

СД 36,2 [35,2; 42,6] мг/сут. Исходя из представленных данных, следует, что микроальбуминурия статистически значимо выше в группе пациентов с сочетанной патологией, нежели в группах СД 2 типа без АГ и АГ без СД. Следует отметить, что уровень МАУ в группе СД 2 типа без АГ также статистически значимо выше ($p = 0,002$) при сравнении с пациентами эссенциальной АГ без СД.

Выводы. Эссенциальная АГ и СД 2 типа увеличивают вдвое риск поражений почек, способствуют увеличению экскреции альбумина с мочой. МАУ является универсальным маркером неблагоприятного прогноза при эссенциальной АГ и СД 2 типа, что ведет к возрастанию риска сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных.

Проблемы ХПН. Общие вопросы

Тактика ведения больных ХБП IV–V сегодня

Ветчинникова О.Н.

ГУ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

В зависимости от стадии хронической болезни почек (ХБП) врачебная тактика различна. Больные с ХБП IV–V стадиями нуждаются не только в продолжении нефропротективной терапии, но и в наблюдении в центре диализа и трансплантации почки, а также в подготовке к заместительной почечной терапии.

Цель исследования. Оценить качество диспансерного наблюдения при ХБП IV–V стадий по результатам клинично-лабораторного обследования больных, направляемых на диализную терапию.

Методы исследования. Проведен анализ амбулаторных карт 226 больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), включенных в программу перитонеального диализа в Московской области с 1995-го по 2004 г. (1-я группа) и 121 больного из 175, включенных в программу ПД с 2008-го по 2010 г. (2-я группа). Медиана возраста составила соответственно 40 и 53 года, доля пациентов, страдающих сахарным диабетом – 21,2 и 20,7%.

Результаты. На диспансерном учете у нефролога находились 21,9% больных с недиабетической нефропатией из 1-й группы и 34,4% – из 2-й, у врачей других специальностей (терапевт, уролог, педиатр и др.) – соответственно 10,7 и 16,6%; впервые (случайно) выявленная ХБП IV–V стадий оказалась у 14,6 и 10,2% больных. Экстренное начало перитонеального диализа или гемодиализа с последующим переводом на перитонеальный диализ имело место у 90% больных в обеих группах, в том числе и у некоторых больных, наблюдавшихся у нефролога. Рассчитанная по формуле Cockcroft–Gault скорость клубочковой фильтрации более 10 мл/мин на момент начала диализной терапии имели всего 15,9% больных из 1-й группы, но уже 37,1% – из 2-й (медиана 6,9 и 8,7 мл/мин); медиана сывороточной концентрации креатинина составила соответственно 989 и 738 мкмоль/л. В 1-й группе артериальная гипертензия определялась у 81,6% больных: у 19,6% АД превышало 180/110 мм рт. ст., а у половины из них – 200/120 мм рт. ст.; во 2-й группе 78,3% больных имели артериальную гипертензию, однако доля больных с АД более 160/100 мм рт. ст. была в 2 раза меньше. Практически все больные до начала диализной

терапии имели ту или иную степень анемии, однако если в 1-й группе гемоглобин менее 80 г/л имели половина больных (53,7%), то во 2-й – только треть (34,4%), а гемоглобин более 100 г/л – соответственно 9,2 и 30,1% больных, медиана гемоглобина составила 78 и 90 г/л. Сывороточная концентрация альбумина на преддиализной стадии ХПН колебалась от 28 до 47 г/л и была практически идентичной (медиана 34 г/л) в обеих группах больных – только 41,1% больных в 1-й и 38,3% больных во 2-й группе имели содержание альбумина в крови более 35 г/л. Обращало внимание, что сывороточная концентрация альбумина определялась не более чем у трети-четверти всех больных. Не ставилось возможности проанализировать состояние кальций-фосфорного обмена и костного метаболизма как у больных, начавших диализное лечение в более ранние сроки, так и у больных, включенных в программу перитонеального диализа в последние 2–3 года, поскольку эти исследования проводились у единичных больных. Не зарегистрировано ни одного больного с вакцинацией от гепатита В, проведенной на преддиализном этапе лечения ХПН. Среди больных с диабетической нефропатией встречаемость диспансерного наблюдения и экстренное/плановое начало диализа были такими же, как и у больных с недиабетической нефропатией. За прошедшие годы отмечена некоторая положительная динамика в преддиализной подготовке больных с сахарным диабетом: улучшение компенсации углеводного обмена, уменьшение тяжести артериальной гипертензии, анемии и гипоальбуминемии.

Заключение. Современная система учета, диспансерного наблюдения и преемственности в ведении больных ХБП IV–V стадий функционирует недостаточно эффективно. В последние годы прослеживаются некоторые положительные сдвиги, касающиеся коррекции таких осложнений ХПН, как артериальная гипертензия и анемия. Следует продолжить внедрение в практику здравоохранения комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на совершенствование диспансерного наблюдения и подготовки к заместительной почечной терапии больных ХБП IV–V стадий.