении прогрессирования заболевания и снижении вероятности сердечно-сосудистых осложнений. Необходимо также терапевтическое воздействие на основное заболевание, приведшее к ХБП. Рекомендации по лечению ХБП включают:

* нормализацию артериального давления;
* снижение потерь белка почками до минимума;
* замедление процессов фиброза.

Для достижения целевых уровней АД применяются комбинации современных антигипертензивных препаратов (2-3 средства). Для коррекции анемии используются железосодержащие препараты и аналоги эритропоэтина. Гиполипидемические средства показаны для замедления фиброза. Правильное питание имеет важное значение; рекомендуется ограничение поваренной соли, белка и калия. В случаях, требующих очистки крови, применяются методы заместительной почечной терапии, такие как гемодиализ. Трансплантация почки доступна для хирургического вмешательства.

**Профилактика хронической болезни почек**

Для профилактики нужно устранить или уменьшить воздействие факторов риска. Для этого следует [бросить курить](https://probolezny.ru/tabakokurenie/), снизить избыточный вес, корректировать повышенный уровень глюкозы и лечить [гипертонию](https://probolezny.ru/arterialnaya-gipertenziya/).

Чтобы замедлить развитие ХБП, необходимо:

* лечить заболевания почек, например [пиелонефрит](https://probolezny.ru/hronicheskiy-pielonefrit/) и [гломерулонефрит](https://probolezny.ru/glomerulonefrit-hronicheskiy/);
* своевременно хирургически устранять обструкцию мочевыводящих путей и [стеноз почечных артерий](https://probolezny.ru/stenoz-pochechnyh-arteriy/);
* проводить адекватную терапию [тонзиллита](https://probolezny.ru/ostryy-tonzillit/), [ангины](https://probolezny.ru/angina/), [бронхита](https://probolezny.ru/ostryy-bronhit/), [периодонтита](https://probolezny.ru/periodontit/), [рожистого воспаления](https://probolezny.ru/rozha/) и инфекций кожи на месте расчёсов.

При наличии хронической болезни почек на фоне других заболеваний, таких как сахарный диабет и гипертония, необходимо совместное наблюдение пациентов нефрологом и другим специалистом, например, эндокринологом или кардиологом. Частота визитов к врачу зависит от стадии ХБП и уровня белка в моче. На первой стадии пациентам рекомендуется проходить обследование раз в год, в то время как на IV-V стадиях необходимо посещать врача не реже одного раза каждые шесть недель. Для своевременного назначения заместительной почечной терапии пациентов с IV-V стадиями следует направлять к нефрологу в диализный центр.