

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Вера Ростиславовна Головина

Медсанчасть ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска (главврач – М.Х. Закирзянов), г. Альметьевск

Реферат

Разработан алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с хронической почечной недостаточностью. Использование данного алгоритма обеспечило увеличение частоты раннего выявления пациентов, входящих в группы риска по развитию хронической болезни почек, и больший их охват, а также своевременную этиотропную, в том числе антимикробную, терапию при остром пиелонефрите и профилактику его хронизации.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, диспансеризация, гемодиализ.

Для всех стран, и России в частности, характерна тенденция к неуклонному росту числа больных хронической почечной недостаточностью (ХПН) [2]. Республика Татарстан, в которой также отчетливо прослеживается увеличение числа больных ХПН, не является исключением. Это связано с ростом распространенности хронических заболеваний почек, поздним выявлением ХПН, отсутствием настойчивости в соблюдении стандарта лечения больных ХПН и достижения требуемых целевых значений основных лабораторных и функциональных показателей. Оказание медицинской помощи больным ХПН, остаётся актуальной проблемой здравоохранения на сегодняшний день. Адекватный алгоритм оказания медицинской помощи больным ХПН позволит улучшить качество жизни пациентов.

Цель работы – разработать алгоритм ведения больных ХПН и проанализировать результаты его практического применения.

Для этого проанализированы результаты лечения 357 больных ХПН, находившихся под наблюдением врача-нефролога из центра амбулаторного гемодиализа с 1998 по 2009 г.

Приводим разработанный нами алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями почек:

I. Выявление больных хроническими

заболеваниями почек врачами различных специальностей (врачом общей практики, эндокринологом и ревматологом) с проведением скрининга хронической болезни почек среди пациентов групп риска (сахарный диабет, артериальная гипертензия, системные заболевания соединительной ткани и заболевания крови), включающего обследование мочи на протеинурию, определение уровня креатинина в сыворотке крови и скорости клубочковой фильтрации. Такие больные подлежат обязательному направлению на консультацию к нефрологу, который проводит регулярный осмотр пациентов с хроническими заболеваниями почек с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования в полном объёме, контроль за выполнением назначений и достижением целевых показателей.

II. Ведение больных нефрологом: взятие на диспансерный учёт, ведение регистра больных ХПН; определение тактики ведения пациента в зависимости от стадии заболевания; раннее выявление возможных осложнений; психологическая помощь пациенту; подготовка к заместительной почечной терапии.

III. Участие сосудистого хирурга: плановое формирование сосудистого доступа путём создания артериовенозной фистулы.

IV. Центр амбулаторного диализа: своевременное начало заместительной почечной терапии (ЗПТ) методом программного гемодиализа и обеспечение ее адекватности.

Результаты практического применения алгоритма ведения пациентов с ХПН отчетливо видны по изменению соотношения числа выявленных больных на ранних и поздней стадиях ХПН до и после внедрения разработанного алгоритма (см. табл.).

Как видно из таблицы, до 2004 г. (введение алгоритма) у большинства пациентов с ХПН была 3-я стадия ХПН, и они

Распределение числа пациентов с 1–3-й стадиями ХПН, состоящих на учёте у нефролога, до и после внедрения алгоритма

Годы	Всего больных ХПН	Стадии ХПН			
		1-я	2-я	3-я	больные на гемодиализе
1997	7	0	0	7	7
1998	8	0	0	8	8
1999	24	4	6	14	10
2000	31	5	7	19	14
2001	45	10	9	26	18
2002	54	20	10	24	19
2003	63	25	13	25	19
2004*	71	26	14	31	25
2005	94	43	21	30	25
2006	136	58	36	42	30
2007	213	107	55	53	38
2008	254	129	67	58	38
2009	317	182	75	60	42

* Введён алгоритм работы.

находились на лечении хроническим гемодиализом. Такие данные свидетельствует о том, что у этих больных диагноз ХПН был установлен впервые и их брали под наблюдение на стадии, уже требовавшей экстренного начала лечения гемодиализом. Позднее выявление заболевания и отсутствие периода подготовки к ЗПТ, а именно психологической подготовки, планового формирования сосудистого доступа, коррекции анемии, стабилизации АД,

вызывали у больных ряд серьёзных осложнений и высокую летальность в течение первого года программного гемодиализа. В последующие годы (рис. 1) отмечалось ежегодное увеличение числа пациентов, состоящих на учёте у нефролога с диагнозом ХПН, что в большей степени связано с ростом числа больных с 1-й стадией, а также с улучшением раннего выявления больных ХПН, ранней постановкой их на диспансерный учёт, а также с качественным ведением пациентов с 1 и 2-й стадиями ХПН. Число пациентов с 3-й стадией ХПН увеличилось незначительно, в основном за счёт впервые обнаруженных больных сразу на 3-й стадии. С момента же введения в практику алгоритма наблюдения за больными ХПН их число даже уменьшилось. При этом следует учесть, что число пациентов на 3-й стадии ХПН включает не только лиц, находящихся на программном гемодиализе, но и тех, кто продолжает консервативное лечение на этапе подготовки к ЗПТ, а также перенесших трансплантацию почки.

Лидирующее место среди причин почечной недостаточности, как видно по данным рис. 2 и 3, занимает хронический гломерулонефрит, что соответствует общероссийским данным [1]. Обращает на себя внимание рост числа больных с поражением почек при сахарном диабете, гипертонической болезни и с хроническим пиелонефритом, что подтверждает необходимость более раннего обследования пациентов, входящих в группы риска по развитию хронической болезни почек и своевременной этиотропной, в том числе антимикробной, терапии при остром пие-

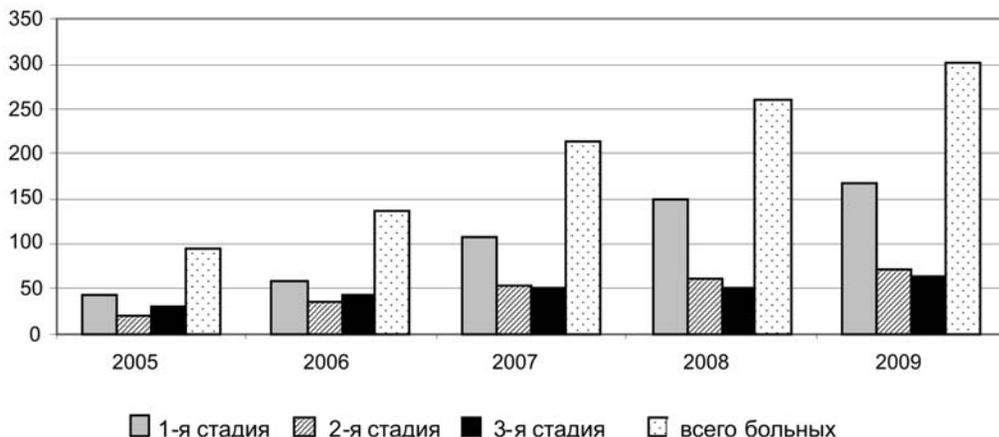


Рис. 1. Число пациентов, состоящих на учёте у нефролога с диагнозом ХПН после внедрения алгоритма.

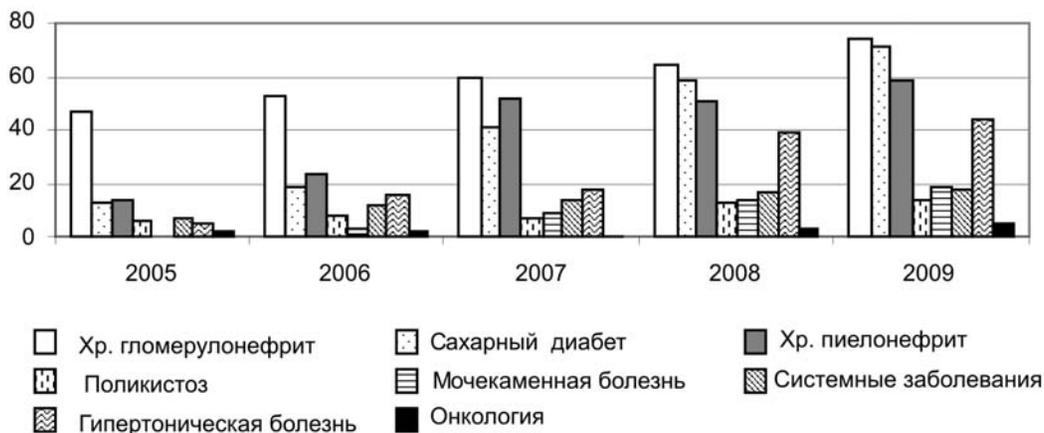


Рис. 2. Распределение больных ХПН по основному заболеванию.

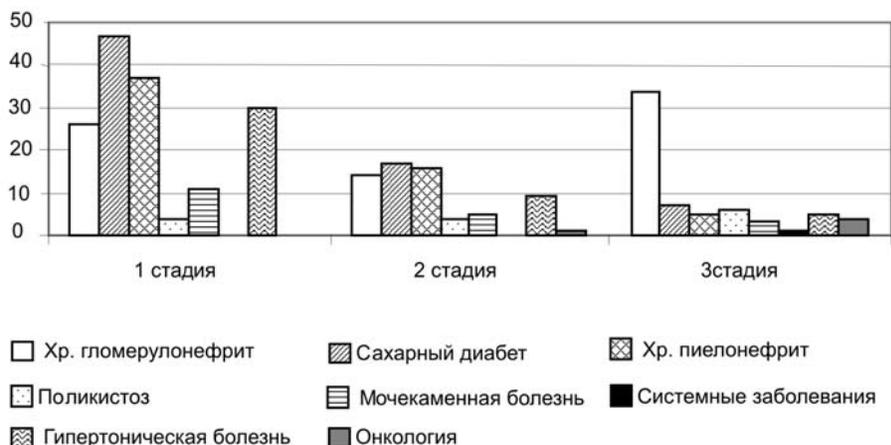


Рис. 3. Распределение пациентов по стадиям ХПН в зависимости от основного заболевания.

лонефрите для профилактики его хронизации.

Для хронического пиелонефрита характерно примерно одинаковое распределение по стадиям. Доля больных поликистозом почек среди пациентов со 2-й стадией выше, чем среди пациентов с 1-й стадией, что указывает на прогрессирующий характер заболевания и трудности нефропротекции с целью снижения скорости прогрессирования почечной недостаточности.

Скрининг пациентов, угрожаемых по ХПН, для раннего выявления признаков хронической болезни почек и проведение нефропротективного лечения позволяют надеяться на увеличение продолжительности их жизни до диализной стадии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Томилина Н.А., Куксенко А.В., Бикбов Б.Т. О состоянии заместительной терапии хронической почечной недостаточности в Российской Федерации (Ежегодный отчет по данным Российского регистра) // Нефрол. и диализ. – 2009. – Т. 11. – № 3. – С. 146 – 155.

2. Brown W.W. Geriatric Dialysis Patients. In: Principles and Practice of dialysis / Ed. William L. Henrich. – Baltimore: Williams & Wilkins, 1994. – P. 339–360.

Поступила 25.12.09.

THE SEQUENCES OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

V.R. Golovina

Summary

Developed was the algorithm of observation of patients with chronic renal failure. The usage of this algorithm provided an increase in the frequency of early identification of patients at risk for chronic kidney disease, and greater coverage of these patients, as well as timely etiologic therapy for acute pyelonephritis, and prevention of its chronicity.

Key words: chronic renal failure, clinical examination, hemodialysis.