

УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

А. Селиванов

Городская больница №31, Санкт-Петербург

E-mail: b31@zdrav.spb.ru

Представлены данные об урологической патологии в пожилом и старческом возрасте.

Ключевые слова: нефропатии, пиелонефрит, пожилой возраст.

Согласно данным ВОЗ, в структуре смертности населения экономически развитых стран болезни мочеполовой системы занимают 7-е место; они являются причиной 2,5–3,0% летальных исходов. Эти заболевания поражают людей всех возрастов, являясь причиной временной нетрудоспособности и инвалидизации значительной части трудоспособного населения и причиняя огромный экономический ущерб. Частота поражения почек у лиц старших возрастных групп весьма высока — по данным секционных исследований лиц этой возрастной категории в больнице общего типа — 63,3–64,6% [1]. Популяционный уровень заболеваний почек у людей старше 60 лет почти в 3 раза превосходит таковой у лиц моложе 60 лет, а популяционный уровень хронической почечной недостаточности (ХПН) у них выше почти в 15 раз; по мере утяжеления мультиморбидной старческой патологии увеличивается и частота заболеваний почек, возрастающая к финальному отрезку жизни также более чем на порядок и превышающая к этому времени 60% [1]. Поэтому приоритетные направления лечебно-диагностических мероприятий — раннее выявление патологии, формирование здорового образа жизни, оптимизация использования коечного фонда.

Многие пожилые люди страдают такими распространенными урологическими заболеваниями, как нефропатии, рак и аденома предстательной железы, недержание мочи, эректильная дисфункция [9]. У них выше, чем у более молодых, распространенность хронического пиелонефрита, мочекаменной болезни, хронических поражений почечного тубулоинтерстиция, особенно обменной (гиперурикемия) и лекарственной природы (ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты — НПВП, антибиотики) [6]. Гипертонический нефроангиосклероз дополняется присущим преимущественно пожилым и старикам атеросклеротическим стенозом почечных артерий — ишемической болезнью почек (ИБП) [10]. В последние десятилетия значительно увеличилось число больных хроническим гломерулонефритом и диабетической нефропатией.

В связи с тем, что клиницисты преувеличивают роль возрастного фактора в ухудшении почечной функции почек, хронические нефропатии пожилого и старческого возраста подчас долго остаются нераспознанными. Многие варианты поражения почек у пожилых имеют стертую клиническую картину, что приводит к несвоевременной диагностике, хотя

почечная недостаточность при этом может развиваться драматически быстро. Следует также учитывать феномен мультиморбидности старческой почки — возможность сочетания нескольких хронических нефропатий (иногда 3 и более) у 1 человека [9].

Среди изменений почек у людей пожилого и старческого возраста 1-е место занимают сосудистые поражения. Частота нефроангиосклероза нарастает с каждым десятилетием жизни (с 7% у людей 60–69 лет до 65% у людей 90 лет и старше), особенно у женщин. *Старческий нефроангиосклероз* по существу является следствием возрастных изменений сосудов почек, заканчивающихся их склерозом. Постепенно нарастает гибель почечных нефронов, сопровождающаяся уменьшением массы действующих нефронов и как следствие — снижением экскреторной и инкреторной функции почек. В конечном счете развивается первично-сморщенная почка, что клинически проявляется ХПН [3].

Из заболеваний почек невоспалительного характера у лиц пожилого и старческого возраста особенно часто встречается *нефроангиосклероз, обусловленный гипертонической болезнью* и возрастными сосудистыми изменениями почек; последние по мере старения пациента прогрессируют, на них наслаиваются атеросклеротические изменения, характерные для гипертонической болезни. Заболевание протекает без ярких клинических проявлений, относительно доброкачественно. Выявляется небольшое снижение почечных функций, но без явных признаков почечной недостаточности. По мере увеличения длительности артериальной гипертензии (АГ) упомянутые изменения усугубляются, и в ряде случаев почечная гиподисфункция может перерасти в почечную недостаточность [10].

Атеросклеротический нефроангиосклероз — одна из частых форм нефросклероза у людей старшего возраста. В основе его развития лежит поражение почечных сосудов атеросклерозом без существенного их сужения. Клинически атеросклеротический нефроангиосклероз, как и нефроангиосклероз при гипертонической болезни, проявляется лишь незначительно выраженным и часто переходящим мочевым синдромом. Отмечается также несколько более выраженное по сравнению с возрастной нормой снижение функции почек, как правило, не перерастающее в ХПН [10].

По данным И.А. Борисова и соавт. (1995), обследовавших 57 больных старше 60 лет, страдающих *хроническим гломерулонефритом*, начало заболевания было диагностировано в пожилом возрасте у 47,4% из них [2]. *Мембранозная нефропатия* занимает ведущее место среди причин нефротического синдрома у пожилых (в 28–48% наблюдений), превосходя в этом отношении амилоидоз и диабетическую нефропатию [3].

При клинической оценке гломерулонефрита, дебютировавшего у пожилого или старика, всегда следует иметь в виду возможность его паранеопластического происхождения [4]. Паранеопластические поражения почек, наблюдающиеся значительно чаще в пожилом и старческом возрасте, связывают с воздействием медиаторов (антитела, провоспалительные и профиброгенные цитокины), продуцируемых самой опухлевой тканью или иммунокомпетентными клетками в ответ на ее рост.

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]. Системные васкулиты с вовлечением в патологический

процесс почек у пожилых и стариков нередко характеризуются неблагоприятным течением [2].

На 2-м месте по частоте в структуре патологии стареющей почки, но, несомненно, на 1-м по клинической и прогностической значимости находится *пиелонефрит*. Хронический пиелонефрит является одной из самых распространенных форм хронических прогрессирующих нефропатий пожилого и старческого возраста. 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 [6]. С возрастом число больных пиелонефритом мужчин увеличивается, что объясняется присущими пожилому и старческому возрасту заболеваниями, связанными с нарушением оттока мочи, — аденомой и раком предстательной железы [6].

У людей пожилого и старческого возраста снижается и общая иммунобиологическая реактивность организма, а следовательно, — и его защитные силы, что также предрасполагает к развитию не только пиелонефрита, но и многих других заболеваний, типичных для этого возраста. В ряде случаев возможно сочетание 2–3 и более факторов риска развития пиелонефрита, что способствует более тяжелому его течению [6].

Хронический пиелонефрит у пожилых и стариков нередко не диагностируют вообще или, по крайней мере, неадекватно оценивают его тяжесть, что обусловлено минимальной его выраженностью, а иногда и отсутствием его типичных клинических проявлений (лихорадка, боли в поясничной области) [8]. Выделяют своеобразную «кахектическую» маску хронического пиелонефрита пожилого и старческого возраста, складывающуюся из неуклонного снижения массы тела (вплоть до кахексии) и анемии (Борисов И.А. и соавт., 1983). У ослабленных кахексичных больных даже гнойный пиелонефрит, осложненный паранефритом, может быть практически бессимптомным или проявляться интоксикационным симптомом и анемией [2].

Клиническая картина пиелонефрита у больных пожилого и старческого возраста нередко носит атипичный, стертый характер. Заболевание часто протекает латентно, и при отсутствии настороженности у врача его легко пропустить.

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. Особенностью острого пиелонефрита у лиц данной группы является возможность незаметного и быстрого перехода острого серозного воспаления в гнойное. Объективные симптомы заболевания у таких больных сглажены. Характерные для этого заболевания у молодых пациентов высокая температура, дизурические явления, боли в поясничной области в пожилом и старческом возрасте могут быть слабовыраженными либо отсутствовать; нередко они маскируются возрастными нарушениями мочеиспускания [2].

Еще один вариант хронических, преимущественно тубулоинтерстициальных нефропатий, наблюдающихся в возрасте старше 60 лет и не распознаваемых даже на этапе необратимого ухудшения функции почек, — поражение почек, обусловленное злоупотреблением ненаркотическими анальгетиками и (или) НПВП. Как правило, развитие

анальгетической нефропатии связывают с длительным (не менее 1 года) приемом ненаркотических анальгетиков или НПВП [8].

Весьма опасны с точки зрения развития *анальгетической нефропатии* хронические болевые синдромы — головные боли, в том числе мигрени, суставные боли, в частности связанные с остеоартритами, боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, постоянные боли в животе, особенно часто наблюдающиеся у лиц пожилого и старческого возраста [8]. У большинства пациентов, страдающих анальгетической нефропатией, к моменту развития терминальной почечной недостаточности истинный характер поражения почек не устанавливается. Из нефрологических диагнозов называют хронический пиелонефрит (25,7% наблюдений), диабетическую нефропатию (22,7%), хронический гломерулонефрит (15,9%), гипертонический нефроангиосклероз (11,5%). К другим проявлениям анальгетической зависимости относят внепочечные — язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, анемию, лейкопению, умеренное повышение активности печеночных γ -глутамилтранспептидазы и щелочной фосфатазы.

Поражение почечного тубулоинтерстиция ненаркотическими анальгетиками и НПВП обусловлено блокадой синтеза почечных простагландинов, вызывающих значительное снижение интенсивности кровотока, хроническую ишемию, сопровождающуюся активацией провоспалительных и фиброгенных хемокинов, а также факторов роста. При анальгетической нефропатии снижается скорость клубочковой фильтрации, что связано с нарушением регуляции сосудистого тонуса из-за уменьшения количества простагландинов в почечной ткани. Снижение интенсивности синтеза почечных простагландинов под действием НПВП и ненаркотических анальгетиков, как правило, сопровождается задержкой натрия и воды [8].

Обязательный признак анальгетического поражения почек — АГ. АД может быть очень высоким и обычно плохо поддается контролю при назначении комбинации антигипертензивных препаратов. По мере прогрессирования почечной недостаточности при анальгетической нефропатии наблюдают полиурию и никтурию.

Среди хронических заболеваний почек, причиной которых являются обменные нарушения, одно из первых мест в структуре терминальной почечной недостаточности занимает *диабетическая нефропатия*, осложняющая сахарный диабет типа 2 и возникающая, как правило, у лиц старше 60 лет, уже страдающих диабетической микро- и макроангиопатией [7].

В клинической картине *старческого диабетического гломерулосклероза* в связи с тем, что он развивается на фоне возрастного нефросклероза, отеки бывают незначительными либо отсутствуют, а на первый план выступает АГ, которая из лабильной быстро перерастает в стабильную, а иногда приобретает злокачественный характер. Наличие отеков, особенно выраженных, при старческом диабетическом гломерулосклерозе должно настораживать в отношении сердечной недостаточности [5]. Относительно рано у таких больных развивается и ХПН [3].

ИБП нередко встречается и у лиц без нарушений углеводного обмена, но всегда — при распространенном и зачастую осложненном атеросклерозе — ишемической болезни сердца, синдроме перемежающейся хромоты, мозговых инсультах в анамнезе. Характерна выраженная АГ, почти у половины больных — особенно прогностически неблаго-

приятная: с преимущественным повышением систолического АД [10]. Изолированную систолическую АГ наряду с сердечно-сосудистыми факторами риска и, особенно, — ухудшением функции почек, спровоцированным назначением ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или блокаторов рецепторов ангиотензина II, следует рассматривать в качестве клинических указаний на наличие ИБП [10].

Приведенные нефропатии пожилого и старческого возраста нередко сочетаются с гипертоническим нефроангиосклерозом [10]. Часто встречающаяся у лиц старше 60 лет гиперурикемия может обусловить присоединение уратного поражения почек — уратного нефролитиаза и (или) уратного тубулоинтерстициального нефрита [2].

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 пожилых больных, нежели у молодых и среднего возраста, 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 [9].

Возникновение и дальнейшее прогрессирование амилоидоза на фоне уже сформировавшегося у людей этого возраста старческого нефросклероза приводит к более раннему развитию вторично-сморщенной почки с появлением и относительно быстрым прогрессированием ХПН [9].

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, чем у амилоидоза почек у молодых, к тромбообразованию как поверхностных вен, так и вен внутренних органов, особенно почек, протекающему с тяжелой клинической картиной вплоть до развития острой почечной недостаточности [9].

Диагностика хронических урологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста, особенно при их сочетании, может быть сложной задачей, тем более что клинические проявления большинства из них неспецифичны. У пожилого пациента возможно развитие любого варианта хронических прогрессирующих нефропатий, при кажущейся стертой клинической картине которых темп ухудшения функции почек может быть очень быстрым, а почечная недостаточность — необратимой и зачастую фатальной.

Литература

1. Аполихин О.И., Какорина Е.П., Сивков А.В. и др. Состояние урологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики // Урология. — 2008; 3: 3–9.
2. Борисов И.А., Сура В.В., Попова Л.А. и др. К проблеме нефритов пожилого и старческого возраста // Тер. архив. — 1995; 6: 5–9.
3. Горелик С.Г., Мудраковская Э.В., Колпакова Н.А. Характерные особенности хронических прогрессирующих нефропатий в пожилом и старческом возрасте // Фундаментальные исследования. — 2012; 7–2: 283–8.
4. Козловская Л.В., Туганбекова С.К., Сейсембеков Т.З. Паранеопластическое поражение почек при солидных опухолях // Нефрол. и диализ. — 2002; 4 (2): 76–81.
5. Лазебник, Л.Б. Заболевания сердечно-сосудистой системы у урологических больных старших возрастных групп. Избранные главы гериатрической урологии / М., 2000; с. 5–7.
6. Мелентьев А.С., Гасилин В.С., Гусев Е.И. Гериатрические аспекты болезни мочевыделительной системы. Гериатрические аспекты внутренних болезней / М., 1995; с. 187–98.
7. Мудраковская Э.В., Горелик С.Г., Колпакова Н.А. Структура сопутствующей патологии у больных пожилого и старческого возраста с урологическими заболеваниями // Вестн. новых мед. технологий. — 2013; 20 (1): 101–3.
8. Тарева И.Е., Андросова С.О. Влияние ненаркотических анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов на почки // Тер. архив. — 1999; 6: 17–21.
9. Фомин В.В. Хронические прогрессирующие нефропатии в пожилом и старческом возрасте // Клин. медицина. — 2005; 83 (6): 27–32.
10. Фомин В.В., Моисеев С.В., Швецов М.Ю. и др. Артериальная гипертония при ишемической болезни почек: клинические особенности и течение // Тер. архив. — 2005; 6: 27–31.

UROLOGIC PATHOLOGY IN THE ELDERLY

A. Selivanov

City Hospital №31, St. Petersburg

Data of the review of literature on a problem of urological pathology at advanced and senile age are presented in article.

Key words: nephropathy, pyelonephritis, old age.