© Коллектив авторов, 2000
УДК 616.61-008.64-036.12-036.8-091:313.13«1993/1997»

Ю.А.Ермаков, И.Г.Каюков, Г.Б.Ковальский, И.А.Черемисина

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЗА 1993–1997 гг.

Yu.A.Ermakov, I.G.Kayukov, G.B.Kovalsky, I.A.Cheremisina

FREQUENCY OF DETECTION OF CHRONIC RENAL FAILURE IN RENAL DISEASES IN ST.PETERSBURG BY THE DATA OF POSTMORTEM INVESTIGATIONS FOR 1993–1997

Научно-исследовательский институт нефрологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Городское бюро патологоанатомической экспертизы при Комитете по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга, Россия

РЕФЕРАТ

Проанализированы 54 774 протоколов патологоанатомических исследований Городского бюро патологоанатомической экспертизы при Администрации Санкт-Петербурга. Отобраны 1550 протоколов, в которых определялось наличие нефрологической патологии в сочетании с хронической почечной недостаточностью (ХПН), и 7975 протоколов, в которых регистрировалось нефрологическое заболевание. Высказаны предположения, что ХПН в настоящее время не является основной причиной смерти у нефрологических больных. Кроме того, ХПН обуславливает наиболее тяжелое течение заболеваний сердечно-сосудистой системы. Последнее диктует необходимость усиления кардиологического пособия пациентам с заболеваниями почек.

Ключевые слова: нефрология, хроническая почечная недостаточность, эпидемиология, смертность.

ABSTRACT

Under analysis there were 54 774 protocols of postmortem investigations of the city bureau of pathoanatomical examinations of St.Petersburg Administration. There were 1550 protocols in which a nephrological pathology was detected in combination with chronic renal failure and 7975 protocols where a nephrological disease was registered. At the present time chronic renal failure is supposed not to be the main cause of death in nephrologic patients. In addition, chronic renal failure is responsible for the most severe course of cardiovascular diseases. The latter speaks of the necessity to provide better cardiological care to patients with renal diseases.

Key words: nephrology, chronic renal failure, epidemiology, death rate.

ВВЕДЕНИЕ

В предыдущих исследованиях мы обсудили частоту выявления нефрологической патологии в Санкт-Петербурге по данным патологоанатомических исследований [2]. При этом отмечалось, что хроническая почечная недостаточность (ХПН) не является главной непосредственной причиной смерти у нефрологических больных, и большинство пациентов с ренопаренхиматозными заболеваниями просто «не доживают» до развития терминальной почечной недостаточности и умирают вследствие других причин (прежде всего — заболеваний сердечно-сосудистой системы и болезней легких).

В настоящем исследовании мы решили проанализировать структуру и динамику непосредственных причин смерти у нефрологических больных с ХПН по данным аутопсий. Актуальность настоящей проблемы обуславливается тем, что, как правило, о частоте выявления ХПН судят, исходя из оценки распространенности терминальной почечной недостаточности [3–5]. Подобный подход очень важен для планирования объемов гемодиализа. В то же время одной из важнейших проблем современной нефрологии является ведение больных на ранних стадиях ХПН [6] с помощью различных консервативных методов. В этом плане оценка распространенности ХПН, не основанная на изучении частоты выявления «почечной смерти», не совсем адекватна.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы 54 774 протоколов патологоанатомических исследований Городского бюро патологоанатомической экспертизы при

Комитете по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга с 1993 по 1997 г. включительно. Согласно методике, описанной нами ранее [2], были отобраны 1550 протоколов вскрытий нефрологических больных, у которых регистрировалась ХПН. С учетом демографических показателей оценивали процентное распределение и частоту выявления различных непосредственных причин смерти больных, подвергшихся углубленному патологоанатомическому анализу (УПА).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Структура непосредственных причин смерти больных с обнаружением нефрологической патологии и ХПН по результатам УПА. Для анализа структуры основных причин смерти у нефрологических больных с наличием ХПН, подвергшихся УПА за изучаемый промежуток времени, рассчитывалось их процентное соотношение каждой непосредственной причины смерти к общему числу умерших нефрологических больных с наличием ХПН, подвергшихся УПА (табл. 1).

Обращает внимание, что наиболее частой непосредственной причиной смерти у больных с нефрологической патологией и ХПН являются заболевания сердца. Сравнивая данные процентного соотношения ишемической болезни сердца (ИБС), инсультов головного мозга как непосредственной причины смерти у больных с ХПН и нефрологических больных в целом отмечаются достаточно интересные закономерности (табл. 2). Так видно, что больные с ХПН умирают от сердечно-сосудистых осложнений намного чаще. При этом: 1) острый инфаркт миокарда и постинфарктный кардиосклероз чаще являются непосредственной причиной смерти у нефрологических больных без ХПН, чем у пациентов с ХПН; 2) хроническая почечная недостаточность в качестве непосредственной причины смерти обнаруживается только в 19,71±1,42% случаев у нефрологических больных с ХПН.

Анализ частоты (на 1 000 000 населения в месяц) выявления непосредственных причин смерти у нефрологических больных с наличием ХПН. Интенсивные показатели основных непосредственных причин смерти у нефрологических больных с ХПН представлены в табл. 3. Опять же отметим, что если непосредственной причиной смерти ХПН является только у 8,05±0,65 человек на 100 000 населения в месяц (примерно 97 человек на 1 000 000 населения в год), то от всех остальных причин умирают в 4 раза больше пациентов. При этом доминируют заболевания сердечно-сосудистой системы и болезни легких.

Более того, за последние годы отмечается неуклонное падение количества смертей непосредственно от ХПН у нефрологических больных (рис.1) при нарастании этого показателя для различных форм ишемической болезни

Таблица 1

Ежемесячная структура непосредственных причин смерти у больных с ХПН в процентах от общего числа умерших больных при наличии ХПН

Заболевание	$\bar{X}$±m
Инфекционные болезни	1,183±0,130
В том числе:	
туберкулез легких	0,225±0,139
миллиарный туберкулез	0,197±0,140
рожа	0,367±0,166
вирусный гепатит	0,140±0,080
Новообразования	7,441±0,124
Болезни желез внутренней секреции:	1,331±0,196
сахарный диабет	1,271±0,333
Болезни ЦНС	8,754±0,226
В том числе:	
внутримозговое кровоизлияние	0,226±0,110
закупорка сосудов головного мозга	2,281±0,412
Болезни сердечно-сосудистой системы	25,553±0,238
В том числе:	
острый инфаркт миокарда	3,033±0,532
старый инфаркт миокарда	1,212±0,323
Болезни органов дыхания	10,961±0,212
В том числе:	
пневмония, без уточнения возбудителя	7,943±0,729
Болезни желудка и кишечника	4,939±0,141
Болезни почек:	34,657±0,309
острый гломерулонефрит	0,151±0,108
хронический гломерулонефрит	1,951±0,366
острая почечная недостаточность	0,056±0,056
хроническая почечная недостаточность	19,711±1,427
инфекции почек	7,314±0,740
другие болезни почек и мочеточников	0,799±0,381
карбункул и фурункул почки	0,054±0,054
Диффузные болезни соединительной ткани	0,092±0,065
Ревматоидный артрит и другие воспалительные полиартропатии	0,677±0,208
Травмы	0,375±0,075
В том числе:	
перелом позвоночника с повреждением спинного мозга	0,130±0,130
перелом шейки бедра	0,034±0,034
множественные и неуточненные открытые раны верхней конечности	0,049±0,049
поверхностная травма лица (за исключением глаза), шеи и волосистой части головы	0,089±0,089
травмы нервных корешков и сплетений спинномозговых нервов	0,070±0,070

Таблица 2

Доли (%) сосудистых заболеваний ($\bar{X}$±m) как непосредственных причин смерти у нефрологических больных с ХПН и нефрологических больных в целом

Непосредственная причина смерти (МКБ-9)	Больные с ХПН	Больные в целом
Внутримозговое кровоизлияние	0,226±0,110	0,117±0,057
Закупорка сосудов головного мозга	2,281±0,412	1,029±0,181
Острый инфаркт миокарда	3,033±0,532	1,487±0,260
Старый инфаркт миокарда (постинфарктный кардиосклероз)	1,212±0,323	0,573±0,151

Примечание. Все различия между группами достоверны (p<0,01 во всех случаях).

Рис. 1. Ежемесячная динамика смертности (число на 1 млн населения в месяц) от ХПН у больных с нефрологической патологией.

По оси абсцисс — дата аутопсии; по оси ординат — смертность (число случаев на 1 млн населения в месяц).

сердца. Отчетливо нарастает количество смертей у больных с ХПН вследствие острого инфаркта миокарда (рис. 2, а). При этом высокодостоверно выявляется волнообразный характер подобных изменений с периодом колебаний, равным порядка 2 лет (рис. 2, б).

Отдельно стоит отметить, что у нефрологических больных с ХПН нарастает смертность от постинфарктного кардиосклероза («Старый инфаркт миокарда» по МКБ-9, рис. 3).

ОБСУЖДЕНИЕ

Складывается впечатление, что проблема ведения ХПН у нефрологических больных в настоящих условиях далеко не исчерпывается применением ренопротективных препаратов, так как ХПН не является главной причиной смерти нефрологических больных.

Можно предположить, что наличие ХПН резко увеличивает потребность в оказании кардиологической помощи больному в современных условиях.

Вполне возможно, что чем более нефрологи задерживают скорость развития ХПН, тем больше риск смерти больных от неренальных причин.

Таблица 3

Смертность на 1 млн населения в месяц нефрологических больных с ХПН от различных причин

Заболевание	$\bar{X}$±m
Инфекции	0,475±0,132
В том числе: кишечные инфекции, вызванные Escherichia coli	0,109±0,066
туберкулез легких	0,084±0,048
миллиарный туберкулез	0,07±0,049
рожа	0,145±0,063
вирусный гепатит	0,067±0,038
Новообразования	3,577±0,059
Болезни желез внутренней секреции	1,145±0,141
В том числе: сахарный диабет	1,23±0,323
Болезни ЦНС (включая сосудистого генеза)	3,816±0,107
В том числе: внутримозговое кровоизлияние	0,117±0,057
закупорка мозговых артерий (инфаркт мозга)	1,029±0,181
другие болезненные состояния головного мозга	2,263±0,294
Болезни сердца и сосудов	11,246±0,104
В том числе: острый инфаркт миокарда	1,487±0,26
старый инфаркт миокарда	0,573±0,151
Болезни легких	4,370±0,714
В том числе: пневмония, без уточнения возбудителя	3,281±0,316
Болезни желудка и кишечника	2,349±0,068
Болезни мочевыводящих путей	14,774±1,130
В том числе: острый гломерулонефрит	0,057±0,04
хронический гломерулонефрит	0,874±0,166
острая почечная недостаточность	0,028±0,028
хроническая почечная недостаточность	8,05±0,65
инфекции мочевыводящих путей	3,414±0,365
другие болезни почек и мочеточников	0,327±0,153
Диффузные болезни соединительной ткани	0,062±0,044
Ревматоидный артрит и другие воспалительные полиартропатии	0,303±0,089
Травмы	0,132±0,026

Всего	В месяц на 1 млн населения	В год на 1 млн населения
От всех причин	42,249	506,98
От ХПН	8,05	96,6

Рис. 2. Ежемесячная динамика смертности от острого инфаркта миокарда (число случаев на 1 млн населения в месяц) у нефрологических больных с ХПН.

а — линейная апроксимация; б — криволинейная апроксимация. По оси абсцисс — дата аутопсии; по оси ординат — смертность (число случаев на 1 млн населения в месяц).

Рис. 3. Ежемесячная динамика смертности от постинфарктного кардиосклероза (число случаев на 1 млн населения в месяц) у нефрологических больных с ХПН.

По оси абсцисс — дата аутопсии; по оси ординат — смертность (число случаев на 1 млн населения в месяц).

Вероятно, нужно более внимательно относиться к проблемам развития атеросклероза у больных с ХПН. В этом плане трудно не согласиться с мнением ряда авторов о необходимости поддерживать артериальное давление на уровне 120 и 80 мм рт. ст. [1, 6]. Приведенные данные в некоторой степени оправдывают более внимательное отношение к состоянию липидного обмена у нфрологических больных с ХПН.

Наконец, организационные мероприятия по развитию нефрологической службы необходимо во многом ориентировать на оказание кардиологической и пульмонологической помощи с учетом специфики больных с ХПН.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные позволяют прийти к следующим предположениям.

Хроническая почечная недостаточность не является основной причиной смерти у нефрологических больных с ХПН в настоящий момент.

Основная часть нефрологических больных умирают от патологии сердечно-сосудистой системы, не доживая до развития ХПН.

Основная часть нефрологических больных с ХПН умирают от патологии сердечно-сосудистой системы, не доживая до развития терминальной почечной недостаточности.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Григорьев Е.А. Эпидемиология заболеваний почек в Ленинграде по секционным данным // Диспансеризация нефрологических больных (сборник научных трудов) / С.И.Рябов.— Л., 1988.—С. 4–14.

2. Ермаков Ю.А., Каюков И.Г., Ковальский Г.Б., Черемисина И.А. Частота выявления нефрологической патологии в Санкт-Петербурге по данным патологоанатомических исследований за 1993–1997 гг. // Нефрология.—1999.—Т 3, № 3.—С. 62–69.

3. Agodoa L.Y., Jones C.A., Held P.J. End stage renal disease in USA // Amer. J. Nephrol.—1996.—Vol. 16.—P. 7–16.

4. Berthoux F., Bernherm J., Gellet R. et al. The project of the European Renal Association for European nephrological network // Nephrol. Dial. Transplant.—1996.—Vol.13, Suppl. 1.—P. 30–33.

5. Berthoux F. Evaluation of epidemiological data by model analysis // Nephrol. Dial. Transplant.—1996.—Vol. 11.—P. 771–772.

6. Brenner B.M. Nephron adaptation to renal injury or ablation // Amer. J. Physiol.—1985.—Vol. 3, № 2.—P. F324–327.

Поступила в редакцию 05.04.2000 г.