



УДК 616.1:616.61-05

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК I-III СТАДИЙ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

М.С. СВИРИДОВА
О.А. ЕФРЕМОВА
Л.А. КАМЫШНИКОВА

*Белгородский государственный
национальный
исследовательский университет*

e-mail: KMS200806@yandex.ru

В статье изложены результаты проведённого исследования о распространённости хронической болезни почек в Белгородской области. Проанализированы частота выявления и причины возникновения ХБП. Также оценена тактика лечения пациентов данной группы.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность (ХПН), терминальная почечная недостаточность, хроническая болезнь почек (ХБП)

В настоящее время всё более укрепляется точка зрения о пандемии хронической болезни почек (ХБП). Заболевания почек и мочевых путей ежегодно приводят к смерти примерно 850 000 человек и обеспечивают 150 010 167 случаев стойкой утраты трудоспособности (по данным World Health Report и Global Burden Disease project). Они занимают 11-е место как причина смерти и 17-е как причина стойкой утраты трудоспособности[1]. По данным регистра Российского Диализного Общества в РФ также отмечается стабильный рост числа случаев хронической почечной недостаточности, в том числе её терминальной стадии, что соответствует общемировым тенденциям. Распространённость этой патологии в нашей стране составляет 212 на 1 млн населения среди больных старше 15 лет [2]. Показатели по Белгородской области соответствуют общероссийским (184 случая на 1 млн. населения), что дополнительно подтверждает достаточно высокую распространённость данной патологии (рис. 1).

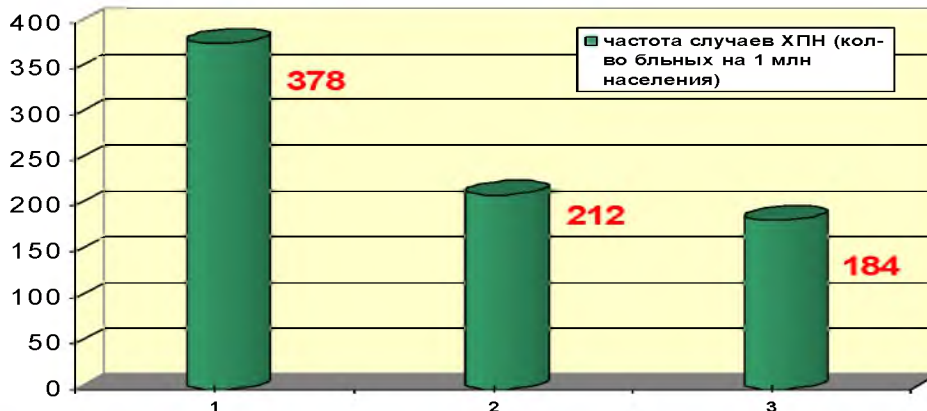


Рис. 1. Частота терминальной ХПН (на 1 млн. населения)

- 1 – США, Япония, Европа;
2 – Россия;
3 – Белгородская область.

По сравнению с общероссийскими и зарубежными данными в Белгородской области наблюдается стабильная тенденция по нарастанию частоты случаев хронической почечной недостаточности (ХПН).

Частота выявления хронической болезни почек в Белгородской области по данным за 2011 г. составила 184 случая на 1 млн. населения. Но стоит отметить, что около 53% случаев ХБП выявляется именно на стадии ХПН. Это, по всей вероятности, объясняется недооценкой клинических симптомов, затянувшимся направлением к специалисту-нефрологу, а также поздней обращаемостью самих пациентов к врачебному персоналу.

Из 139 пациентов, находящихся на программном хроническом диализе в областной клинической больнице г. Белгорода (БОКБ), 54 (38%) человека поступили на лечение с впервые выявленной терминальной ХПН. 37 человек (27%) до поступления на заместительную почечную терапию (ЗПТ) знали о наличии у них хронических заболеваний, однако не предполагали серьёзность прогноза заболевания, не обращались к нефрологу, лечились по месту жительства,



не получали нефропротективную терапию. Только 48 человек (35%) регулярно наблюдались у нефролога, получали соответствующее заболеванию лечение (рис. 2).

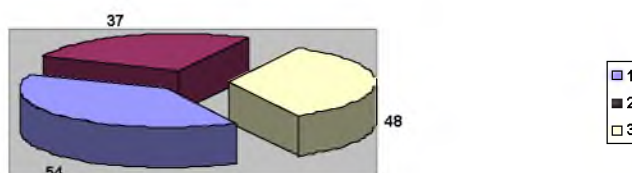


Рис. 2. Распределение больных, находящихся на хроническом гемодиализе по частоте обращаемости и наблюдения у нефролога:

1. впервые выявленная ХПН;
2. наличие хронических заболеваний при отсутствии нефропротективной стратегии;
3. регулярное наблюдение у нефролога до начала ЗПТ.

Что касается непосредственных причин развития терминальной ХПН, то отмечена следующая тенденция – основной причиной терминальной ХПН по-прежнему остаются хронические гломерулонефриты (рис. 3).

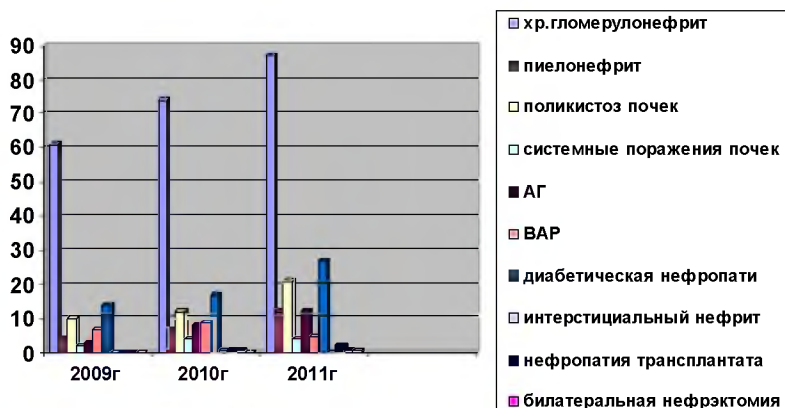


Рис. 3. Нозологические формы, приведшие к развитию терминальной (тХПН) (количество выявленных больных)

На втором месте, наряду с таким распространённым классическим почечным заболеванием, как поликистоз почек, в нашей области оказывается диабетическая нефропатия, что дополнительно подтверждает пандемию сахарного диабета. К 2011г частота выявления тХПН при сахарном диабете увеличилась в 2,3 раза. Это согласовывается с зарубежной тенденцией. В частности, заболевания почек, возникающие на фоне сахарного диабета, являются наиболее распространённой причиной терминальной ХПН в США и в Канаде и составляют более трети частоты новых случаев тХПН. По остальным нозологиям картина примерно одинаковая.

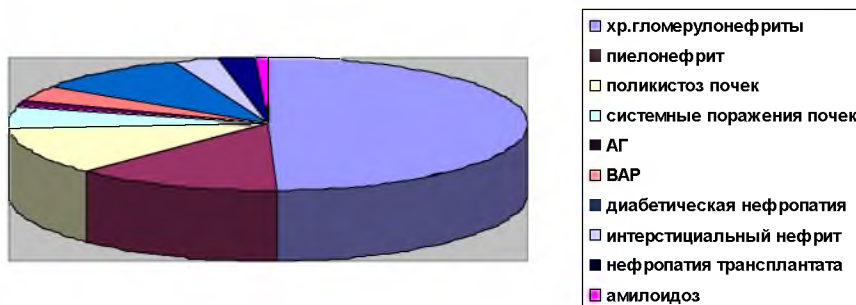


Рис. 4. Структура причин тХПН в РФ (данные за 2010 г.)



Как видно из рисунков 3 и 4, основные причины развития терминальной ХПН в РФ и в Белгородской области согласуются по нозологиям. Ведущей причиной являются хронические гломерулонефриты, второе место разделяют поликистоз почек и пиелонефриты, в нашей области отмечается и диабетическая нефропатия. Выявлен значительный рост тХПН вследствие артериальной гипертензии (АГ). Число случаев данного поражения почек с 2009 г. до 2011 г. возросло в 4 раза. Как известно, артериальная гипертензия приводит к ишемии почек, а в дальнейшем и нефросклерозу. Такой рост несколько противоречит результатам исследований в других областях РФ. Объяснение этого, по-видимому, в том, что в Белгородской области в 38% случаев диагностируется впервые выявленная терминальная ХПН, а первичное заболевание установить сложно, из-за высокого риска осложнений в условиях уже имеющийся уремии. Учитывая в анамнезе длительную артериальную гипертензию, основным диагнозом выставляется артериальная гипертензия (но, вероятно, это может быть и не диагностируемый гломерулонефрит, гипертонический вариант).

Таким образом, проведённое исследование продемонстрировало недооценку врачами Белгородской области начальных проявлений хронической болезни почек, что приводит к отсутствию назначения нефропротективной терапии. В этой связи, стала очевидной необходимость рационализации ведения больных с хронической болезнью почек на основе выявления критериев неблагоприятного течения заболевания и своевременного назначения медикаментозной терапии. Учитывая то, что из тех, кто регулярно наблюдался у нефролога, 78% жители города, возникает необходимость более широкого оказания нефрологической помощи. По всей вероятности, жители области попадают к нефрологу либо уже в запущенной стадии ХБП, когда встаёт вопрос о ЗПТ, либо сами по каким-то причинам не могут получить консультацию областного специалиста-нефролога.

При анализе распространённости ХБП в зависимости от возраста, получены следующие результаты (рис. 5). Средний возраст российских больных, страдающих ХБП на 2010 г., составил 47,9 лет (в Белгородской области 49,8±8,2 лет).

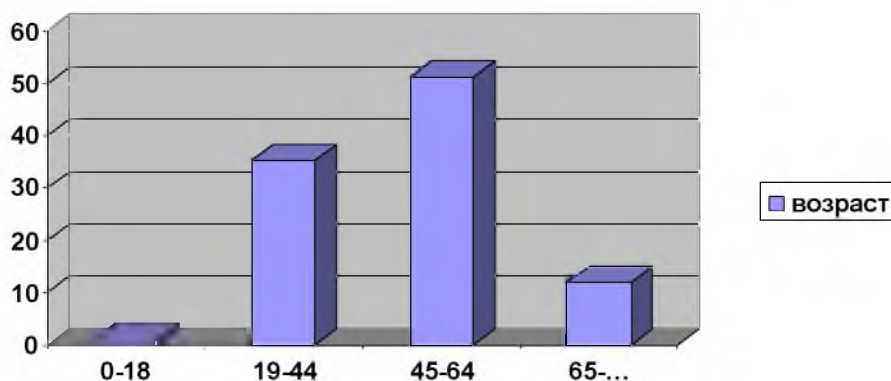


Рис. 5. Возраст больных с ХБП в Белгородской области

Уменьшение количества пациентов в возрастной группе старше 65 лет, по-видимому, объясняется высокой летальностью в предыдущей возрастной группе. Это отличается от показателей, характерных для стран Европы, Северной Америки, Австралии и Японии. Очевидно там, в целом, выше продолжительность жизни, а также более агрессивное профилактическое лечение летальных осложнений [3].

Большой интерес представляет медикаментозная терапия, которую получают больные с ХБП в реальной клинической практике в Белгородской области. Полученные нами данные о медикаментозной терапии в группе пациентов с хронической почечной недостаточностью показали, что только 51,2% больных постоянно принимали препараты, входящие в стандарты лечения ХПН, 31,4% лечились симптоматически, 6,4% – курсами во время стационарного лечения, 11,2% – никогда не получали лечения (рис. 6).

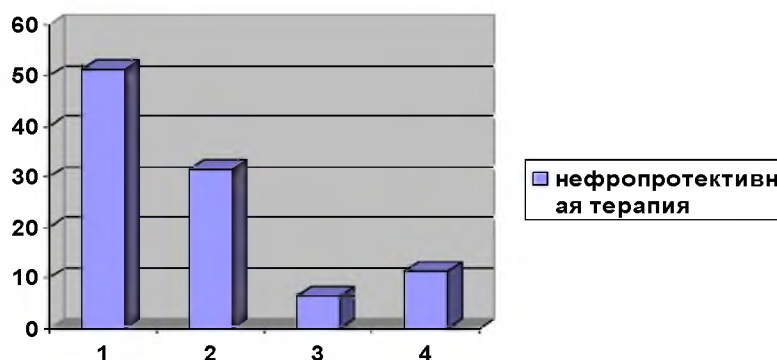


Рис. 6. Частота проводимой нефропротективной терапии у больных ХБП:

1. пациенты, получающие нефропротективную терапию согласно стандартам лечения ХПН;
2. пациенты, получающие симптоматическое лечение;
3. пациенты, получающие лечение курсом во время стационарного лечения;
4. пациенты, никогда не получавшие лечения.

При анализе лекарственной терапии больных с ХПН выявлена недостаточная частота приёма препаратов из основных групп для лечения ХПН. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) находились на первом месте по частоте приёма (75%), что соответствует рекомендациям по лечению ХПН, однако постоянно принимали препараты этой группы лишь 34,7%.

Таблица

Частота приёма препаратов разных лекарственных групп

Лекарственная группа	% пациентов
Тиазидные диуретики	19%
Бета-адреноблокаторы	37%
Антагонисты кальция	42%
Ингибиторы АПФ	75%
Блокаторы ангиотензиновых рецепторов II типа	8%
Статины	29%

Согласно современным представлениям о лечении ХПН, есть необходимость постоянного приёма препаратов, относящихся к группе статинов. Однако при нашем исследовании выявлено, что только 29% принимали эти препараты постоянно.

Особый интерес вызывает также вопрос приверженности назначенному лечению, так как это является ключевой ступенью в движении от правильной диагностики и правильного выбора препарата к достижению благотворного эффекта терапии. Обеспечение приверженности лечению актуально для всех возрастных, социальных и нозологических групп. По данным ряда исследований, недостаточная приверженность назначенной врачом терапии имеется у 26-59% пациентов, а большинство вмешательств увеличивают приверженность лечению чуть более чем на 10%, в то же время, являясь достаточно затратными по времени или слишком сложными для внедрения в повседневную практику. Все это делает крайне актуальным поиск новых путей по увеличению приверженности лечению, особенно среди пациентов высокого летального риска [4].

Учитывая устрашающие показатели смертности пациентов, страдающих почечными заболеваниями, от сердечнососудистой патологии, в последнее время всё большее внимание уделяется вопросам по изучению распространённости данной патологии среди общей популяции и профилактики смертельных осложнений при ХПН. При этом есть основания полагать, что истинная распространённость и заболеваемость хронической болезнью почек недооценена. Традиционное представление о редкости заболеваний почек должно быть полностью пересмотрено.

Литература

1. Томилина Н. А. Хроническая почечная недостаточность / Н.А. Томилина // Медицинская газета. – 2005. – №52. – С. 2-8.



2. Бикбов Б. Т. Состояние заместительной почечной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2007 гг. (Аналитический отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии) / Б.Т. Бикбов, Н.А. Томилина // Нефрология и диализ. – 2009. – Т. 11. – С. 144-233.
3. Беялов Ф. И. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и хроническая почечная недостаточность / Ф.И. Беялов // Нефрология и диализ. – 2009. – Т.5. – №4. – С. 57-63.
4. Мухин Н. А. Хронические прогрессирующие заболевания почек и современная нефропротективная стратегия — обоснование, возможности и перспективы / Н. А. Мухин // Успехи нефрологии. – 2001. – № 4 . – С. 66-80.

THE FREQUENCY OF CHRONIC KIDNEY DISEASE OF STAGES I-III IN BELGOROD REGION

M.S. SVIRIDOVA
O.A. EFREMOVA
L.A. KAMYSHNIKOVA

*Belgorod National
Reserch University*

e-mail: KMS200806@yandex.ru

The article has shown the results of the carried-out research about prevalence of a chronic disease of kidneys in Belgorod region. Frequency of identification and the reason of CDK origin are analysed. Tactics of this patient group treatment is also estimated.

Keywords: chronic nephritic insufficiency (HPN), terminal nephritic insufficiency, cardiovascular diseases (CVD), chronic disease of kidneys (CDK)