

# 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 отдалает 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 отдалает 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 ГKB № 7, а для живущих в области – в нефрологическое 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. Нефропротективная терапия проводится с целью подавления неиммунных механизмов прогрессирования хронической почечной недостаточности: применяются 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 антипротеинурический 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 эритроэтинами – эритроэтин-альфа (эпрекс, эральфон, эпокрин), эритроэтин-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 основополагающее 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 (таб.).

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, обуславливающей 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 м <sup>2</sup>
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 недостаточность	<15

3. Больным с сахарным диабетом и артериальной гипертензией 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 патогенетической 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.