Цель и пути решения региональной программы по профилактике, раннему выявлению, лечению и внедрению методов торможения прогрессирования почечной недостаточности

Категория: **Нефрология**

Т.Ю. Мамкина, Н.П. Романова

ГУЗ «Областная клиническая больница», г. Тверь;

ГБОУ ВПО «Тверская ГМА Минздравсоцразвития РФ» кафедра госпитальной терапии и профзаболеваний

Библиографическая ссылка на статью:

Мамкина Т.Ю., Романова Н.П. Цель и пути решения региональной программы по профилактике, раннему выявлению, лечению и внедрению методов торможения прогрессирования почечной недостаточности//Верхневолжский медицинский журнал.-2011.-Т.9. Вып.3 №11 – С.23-24.

В России отмечается неуклонный рост числа больных с хроническими заболеваниями почек. Однако несмотря на это, в Тверской области за последние 3 года нет роста указанных болезней и заболеваемость сохраняется на прежнем уровне. Главным образом это было достигнуто за счет активного внедрения в практику нефропротективной терапии, которая является неспецифическим дополнением к основной этиотропной и патогенетической терапии основного заболевания. Такая терапия улучшает качество жизни больных с хроническими болезнями почек (ХБП) и отдаляет сроки развития хронической почечной недостаточности (ХПН), а при развитии последней тормозит ее прогресси-рование. Помимо этого, больные с ХБП активно лечатся. Так, в 2007 г. в Тверской области лечилось 10 022 больных, в 2008 г. – 9623, в 2009 г. – 9794 больных. Все это способствует увеличению продолжительности жизни больных и отдаляет сроки начала заместительной терапии. Вместе с тем на фоне стабилизации заболеваемости отмечается рост числа больных с хронической почечной недостаточностью: в 2007 г. – 520, 2008 г. – 710, 2009 г. – 905. В ближайшие 2–3 мес. еще около 30 пациентов будут нуждаться в заместительной почечной терапии, что потребует дополнительных мест в Центре гемодиализа.

Особенностью хронических заболеваний почек является то, что часто они протекают бессимптомно и больные умирают при явлениях так называемой «тихой» уремии. Нередко больные обращаются к гематологу по поводу выраженной анемии, к кардиологу в связи с одышкой и повышением артериального давления, к офтальмологу из-за ухудшения зрения, что отодвигает сроки начала специфического лечения.

Поэтому с целью раннего выявления хронических заболеваний почек необходимо проводить со всеми врачами (и прежде всего вышеуказанных специальностей) работу по улучшению определения функции почек и уметь определять скорость клубочковой фильтрации (СКФ), которая рассчитывается по формуле Кокрофта и Голта. При определении снижения СКФ ниже 60 мл/ч больного необходимо направить к

нефрологу с целью дополнительного обследования и лечения. Как правило, больной с заболеванием почек сначала попадает по месту жительства на поликлинический прием к нефрологу, который направляет больного в нефрологический стационар: для жителей города Твери – в нефрологическое отделение МУЗ ГКБ № 7, а для живущих в области – в нефрологи-ческое отделение ГУЗ «ОКБ».

Специализированная высококвалифицированная нефрологическая помощь оказывается в отделении нефрологии ГУЗ «ОКБ», развернутом на 30 коек. В ОКБ работают 5 врачей-нефрологов, имеющих соответствующий сертификат. Ими формируется регистр больных с хроническими заболеваниями почек и проводится патогенетическая, нефропротективная терапия с целью торможения прогрессирования хронических заболеваний почек.

При лечении больных гломерулонефритом применяется иммуносупрессивная терапия с назначением высоких доз глюкокортикоидов, цитостатиков, антикоагулянтов, антиагрегантов. Нефропроктивная терапия проводится с целью подавления неиммунных механизмов прогрессирования хронической почечной недостаточности: примененяются ингибиторы АПФ со статинами. Назначение при необходимости недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов позволяет существенно уменьшить скорость прогрессирования поражения почек и отсрочить необходимость применения у части пациентов методов заместительной почечной терапии. Эффективность указанных методов лечения значительно выше при соблюдении больными малобелковой диеты и исключении курения. Продолжительность нефропротективной терапии не ограничена какими-либо сроками, она обычно назначается на длительное время.

При ХБП показаны: строгий контроль гликемии, нормализация нарушенного обмена мочевой кислоты, коррекция изменений липидного обмена. Коррекция метаболических дисфункций (назначение малобелковой диеты, что обеспечивает антипротеинури-ческий эффект) позволяет значительно уменьшить темп прогрессирования почечной недостаточности при обменных поражениях почек. Не меньшее значение в проведении нефропротективной терапии имеет лечение нефрогенной анемии. Появление анемии у больных с ХБП приводит как к прогрессированию ХПН, так и к поражению других органов и систем, главным образом сердечно-сосудистой системы, что, в свою очередь, способствует развитию сердечной недостаточности. Лечение проводится эритпоэтина-ми – эритпоэтин-альфа (эпрекс, эральфон, эпокрин), эритпоэтин-бета (рекормон) – по 2000 ед. подкожно до достижения целевого уровня гемоглобина 110 г/л. Дополнительно назначаются препараты железа (ве-нофер). Важно отметить, что коррекция указанных неспецифических факторов имеет основополагаю-щее значение в замедлении прогрессировании ХПН, а роль заболевания, вызвавшего ХПН, в этом случае становится как бы второстепенной. При хронических заболеваниях (гломерулонефрит, пиелонефрит, тубулоинтерстициальный нефрит) через несколько лет течения роль иммунных механизмов поражения почек становится второстепенной, а на первый план выходят указанные выше факторы прогрессирования нефросклероза. Они же приводят к прогрессированию ХПН у больных с сахарным диабетом даже при хорошей компенсации диабета. Аналогична роль этих факторов и у других больных с ХБП (табл.).

Диспансерное наблюдение, проводимое по стандартным правилам, не позволяет добиться в полной мере эффективного торможения прогрессирования ХПН у больных с ХБП и, следовательно, уменьшить количество поступающих больных на заместительную почечную терапию. Одной из причин этого является

разнородность патологии, обусловливающей развитие ХПН (например, сахарный диабет и гипертоническая болезнь, совокупный вклад которых в формирование контингента больных с ХПН составляет более 50%), а также отсутствие целенаправленности в плане предупреждения ХПН, а при ее появлении - торможения прогрессирования. С целью раннего выявления пациентов с патологией почек рекомендуется следующее.

1. Терапевтам, проводящим профилактические осмотры в рамках программы национального проекта «Здоровье», при выявлении отклонений показателей скрининга и обследования от нормы (изменения в общем анализе мочи, впервые выявленное повышение артериального давления) необходимо граждан направлять на дальнейшее обследование по месту жительства.

2. На терапевтическом приеме помимо осмотра больного необходимо определить СКФ с целью уточнения функции почки, которая определяется по формуле

$$\text{СКФ} = \frac{(140 - \text{возраст в годах}) \times \text{вес больного} \times 88}{72 \times \text{креатинин сыворотки крови в мкмоль/л}}$$

Для женщин полученный результат умножается на 0,85.

Таблица

Стадии хронической почечной недостаточности

Стадия ХПН	Характеристика	СКФ мл/мин/1,73 м²
1	Поражение почек с нормальной или повышенной СКФ	≥90
2	Повреждение почек с умеренным снижением СКФ	60–89
3	Средняя степень снижения СКФ	30–59
4	Выраженная степень снижения СКФ	15–29
5	Тяжелая почечная недостаточ-ность	<15

3. Больным с сахарным диабетом и артериальной гипертонией показано определение микроальбуминурии.

4. При снижении СКФ ниже 60 мл/мин больного необходимо направить к нефрологу по месту жительства: жителей г. Твери – на амбулаторный прием к городскому нефрологу Тихончук В.Н., которая принимает на базе поликлиники № 8, жителей Тверской области – на прием к нефрологу ОКП.

5. При выявленной впервые ХБП (СКФ < 60) больного необходимо обследовать в стационаре с целью проведения дифференциальной диагностики и выявления заболевания, приведшего к развитию ХПН, стратификации риска прогрессирования ХПН, выбора тактики лечения, а именно проведения пато-генетической и нефропротективной терапии.

6. При выписке из стационара все больные с ХБП подлежат занесению в соответствующий регистр.

7. Ответственный за ведение регистра больных с ХБП – областной нефролог Мамкина Т.Ю.

8. Вся база данных по регистру больных с хроническими болезнями почек находится в нефрологическом отделении ГУЗ «ОКБ» г. Твери. На настоящее время нефропротекция вполне достижима, особенно в случае ранней диагностики ХБП. Это требует в свою очередь активного участия врачей первого звена: врачей общей практики, участковых врачей, терапевтов всех профилей и других специалистов.