

УДК 616.12-008.331.1.61

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

¹Агранович Н.В., ¹Анопченко А.С., ²Пустовой Д.В., ¹Пилипович Л.А.

¹Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь, e-mail: k-polikl@yandex.ru;

²Консультативно-диагностическая поликлиника, Ставрополь, e-mail: darya.galushko@mail.ru

Хроническая болезнь почек (ХБП) является значимым фактором риска неблагоприятных исходов у пожилых пациентов. Даже умеренное снижение СКФ или появление сравнительно небольшой протеинурии/альбуминурии многократно увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и уровня общей смертности кардиальных больных. Результаты проведенного исследования показали, что из общего количества больных старшей возрастной группы, имеющих гипертоническую болезнь 31,5% пациентов имели признаки хронической болезни почек. СКФ у всех этих больных была ниже нормы. Однако, показатели креатинина и мочевины крови у 65% из них были в пределах нормы. Экскреция с мочой альбумина выше 20 мг/л выявлена у 47,9% пациентов данной группы. Это определяет необходимость скрининга пациентов с сердечно-сосудистой патологией для раннего выявления ХБП.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, хроническая болезнь почек, раннее выявление, профилактика

EARLY DETECTION OF KIDNEY DISEASES IN CASE OF ARTERIAL HYPERTENSION IN THE ELDERLY

¹Agranovich N.V., ¹Anopchenko A.S., ²Pustovej D.V., ¹Pilipovich L.A.

¹Stavropol State Medical University, Stavropol, e-mail: k-polikl@yandex.ru;

²Consultation and diagnostic polyclinic, Stavropol, e-mail: darya.galushko@mail.ru

Chronic kidney disease is an important (considerable) risk factor of the failure in the treatment of the elderly. Even a moderate decrease of GFR (Glomerular Filtration Rate) or occurrence of comparatively small proteinuria / albuminuria increases the risk of cardiovascular diseases development and total mortality level of cardiac patients manifold. The results of the research found that 31,5% of the patients suffering from the hypertensive heart disease among the elderly showed the signs of the chronic kidney disease. The Glomerular Filtration Rate of all these patients was below normal. However, creatinine and blood urea indices of 65% of these patients were within normal limits. Urinary albumin excretion rate of above 20 ml/g was detected in the 47,9% of these patients. This fact determines the necessity of screening for the patients with cardiovascular abnormalities to enable early chronic kidney disease detection.

Keywords: arterial hypertension, chronic kidney disease, early detection, prevention

Ведущие специалисты в области общественного здоровья и демографической политики во всех развитых странах отмечают постепенное возрастание доли пожилых людей в возрастной структуре населения. Каждый день около 200 тысяч человек на планете преодолевают 60-летний рубеж. В России также увеличивается индекс демографического старения. Из общей численности населения доля лиц 60 лет и старше составляет 17,7%. В связи с этим общество заинтересовано в продолжении полноценной жизни, прежде всего в удлинении периода активности человека в пожилом и старческом возрасте [1]. Качество жизни пожилых людей во многом зависит не только от условий и образа жизни, но и эффективного лечения ряда заболеваний пожилых людей и ранней профилактики их осложнений.

Хроническая болезнь почек (ХБП) является значимым фактором, многократно увеличивающим риск неблагоприятных исходов у пожилых пациентов с сахарным диабетом, гипертонией, болезнями сердца и инсультом, каждый из которых, в свою очередь, является основной причиной смерти и инвалидизации. Последние статистические данные отмечают в большинстве развитых

стран устойчивую тенденцию к неуклонному росту числа людей со стойким снижением функции почек. Это представляет общепопуляционную проблему, т.к. терминальная ХПН требующая активных методов лечения (программный гемодиализ и/или трансплантация почки) относятся к крайне дорогостоящим методам лечения, не входит в программу обязательного медицинского страхования, и оплачивается местными органами власти. Что, безусловно, ложится тяжким бременем на небольшой бюджет многих регионов. [11,12]. Но самое главное, развитие ХПБ у больных с кардиальной патологией значительно снижает качество жизни пациентов – постоянный амбулаторный перитонеальный диализа или программный гемодиализ, который должен проводится, как минимум 3 раза в неделю по 4 часа, плюс время приезда и отъезда, приводит к тому, что диализный центр становится для них вторым домом.

Кроме того, для пациентов с почечной недостаточностью постоянно сохраняется риск ее прогрессирования, иногда драматически быстро возрастающий при нерациональном применении лекарственных препаратов, инвазивных методов обследования и лечения или при обострении основного

заболевания. При этом даже умеренное снижение СКФ или появление сравнительно небольшой протеинурии/альбуминурии связано с нарастанием риска развития кардиоваскулярных заболеваний и сопровождается повышением уровня общей смертности кардиальных больных [2, 3, 5, 6, 8, 9].

Опасность для пожилых пациентов представляет и ишемическая нефропатия. Это самостоятельное заболевание, к сожалению, часто развивается исподволь, без видимых клинических проявлений, на фоне снижения почечной функции. И только вовремя взятый анализ крови или мочи, может выявить анемию, повышение азотистых шлаков, альбуминурию, что позволяет диагностировать ХБП.

По данным крупных популяционных регистров, распространенность хронической болезни почек (ХБП) у отдельных категорий лиц (пожилые, сахарный диабет 2 типа) достигает до 20%. [7]. Артериальная гипертензия (АГ) является одной из наиболее частых причин нарушения функции почек. У больных с артериальной гипертензией поражение почек до 25%. В связи с этим поиск маркеров раннего поражения почек при артериальной гипертензии является одной из актуальных проблем современной нефрологии и гериатрии.

Развитие современной медицинской науки и фармакологии позволило разработать новые доступные и высокоэффективные методы профилактики, позволяющие существенно замедлить прогрессирование хронических почечных заболеваний, снизить риск развития осложнений и затрат на лечение пациентов с ХБП [4, 12]. Интерес к профилактическому направлению также связан и с тем, что нарушенная функция почек и повышенная альбуминурия ассоциирована с прогрессированием сердечно-сосудистых заболеваний.

В то же время распространенность ХБП среди пожилых больных кардиологического профиля в Российской Федерации не ясна.

Цель исследования

Изучить частоту развития ХБП у пожилых пациентов с артериальной гипертензией города Ставрополя. Оценить эффективность маркеров ранней диагностики ХБП.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены пациенты старше 60 лет, проходившие лечение в терапевтическом отделении городской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГКБСМП) и на приеме врача-кардиолога городской клинической консультативно-диагностической поликлиники (ГККДП) и городской поликлиники № 1 г. Ставрополя.

В ходе исследования проведен анализ данных медицинской документации, анамнеза, выполнены скрининговые методов инструментальной и лабораторной диагностики. Определение степени нарушения функции почек проводилось с использованием формул Cockcroft-Gault и MDRD, разработанные не-

фрологическими ассоциациями и предложенные в «Рекомендациях ЕОАГ/ЕОК 2007» и «National Kidney Foundation K/DOQI, 2002».

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенные исследования показали, за указанный период в терапевтическом стационаре ГКБСМП было пролечено 603 больных, из них 65,1% (395 человек) старше 60 лет. Средний возраст данных пациентов составил $72,2 \pm 3,6$ года (от 60 до 83 лет). Среди заболеваний старшей возрастной группы в 78% случаев (308 чел.).

За этот же период на приеме ГККДП и городской поликлиники № 1 врачом кардиологом было принято 4965 больных, среди них 2584 человек на первичном приеме. Среди всех пациентов была выделена группа больных пожилого и старческого возраста как лица, имеющие наибольшее количество факторов риска рено-кардиальной патологии (сахарный диабет 2 типа, общий атеросклероз, вредные привычки, хронические заболевания, возрастные изменения). Группа пациентов старше 60 лет составила 1859 человек: среди пациентов первичного приема было 1120 (60%) человек. Средний возраст пациентов составил $75,3 \pm 4,1$ года (от 60 до 85 лет). Основные заболевания, по поводу которых обращались пациенты пожилого и старческого возраста в 83% составили гипертоническая болезнь и различные формы ИБС (902 чел.). Гипертоническая болезнь, как основное заболевание у пожилых пациентов исследуемой группы составила 685 человек или 61,1% всех кардиологических больных.

Всем пациентам, имеющим сердечно-сосудистую патологию, были проведены скрининговые лабораторные исследования, включающие: общий анализ мочи (с акцентом на наличие альбуминурии), общий анализ крови, креатинин и мочевины крови, общий белок крови, ЭКГ, холестерин крови. Всем больным с изменениями в анализе мочи и/или СКФ, с выявлением анемии проводилось УЗ-исследование почек.

Выявление постоянно повышенного АД или эпизодов его повышения стало причиной более углубленного обследования. Всем пациентам с АГ применялся комплекс современных инструментальных методов исследования: ЭХОкардиография, ультразвуковое дуплексное сканирование, ультразвуковая доплерография.

С целью исключения вторичного (почечного) генеза АГ проводилось дополнительное обследование: анализы мочи по Нечипоренко, проба по Зимницкому, биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование почек, доплерография сосудов почек, при необходимости осмотр узких специалистов – невролога, нефролога, эндокринолога, окулиста.

Далее в исследование были включены пациенты с АГ, у которых по данным лабораторных и инструментальных методов исследования не было выявлено первичных органических заболеваний со стороны почек. Эта группа составила 637 человек.

Среди обследованных данной группы средний уровень систолического давления составил $159,21 \pm 6,68$ мм рт. ст., диастолического давления $90 \pm 6,13$ мм рт. ст.

Анализ полученных данных показал, что из общего количества больных старшей возрастной группы, имеющих гипертоническую болезнь (637 больных) 201 пациент (31,5%) имели признаки хронической болезни почек.

Определение СКФ показало, что у всех этих больных она была ниже нормы:

80–60 мл/мин – 29,9%, 59–30 мл/мин – 53,1% и 29–10 мл/мин – 9,5%.

Вместе с тем, у 65% (130 больных) из них показатели креатинина и мочевины крови были в пределах нормы. У 9,5% (19 чел.) уровень креатинина был клинически значимым и находился в пределах 200–380 мкмол/л. У остальных 52 больных – уровень креатинина был незначительно повышен до 130 мкмол/л. Вместе с тем, при дополнительном обследовании больных было уточнено, что в течение длительного времени пациенты отмечали слабость, снижение работоспособности, периодически немотивированную жажду. Однако, врачу данные жалобы не предъявляли, расценивая их как возрастные проявления.

Экскреция с мочой альбумина выше 20 мг/л выявлена у 96 человек, что составило 47,9%. Причем, микроальбуминурия отмечалась у данных пациентов уже длительное время. Однако, обследования, по выяснению её причин и профилактического лечения ранее не проводилось.

Кроме того, у 68 пациентов с повышенными показателями креатинина было отмечено различной степени снижение показателей красной крови – гемоглобина и количества эритроцитов.

На основании полученных данных у 201 пациента с гипертонической болезнью впервые установлен диагноз хронической болезни почек, из них с развитием хронической почечной недостаточности различной степени тяжести у 71 человек.

Выводы

1. У всех больных с гипертонической болезнью есть высокий риск развития ХБП. Не менее трети больных с гипертонической болезнью имеют хроническую болезнь почек. Это обстоятельство должно учитываться при проведении обследования больных, например при выполнении коронарографии.

2. Необходимо проводить скрининг больных с кардиальной патологией, в том

числе и с АГ, с целью раннего выявления ХБП, своевременного начала нефропротекции, отдаления сроков развития ХПН и сдерживания прироста больных, нуждающихся в ЗПТ.

3. Уровень креатинина крови у больных с основной внепочечной патологией не всегда является отражением развития ХБП.

4. При скрининговом обследовании пациентов с сердечно-сосудистой патологией необходимо проводить исследование мочи на альбуминурию и крови для выявления анемии. Определение МАУ должно стать обязательной частью обследования больных с артериальной гипертензией с целью раннего выявления нарушений функции почек при АГ и возможного предупреждения их прогрессирования.

5. Определение СКФ должно входить в обязательный стандарт обследования больных с кардиологической патологией.

6. При лечении больных необходимо ориентироваться не только на рекомендации обществ кардиологов, но и нефрологов, в частности, это касается лечения артериальной гипертензии и анемии, а также других мероприятий по нефро- и кардиопротекции.

Список литературы

1. Агранович Н.В. Хроническая болезнь почек у пожилых пациентов с кардиологической патологией // Сборник тезисов II Съезда терапевтов Северо Кавказского федерального округа. – Ставрополь, 2014. – С. 35.
2. Агранович Н.В. Обоснование и эффективность профилактики и лечения больных хронической болезнью почек в амбулаторно-поликлинических условиях // Нефрология. – 2013. – № 5. – С. 43–49.
3. Батюшин М.М. Прогнозирование сердечно-сосудистого риска у больных ИБС, перенесших операцию реваскуляризации миокарда, с учётом наличия почечных и сердечно-сосудистых факторов риска / М.М. Батюшин, Е.С. Левицкая, В.П. Терентьев, А.А. Дюжиков, А.В. Поддубный // Клиническая нефрология. 2011. – № 1. – С. 39–42.
4. Давыдкин И.Л. Особенности микроциркуляторного русла у больных с хронической почечной недостаточностью / М.В. Курапова, А.Р. Низямова, Е.П. Ромашева, С.И. Попова // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье. 2012. – № 1. – С. 5–7.
5. Кардио-ренальный континуум: патогенетические основы превентивной нефрологии / А.В. Смирнов, В.А. Добронравов, И.Г. Каюков. – Нефрология, 2005. – № 9 (3). – С. 7–15.
6. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению / под. Ред. А.В. Смирнова. – С.-Пб. «Левша». – 2012. – 51 с.
7. Нефрология: национальное руководство / под ред. Н.А. Мухина. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 720 с.
8. Практические рекомендации KDIGO по диагностике, профилактике и лечению минеральных и костных нарушений при хронической болезни почек (ХБП-МКН). Краткое изложение рекомендаций нефрологии / Нефрология, 2011. – № 15 (1). – С. 88–95.
9. Снижение скорости клубочковой фильтрации как независимый фактор риска сердечно-сосудистой болезни / А.В. Смирнов, В.А. Добронравов, И.Г. Каюков и др. – Нефрология, 2006. – 10 (4). – С. 7–17.
10. Эпидемиология и социально-экономические аспекты хронической болезни почек / А.В. Смирнов, В.А. Добронравов, И.Г. Каюков. – Нефрология, 2006. – № 10 (1). – С. 7–13.
11. Levey A.S., de Jong P.E., Coresh J. et al. The definition, classification and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report. *Kidney Int.* – 2010. – <http://www.kidney-international.org>.
12. Lopez-Novoa J.M., Rodriguez-Pena A.B., Ortiz A. Et al. Etiopathology of chronic tubular, glomerular and renovascular nephropathies: clinical implications. *J. Transl. Med.* – 2011 / 9:13 / – Published online 2011 / – Jan. 20. – P. 1186–1479.