

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

УДК 616.61:616-053.9

ТЕЧЕНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Будылев С.А.¹, Селиванов А.Н.^{1,2}, Горелик С.Г.³, Мудраковская Э.В.⁴

¹СПб ГБУЗ "Городская клиническая больница № 31", г. Санкт-Петербург, Россия,
e-mail: b31@zdrav.spb.ru

²АНО НИМЦ Геронтология, Москва, Россия, e-mail: nimcgerontologija@mail.ru

³ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Россия, e-mail: gorelik@bsu.edu.ru

⁴Медицинский центр «Ваша клиника», г. Москва, Россия, e-mail: vahaklinika@mail.ru

Целью исследования является изучение клинических особенностей течения пиелонефрита у лиц пожилого и старческого возраста. Было обследовано 126 (63,3%) пациентов пожилого и старческого возраста с пиелонефритом. Больных пожилого возраста 95 (75,4%), старческого – 31 (24,6%). При анализе клинических особенностей течения пиелонефрита у лиц пожилого и старческого возраста было получены данные в пользу превалирования вторичного пиелонефрита (48,3% в пожилом возрасте и 57,8% в старческом) над первичным (6,9% и 11,1% в пожилом и старческом возрасте соответственно). При изучении структуры пиелонефрита по течению воспалительного процесса было установлено, что большая часть диагностированного пиелонефрита имела хроническое течение: 85 (67,5%) пациентов пожилого и 28 (62,2%) пациентов старческого возраста. Отсутствие роста микрофлоры в бактериологическом посеве мочи при пиелонефрите может быть обусловлено: появлением L-формы бактерий (протопластов) и В-нестабильных L-форм (сферопластов), предшествующей или начатой антибактериальной терапией, вирусной или грибковой этиологией пиелонефрита, нарушением уродинамики обструктивного генеза. Также прослеживается тенденция к малосимптомному и латентному течению пиелонефрита, что значительно затрудняет диагностику. Исследование показало, что дальнейшее изучение клинических особенностей течения пиелонефрита у лиц пожилого и старческого возраста позволит повысить качество гериатрической помощи этой категории пациентов.

Ключевые слова: пиелонефрит, пожилой, старческий возраст.

PYELONEPHRITIS IN ELDERLY: ANALYSIS OF CLINICAL FEATURES

Budylev S.A.¹, Selivanov A.N.^{1,2}, Gorelik S.G.³, Mudrakovskaja E.V.⁴

¹SPb "City Clinical Hospital № 31", St. Petersburg, Russia, e-mail: b31@zdrav.spb.ru

²ANO "Research Medical Center, "Gerontology", Moscow, Russia,

e-mail: nimcgerontologija@mail.ru

³Belgorod National Research University, Belgorod, Russia, e-mail: gorelik@bsu.edu.ru

⁴Medical Center «Your clinic», Moscow, Russia e-mail: vahaklinika@mail.ru

Studying of pyelonephritis clinical features elderly patient is objective research. It was examined 126 (63,3%) elderly patients and older age with pyelonephritis on the basis of urological office of City Hospital №1 of Belgorod. Elderly patients was 95 (75,4%), older age – 31 (24,6%). In the analysis of clinical features of a course of pyelonephritis in elderly patients and older age was data in favor of a prevalence of secondary pyelonephritis (48,3% at advanced age and 57,8% in senile) over primary are obtained (6,9% and 11,1% in elderly and older age respectively). When studying structure of pyelonephritis on the course of inflammatory process it was established that the most part of the diagnosed pyelonephritis had a chronic current: 85 (67,5%) elderly patients and 28 (62,2%) patients of older age. Lack growth of microflora in urine bacteriological crops at pyelonephritis can be caused: L-form of bacteria (protoplasts) and the B-unstable L-forms (sferoplast) previous or begun with antibacterial therapy, a virus or fungal etiology of pyelonephritis, violation of an urodynamics of obstructive genesis. Also the tendency latent course of pyelonephritis is traced that considerably complicates diagnostics. Thus, further studying and the analysis of clinical features of a course of pyelonephritis at persons of elderly and older age will allow in practice to increase quality of the geriatric help of this category of patients.

Key words: pyelonephritis, elderly and older age.

Введение. Хронический пиелонефрит является одной из самых распространенных форм хронических прогрессирующих нефропатий пожилого и старческого возраста [1, 2, 3]. Так, пиелонефрит прогрессивно нарастает с возрастом, особенно у мужчин - от 12,6% в возрастной группе 60-69 лет до 36,4% в возрастной группе 80 лет и старше. У женщин отмечается аналогичная тенденция в распространенности пиелонефрита, хотя не столь резко выраженная (19,4-29,6% в сходных возрастных группах). Это заболевание является основной проблемой гериатрической патологии. Фоном для развития хронического пиелонефрита нередко является обструкция мочевыводящих путей опухолью или нефролитом [4, 5].

Особенности течения пиелонефрита у лиц пожилого и старческого возраста, а также трудности диагностики, широкая распространенность данной патологии обусловили актуальность исследований сегодняшний день [6].

Цель исследования: изучение клинических особенностей течения пиелонефрита у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы исследования: исследование проводилось на базе урологического отделения МБУЗ ГКБ №1 города Белгорода за 2011 год. Было обследовано 126 (63,3%) пациентов пожилого и старческого возраста с пиелонефритом, при этом, больных пожилого возраста 95 (75,4%), старческого – 31 (24,6%). Пиелонефрит диагностирован на основании жалоб, анамнеза, осмотра, результатов клинико-лабораторных методов исследования (общего анализа крови, общего анализа мочи, анализа мочи по Нечипоренко, бактериологического посева мочи), ультразвукового исследования, обзорной

и внутривенной урографии. Восемь пациентов с хроническим пиелонефритом госпитализированы дважды, из них один пациент прооперирован дважды, один пациент госпитализирован трижды и дважды прооперирован.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ клинических особенностей течения пиелонефрита у лиц пожилого и старческого возраста показал, что отмечается значительное превалирование вторичного пиелонефрита (48,3% в пожилом возрасте и 57,8% в старческом) над первичным (6,9% и 11,1% в пожилом и старческом возрасте соответственно). Среди вторичного пиелонефрита большую часть составил калькулезный пиелонефрит (37,8% в пожилом возрасте и 51,1% в старческом возрасте), который являлся осложнением мочекаменной болезни (табл. 1).

Таблица 1

Структура диагностированного пиелонефрита по форме.

Структура диагностированного пиелонефрита		Пожилой возраст		Старческий возраст		Всего по отношению ко всем пролеченным больным	
		п	%	п	%	п	%
Первичный пиелонефрит		12	6,9	5	11,1	17	8,5
Вторичный пиелонефрит	Всего	83	48,3	26	57,8	106	53,3
	Калькулезный пиелонефрит	65	37,8	23	51,1	88	44,2
	Пиелонефрит у больных с ДГПЖ и раком простаты, стриктурой уретры	5	2,9	-	-	5	2,5
	Хронические пиелонефриты при аномалиях почек и мочевых путей	8	4,7	1	2,2	9	4,5

	Пиелонефрит в сочетании со злокачественным новообразованием почки	1	0,6	-	-	1	0,5
	Пиелонефрит при хронических воспалительных гинекологических заболеваниях	3	1,7	1	2,2	4	2,0
	Сочетание калькулезного пиелонефрита с хроническим гинекологическим заболеванием	1	0,6	1	2,2	2	1,0
Всего		95	55,2	31	68,9	126	63,3

У 50 (29,1%) больных пожилого возраста и у 16 (35,6%) калькулезный пиелонефрит носил обструктивный характер, по поводу чего 27 (21,4%) пациентов прооперировано в срочном порядке. У данной категории пациентов отсутствовали или имелись минимальные изменения в общем анализе мочи, бактериологическом посеве мочи до оперативного вмешательства.

Течение пиелонефрита у 21 (10,6%) пациентов было отягощено сахарным диабетом, при чем у 15 (71,4%) диагностирован калькулезный пиелонефрит.

Что касается структуры выявленного пиелонефрита по течению воспалительного процесса, то большая часть диагностированного пиелонефрита имела хроническое течение: 85 (67,5%) пациентов пожилого и 28 (62,2%) пациентов старческого возраста. Реализация хронического латентного пиелонефрита у пациентов пожилого и старческого возраста может быть результатом острого пиелонефрита, хронического рецидивирующего процесса или иметь самостоятельное происхождение (идиопатический вариант). Особенностью течения латентного пиелонефрита является высокая частота синдрома интоксикации, высокий процент больных с наличием микрогематурии, увеличение числа людей с нарушением функционального состояния почек (табл. 2).

Таблица 2

Структура выявленного пиелонефрита по течению воспалительного процесса

Нозология		Пожилой возраст		Старческий возраст		Всего	
		n	%	n	%	n	%
Острый пиелонефрит		10	5,8	3	6,7	13	6,5
Хронический пиелонефрит	Фаза активного воспаления	72	41,9	26	57,8	98	49,3
	Фаза латентного воспаления	13	7,6	2	4,4	15	7,5

Диагноз пиелонефрита классически устанавливался на основании жалоб, анамнеза, осмотра, результатов клиничко-лабораторных методов исследования, ультразвукового исследования, обзорной и внутривенной урографии. Проанализировав 126 больных пожилого и старческого возраста, выявлены особенности диагностики пиелонефрита у этой категории пациентов. У большинства пациентов отсутствовали или были незначительные изменения в лабораторных исследованиях, клинические проявления имели стертый характер. При этом, лабораторная диагностика является одной из наиболее доступных и широко применяемых. Однако по данным лабораторной диагностики не всегда можно заподозрить пиелонефрит. Латентная фаза хронического пиелонефрита не отличается наличием ярких симптомов заболевания и протекает обычно бессимптомно. При этом анамнестические сведения имеют важное значение в распознавании хронического пиелонефрита. Но нередко течение пиелонефрита возможно и без активной фазы воспаления, что значительно затрудняет диагностику.

Бактериологическое исследование мочи выполнено 55 (43,7%) пациентам, при этом у 28 (50,9%) пациентов пиелонефрит имел бактериальную этиологию, у 2 (3,6%) пациентов грибковую и у 25 (45,5%) посев мочи не дал роста микрофлоры. Другим пациентам посев мочи не выполнялся, вероятно, в связи с латентным течением пиелонефрита или отсутствием подозрения на мочевую инфекцию.

В последние годы появилась тенденция к недооценке этиологического фактора. Под действием окружающей среды, а также действием антиинфекционных и противовоспалительных препаратов этиологический фактор подвергается изменениям. Как

следствия воздействия антибиотиков и химиопрепаратов появились L-формы бактерий, потерявшие свою оболочку. Оболочка бактерии – место сенсбилизации против антибиотиков и ферментов. Бактерии, утратившие оболочку, - это протопласты, полностью лишенные всех клеточных оболочек, а сферопласты – с частично несохраненной стенкой или так называемые В-нестабильные L-формы. Особенностью этой формы L-форм является способность к реверсии – восстановлению в родительскую бактериальную клетку. L-формы бактерий могут длительное время сохраняться в организме и обуславливают рецидивы заболевания, являясь своеобразным депо дремлющей инфекции. Переход пиелонефрита в латентную фазу под воздействием антибактериальной терапии нередко связан с появлением бактерий, лишенных целиком или частично оболочки. Рецидив инфекции при латентном течении хронического пиелонефрита нередко связан с реверсией, то есть восстановлением в родительские бактериальные клетки L-форм В-неспецифического типа (сферопластов).

Следовательно, длительное применение антибиотиков у некоторых больных не ликвидирует бактериальную флору, а приводит к появлению L-форм, выявление которых требует специальных методов исследования. Трудности их распознавания привели к суждениям о существовании абактериальных пиелонефритов, что не доказано.

Другим этиологическим фактором пиелонефритов, с которым связаны упорное, длительное их течение и рецидивы, являются микоплазмы. Для их выявления обычных бактериологических методов недостаточно, требуются специальные методики (серологическую диагностику).

Особенностью клинического течения вирусных пиелонефритов является склонность к геморрагическим проявлениям при поражении почек (форникальные кровотечения) и мочевых путей. Клинически они расцениваются как геморрагические циститы и проявление сопутствующей мочекаменной болезни.

Заключение: Таким образом, существует необходимость более пристального внимания к лицам пожилого и старческого возраста, поскольку у этой категории пациентов прослеживается тенденция к малосимптомному и латентному течению пиелонефрита, что затрудняет распознавание не только его хронической, но и острой формы. Требуется детальное обследование клинико-anamnestических данных и показателей ряда рутинных анализов, поскольку при установке диагноза они оказываются нередко более информативными и доказательными, чем многие инструментальные методы диагностики, не обеспечивающие необходимой специфичности картины.

Список литературы.

1. Ильницкий А.Н. Особенности клинического осмотра пациента пожилого и старческого возраста / А.Н. Ильницкий, В.В. Кривецкий, Л.Ю. Варавина [и др.]. // Успехи геронтологии. – 2013. - № 3. – С. 472 – 475.
2. Ильницкий А.Н., Прощаев К. И. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии // Геронтология. – 2013. – № 1. 21.08.13. URL: <http://www.gerontology.su/pdf/2013/1/2.pdf> (дата обращения: 26.10.2014).
3. Конев Ю.В. Хронический пиелонефрит у пожилых / Ю.В. Конев, С.В. Левченко // Consilium medicum. - 2005. - № 12. - С. 1044 - 1048.
4. Лоран О.Б. Воспалительные заболевания органов мочевой системы: актуальные вопросы // О.Б. Лоран, Л.А. Синякова. – М.: МИА, 2008. – 88 с.
5. Devarajan P. Update on mechanisms of ischemic acute kidney injury / P. Devarajan // J. Am. Soc. Nephrol. - 2006. – № 17. – P. 1503 - 1520.
6. Roderick P.J. Detecting chronic kidney disease in older people; what are the implications? / Roderick P.J., Atkins R.J., Smeeth L [et al.]. // Age Ageing – 2008 - № 37. – P. 179 – 186.

References.

1. Il'nickij A.N., Kriveckij V.V., Varavina L.Ju., Kolpina L.V., Gorelik S.G., Fesenko V.V., Krivcunov A.N. *Uspehi gerontologii*. 2013, no. 3, pp. 472 – 475.
2. Il'nickij A.N., Proshhaev K. I. *Gerontologija*. 2013, no.1, Available at: <http://www.gerontology.su/pdf/2013/1/2.pdf> (accessed 26 October 2014).
3. Konev Ju.V., Levchenko S.V. *Consilium medicum*. 2005, no 12, pp. 1044 - 1048.
4. Loran O.B. *Vospalitel'nye zabolevanija organov mochevoj sistemy: aktual'nye voprosy* [Inflammatory diseases of the urinary system: current issues]. Moscow, 2008. 88 p.
5. Devarajan P. *J. Am. Soc. Nephrol.* 2006, no.17, pp. 1503 - 1520.
6. Roderick P.J., Atkins R.J., Smeeth L., Nitsch D.M., Hubbard R.B., Fletcher A.E., Bulpitt C.J. *Age Ageing*. 2008, no 7, pp. 179 – 186.