

Л.А. Пиріг

Національна медична академія
післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика

УДК 166.61-084.

РОЛЬ СПОСОБУ ЖИТТЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПАТОЛОГІЇ НИРОК

Резюме

У статті наведено обґрунтування особливостей способу життя в періоди первинної та вторинної профілактики патології нирок.

Ключові слова

Патологія нирок, профілактика, спосіб життя.

Загальновизнаним є те, що поняття «способу життя» щодо здоров'я, його збереження, тривалості та якості трансформується у «здоровий спосіб життя» та включає раціональне харчування, здорові умови праці, здоровий відпочинок, відсутність «шкідливих звичок» (зловживання алкоголем, тютюнопаління, наркотики тощо). Обставини, що склалися у світі за останні десятиліття, зумовили віднесення до здорового способу життя й «здоровий секс» (небезпека венеричних хвороб, СНІДу).

Дотримання людиною здорового способу життя первинно зумовлене інстинктом самозбереження. Але в сучасної людини біологічна ідентичність поступається соціальній. Відповідно міняється й психологія людини, коли вона в ім'я успіхів і становища в соціальній сфері (посада, заробіток тощо) може жертвувати здоров'ям.

Повернути віру в цінність життя, налаштувати людину на його збереження шляхом зміцнення здоров'я – місія лікаря, насамперед сімейного лікаря, який перебуває в тісному контакті з членами сім'ї. Тобто, лікар, сімейний лікар – особистість, яка повинна направляти психологію підопічних йому індивідуумів на здоровий спосіб життя. Це стосується й профілактики захворювань, у тому числі патології нирок, яка може виникати приховано, перебіг якої часто є мало- чи безсимптомним.

Чинниками ризику уражень нирок є:

1. Інфекції, гострі чи хронічні.
2. Аномалії розвитку сечової системи.
3. Алергози.
4. Системні захворювання сполучної тканини, васкуліти.
5. Ендокринопатії, метаболічні розлади.
6. Злоякісні пухлини, хвороби крові.
7. Артеріальна гіпертензія (АГ).
8. Вагітність.
9. Медикаменти.
10. Вакцинація.

11. Спадковість.
12. Екстремальні умови.
13. Професійні шкідливості.
14. Стан навколишнього середовища.

Освідомленість сімейного лікаря в наявних у членів сім'ї чинниках патології нирок передбачає періодичність проведення аналізу сечі (загального, проба Нечипоренка, ступінь добової протеїнурії), у разі потреби – аналізу крові (загального, біохімічного). Необхідно провести УЗД нирок. Профілактичне обстеження, рання діагностика визначають своєчасні лікувальні заходи, що сприяють сповільненню прогресування і, залежно від патологічного стану, навіть одужанню пацієнта [28, 29].

Уже на цьому етапі людину слід переконати в необхідності періодичного обстеження, дотримання відповідного способу життя, що вкладається в поняття медико-психологічної профілактики, яка «передбачає вплив на особисту поведінку людини в плані самооздоровлення» [9]. Залежно від загрози, для запобігання виникненню вторинних нефропатій мають бути вжиті заходи й для належного лікування первинного захворювання.

Наполегливість і вміння лікаря переконати пацієнта нефрологічного профілю в дотриманні профілактичних і лікувальних вказівок є необхідними у зв'язку з без- та малосимптомністю ренопаренхімної патології, із переважно молодим віком пацієнтів, з індивідуальною психологічною домінантою пацієнта соціального, а не життєво-біологічного статусу.

Мета публікації – дати лікарям наукове обґрунтування та переконати їх у необхідності формування здорового способу життя пацієнтів щодо окремих заходів первинної та вторинної профілактики уражень нирок.

Відомо, що в сімейному анамнезі пацієнта слід враховувати небезпеку успадкування аномалій сечової системи, сечокам'яної хвороби, низки

ренопаренхімних патологічних станів, які проявляються переважно в дитячому, підлітковому віці. “Групою ризику” можуть бути діти у випадку, якщо хтось із батьків хворів (хворіє) на гломеруло-нефрит [30].

Сімейний лікар повинен контролювати перебіг вагітності в жінки – члена сім’ї з огляду на ризик пієлонефриту й, особливо, пізнього гестозу (друга половина терміну вагітності). Чинниками ризику пізнього гестозу є спадкова обтяженість (гестоз у матері вагітної жінки), багатопліддя, вагітність (особливо – перша) у віці понад 35-40 років, АГ, ожиріння, цукровий діабет, схильність до тромбозів [48].

У ХХІ ст. почали приділяти активну увагу “жировій гломерулопатії” [47]. Ризик ураження нирок при ожирінні, яке набуває значущості метаболічного синдрому (АГ, порушення толерантності до глюкози, інсулінорезистентність, дисліпідемія тощо), не викликає сумнівів [40, 41, 48] і має епідемічне поширення [47]. Якщо в нативних ниркових біоптатах в осіб зі збільшеною масою тіла в 1986-1990 рр. ознаки гломерулопатії (ГП) виявлялися в 0,2% випадків, то в 1996-2000 рр. – у 2%.

Отже, крім загальновідомих вимог до нефродієтичного харчування (сіль, спеції, білок тощо), актуальними стають заходи, спрямовані на запобігання ожирінню. Експериментально встановлено, що жирна їжа достовірно частіше призводить до підвищення АТ, гіперінсулінемії, підвищення активності реніна-ангіотензивної системи, гіперфункції нирок і структурних змін у них [46].

Відомо, що фізичне навантаження може викликати тимчасову гломерулярно-канальцеву протеїнурію [53], еритроцитурію, циліндрурію, без патологічних наслідків [52]. Менше виражені такі прояви, включаючи зниження клубочкової фільтрації, у тренуваних осіб [11]. Надмірне фізичне навантаження (інтенсивна ходьба) може призводити до непритомності [39], 2-3-добової олігоанурії (марафонський біг) із наступним одужанням [42]. Відомо, що нирковий кровообіг підвищується в горизонтальному положенні тіла, чому й пропонують хворим нефрологічного профілю відпочинок серед дня. Усе це не означає, що таких хворих слід позбавляти рухливості. Звичайно, слід брати до уваги те, що, порівняно зі здоровими, у хворих на хронічний гломеруло-нефрит (ГН) однакова доза фізичного навантаження більшою мірою призводить до зниження ниркового кровообігу, клубочкової фільтрації, до більшого підвищення діастолічного, ніж систолічного АТ [10]. Але дозовані фізичні вправи сприяють нормалізації показників імунного гомеостазу [2], десенсибілізації [8]. Були успішні спроби застосування лікувальних фізичних вправ на етапі одужання від гострого ГН [18]. У хворих, що лікуються гемодіалізом, дозоване фізичне навантаження сприяє збіль-

шенню максимального споживання кисню [45] і тому рекомендується навіть під час сеансу гемодіалізу з допомогою велотренажера, з’єднаного з мобільним сидінням діалізного апарата [7]. Це сприяє збільшенню м’язової сили хворих, дезінтоксикації організму, зменшенню психічної депресії. Не забувають про лікувальну фізкультуру (дозована ходьба, індивідуальна гімнастика) і на етапі реабілітації після трансплантації нирки [13].

Значне місце в структурі патології нирок займають токсичні нефропатії, виникнення яких пов’язане із вживанням медикаментів, зі шкідливими умовами роботи, із забрудненням природного довкілля. Вплив на нирки токсичних субстратів реалізується, головним чином, шляхом прямої токсичної дії, імуногенно, через порушення водно-електролітного обміну, кислотно-основного балансу, гемодинаміки, у разі масивного гемолізу й гемоглобінурії, розпаду м’язової тканини й масивної міоглобулінурії. Ураження можуть бути різного ступеня, включаючи некроз структурних елементів кіркового, мозкового сегменту нирок, можуть виникати функціональні розлади. Токсини, у т. ч. медикаменти, можуть призводити до розладів обміну з виникненням гіпер-, гіпокаліємії, гіперкальціємії, гіперуракемії з наступними функціональними, органічними, структурними ураженнями сечової системи [4, 27, 34, 37]. Хворі часто самовільно вживають препарати анагетичної, протизапальної дії, які викликають інтерстиціальний нефрит (ІН) [5].

Слід мати на увазі й те, що ускладнення в нирках можуть викликати медикаменти, які вживаються при лікуванні хвороб сечової системи. Найчастіше це препарати протиінфекційної дії: антибіотики (аміноглікозиди, тетрацикліни, цефалоспорини, рифампіцин, фторхінолони тощо), сульфаніламід. Контролю потребує призначення циклоспорину А (сандимуну). Нерідко трапляються випадки ускладнень, непередбачуваних в анотаціях до медикаментів, а зумовлених індивідуальними особливостями реактивності організму пацієнта.

Нефротоксичну дію можуть мати рослинні відвари, настої з рослин, фітопрепарати: дикорослі гриби, корінь лакриці, сена, кульбаба, хвощ, корінь спаржі, толокнянка [22]. Звіробій, ехінацея можуть провокувати відторгнення трансплантованої нирки.

Небезпеку професійно зумовленої патології нирок пов’язують із перевтомою, перегріванням, переохолодженням, але, найчастіше, з інтоксикацією важкими металами, сполуками вуглецю, кетонами, ефірними оліями, терпенами, гліколями [27, 31, 33]. Важкі метали, крім цинку, при поступленні до організму, найбільше нагромаджуються в нирках (кадмій, свинець, ртуть, літій, талій тощо), призводячи до виникнення ІН тубулярних дисфункцій [37].

Важкі метали відіграють роль нефротоксинів і

як складові забруднення природного середовища, що в Україні особливо відчутно на Дніпропетровщині (Жовті води) у зв'язку з перенасиченням повітря, води, ґрунтів свинцем, кадмієм [20], які провокуючи виникнення сечокам'яної хвороби [14], призводять до виведення з організму есенціального металу – цинку [32].

Підвищення радіаційного фону навколишнього середовища призводить до дистрофічних змін у структурах нефрону, до збільшення вмісту свинцю в крові, тканинах [19], що є ризиком виникнення ІН, особливо в підлітковому віці [15].

У радіаційнозабруднених зонах перебіг хронічного ГН частіше супроводжується еритроцитурією та раннім виникненням АГ [25].

Дедалі більше з'являється публікацій про шкідливий вплив тютюнопаління на перебіг нефропатій [46, 50]. Доведено, що гіперплазія міоїнтіми артеріол нирок, гіаліноз клубочків, ураження міждолькових артеріол у 1,5-2 рази частіше спостерігаються в осіб, які палять тютюн [46]. Ризик ураження нирок у курців тютюну зумовлений такими ефектами тютюнопаління: клубочкова гіперфільтрація, підвищення секреції вазопресину, кортизолу, зменшення різниці між денним і нічним АТ, зниження чутливості до інсуліну, посилення функції тромбоцитів, зниження продукції простагландинів, підвищення мітозу ендотелію тощо [51]. Тривале тютюнопаління загрожує частішим виникненням пієлонефриту у вагітних жінок [12].

У світовій медичній літературі майже немає наукових публікацій про прямий зв'язок патології нирок із вживанням алкоголю. У широкому огляді відповідної літератури [44] має місце перелік чинників, які становлять ризик ураження нирок: порушення водно-електролітного обміну, гіпофосфатемія, ожиріння, АГ, гіперліпідемія, гіперуракемія. Вказано, що у 50% хворих на алкогольний цироз печінки має місце ІgА-нефропатія, може виникати недостатність на фоні гепато-ренального синдрому, гострого панкреатиту, внаслідок рабдоміолізу (травматичного, нетравматичного). Не заперечується значення алкоголю для прискорення прогресування нефропатій [50, 55]. Особливо, у разі щоденної дози алкоголю понад 20 г [46]. Роль

алкоголю як етіологічного чинника патології нирок майже винятково обстоюють російські науковці, вважаючи, що підтвердженням алкогольної етіології є виявлення алкогольного гіаліну в імунних комплексах ниркового біоптату [3, 35]. Різними авторами нефропатія в алкоголіків, переважно в поєднанні з цирозом печінки, іменується як токсична алкогольна нефропатія, алкогольний хронічний ГН [35], «ниркова маска» алкогольного цирозу печінки, «алкогольний» нефрит [24]. Майже всі сходяться на думці, що ураження нирок в алкоголіків на фоні цирозу печінки носить характер ІgА-нефропатії, але з меншою кількістю циркулюючих імунних комплексів, ніж при ІgА-нефропатії в неалкоголіків [35]. Деякі автори частіше виявляли мезангіо-проліферативний ГН [17, 23]. Найнесприятливіший прогноз – у хворих віком до 40 років [23]. У разі абстиненції показники сечового синдрому, функція нирок покращуються [17].

З огляду на фактори ризику уражень нирок далеко не завжди дотримання відповідних правил способу життя може запобігти їх виникненню. Тому, не менше значення має раннє їх виявлення. Адже доведено, що з усього спектру патології нирок прогностично найнесприятливішими є хронічний ГН і діабетична нефропатія, прогресування хвороб нирок є швидшим у чоловіків, ніж у жінок [1].

Перелічені вище фактори ризику патології нирок вказують на необхідність залучення до діагностичного і, нерідко, до лікувального процесу лікарів інших спеціальностей, які на початкових стадіях вторинних нефропатій повністю можуть взяти на себе спостереження за хворим (ендокринологи, гематологи, онкологи, кардіологи, ревматологи тощо). Спектр лікарських спеціальностей, необхідних в процесі спостереження за хворими нефрологічного профілю, є особливо актуальним у стадії декомпенсації функцій нирок, коли виникає загроза ускладнень в інших органах і системах.

На всіх етапах розвитку патологічного процесу лікар має враховувати вік, стать, спадковість, умови життя, праці, побуту хворого, його характерологічні особливості й докласти зусиль для усвідомлення ним власних можливостей і навіть відповідальності щодо збереження власного здоров'я та життя.

Література

1. Агаева К.Ф., Джаббаров Ш.М. Сохранность больного в состоянии дотерминальной хронической почечной недостаточности как критерий вероятностной оценки факторов риска. // Лік. справа. – 2011. – №7-8. – С. 106-110.
2. Аронов Г.Е., Иванова Н.И. Коррекция нарушений иммунного гомеостаза с помощью дозированных физических нагрузок. // Врач. дело. – 1993. №10. – С. 33-38.
3. Бабаханян Р.В., Сафрай А.Е., Шевчук М.К., Ягмуров О.Д. Морфологические аспекты нефрологического действия крепких алкогольных напитков. // Нефрология. – 1998. - №3. – С. 99-103.
4. Бакалюк О.И. Нефрология для семейного врача. – Тернопіль: «Укрмедкнига». – 2003. – 440 с.
5. Батюшин М.М., Дматриева О.В., Терентьев В.П. Роль анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов в развитии интерстициальных поражений почек. // Нефрол. и диализ. – 2006 – Т.8. - №3. – С.239-243.
6. Боровкова Н.Ю., Хорькина Ю.А., Боровков Н.Н., и др. Приверженность к лечению артериальной гипертензии у больных гломерулонефритом. // Нефрол. и диализ. – 2011. – Т. 13. - №3. – С. 270.

7. Вишневыскі К. А., Земченков А.Ю. Физические нагрузки во время сеанса гемодиализа: комплаентность и эффект. // Нефрол. и диализ. – 2009 – Т.11 – №4 – С. 302-309.
8. Гальцова А.А. Изменяемость некоторых иммунологических показателей под воздействием лечебной физкультуры. // Вопр. спорт. мед. и леч. физкультуры. – 1969. – С. 96-97.
9. Гжегоцький М.Р. Концептуальна модель з позицій фізіології людини. // Журн. АМН України. – 2003. – Т.9. – №2. – С. 312-324.
10. Глезер Г.А., Ледяшова Г.А. Изменения общей и почечной гемодинамики у больных хроническим диффузным гломерулонефритом и артериальной гипертензией при дозированной физической нагрузке. // Кардиология. – 1972. – Т. 12. – №3. – С. 45-52.
11. Глезер Г.А., Лубуж К.Д. Влияние физической нагрузки на функции почек у спортсменов. // Теория и практика физ. культуры. – 1973. – №1. – С. 42-43.
12. Голубенко М.Ю. Характеристика перебігу вагітності у жінок зі стажем тютюнопаління. // Пробл. Трансп. Медицини. – 2011. – №4. – С. 103-108.
13. Громова Г.В., Людиновская Р.А., Невзорова Т.Н., Яковлева М. С. Восстановительное лечение больных после трансплантации почки. // Сов. медицина. – 1980. – №5. – С. 91-94.
14. Дмитрієнко В.В., Бодяченко Т.П., Герт В.В. Мотивації до подолання нікотинної залежності у інвалідів внаслідок захворювання легень. // Мат. XIV конгр. СФЭЛТ. – Донецьк. – Київ – Чикаго. – №98. – 2012.
15. Зербино Д.Д. Экологическая патология: проблемы превентивной медицины. Концепция первичной профилактики. // Превентивна медицина. – 2010. – №9. – С. 58-60.
16. Карпенко В.С., Павлова Л. П., Кушнірук Д.Ю. Аналіз структури захворювань нирок серед населення України, що мешкає в регіонах, забруднених радіонуклідами в результаті аварії на Чорнобильській АЕС. // Урологія. – 2003. – №1. – С. 70-74.
17. Лебедев С.П., Ковтун Т.И., Николаев А.Ю. Клинико-морфологические особенности гломерулонефрита у больных алкоголизмом. // III Всесоюз. съезд нефрологов. Тез. докладов. – К:1986. – С.99.
18. Лепорский А.А. Применение лечебной гимнастики при остром гломерулонефрите. (в период выздоровления). // Вопр. курортол. – 1962. – №5. – С. 434-438.
19. Люлько О.В., Стусь В.П., Берестенко С.В. Вплив радіаційних факторів шахти «Нова» на вміст свинцю в крові і шерсті щурів та морфологічні зміни в нирках та сім'яниках експериментальних тварин. // Урологія. – 2003. – №4 – С. 59-64.
20. Люлько О.В., Стусь В.П., Постолов Ю.М. Розповсюдження сечокамяної хвороби у Дніпропетровській області – роль екологічних чинників. // Урологія. – 2004. – №3 – С. 12-18.
21. Наказ МОЗ України №150 від 17.05.1997 р.
22. Нефроактивні рослинні препарати. – «Ліки України». – 2006. – №104. – С. 63-66.
23. Николаев А.Ю. Особенности клиники и течения алкогольного нефрита // III Всесоюз. съезд нефрологов. Тез. докладов. – Т. I. – К.: 1986. – С. 109-110.
24. Николаев А.Ю., Варшавский В.А., Пальцев М.А. и др. Клинико-морфологические сопоставления при «алкогольном» гломерулонефрите. // Роль поликли. звена в сист. нефрол. помощи. Мат. плен. Всесоюз. об.-ва нефрол. – Рига, 1982. – С. 101-102.
25. Пиріг Л., Таран О., Деева О. ін. Медико-статистичний аналіз захворюваності на гломерулонефрит населення окремих районів України, що зазнали радіаційного забруднення. // Укр. радіолог. журн. – 1994. – №2. – С. 156-157.
26. Пиріг Л.А. Нирки й ліки, ліки й нирки. // Ліки. – 1996. – №5-6. – С. 3-10.
27. Пиріг Л.А. Токсичні нефропатії. Загальна характеристика, діагностика. // Організація токсиколог. допомоги в Україні. Тези допов. наук.-практ. конференції. К.: 2002. – С. 33.
28. Пиріг Л.А. Нефрологія в структурі медичної допомоги на засадах сімейної медицини. // Укр. журн. нефрології та діалізу. – 2005. – №3. – С.1-3.
29. Пиріг Л.А. Спосіб життя та рання діагностика в системі первинної та вторинної профілактики хвороб нирок. // Ваше здоров'я. – 2010. – №24.
30. Серга А.П., Папаян А.В., Смурова В.П., Софронова Л.В. Изучение семей, где имеются больные гломерулонефритом. // III Всесоюз. съезд нефрологов. Тез. докладов. – К:1986. – С.123.
31. Стусь В.П. Вміст важких металів у тканинах сечостатевої системи мешканців інтенсивного промислового регіону. // Урологія. – 2006. – №4. – С. 30-37.
32. Стусь В.П. Порівняльний аналіз вмісту важких металів у біосубстратах жителів регіону з розвинутою урановидобувною та уранопереробною промисловістю. // Урологія. – 2010. – №3. – С. 30-40.
33. Стусь В.П., Риженко С.А., Колесник В.І. і ін. Вміст важких металів у нирках людей, які мешкають в Дніпропетровській області. // Урологія. – 2006. – №3. – С. 56-62.
34. Таран О., Таран А. Медикаментозні нефропатії. // Ліки України. – 2002. – №11. – С. 9-11.
35. Тарасова Н.С., Белобородова Э.И. Иммунологические особенности поражения почек при хроническом алкоголизме. // Клин. медицина. – 2001. – №5. – С. 45-47.
36. Тареева И.Е., Андреева С.О., Николаев А.Ю. и др. Лекарственные поражения почек. // III Всесоюз. съезд нефрологов. тез. докладов. – К:1986. – С.128-129.
37. Цаленчук Я.П., Курбатова Л.И., Ким Т.В. Особенности гломерулонефрита у работников железнодорожного транспорта. // Роль поликли. звена в сист. нефрол. помощи. Мат. плен. Правл. Всесоюз. об.-ва нефрологов. – Рига, 1982. – С.50.
38. Цинева Л.А. и др. Острый нефротический синдром при алкогольном нефрите // Тер. архив. – 1996. – Т. 68. – №6. – С.16-18.
39. Шульцев Г.П., Несмелова В.В. К изменению почек при марафонском беге // Клин. медицина. – 1959. – Т. 37. – №5. – С. 152-154.
40. Abrass C.K. Overview: Obesity: What does it have to do with kidney disease? // J. Am. Soc. Nephrol. – 2004. – Vol. 15. – № 11. – P. 2768-2772.
41. Bagby S.P. Obesity-Initiated Metabolic Syndrome and the Kidney: A Recipe for Chronic Kidney diseases. // J. Am. Soc. Nephrol. – 2004. – Vol. 15. – № 11. – P. 2775-2791.
42. Danaster C.P., Duckworth W.C., Roper C.J. Nephropathy in marathon runners. S. Afr. med. J. – 1969. – Vol. 43. – № 24. – P. 758-760.
43. Henegar J.R., Bigler S.A. Henegar L.K. Functional and Structural Changes in the Kidney in the Early Stages of Obesity. // Am. Soc. of Nephrol. – 2004. – Vol. 12. – № 6. – P. 1211-1217.
44. Heidland A., Teschner M., Banner J., Schäfer S. Alcohol abuse: potential role in electrolyte disturbances and Kidney diseases. // Przegl. lek. – 1996. – Vol. 3. – Suppl. 3. – P. 70-76.
45. Hogberg J. M., Goldberg A. P., Ehsani A. A. et al. Exercise training improves hypertension in hemodialysis patients. // Amer. J. Nephrol. – 1983. – Vol. 3. – №4. – P. 209-212.
46. Jamagata K., Ishida K., Sairewchi T. // Kidn. Int. – 2007. – Vol. 71. – №2. – P. 159-166.
47. Kampham N., Markowitz O.S., Valeri A.M., Lin J. Obesity-related glomerulopathy: An emerging epidemic. // Kidn. Int. – 2001. – Vol. 59. – №4. – P. 1498.
48. Karumanchi S.A., Majnand S.E., Srillman I.E. et al. Preeclampsia: A renal perspective. // Kidn. Int. – 2005. – Vol. 67. – № 6. – P. 2101-2113.
49. Lhotka K., Rumpelt H.Y., König P. Cigarette smoking and vascular pathology in renal biopsies // Kidn. Int. – 2002. – Vol. 61. – №2. – P. 648-654.
50. Maclellan W.M., Flanders W.D. Risk Factors for progressive Chronic Kidney Disease // J. Am. Soc. Nephrol. – 2003 – Vol. 14. – № 2. – P. 65-70.
51. Orth S.H., Ritz E., Schreier R.W. The renal risk of smoking // Kidn. Int. – 1997. – Vol. 51. – № 6. – P. 1669-1677.
52. Penson J. Choroby nerek. – Warszawa. – 1970.
53. Poortmans J.R., Wancalck B. Renal Glomerular and Tubular Impairment During Strenuous Exercise in Young Women. // Europ. J. clin. Invest. – 1978. – Vol. 8. – №3. – P. 175-178.
54. Samuelsson O. Attman P. – O. Is smoking a risk factor progressing of chronic renal failure? // Kidn. Int. – 2000. – Vol. 58. – № 6. – P. 1657-1668.
55. Stengel B., Couchoud C., Cene S., Hewen D. Relation between Alcohol Consumption and Primary Ig A Nephropathy in France. // JASN. – 1999. – Vol.10. – A0930.