

Komentarz do prac

Choroby nerek są powszechne we wszystkich grupach wiekowych, jednak powszechna wiedza o ich specyfice w skrajnych zakresach życia może być niewystarczająco aktualna, nawet wśród specjalistów. Dlatego zaproszono nefrologów pracujących stale z najmłodszymi dziećmi i osobami starszymi do publikowania w tym numerze „Postępów Nauk Medycznych” i podzielenia się swoją wiedzą z innymi lekarzami.

Choroby nerek mogą być obecne od początku życia jednostki. Jeśli tak się dzieje, to zazwyczaj jest za to odpowiedzialne tło genetyczne, także w przypadku zespołu nerczycowego. Wczesne wystąpienie białkomoczu i jego oporność na kortykosteroidy wysoce uprawdopodobniają istnienie mutacji genetycznej. Leczenie takich przypadków jest znacznie utrudnione, a czasami wymaga tak agresywnej terapii jak obustronna nefrektomia z następowym przeszczepieniem nerki (1). Zespół nerczycowy lub krwinkomocz występujące w podeszłym wieku mogą być również dużym wyzwaniem dla nefrologów, ponieważ wykonanie biopsji nerki u tych pacjentów nie jest czasami możliwe ze względu na przyjmowane przez nich leki lub stan fizyczny. Diagnostyka różnicowa i opcje terapeutyczne dostępne u osób w podeszłym wieku z nefropatią IgA, najczęstszej u osób dorosłych i szybko rozpowszechniającej się glomerulopatii jest przedmiotem zainteresowania wielu specjalności zajmujących się seniorami (2).

Ostra niewydolność nerek (AKI), której częstość rośnie we wszystkich grupach wiekowych, ma poważne rokowanie, zarówno krótko i długoterminowe (2, 3), niezależnie od wieku. Dla jego poprawy niezbędne jest wczesne rozpoznanie AKI. Jest rzeczą optymistyczną, że markery wczesnego uszkodzenia nerek (cystatyna C, żelatynaza neutrofilii związana z lipokaliną, cząsteczka uszkodzenia nerek-1, interleukina-18, wątrobowe białko wiążące kwasy tłuszczowe), wszystkie z powodzeniem stosowane u dorosłych, mogą być również używane u noworodków (3). Mimo to, śmiertelność związana z AKI jest wśród najmłodszych nadal wysoka. Na drugim biegunie spectrum wieku, AKI rozpoznano u nawet 25% osób hospitalizowanych, ale tylko jeden na pięciu z naszych pacjentów z rozpoznaniem AKI miał mniej niż 75 lat (4).

Przewlekła choroba nerek (PChN), także ta wynikająca z AKI, zwykle jest progresywna, zwiększa ryzyko przedwczesnej śmierci i przysparza pacjentom i ich rodzinom wszystkich obciążeń związanych z przewlekłą chorobą. Jest rzeczą niezwykle interesującą, zarówno dla pacjentów, jak i lekarzy, że zmiany stylu życia mogą poprawić rokowanie w chorobach nerek. Warunkiem sukcesu jest wczesne rozpoczęcie ich wdrażania, ponieważ niektóre negatywne skutki stylu życia akumulują się na przestrzeni lat. Niskie spożycie płynów, abstynencja od alkoholu i wysokie spożycie alkoholu, palenie papierosów, niska aktywność fizyczna, wysokie spożycie energii oraz makro- i mikroelementów, wszystkie są związane z gorszym rokowaniem w CKD. Niestety, zmiana tych zachowań może być prawdziwym wyzwaniem (5).

Częstość występowania nadciśnienia tętniczego i ryzyko związanych z nim chorób i powikłań rośnie z wiekiem, co dodatkowo zwiększa ryzyko śmierci z powodów sercowo-naczyniowych (CVS). W grupie 423 chorych kierowanych do koronarografii z powodu zakrzepicy naczyń wieńcowych, 83% miało również nadciśnienie tętnicze, które było częstsze wśród osób starszych. Dodatkowo osoby starsze miały zwiększone ryzyko otyłości i niższych wartości eGFR (6). U osób w wieku podeszłym i PChN, nadmierne ryzyko śmierci sercowo-naczyniowej przekłada się na zmniejszenie ryzyka schyłkowej niewydolności nerek, ponieważ wiele z tych osób umiera zanim wymagałoby dializ lub przeszczepienia nerki. Ta grupa pacjentów może odnieść taką samą jak młodszy korzyść z powszechniejszego stosowania aspiryny, statyn, inhibitorów konwertazy angiotensyny, beta-adrenolityków i procedur rewaskularyzacji (7).

Dobra wiadomość dla pacjentów z CKD jest taka, że osoby, które mimo wszelkich wysiłków ostatecznie stracą funkcję swoich nerek, nie są skazane na śmierć. Pomimo niższego prawdopodobieństwa rozpoczęcia dializ, w porównaniu do populacji poniżej 65. roku życia, osoby starsze z CKD są najbardziej dynamicznie rosnącą grupą pacjentów dializowanych. U tych pacjentów rozpoczynanie przewlekłej dializoterapii powinno opierać się głównie na podstawach klinicznych, ponieważ u niektórych z nich kontynuacja leczenia zachowawczego może być lepszą opcją, biorąc pod uwagę choroby współistniejące i jakość życia (8). Jedną z najważniejszych kwestii u pacjentów rozpoczynających leczenie hemodializami jako przewlekłą RRT z wyboru, jest dobry dostęp naczyniowy. Wiek pacjenta nie jest przeszkodą dla skutecznego wytworzenia funkcjonalnej przetoki tętniczo-żylniej, jak to wykazała retrospektywna analiza wyników operacji w grupie 203 pacjentów (9). Po rozpoczęciu dializ pacjenci mogą rozwijać nowe objawy. Jedną z najczęstszych skarg jest uczucie suchości w jamie ustnej, często wynikająca z przyjmowania przepisanych leków, co powinno się brać pod uwagę przy planowaniu farmakoterapii. Uczucie suchości w jamie ustnej może doprowadzić do zwiększenia spożycia wody i przewodnienia, które zaostrza niewydolność serca i nadciśnienie tętnicze. Pomiar stanu nawodnienia chorych jest niezwykle ważny, zwłaszcza u ambulatoryjnych pacjentów dializowanych otrzewnowo. Potwierdziliśmy, że bioimpedancja jest przydatnym do tego celu narzędziem, pod warunkiem, że pomiar wykonuje się w nieobecności płynu dializacyjnego w otrzewnej (10).

Przeszczepienie nerki (Tx) jest najlepszym sposobem leczenia nerkozastępczego (RRT), niezależnie od wieku pacjenta. Wyniki TX w wybranych grupach osób starszych są porównywalne do obserwowanego u osób młodych, a dwuletnie przeżycie pacjenta i przeszczepu może osiągać 84,4 i 70,3%, odpowiednio (11). Tak więc, do przeszczepienia nerki należy zachęcać również u pacjentów w tej grupie wiekowej, mimo ograniczonej dostępności nerek na potrzeby transplantacji. Może w tym pomóc przeszczepianie biorcom w wieku ponad 60 lat nerki od dawców w wieku powyżej 65 lat (zasada „stary staremu”), ale jest to bardziej uciążliwe dla personelu medycznego i pociąga za sobą poważne problemy medyczne zarówno dla nerki dawcy, jak i dla biorcy (12).

Mam nadzieję, że treść prac prezentowanych w tym numerze „Postępów Nauk Medycznych” uzasadnia decyzję podjętą przez pana prof. dr hab. med. Ryszarda Brzozowskiego i mnie o rozprzestrzenianiu bardzo specyficznych doświadczenie u coraz większej liczby pacjentów skupionych na obydwu krańcach życia. Jest mi również przyjemnie podziękować wszystkim autorom za przyjęcie zaproszenia do opublikowania ich prac oraz za ich wysiłki w celu przygotowania i korekcy manuskryptów.

Prof. dr hab. med. Ryszard Gellert

PIŚMIENNICTWO

1. Grenda R: Genetic mutations of podocyte proteins as underlying mechanism of glomerular diseases in pediatric and adult patients. Post N Med 2013; 2: 171-174.
2. Sulikowska B, Manitus J: IgA Nephropathy – Selected Problems Including Older Patients. Post N Med 2013; 2: 144-153.
3. Roszkowska-Blaim M, Kisiel A: Role of biomarkers in the early diagnosis of acute kidney injury in neonates. Post N Med 2013; 2: 138-143.
4. Czystowski M, Daniewska D, Gellert R: Acute renal injury incidence is growing in the elderly inpatients – a tertiary-level academic single centre observation over 5 consecutive years. Post N Med 2013; 2: 124-126.
5. Chudek J, Olszanecka-Glinianowicz M, Elibol A: Lifestyle and chronic kidney disease in elderly. Post N Med 2013; 2: 131-137.
6. Kobus G, Małyszko J, Stasiewicz I et al.: Arterial hypertension as a risk factor for cardiovascular diseases in the group of patients referred for coronary catheterization after the age of 65. Post N Med 2013; 2: 109-114.
7. Stompór T, Pankrac K: Does chronic kidney disease impact on cardio-vascular complications and mortality in the elderly? Post N Med 2013; 2: 164-170.
8. Madziarska K, Klinger M: Elderly patients: when and how to perform dialysis? Post N Med 2013; 2: 154-156.
9. Głowińska I, Głowiński J, Małyszko J, Myśliwiec M: Arteriovenous fistula in the elderly dialysis patients. Post N Med 2013; 2: 115-117.
10. Gellert R, Kobus D, Daniewska D et al.: Bioimpedance-based overhydration valuation in peritoneal dialysis patients is not affected by the dialysis fluid intraperitoneal inflow. Post N Med 2013; 2: 127-130.
11. Stępniewska J, Kwiatkowska E, Myślak M et al.: Older does not mean worse – the results of kidney transplantation in seniors. Post N Med 2013; 2: 118-123.
12. Miszewska-Szyszkowska D, Durlak M: Kidney transplantation in the elderly. Post N Med 2013; 2: 157-163.