

УДК 616.61

НЕФРОПАТИИ КАК ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ**¹Будылев С.А., ^{1,3}Селиванов А.Н., ²Перелыгин К.В., ⁴Мудраковская Э.В.**¹СПб ГБУЗ «Городская клиническая больница № 31», Санкт-Петербург, e-mail: b31@zdrav.spb.ru;²Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН,
Санкт-Петербург, e-mail: b31@zdrav.spb.ru;³Автономная некоммерческая организация «Научно-исследовательский
медицинский центр «Геронтология», e-mail: imcgerontologija@mail.ru;⁴Медицинский центр «Ваша клиника», Москва, e-mail: doc-sex@yandex.ru

В настоящее время в развитых странах доля лиц старше 60 лет составляет не менее 15–20% населения, к 20-м годам нынешнего столетия, исследователи прогнозируют увеличение количества лиц старших возрастных групп в два-три раза. Частота стойкого ухудшения функции почек, в том числе требующего заместительной почечной терапии (программный гемодиализ, постоянный амбулаторный перитонеальный диализ, трансплантация почки), продолжает непрерывно возрастать. В статье представлены данные обзора литературных источников, посвященных патологии почек пациентов старших возрастных групп. На основании изучения современных литературных источников установлено, что диагностика хронических нефропатий пожилого и старческого возраста, особенно при их сочетании (мультиморбидности), может представлять трудную задачу, тем более что клинические проявления большинства из них неспецифичны. У пожилого пациента может развиваться любой вариант хронических прогрессирующих нефропатий, при кажущейся «стертой» клинической картине которых темп ухудшения функции почек может быть очень быстрым, а почечная недостаточность при этом становится необратимой и зачастую фатальной.

Ключевые слова: пожилой возраст, нефропатия**NEPHROPATHY AS A PROBLEM OF GERIATRICS****¹Budylev S.A., ^{1,3}Selivanov A.N., ²Perelygin K.V., ⁴Mudrakovskaya E.V.**¹SPb «City Clinical Hospital № 31», Saint-Petersburg, e-mail: b31@zdrav.spb.ru;²St. Petersburg institute of bioregulation and gerontology NWD RAMS,
St. Petersburg, e-mail: b31@zdrav.spb.ru;³NO «Research medical centre «Gerontology», Moscow, e-mail: imcgerontologija@mail.ru;⁴Medical centre «Your Clinic», Moscow, e-mail: doc-sex@yandex.ru

Now in the developed countries the share of persons is more senior than 60 years makes not less than 15–20% of the population, by 20th years of this century, researchers predict increase in number of persons of the senior age groups by two-three times. Frequency of the permanent deterioration of function of kidneys including demanding replacement kidney therapy (a program hemodialysis, a constant out-patient peritoneal dialysis, transplantation of a kidney), continues to increase continuously. In the article there is a data of a literature review dealing with an elderly people' renal failure. Taking in account modern literature sources we have noticed that it may be a difficult task to diagnose chronic nephropathies among elderly patients, especially in a combination (multimorbidity), all the more the majority of them do not have specific clinical features. A patient of advanced age may have any version of chronic progressing nephropathies. At the apparent «erased» clinical picture of nephropathies the rate of deteriorating of a renal function can be very fast, and a renal failure becomes irreversible and often fatal.

Keywords: advanced age, nephropathy

В настоящее время в развитых странах доля лиц старше 60 лет составляет не менее 15–20% населения, к 20-м годам нынешнего столетия, исследователи прогнозируют увеличение количества лиц старших возрастных групп в два-три раза [3].

Частота стойкого ухудшения функции почек, в том числе требующего заместительной почечной терапии (программный гемодиализ, постоянный амбулаторный перитонеальный диализ, трансплантация почки), продолжает непрерывно возрастать [6]. Кроме того, течение и исходы хронических болезней почек, а также факторы, их определяющие, у пожилых характеризуются определенными особенностями, без учета которых рассчитывать на увеличение про-

должительности активной жизни этой категории больных, как правило, не приходится.

Цель работы – изучить особенности патологии почек у людей старших возрастных групп.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ научной медицинской литературы, посвященной патологии почек у пациентов старших возрастных групп.

Результаты исследования и их обсуждение

В структуре заболеваний пожилых людей урологическая патология занимает значительное место и имеет свои особенности. Большое количество пожилых

людей страдают такими распространенными урологическими заболеваниями, как нефропатии, рак и аденома простаты, недержание мочи, эректильная дисфункция. Частота поражения почек у лиц старших возрастных групп весьма высока. По разным данным, на 1000 вскрытий у лиц этих возрастных категорий в больнице общего типа колеблется от 63,3 до 64,6%. Структура заболеваний почек у лиц пожилого и старческого возраста: нефроангиосклероз 43,6%; пиелонефрит 38,9%; диабетический гломерулосклероз 4,1%; миеломная нефропатия 1,1%; подагрическая нефропатия 0,9%; амилоидоз почек 0,9%; гломерулонефрит 0,9%; острая почечная недостаточность 9,6%.

У пациентов пожилого и старческого возраста продолжает возрастать распространенность хронического пиелонефрита, МКБ, хронические поражения почечного тубулоинтерстиция, особенно обменной (гиперурикемия) и лекарственной (ненаркотические анальгетики и НПВС, антибиотики) природы [1]. Гипертонический нефроангиосклероз дополняется присущим преимущественно пожилым и старикам атеросклеротическим стенозом почечных артерий – ишемической болезнью почек (ИБП) [9].

ИБП встречается и у лиц с распространенным и зачастую с осложненным атеросклерозом – тяжелой ишемической болезнью сердца, синдромом перемежающейся хромоты, мозговыми инсультами в анамнезе. Характерна высокая артериальная гипертония, почти у половины больных имеющая особо прогностический неблагоприятный тип – протекающая с преимущественным повышением систолического АД. Изолированную систолическую артериальную гипертонию наряду с сочетанием сердечно-сосудистых факторов риска и особенно ухудшением функции почек, спровоцированных назначением ИАПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина II, следует рассматривать в качестве клинических указаний на наличие ИБП.

Многие хронические нефропатии пожилого и старческого возраста длительное время остаются нераспознанными, что связано с существующим преувеличением клиницистами собственно «возрастного» фактора в ухудшении почечной функции. Несвоевременная диагностика почечных болезней у пожилых определяется в большей степени тем обстоятельством, что многие варианты поражения почек у них имеют «стертую» клиническую картину, хотя и почечная недостаточность при этом может развиваться драматически быстро. Следует также учитывать феномен «мультиморбид-

ности» старческой почки, подразумевающей возможность сочетания нескольких хронических нефропатий (иногда трех и более) у одного человека.

Первое место по частоте выявляемых изменений почек у престарелых людей занимают сосудистые поражения. Частота нефроангиосклероза нарастает с каждым десятилетием жизни престарелых людей (с 7% у людей 60–69 лет до 65% у людей 90 лет и старше), особенно у женщин. Клинически атеросклеротический нефроангиосклероз проявляется лишь незначительно выраженным и часто преходящим мочевым синдромом. Отмечается также несколько более выраженное по сравнению с возрастной нормой снижение функции почек, как правило, не перерастающее в ХПН [1].

Многие нефропатии пожилого и старческого возраста зачастую сочетаются с гипертоническим нефроангиосклерозом [11]. Этому способствуют и сосудистые изменения почек возрастного характера, которые имеют тенденцию по мере старения прогрессировать и на которые наслаиваются артериосклеротические изменения, характерные для гипертонической болезни. Заболевание протекает относительно доброкачественно, без ярких клинических проявлений. Обычно на фоне умеренно выраженной и не очень стойкой артериальной гипертонии появляются скудные, малохарактерные признаки поражения почек в виде преходящего минимального мочевого синдрома с незначительной (не более 0,5–1,0 г/сут) протеинурией, микрогематурией и цилиндрурией. При этом выявляется небольшое снижение почечных функций, но без явных признаков почечной недостаточности (ПН). По мере увеличения длительности артериальной гипертонии упомянутые симптомы имеют тенденцию к нарастанию. В ряде случаев почечная гиподинамия может перерастать в ПН. Последняя выявляется в среднем у 10–15% больных, характеризуется относительно мягким течением с небольшим (не более 400 мкмоль/л) повышением уровня креатинина в плазме крови. Быстрое нарастание почечной недостаточности всегда связано с присоединением пиелонефрита [1]. Развитие острой почечной недостаточности (ОПН) у лиц пожилого и старческого возраста часто происходит в течение очень короткого времени. По механизму развития ОПН у пожилых в 37,4–84,2% случаев является преренальной.

В последние десятилетия значительно увеличилось число больных хроническим гломерулонефритом и диабетической нефропатией.

В клинической оценке гломерулонефрита, дебютировавшего у пожилого или старика, всегда следует иметь в виду возможность их паранеопластического происхождения. Связь со злокачественными опухолями четко установлена для нефротического синдрома пожилых, обусловленного как гломерулонефритом, так и амилоидозом почек.

Клинические признаки мембранозной нефропатии у пожилого пациента могут предшествовать первым специфическим проявлениям рака желудка. Данная форма поражения почек возможна и при хроническом лимфобластном лейкозе [4].

Поэтому первоочередной задачей обследования пожилого пациента с впервые выявленным хроническим гломерулонефритом или амилоидозом почек, особенно когда наблюдают нефротический синдром, является исключение паранеопластического поражения почек.

Системные васкулиты с вовлечением почек у пожилых и стариков нередко характеризуются неблагоприятным течением.

Среди хронических заболеваний почек, причиной которых являются обменные нарушения, одно из первых мест в структуре терминальной почечной недостаточности занимает диабетическая нефропатия, осложняющая СД 2 типа и возникающая, как правило, у лиц старше 60 лет, уже страдающих диабетической микро- и макроангиопатией. В связи с этим их сердечно-сосудистый и почечный прогноз весьма неблагоприятен [5].

Второе место по частоте в структуре патологии стареющей почки, но, несомненно, первое по клинической и прогностической значимости принадлежит пиелонефриту. Это заболевание является основной проблемой гериатрической патологии [1]. У лиц старших возрастных групп часто наблюдают гнойные формы этого заболевания: у мужчин частота их достигает 23,3%, у женщин 15,9%. Фоном для развития хронического пиелонефрита нередко является обструкция мочевыводящих путей опухолью или нефролитом [1].

С возрастом число больных пиелонефритом мужчин увеличивается, что объясняется присущим пожилому и старческому возрасту заболеваний с нарушением оттока мочи – аденомы и рака предстательной железы [7].

Хронический пиелонефрит у пожилых и стариков нередко не диагностируют вообще или, по крайней мере, неадекватно оценивают его тяжесть, что обусловлено минимальной выраженностью, а иногда и отсутствием типичных клинических про-

явлений этого заболевания – лихорадки, болей в поясничной области у этих больных.

Некоторые авторы выделили своеобразную «кахектическую» маску хронического пиелонефрита пожилого и старческого возраста, складывающуюся из неуклонного снижения массы тела (вплоть до кахексии) и анемии [1]. У ослабленных кахексичных больных даже гнойный пиелонефрит, осложненный паранефритом, может быть практически бессимптомным или проявляться интоксикационным симптомом и анемией [6].

Острый пиелонефрит в пожилом и старческом возрасте протекает на фоне снижения иммунореактивных способностей организма, связанных с возрастными болезнями, и протекает атипично, иногда с незначительным повышением температуры тела. Возможно обострение имеющихся хронических заболеваний сердца и сосудов, а также легких и печени, которые вуалируют признаки острого пиелонефрита. Особенностью острого пиелонефрита у данной группы лиц является возможность незаметного и быстрого перехода острого серозного воспаления в гнойное [7].

Дифференциально-диагностические трудности нередко возникают при оценке активности процесса у пожилых людей в связи с тем, что пиелонефрит возникает или обостряется на фоне полиорганной старческой патологии, проявлений системных сосудистых заболеваний, опухолевых процессов и обменных нарушений [1].

Характерные для этого заболевания в молодом возрасте высокая температура, дизурические явления, боли в поясничной области у лиц пожилого и старческого возраста могут быть слабовыраженными либо отсутствовать, а нередко маскируются возрастными нарушениями мочеиспускания [2].

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 ненаркотических анальгетиков и/или НПВС.

Падение скорости клубочковой фильтрации при анальгетической нефропатии связано с нарушением регуляции сосудистого тонуса вследствие уменьшения количества простагландинов в почечной ткани. Снижение интенсивности синтеза почечных простагландинов под действием НПВС и ненаркотических анальгетиков, как правило, сопровождается задержкой натрия и воды [6].

Обязательный признак анальгетического поражения почек – артериальная гипертония, но, не располагая данными о наличии у пациента анальгетической зависимости, врачи зачастую расценивают ее как «гипертоническую» болезнь. Величины 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/л. Характерна эритроцитурия, макрогематурия – признак острого папиллярного некроза [10].

У большинства из этих пациентов, страдающих анальгетической нефропатией, к моменту развития терминальной почечной недостаточности истинный характер поражения почек не устанавливается: среди нефрологических диагнозов называли хронический пиелонефрит (25,7%), диабетическую нефропатию (22,7%), хронический гломерулонефрит (15,9%), гипертонический нефроангиосклероз (11,5%) [13].

Часто встречающаяся у лиц старше 60 лет гиперурикемия может обусловить присоединение уратного поражения почек – уратного нефролитиаза и/или уратного тубулоинтерстициального нефрита [13].

У лиц пожилого и старческого возраста амилоидоз почек, как правило, бывает вторичным. Первичный амилоидоз у них практически не встречается. Причиной этой патологии старческой почки являются хронические длительно текущие заболевания, особенно нагноительного характера (бронхоэктатическая болезнь, фиброзно-кавернозный туберкулез легких, ревматоидный артрит, остеомиелит, опухолевые процессы, миеломная болезнь и др.). Значительно большее распространение амилоидоза почек у гериатрических больных по сравнению с молодым и средним возрастом объясняется не только большей частотой и длительностью существования у них перечисленных и других хронических заболеваний, но и снижением иммунитета, более выраженными нарушениями обменных процессов, в частности обмена белков с развитием возрастной диспротеинемии [4].

Клинические проявления амилоидоза у гериатрических больных отличаются разнообразием и сочетаются с симптомами предшествующих хронических заболеваний и признаками нередко встречающегося амилоидоза других органов.

Для этой старческой патологии почек характерна более выраженная склонность по сравнению с амилоидозом почек в молодом возрасте к тромбообразованию как поверхностных вен, так и вен внутренних органов, особенно почек, протекающих с тяжелой клинической картиной, вплоть до развития ОПН [4].

Заключение

Таким образом, диагностика хронических нефропатий пожилого и старческого возраста, особенно при их сочетании (мультиморбидности), может представлять трудную задачу, тем более что клинические проявления большинства из них неспецифичны. У пожилого пациента может развиваться любой вариант хронических прогрессирующих нефропатий, при кажущейся «стертой» клинической картине которых темп ухудшения функции почек может быть очень быстрым, а почечная недостаточность при этом становится необратимой и зачастую фатальной.

Список литературы

1. Борисов И.А., Перов Ю.Л. Старческая почка // Нефрология; под ред. И.Е. Тареевой. – 2-е изд. – М.: Медицина, 2000. – 688 с.
2. Брюховецкий А.Г. Пиелонефриты. Диагностика и лечение внутренних болезней / под ред. акад. Ф.И. Комарова. – М., 1991. – С. 283–293.
3. Сафарова Г.Л. Демография старения: современное состояние и приоритетные направления исследований // Успехи геронтологии. – 2009. – Т. 22, № 1. – С. 49–59.
4. Серов В.В., Шамов И.А. Амилоидоз. – М., 1977.
5. Скопиченко Н.С. Диабетический гломерулосклероз // Практическая нефрология / Под ред. А.П. Пелешука. Киев. – 1983. – С. 157–174.
6. Тареева И.Е., Андросова С.О. Влияние ненаркотических анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов на почки. // Терапевтический архив. – 1999. – № 6. – С. 17–21.
7. Тиктинский О.Л., Калинина С.Н., Пиелонефриты. – СПб.: СПбМАПО, Медиа Пресс – 1996.
8. Качук В.Н., Вирон О.А. Острый пиелонефрит у лиц пожилого и старческого возраста // Урол. и нефрол. – 1977. – № 5. – С. 35–38.
9. Хирманов В.Н. Ишемическая болезнь почек Хирманов В.Н. // Терапевтический архив. – 2001. – № 6. – С. 61–64.
10. Brunner F.P., Selwood N.H. End-stage renal disease due to analgesic nephropathy, it changing pattern and cardiovascular mortality // Nephrol. Dial. Transplant. – 1994.
11. Luft F.C. Hypertensive nephrosclerosis- a cause of end-stage renal disease? // Nephrol. Dial. Transplant. – 2000.
12. Mazzali M., Hughes J., Kim Y.-H. et al. Elevated uric acid increases blood pressure in the rat by a novel crystal-independent mechanism // Hypertension. – 2001.
13. Pinter I., Matyus J., Czegany Z. et al. Analgesic nephropathy in Hungary: the HANS study // Nephrol. Dial. Transplant. – 2004.
14. Yahata N., Kawanishi Y., Okabe S. et al. Membranous glomerulonephritis with nephritic syndrome associated with chronic lymphocytic leukemia. – 2000.

References

1. Borisov I.V., Perov Yu.L. Starcheskaya pochka. Nephrologiya pod redaktsiyey I.E. Tareevoy. (Senile kidney. Nephrology under the editorship of I.E. Tareeva). Second edition. Moscow, Medicine, 2000. p. 688.
2. Bruchovetskiy A.G. Pielonefrity. Diagnostika i lechenie vnutrennich bolezney pod redaktsiyey akademika F.I. Komarova. (Pyelonephritis. Diagnostics and treatment of internal disease under the editorship of F.I. Komarova). Moscow, 1991. pp. 283–293.
3. Safarova G.L. Uspehi gerontologii – Achievements of gerontology, 2009, Vol. 22, no. 1, pp. 49–59.
4. Serov V.V., Shamov I.A. Amyloidosis. Moscow, 1977.
5. Skopichenko N.S. Diabeticheskiy glomeruloskleroz. Prakticheskaya nefrologiya pod redaktsiyey A.P. Peleshchuka. (Diabetic glomerulosclerosis. Practical nephrology under the editorship of A.P. Peleshchuk). Kiev, 1983. pp. 157–174.
6. Tareeva I.E., Androsova S.O. Vliyaniye nenarkoticheskikh analgetikov i nesteroidnykh preparatov na pochki. (Side effect of nonopioid analgetics and nonsteroidal anti-inflammatory drugs on kidneys). Therapeutic archive, 1999.
7. Tikhtinskiy O.L., Kalinina S.N. Pielonefrity. (Pyelonephritis). St. Petersburg: Media-Press, 1996.
8. Tkachuk V.N., Viron O.A. Ostryy pielonefrit u lits pozhilogo i starcheskogo vozrasta. (Acute pyelonephritis in the elderly and older age). Urology and nephrology, 1977, no. 5. pp. 35–38.
9. Chirmanov V.N. Ishemicheskaya bolezнь pochek. (Ischemic kidney disease). Therapeutic archive, 2001.
10. Brunner F.P., Selwood N.H. End-stage renal disease due to analgesic nephropathy, it changing pattern and cardiovascular mortality. Nephrol. Dial. Transplant. 1994.
11. Luft F.C. Hypertensive nephrosclerosis- a cause of end-stage renal disease? Nephrol. Dial. Transplant., 2000.
12. Mazzali M., Hughes J., Kim Y.-H. et al. Elevated uric acid increases blood pressure in the rat by a novel crystal-independent mechanism. Hypertension. 2001.
13. Pinter I., Matyus J., Czegany Z. et al. Analgesic nephropathy in Hungary: the HANS study. Nephrol. Dial. Transplant., 2004.
14. Yahata N., Kawanishi Y., Okabe S. et al. Membranous glomerulonephritis with nephritic syndrome associated with chronic lymphocytic leukemia, 2000.

Рецензенты:

Гурко Г.И., д.м.н., председатель военно-врачебной комиссии отдела военного комиссариата города Санкт-Петербурга по Фрунзенскому району, г. Санкт-Петербург;

Куницына Н.М., д.м.н., главный врач медицинского центра «Поколение», заслуженный врач РФ, г. Белгород.

Работа поступила в редакцию 30.12.2014.