

Эпидемиология ХЗП и организация нефрологической помощи

Эпидемиология почечной недостаточности у детей в Республике Беларусь

С.В. Байко, А.В. Сукало

Республиканский центр детской нефрологии и почечной заместительной терапии, г. Минск, Беларусь

Целью настоящего исследования было установить распространенность, этиологию, смертность у детей с острой почечной недостаточностью (ОПН) и терминальной стадией хронической почечной недостаточности (тХПН), а также оценить динамику развития почечно-заместительных методов терапии этих состояний.

Проведен ретроспективный анализ заболевания 69 детей с тХПН в возрасте $10,97 \pm 4,43$ года (1 мес. – 17,92 года), наблюдавшихся в Республиканском центре детской нефрологии и диализа с 1997 по 2007 гг., и 80 детей с ОПН в возрасте $11,33 \pm 7,32$ года (2 нед. – 17 года) – с 2005 по 2007 гг.

С момента внедрения методики перитонеального диализа (с 2002 г.) 10–12 детей с тХПН ежегодно начинают диализную терапию, что составляет 2,38–5,24 случая на 1 млн детского населения/год в возрасте 0–18 лет. Основной причиной тХПН остается обструктивная уропатия (26,3%), реже гломерулонефриты (14%), на аплазию/дисплазию/гипоплазию, поликистоз почек, исход ОПН и неуточненную терминальную ХПН приходится по 10,5% случаев.

У 42 пациентов стартовым методом терапии был гемодиализ (ГД) (с 1997 г.) и у 27 – перитонеальный диализ (ПД) (с 2002 г.), до 2002 г. дети младше 7 лет умирали. В 2007 г. 23 ребенка получали ПД (14 – «ручной» и 9 – домашний автоматический ПД) и 12 ГД. Внедрение методики домашнего автоматического ПД значительно улучшило «качество жизни» пациентов. Возраст детей на ПД значительно меньше – $8,28 \pm 5,41$ года, чем на ГД – $12,63 \pm 2,48$ года ($p < 0,005$).

Трансплантация почек проведена 13 (18,8%) детям (6 в Минске и 7 в Москве), средний возраст $13,7 \pm 3,21$ года (7–17), причем за последние 5 лет было выполнено только 3 такие операции. Смертность у детей с тХПН составила

17,4% (6 – на ГД, 3 – на ПД и 3 – после трансплантации почек). Основной причиной смерти больных с тХПН остаются сердечно-сосудистые осложнения в 66,7% случаев.

Ведущей причиной острой почечной недостаточности у детей в Республике Беларусь является гемолитико-уремический синдром (в 71,25% случаев), реже диагностированы острые гломерулонефриты (16,25%) и обструктивная уропатия (5%) как причины ОПН. В 2007 г. основным методом почечно-заместительной терапии ОПН был перитонеальный диализ в 74% случаев (16% – «ручной» и 58% – автоматический ПД), до 2005 г. использовался только гемодиализ в лечении детей с этой патологией. Применение ПД у этой группы пациентов привело к значительному снижению смертности – с 22,1% в 2004 г. до 3,75% в 2005–2007 гг. ($p < 0,001$).

Выводы

1. Основной причиной тХПН у детей в РБ является обструктивная уропатия, а ОПН – гемолитико-уремический синдром.

2. Внедрение методики перитонеального диализа позволило сохранять жизнь детям с тХПН с периода новорожденности, а также значительно снизить смертность у больных с ОПН.

3. Наиболее серьезной проблемой почечно-заместительной терапии в РБ остается очень малое количество почечных трансплантаций у детей на фоне увеличивающегося числа больных на диализе.

Формирование регистра пациентов с додиализной стадией ХПН: первая оценка результатов

Г.Д. Голев

МУЗ «Центральная городская больница», г. Ковров

На протяжении 18 месяцев (январь 2008 г. – июнь 2009 г.) велся регистр больных с ХПН в додиализном периоде. Объект исследования – население г. Коврова, составляющее 150,7 тыс. человек. В регистр внесены все пациенты с ХПН (от начальной стадии до терминальной), представленные на консультативный прием нефролога либо наблюдавшиеся у нефролога гемодиализа. В анализ не включены пациенты диализа, начавшие лечение до 1.01.2008. В период исследования производились: сбор первичных сведений (паспортные, антропометрические данные; первичные лабораторные данные) и периодические повторные обследования наблюдающихся пациентов (мочевина, креатинин, альбумин

крови, расчет СКФ по формуле MDRD, АД, суточный диурез); проводились лечебно-профилактические мероприятия: психологическая подготовка пациентов к предполагаемому лечению методами заместительной почечной терапии (ЗПТ), консервативное лечение в отделении гемодиализа, выработка рекомендаций по додиализному лечению.

В 2008 г. наблюдались 54 пациента с ХПН (358,3 на 1 млн нас.) в возрасте от 23 до 78 лет; мужчин – 22, женщин – 32. Нозологическая структура ХПН: хронический гломерулонефрит (ХГН) – 11; диабетическая нефропатия – 10 (сахарный диабет 1-го типа – 5; 2-го типа – 5); гипертоническая болезнь – 7; хронический пиелонефрит – 9; поликистозная болезнь

почек – 4; подагрическая нефропатия – 2; алкогольная и ишемическая нефропатия, хронический интерстициальный нефрит (ХИН) – по 2, наследственный нефрит (синдром Альпорта) – 4. Возрастная структура: до 30 лет – 2; 31–40 лет – 6; 41–50 лет – 6; 51–60 лет – 24; 61–65 лет – 6; 66 лет и старше – 10. Распределение больных по стадиям ХПН: I ст. – 8 (14,8%); II ст. – 13 (24,1%); III ст. – 21 (38,9%); терминальная ХПН – 12 (20,8%). В 2008 г. были впервые выявлены 18 пациентов с ХПН (119,4 на 1 млн нас.); у 8 из них терминальная ХПН была первым проявлением хронической почечной болезни; на лечение программным гемодиализом (ПГД) переведены 4 больных; 1 пациент отказался от сотрудничества. Всего в 2008 г. на лечение ГД были приняты 6 пациентов (39,8 на 1 млн нас.), у 2 – ХПН была выявлена до 2008 г. В 2008 г. умерли 2 больных: 1 – с диабетической нефропатией (СД 1 типа) и 1 – с ХПН, имевший противопоказания к гемодиализному лечению.

33 пациента перешли на 2009 г. За 6 мес. 2009 г. зарегистрированы 24 новых больных с ХПН в возрасте от 32 до 81 года: до 40 лет – 1; 41–50 лет – 1; 51–60 лет – 6; 61–65 лет – 2; 66 лет и старше – 14. Таким образом, за 6 мес. прирост пациентов с ХПН составил 159,2 на 1 млн населения. Среди них преобладали пациенты с диабетической нефропатией (сахарный диабет II типа) – 8; на 2-м месте были больные с гипертонической болезнью – 6; ХГН – 2; хронический пиелонефрит – 3 (в т. ч. у 1 – аномалия развития – подковообразная почка и сопутствующее заболевание – хронический миелоплейкоз, по поводу которого получал препарат «Гливек»); СКВ с люпус-нефритом, поликистоз почек, нефросклероз после перенесенной ОПН, нефропатия неуточненного генеза – по 1 больному. ХПН I ст. имела место у 2 (8,3%); II ст. – 5 (20,9%); III ст. – 8 (33,3%); ТПН – у 9 (37,5%), т. е. прирост произошел за счет пациентов пожилого возраста с ХПН более тяжелого течения, при наличии сопутствующих заболеваний. Причиной ХПН у трети пациентов была диабетическая нефропатия (сахарный диабет 2-го типа). Лечение ПГД начато у 3 пациентов, выявленных в 2009 г., всего же за 6 мес. лечение ПГД начато у 8 больных. Умерли 7 больных, из них 3 зарегистри-

рованы в 2008 г., 4 – в 2009 г. В листе ожидания на лечение методами ЗПТ находились 6 пациентов. В 2009 г. утрачен контакт с 10 пациентами, что свидетельствует о беспечном отношении значительной части пациентов к состоянию своего здоровья, недостаточном контроле участковых врачей за исполнением рекомендаций специалистов.

Мы считаем, что полученные сведения не отражают истинной ситуации в популяции нефрологических больных – жителей г. Коврова. Диспансерная работа по выявлению начальной ХПН, торможению ее прогрессирования, особенно у пациентов с диабетической нефропатией, у пациентов старшей возрастной группы с высокой коморбидностью, требует радикального пересмотра. Такие темпы прироста пациентов с ТПН приведут к ситуации, когда диализные мощности отделения гемодиализа не смогут обеспечить потребность населения в ЗПТ. В 2008 г. на лечении ПГД находились 44 пациента с ТПН – жители г. Коврова (292,0 на 1 млн нас.), за 6 мес. 2009 г. – 43 больных (285,0 на 1 млн нас.), но в лечении нуждаются также жители еще 5 районов области, где выявляемость ХПН остается неудовлетворительной. В этой связи амбулаторно-поликлинической службе необходимо обратить особое внимание на своевременное выявление ХПН, выполнять рекомендации по торможению прогрессирования ХБП. Медицинскому менеджменту необходимо предусмотреть планирование объемов ЗПТ (финансирование), обеспечивать доступность всех видов ЗПТ, в первую очередь – перитонеального диализа.

Первые результаты применения метода «диета–диализ» у пациентов с терминальной уремией

Г.Д. Голев, Н.М. Скрыбина

МУЗ «Центральная городская больница», г. Ковров

Впервые в России о проведении гемодиализа (ГД) у больного с терминальной уремией 1 раз в неделю в сочетании с малобелковой диетой (МБД) и нутриционной поддержкой изолятом соевого протеина Супро-760 сообщил С.И. Рябов с соавт. (1998), ссылаясь на опыт итальянских нефрологов. Появление кетоаналогов аминокислот (Кетостерил) дало новый импульс для развития этого метода, получившего название «диета–диализ». Нами этот метод применяется в течение 4 лет; за этот период по программе «диета–диализ» лечение получали 11 больных, наблюдавшихся в додиализном периоде от 1 мес. до 5,5 года: 5 – с хроническим гломерулонефритом; 2 – поликистозом почек; 2 – хроническим пиелонефритом; гипертонической болезнью – 1; диабетической нефропатией – 1; мужчин – 7,

женщин – 4. Возраст пациентов был от 23,5 до 71,5 года. Скорость клубочковой фильтрации (по формуле MDRD) на старте лечения составляла 10,6–13,3 мл/мин. Пациенты получали МБД (0,6 г/кг/сут) и кетостерил (7 чел. – по 10 табл. в день или 1 табл./6,1–7,5 кг/сут; четверо – 1 табл./5 кг/сут), бикарбонатный диализ 1 раз в неделю (5 час.) при скорости перфузии 250–300 мл/мин. Междиализная прибавка массы тела у 4 была 2,0–3,0 кг; у 2 – до 1,0 кг; у 5 – менее 1,0 кг или отсутствовала. Остаточный диурез составлял от 1,3 до 2,0 л/сут. У всех пациентов отмечались удовлетворительные гематологические показатели: Hb до 110 г/л – у 2; 112–120 г/л – у 6; 125–130 г/л – у 3. Снижение содержания мочевины за сеанс ГД составляло 60,6–69,3%; уровень креатинина крови перед ГД был от 410,0 до 870,0 мкмоль/л, а мочевины – не

превышал 26,0 ммоль/л. АД было скорректировано у 6; 5 пациентов принимали гипотензивные препараты. Субъективная оценка состояния у всех пациентов была удовлетворительной. Максимальная продолжительность лечения по данной программе составила 33,7 мес. Трое пациентов (возраст 55,7–71,5 года) переведены на лечение ГД 2 раза в неделю спустя 12,0–33,7 мес.; 8 пациентов продолжают лечение ГД 1 раз в неделю от 1 до 16 мес., из них 3 эпизодически получают двухразовый ГД.

Таким образом, лечение по программе «диета–диализ» может рассматриваться как возможный вид заместительной

терапии при терминальной ХПН у ограниченного числа мотивированных пациентов с сохранным диурезом, а также при отсутствии осложнений уремии. Обязательным условием для старта этого вида ЗПТ должно быть наличие возможности перевода пациента на лечение программным гемодиализом.

Гематологические показатели у пациентов программного гемодиализа и коррекция анемии у них

Г.Д. Голев

МУЗ «Центральная городская больница», г. Ковров

Анемия у пациентов программного гемодиализа (ПГД) является наиболее частым осложнением. Совершенствование технологии проведения лечения, использование биосовместимых диализных мембран, бикарбонатного диализа, очищенной воды считаются неперемными условиями успешного лечения анемии наряду с применением эритроцитстимулирующих препаратов. Целевой уровень гемоглобина (Hb) принят за 110 г/л, гематокрита (Ht) – 30 об%. В конце 2007 г. у пациентов ПГД (60 человек) имелись следующие гематологические показатели:

Hb < 100 г/л – 18 чел. (Ht < 30 об%); 101 г/л < Hb < 110 г/л – 12 чел. (Ht от 25 до 33 об%); Hb > 111 г/л – 30 чел. (Ht 30–32 об% – 9; 33–35 об% – 8; 36–40 об% – 12; >41 об% – 1).

Так, целевой уровень Hb был имелся у 30 (50%) больных, среди них Hb не достиг 120 г/л у 7 больных (1 – женщина старше 60 лет; 3 – мужчины до 40 лет; 3 – мужчины старше 65 лет). У остальных пациентов Hb достигал 120–150 г/л. Препараты эпоэтина (ЭПО) получали 15 пациентов этой группы (эпрекс или рекормон по 2000 ЕД подкожно 2–3 раза в неделю: 44,4–63,6 ед/кг/нед.). 15 чел. либо не получали препаратов эпоэтина, либо прекратили их применение в связи с повышением Hb и сохраняли его не менее 3 мес.

У 12 пациентов Hb находился в пределах 101–110 г/л, Ht от 25 до 33 об% (у 1 – 25 об%; у 4 – 27–28 об%; у 5 – 30–32 об%; у 2 – 33 об%), что можно было связать с нерегулярностью введения и недостаточной дозой препаратов ЭПО, а также развитием осложнений. 4 пациента были старше 60 лет; у 4 были осложнения или сопутствующие заболевания: рак желудка – 1; артериальное состояние после бинефрэктомии – 1; выраженная белково-энергетическая недостаточность – 1; гнилостная инфекция мягких тканей – 1. В 2007 г. двое пациентов этой группы

получали гемотрансфузии (675,0–720,0 мл эритроцитарной массы в связи с кровопотерями и снижением Hb < 70/л).

У 18 больных уровень Hb был ниже 100 г/л. Причины более выраженной анемии были те же, что и в предыдущей группе, т. е. нерегулярность лечения препаратами ЭПО, а также осложнения и сопутствующие заболевания: артериальное состояние после бинефрэктомии – 3; сепсис – 1; вялотекущий пиелонефрит – 1; хронические кровопотери – 1; острое внутреннее кровотечение – 2; недостаточное питание – 7. Параллельно с препаратами ЭПО пациенты получали препарат «Венофер», в результате гематологические показатели у них заметно повышались, однако лабораторный контроль уровня ферритина не проводился. В 2007 г. произведено 113 гемотрансфузий (16,62 на 1000 гемодиализов) у 21 больного (от 1 до 20 на 1 больного, в среднем 5,38); показания к их проведению: кровопотери; стойкая анемия, не поддающаяся лечению стимуляторами эритропоэза.

Таким образом, у 42 пациентов (70%) уровень Hb был выше 100 г/л. В этот период гемодиализное лечение проводилось с использованием диализаторов на синтетических мембранах (полисульфон) с улучшенными клиренсными характеристиками. С применением этих диализаторов мы связываем повышение гематологических показателей, т. к. в этот же период отмечалось также улучшение других лабораторных показателей.

Эффективный гемодиализ способствует коррекции анемии у пациентов программного гемодиализа, а применение стимуляторов эритропоэза повышает качество лечения и закрепляет его результаты.

Этнические аспекты хронической почечной недостаточности в Прибайкалье

Н.Н. Киселева, Р.Д. Панферова, Г.М. Орлова

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о различиях в распространенности и структуре причин хронической почечной недостаточности (ХПН) в разных регионах и этнических группах.

Цель исследования. Изучить этнические аспекты ХПН в Прибайкалье.

Материал и методы исследования. Определение распространенности ХПН в Прибайкалье по обращаемости осуществлено путем анализа регистра больных с ХПН в Иркутской области. Регистр содержит сведения о больных с азотемией. Проведен анализ распространенности азотемической стадии ХПН в Эхирит-Булагатском районе Усть-Ордынского Бурятского национального округа в сравнении со средними эпидемиологическими показателями на остальной территории Иркутской области. В национальном округе путем углубленного анализа медицинской документации составлен регистр больных с хронической болезнью почек (ХБП) 3–5-й стадий.

Результаты исследования. Распространенность ХПН в Иркутской области составила в 2007 г. и в 2008 г. 80,6 и 85,4 на 100 тысяч взрослого населения соответственно. Распространенность ХПН в Эхирит-Булагатском районе составила 420,1 на 100 тысяч взрослого населения. Структура причин азотемической ХПН не имеет этнических различий. Наибольшая доля приходится на гломерулонефриты, диабетическую нефропатию и поражение почек вследствие артериальной

гипертонии. Высокая распространенность ХПН в Бурятском национальном округе связана с большой частотой почечных заболеваний среди населения.

Больные с заболеваниями почек, зарегистрированные в Эхирит-Булагатском районе, по тяжести ХБП распределились следующим образом: 1-я стадия – 5 (2,4%), 2-я стадия – 58 (27,5%), 3-я стадия – 102 (48,3%), 4-я стадия – 24 (11,4%), 5-я стадия – 22 (10,4%). В структуре ХБП всех стадий наибольшая доля принадлежит вторичным нефропатиям. Так, анализ структуры ХБП 3-й стадии показывает преобладание гипертонической нефропатии (32,3%), диабетической нефропатии (20,6%) и ишемической (атеросклеротической) нефропатии (15,7%).

Выводы. Этнические особенности ХПН в Прибайкалье характеризуются значительно более высокой распространенностью ХПН среди бурятского населения. Возможно, в Усть-Ордынском Бурятском национальном округе имеют место популяционные особенности почечной заболеваемости, однако определенные выводы можно сделать только после специальных исследований.

Об организации специализированной нефрологической помощи в Харьковской области (Украина)

В.Н. Лесовой, Н.М. Андоньева, А.В. Лесовая

Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала, г. Харьков, Украина

Прогрессирующий рост хронической болезни почек (ХБП) неизбежно влечет за собой необходимость реорганизации и усовершенствования всех звеньев высокоспециализированной нефрологической помощи для обеспечения своевременной заместительной терапии пациентов с ХБП, число которых в Харьковской области (Украина) за последние 5 лет увеличилось почти вдвое, при этом количество пациентов с хронической почечной недостаточностью выросло в 4 раза. В рамках Государственной целевой программы в области в 2008–2009 гг. было проведено скрининговое исследование, в результате чего регистр пациентов с ХБП в 2009 г. насчитывает 48,2 тыс. пациентов, при этом распространенность ХБП составила 1732,7 на 100 тыс. населения (по Украине – 934,7), заболеваемость – 211,1 (Украина – 81,0).

Спецификой области является разветвленная сеть лечебно-профилактических учреждений, располагающихся в 28 районах, расстояние до которых от диализного центра составляет от 40 до 250 км. После подготовки на курсах по нефрологии врачей общей практики – семейной медицины во всех районах области проводится прием внештатных

нефрологов, диспансерное наблюдение за пациентами с ХБП, ведется регистр больных с ХБП.

Лечением больных с ТХПН в Харьковском областном клиническом центре урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала (ОКЦУН) стали заниматься с 1987 г. На первом этапе формирования службы заместительной почечной терапии (ЗПТ) проводилось лечение только гемодиализом. С 2003 г. на базе нефрологического отделения мощностью на 60 коек освоена ЗПТ методом перитонеального диализа. В 2006 г. после Постановления Кабинета министров Украины, внесшего ОКЦУН им. В.И. Шаповала в список учреждений, которым разрешена деятельность, связанная с трансплантацией, была начата трансплантация родственной почки. За прошедшее время 16 пациентов получили трансплантат от живого родственного донора. Возраст пациентов колебался от 22 до 38 лет. Соотношение мужчины/женщины составило 7/9. Основными заболеваниями, приведшими к развитию ТХПН, были: у 8 пациентов – хронический гломерулонефрит, у 5 пациентов – хронический пиелонефрит, у 2 пациентов – сахарный диабет, у 1 – поликистоз почек.

Длительность лечения гемодиализом до трансплантации почки у 5 пациентов колебалась от 0 до 5 лет, перитонеальным диализом у 11 пациентов – от 0 до 4 лет.

В Харьковской области создана высокоспециализованная нефрологическая служба, которая позволяет обеспечить круглосуточную экстренную и плановую амбулаторную и стационарную помощь, в том числе по линии медицины катастроф. Организованы два кабинета для проведения нефрологического приема, один из них на базе ОКЦУН им. В.И. Шаповала. В настоящее время в структуре ОКЦУН им. В.И. Шаповала функционируют 2 отделения амбулаторного гемодиализа с филиалом диализного зала на базе Лозовской центральной районной больницы общей мощностью 28 диализных мест, отделение нефрологии и перитонеального диализа на 60 коек, отделение трансплантации на 20 коек, отделение неотложной нефрологической реанимации. На начало 2009 г. в области 354 пациента получали заместительную почечную терапию, в т. ч. 34 пациента с трансплантированной почкой. Сегодня обеспеченность заместительной почечной терапией населения в Харьковской области выше, чем в среднем по Украине, и составляет 12,7 на 100 тыс. населения (по Украине – 8,9). Обеспеченность гемодиализом составляет

8,7 на 100 тыс. населения (Украина – 6,6), перитонеальным диализом – 2,8 (Украина – 1,1), трансплантированной почкой – 1,2 (Украина – 1,2).

Сформированная система специализированной нефрологической службы в Харьковской области позволяет повысить эффективность оказания нефрологической помощи больным с патологией почек от первичного медико-санитарного звена до заместительной почечной терапии, включающей трансплантацию, что является важным этапом в реализации Концепции Государственной целевой программы повышения качества оказания медицинской помощи нефрологическим больным в Украине до 2013 г.

Структура и распространенность хронической болезни почек 2–5-й стадий в Новосибирской области по данным территориального регистра хронической почечной недостаточности

Е.Б. Москвина¹, Е.А. Мовчан², Н.Л. Тов², О.В. Дуничева¹, Г.А. Дюбанова¹

¹ ГБУЗ НСО «ГНОКБ»,

² ГОУ ВПО «НГМУ Росздрава», г. Новосибирск

Территориальный регистр позволяет оценить структуру хронической болезни почек (ХБП) в регионе, оптимизировать подходы к нефропротективному лечению и адекватно рассчитывать потребность заместительного почечного лечения.

Регистр больных хронической почечной недостаточностью (ХПН) на территории Новосибирской области функционирует в течение 15 лет. На конец 2008 г. на учете состояло 2549 человек, что составляет 962 на 1 млн населения. Это практически в 2 раза больше, чем на конец 2002 г., когда распространенность ХБП 2–5-й стадий достигала 516 человек на 1 миллион населения Новосибирской области. Соотношение жителей города и сельских районов области – 1,4:1,0, т. е. 1488 (58,3%) человек проживают в городе Новосибирске и 1061 (41,6%) – на селе.

Число больных с впервые выявленной ХБП 2–5-й стадий колеблется от 350 (в 2006 г.) до 265 (в 2008 г.), т. е. составляет от 132 до 100 человек на 1 млн населения. Данные показатели отражают рост первичной заболеваемости за последние 6 лет, т. к. в 2002 г. аналогичный параметр не превышал 63,0 на 1 млн населения. Ежегодная выявляемость «ранних» стадий ХБП превышает 60% (67,2; 66,3 и 64,6% в 2006, 2007 и 2008 гг.) В то же время численность больных с выраженным нарушением функции почек (ХБП 4–5-й стадий) остается весьма значительной и после кратковременного снижения вновь имеет тенденцию к росту (32,8% в 2006 г., 33,7% в 2007 г., 35,4% в 2008 г.).

За последние три года численность больных ХБП 2–5, в основе которой лежит хронический гломерулонефрит или

тубулоинтерстициальный нефрит, достоверно снизилась. В 1998–2002 гг. эта категория пациентов составляла 37 и 25,9% от числа включенных в регистр, а на конец 2008 г. – 24,9 и 11,3% соответственно. В то же время продолжает расширяться группа больных с сосудистыми заболеваниями, в первую очередь с гипертензивными нефропатиями. Удельный вес гипертензивного нефроангиосклероза по результатам 2002 г. равнялся 13,5%, а в конце 2008 г. – уже 29,4%. Число больных сахарным диабетом 1-го и 2-го типа, осложненного диабетической нефропатией 3-й стадии, возросло с 9,9 до 24,2% и составило, таким образом, значительную часть больных в структуре ХБП.

Таким образом, работа регистра фиксирует рост общего числа больных, а также увеличение группы пациентов с выраженной и терминальной стадиями ХБП, что соответствует общемировой тенденции. Данный рост обусловлен увеличением числа больных сахарным диабетом и артериальной гипертензией среди пациентов, наблюдающихся в регистре ХПН. Это требует более активного использования нефропротекции у указанных категорий больных. Параллельно можно прогнозировать увеличение потребности в заместительной почечной терапии на территории Новосибирской области.

Структура хронической почечной недостаточности и перспективы улучшения качества помощи больным на додиализной стадии в Нижегородской области

Е.Н. Соловьянова, Л.В. Филина

Кафедра госпитальной терапии им. В.Г. Вогралика ГОУ ВПО НижГМА,
г. Нижний Новгород

В настоящее время проблема увеличения количества больных с почечной патологией и хронической почечной недостаточностью (ХПН) является одной из наиболее актуальных в нефрологии. Доказано, что своевременное выявление больных с начальными проявлениями почечной недостаточности, оценка тяжести поражения почек и нефропротективная терапия способствуют замедлению прогрессирования ХПН и улучшают прогноз.

Цель работы. Изучить структуру и частоту развития ХПН в Нижегородской области у взрослого (старше 18 лет) населения на додиализной стадии ХПН и определить основные перспективы развития помощи этой категории больных.

Материалы и методы. Карты амбулаторных больных, обратившихся к нефрологам областной больницы (ГУЗ НОКБ), городского нефрологического центра, а также данные отдельных скрининговых исследований с целью выявления нарушения функции почек у больных основных групп риска (сахарный диабет, гипертония, пожилой возраст). Сводные данные обобщались, сведения заносились в регистр (работа по его ведению осуществляется с 2007 г.).

Результаты. Проанализированы данные 642 больных ХПН (данные неполные), из них мужчин – 314, женщин – 328.

Возрастная структура выглядела следующим образом: 84–80 лет – 4%, 79–70 лет – 18%, 69–60 лет – 25%, 59–50 лет – 22%, 49–40 лет – 18%, 39–30 лет – 7%, 29–20 лет – 5%, 19 лет и < – 1%.

В соответствии с принятой классификацией ХБП больные

распределялись по стадиям: ХБП 1 – 5%, ХБП 2 – 23%, ХБП 3 – 41%, ХБП 4 – 21%, ХБП 5 – 10%.

Анализ причин ХПН выявил преобладание хронического гломерулонефрита (31%), сахарного диабета (23%), затем следовали хронический пиелонефрит, в том числе на фоне МКБ (22%), гипертонический ангиосклероз (9%), прочие – 17%.

Заключение. Обращает внимание значительное количество больных (31%), которые к моменту направления к нефрологу имели выраженную почечную недостаточность (ХБП 4, 5). Это требует усиления работы с врачами-терапевтами по улучшению выявляемости почечной недостаточности, прежде всего в группах повышенного риска, оптимизации нефропротективной терапии.

В рамках этого в настоящее время на уровне региона осуществляется разработка стандартов диагностики и алгоритмов терапии на различных стадиях ХБП. Необходимым является развитие нефрологической службы в направлении создания в области специализированных межрайонных нефрологических приемов, а также проведение скрининговых исследований, что позволит обобщить эпидемиологические данные по ХПН в регионе и осуществлять целенаправленную нефропротективную терапию додиализной ХПН.

К вопросу о распространенности хронической болезни почек в г. Москве и ее связи с сердечно-сосудистой патологией

Н.А. Томилина, Б.Т. Бикбов, Т.Н. Антонова, И.Г. Галь, Н.Г. Перегудова, Е.С. Столяревич

ГУ «ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова Минздравсоцразвития РФ», кафедра нефрологии
ФГУ МГМСУ, ГКБ № 52, ГП № 107 УЗ СВАО г. Москвы

В течение последних полутора десятилетий в мире констатируется пандемия хронической болезни почек (ХБП). По данным международных эпидемиологических исследований, распространенность ХБП среди взрослого населения США, Западной Европы, Австралии, Китая находится в диапазоне от 11 до 16% (Coresh J. et al., 2003; Chadban S.J. et al., 2003; Xu R., 2009) и зависит от расовых и других демографических особенностей обследованных популяций. Установлено также, что примерно у 3–9,5% взрослого населения ХБП находится в стадии начальной ХПН, и экстраполяция этих данных на население земного шара в целом позволяет допустить, что около 5% взрослого населения Земли страдают ХПН, причем величина этого показателя существенно возрастает в старшей возрастной группе, достигая 15–20 и даже 30%.

Значительную роль в непрерывном повсеместном возрастании распространенности ХБП играет рост в структуре нефрологических заболеваний удельного веса сосудистых поражений почек (почечных васкулопатий), таких, как диабетическая нефропатия, гипертонический нефроангиосклероз, ишемическая болезнь почек и ряд других, развивающихся в рамках распространенного атеросклероза. Протекая совершенно латентно, эти нефропатии усугубляют течение сердечно-сосудистой патологии. Как следствие, существенно возрастает риск сердечно-сосудистой смерти, причем степень его повышения прямо зависит от стадии ХБП, так что современные весьма эффективные методы нефропротекции, основанные на фармакологической ингибиции внутривисочечной ренин-ангиотензинной системы, оказывают одновременно и кардиопротективный эффект. Поэтому про-

блема своевременного выявления ХБП, особенно у пожилых лиц, приобретает в настоящее время особую актуальность. Важную роль в этом аспекте приобретают скрининговые обследования населения, необходимой предпосылкой оптимальной организации которых является определение групп повышенного риска развития ХБП. Это, в свою очередь, ставит вопрос о необходимости изучения нозологической структуры нефрологической заболеваемости, а также о медико-социальной и демографической характеристике групп больных, страдающих ХБП.

Целью работы явилось изучение структуры нефрологической заболеваемости в г. Москве с оценкой удельного веса отдельных нозологических форм и стадий ХБП, а также возрастного состава больных.

Материалы и методы. Исследования выполнены по материалам Московского городского нефрологического регистра, отражающим обращаемость больных в нефрологическую службу города в течение 1995–2008 гг.

Кроме того, проведено скрининговое обследование на предмет ХБП, включавшее оценку функции почек (по расчетному уровню скорости клубочковой фильтрации, СКФ), исследование общих анализов мочи и УЗИ почек, 300 чел. в возрасте старше 60 лет, по разным поводам обратившихся в городскую поликлинику г. Москвы. Из числа обследованных 85,3% страдали артериальной гипертензией (АГ), 64% – ишемической болезнью сердца (ИБС), 18% – сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Результаты. На 31.12.2008 было зарегистрировано 25 308 больных с ХБП (2433,5 чел./млн населения). Из них 60% страдали ХБП 1–2-й ст., 22% – ХБП 3-й ст., 4% – ХБП 4-й ст., 9,4% – ХБП 5-й ст. Возраст больных находился в диапазоне 18–93 г., причем старше 55 лет было 74% больных, а 52,7% были старше 65 лет (табл. 1). В нозологической структуре ХБП преобладали тубулоинтерстициальные поражения почек, включая хронический пиелонефрит (34,0%). На втором месте оказались хронические гломерулонефриты (ГН), лишь в небольшой части случаев подтвержденные морфологически. Среди последних по данным пункционной биопсии почек преобладала IgA-нефропатия, за которой следовали фокальный сегментарный гломерулярный гиалиноз (13%), экстракапиллярный гломерулонефрит (12,5%), мембранопролиферативный ГН (8,5%), мембранозный ГН (7,5%), болезнь минимальных изменений (6,5%). Среди гломерулярных заболеваний почек (по данным биопсий) удельный вес амилоидоза составил 6,5%. Доля диабетической нефропатии в общей структуре нефрологической заболеваемости была равна 12,9%, гипертонического нефроангиосклероза – 11,0%.

По данным городского регистра, количество больных с ХБП 3–5-й стадий с 1995 по 2008 гг. увеличилось в 5,7 раза – с 1313 до 8830 чел., причем за последние 5 лет (с 2003 по 2008 гг.) их прирост составил 62,0%. Нозологическая и возрастная структура этой категории больных за 14-летний период претерпела существенные изменения. В частности, значительно увеличилось количество больных с диабетической нефропатией при СД 2 типа и гипертоническим нефросклерозом, а также доля больных старше 65 лет (табл. 1 и 2).

При анализе динамики отдельных нозологий в пересчете на 1 млн населения (рис.) отчетливо видно увеличение (на 136,8% за последние пять лет) распространенности гипертонического нефросклероза (115,4/млн в 2008 г.) и диабетической нефропатии при СД 2 типа (92,2/млн населения

в 2008 г., увеличение на 72,5% за последние пять лет). В значительно меньшей степени увеличилась за тот же период распространенность хронического гломерулонефрита (146,9/млн населения в 2008 г., увеличение на 20,2% за последние пять лет) и диабетической нефропатии при СД 1 типа (52,2/млн населения в 2008 г., увеличение на 35,0% за последние пять лет).

При скрининговом обследовании группы из 300 пожилых ХБП 3-й ст. диагностирована у 36,6% из них, что в целом согласуется с литературными данными, хотя и несколько превышает их. Выявилась связь между артериальной гипертензией и ИБС, с одной стороны, и наличием признаков ХБП, с другой стороны. Так, в подгруппе пациентов с признаками ХБП 3-й ст. частота АГ составила 90%, а в подгруппе без ХБП – 79,7% (различия не достигают статистической значимости). Частота ИБС в этих подгруппах была равна 72,7 и 57,3% ($p < 0,05$), а сочетание АГ с ИБС – 70 и 53,8% соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Хотя анализ обращаемости в нефрологическую службу города выявляет значительные отличия как в распространенности ХБП в Москве, так и в структуре нефрологиче-

Таблица 1

Динамика возрастной структуры больных с ХБП 3–5-й ст. за 1995–2008 гг.

Год	Возрастная структура, %				
	≤18	19–45	45–54	55–64	≥65
1995	1,1	35,2	21,6	23,8	18,4
1997	1,1	30,9	19,8	24,3	24,0
1999	1,1	25,4	19,4	24,2	29,9
2001	1,0	23,0	18,8	22,6	34,7
2002	1,5	18,8	18,7	21,2	39,9
2003	1,8	17,5	18,5	20,3	42,0
2004	1,2	16,5	18,1	19,9	44,4
2005	0,9	15,6	17,3	19,9	46,4
2006	0,7	13,2	17,1	19,6	49,4
2007	0,7	13,1	16,0	20,0	50,2
2008	0,4	11,9	13,6	21,3	52,7

Таблица 2

Динамика нозологической структуры больных с ХБП 3–5-й ст. за 1995–2008 гг.

Год	Диагноз, %							
	Хр. ГН	Хр. ГН и ТИН	СА 1 типа	СА 2 типа	Гиперт. НС	В/Н	Полм-клетоз	Прочее
1995	38,6	22,5	5,2	2,3	4,8	2,3	8,3	15,9
1997	31,3	23,6	10,5	4,7	6,1	2,4	7,8	13,6
1999	26,8	26,4	8,4	8,0	7,4	2,2	7,1	13,7
2001	23,5	28,6	8,2	8,9	8,0	2,2	6,6	14,0
2002	23,1	30,6	7,9	9,6	8,8	2,3	6,9	10,8
2003	23,1	30,2	7,3	10,1	9,2	2,5	6,9	10,8
2004	22,2	30,7	7,3	10,2	9,6	2,2	6,8	11,0
2005	20,6	30,0	7,3	9,7	9,8	2,2	6,2	14,2
2006	20,1	22,9	7,1	10,4	11,3	2,5	6,1	19,7
2007	19,2	22,8	6,6	10,5	12,4	2,7	5,9	19,8
2008	17,5	23,9	6,2	11,0	13,7	2,4	5,7	19,7

Примечание. Хр. ГН – хронический гломерулонефрит, Хр. ГН и ТИН – хронический пиелонефрит и тубулоинтерстициальный нефрит, Гиперт. НС – гипертонический нефросклероз, В/Н – врожденные и наследственные патологии почек, СД – сахарный диабет.

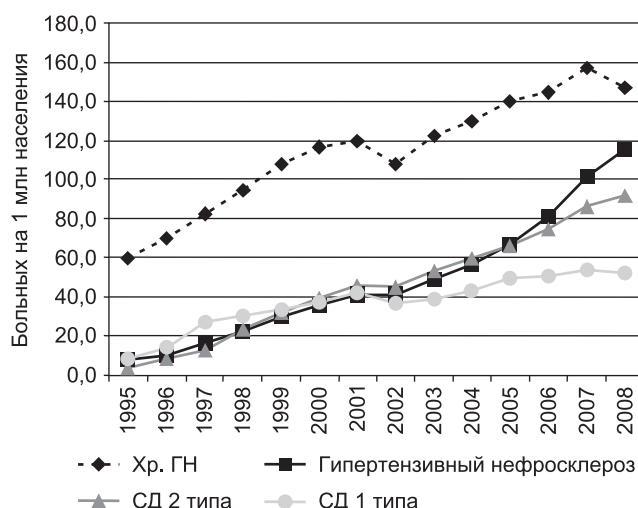


Рис. Динамика распространенности отдельных нозологий среди населения г. Москвы, обратившегося в нефрологическую службу

ской заболеваемости от результатов международных эпидемиологических исследований, тем не менее на протяжении всех лет существования Московского городского регистра (с 1995 г.) можно констатировать растущий рост обращаемости по поводу ХБП 3–5-й ст. При этом наиболее значителен прирост больных старших возрастных групп, пациентов с гипертензивным нефросклерозом и диабетической нефропатией при СД 2 типа.

Результаты пилотного скринингового обследования группы пожилых лиц, случайно обратившихся к терапевту, подтверждают высокую (более 30%) частоту бессимптомно протекающей ХБП сосудистой природы, что в значительной степени определяет ее недостаточную выявляемость. Полученные данные демонстрируют также необходимость обязательного исследования функционального состояния почек у пожилых лиц, особенно страдающих ИБС на фоне артериальной гипертензии. Очевидно, что истинная оценка распространенности ХБП в настоящее время, в условиях существующих демографических сдвигов, требует активных скрининговых исследований с целью выявления ХБП, что позволит повысить эффективность как нефро-, так и кардиопротекции.