

резистентность к эритропоэтинам, что было обусловлено дефицитом железа, высоким уровнем паратгормона и присоединении множественной миеломы.

Так как анемия и устойчивость к ЭСП способствуют повышению заболеваемости и летальности, важно понимать этиологические факторы и способы преодоления их с целью улучшения клинических исходов.

ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ

Андоньева Н. М., Дубовик М. Я., Гуц Е. А., Грушка М. А., Валковская Т. Л.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала», г. Харьков

Сахарный диабет (СД) распространенное заболевание и является одной из наиболее острых проблем клинической медицины, что обусловлено широким распространением, клиническим полиморфизмом и тяжестью осложнений. Серьезной проблемой остается недостаточный уровень выявления диабетической нефропатии, которая является наиболее частой причиной терминальной хронической почечной недостаточности (ХПН), что разрешает назвать ее «медицинской катастрофой всемирного масштаба» [1, 2]. СД как причина хронической болезни почек (ХБП) Vст. зарегистрировано 14,2%, а на заместительной почечной терапии (ЗПТ) – 12% пациентов [3, 4]. В то же время, данные Европейской Ассоциации Диализа и Трансплантиации свидетельствуют о значительно большей заболеваемости и распространенности СД среди пациентов на ЗПТ [2, 4].

Несмотря на серьезные достижения последних лет, в лечении больных с терминальной стадией ХБП, частота заболеваемости и смертности при данной патологии остаются высокими, а выживаемость на протяжении первых 5 лет колеблется в пределах 30-50% от начала проведения почечнозаместительной терапии [3, 7]. Предикторами неблагоприятного результата ПЗТ рассматриваются сопутствующие заболевания в комплексе с другими составляющими коморбидности, которые оказывают непосредственное влияние на результат заместительной терапии [6, 7].

Влияние коморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение терминальной стадии ХБП многогранный и индивидуальный. Взаимодействие заболеваний, возраста, характер и тяжесть осложнений значительно изменяет клиническую картину и ход основной нозологии, ухудшают качество жизни больного, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический процесс. Коморбидность влияет на прогноз для жизни, увеличивает вероятность летального исхода [1, 6, 8].

Согласно данным регистра Европейской Ассоциации Диализа и Трансплантиации, пятилетняя выживаемость пациентов СД самая низкая, практически в два раза ниже, чем у пациентов с гломерулонефритом [2, 4]. Больные сахарным диабетом, получающие лечение методами диализной терапии, являются более тяжелыми, что обусловлено широко представленным коморбидным синдромом [2, 3, 5].

Учитывая сложности ведения пациентов сахарным диабетом, мы проанализировали качество лечения больных данной категории методом перитонеального диализа (ПД) и изучили коморбидность у пациентов диабетической нефропатией.

Материалы и методы. Исследование проводилось в отделении нефрологии и перитонеального диализа Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала. Нами ретроспективно проанализировано материалы наблюдений 87 пациентов (43 женщин и 34 мужчин) с терминальной стадией ХПН на фоне СД I типа (61,2%) и СД II типа (38,8%), получающих ЗПТ методом ПАПД. Возраст больных колебался от 23 до 70 лет ($42,4 \pm 6,2$ года). На момент обследования продолжительность лечения ПАПД составляла 4–86 мес. Остаточная функция почек (суточный диурез ≥ 500 мл) сохранялась у 68 больных; суммарный недельный Kt/V urea колебался в пределах 1,7–3,7 (медиана 2,0).

Сопутствующая патология оценивалась по индексу коморбидности, рассчитанному по M.E.Charlson, который включал возраст больного: 1 балл (50-59 лет), 2 балла (60-69), 3 – (70-79), 4 – (80-89), а также число и тяжесть сопутствующих заболеваний.

Результаты исследования.

Полученные данные показали, что практически все пациенты СД, которые получали ПД, могут рассматриваться коморбидными. Осложненную коморбидность к началу лечения ПД имели 86%

пациентов. Одним из ведущих осложнений СД занимает макроангиопатические поражения, атеросклеротического генеза. В связи с этим, основной причиной смерти у данных пациентов является возникновение сердечно-сосудистых катастроф. В нашем исследовании: Ишемическая болезнь сердца диагностирована у 67,1% пациентов, инфаркт миокарда в анамнезе отмечался у 24,7% больных, острое нарушение мозгового кровообращения встречалось у 16,2% случаев.

Не менее серьезными и распространенными являются микрососудистые осложнения СД. Почти пятая часть пациентов данной категории имеют проблемы со зрением. Большую часть из них (75-80%) составляют пациенты с различной степенью диабетической ретинопатии, меньшую (20-25%) – с осложненной диабетической катарактой, вторичной неоваскулярной глаукомой, синдромом «сухого» глаза и другими проблемами [2, 8]. В нашем исследовании: диабетическая ретинопатия выявлена в 92% случаев, диабетическая катаракта – в 57,4%, отслойка сетчатки зарегистрирована в 39,2% пациентов.

Поражение нервной системы при СД встречается с высоким постоянством и, по данным разных авторов, обнаруживается у 70-90% пациентов СД [2]. У исследуемых больных 86% случаев диагностирована диабетическая полинейропатия. Среди них у 4 больных выявлена «диабетическая стопа», у 3 пациентов произведена ампутация нижней конечности до в/3 бедра в связи с гангреной.

Сахарный диабет и артериальная гипертония (АГ) являются двумя взаимоотягощающими состояниями, поскольку они поражают общие органы-мишени. В связи с чем, ассоциация СД и АГ повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний в 7 раз, что в значительной степени связано с патологическими изменениями со стороны сердца и сосудов, которые объединяются термином «ремоделирование» сердечно-сосудистой системы [1, 5].

АГ в данной популяции диагностирована в 100% случаев. При этом 12% пациентов получали один антигипертензивный препарат, 54% - два препарата, 32% - три антигипертензивных средства и 2% - четыре препарата.

Больше половины больных с ХБП страдает анемией. Соответственно, СД является одной из главных причин нефрогенной анемии. При диабетической нефропатии анемия развивается раньше, чаще и протекает тяжелее, чем у больных с заболеваниями почек другой этиологии [4]. В нашем исследовании анемия выявлена у 59% пациентов СД. В 36% случаев проводилась коррекция данного осложнения эритропоэтинами и в 80% пациенты получали препараты железа.

Кроме этого, у 68% исследуемых пациентов диагностирована гастро- и дуоденопатия, в 26% случаев выявлена язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, в 22% больных определен жировой гепатоз, 14% пациентов страдали хроническими обструктивными заболеваниями легких.

Состояние 16% пациентов было отягощено наличием хирургической патологии (грыжи передней брюшной стенки, хронический калькулезный холецистит). Важной проблемой, которая определяет выживаемость метода ПД, а в некоторых случаях и больных, является диализный перитонит. Диализные перитониты обуславливают 15-35% всех госпитализаций у пациентов на ПД и являются одной из главных причин перевода на гемодиализ [3]. По нашим данным у 33,4% больных развился диализный перитонит, из них 12,6% случаев обусловлен грибковой инфекцией, что явилось причиной конверсии на ГД.

К началу лечения ПД у 86% больных сахарным диабетом определялся коморбидный синдром (Табл 1).

Таблица 1

Индекс коморбидности исследуемых пациентов

3 балла	4 балла	5 баллов	6 баллов	8 баллов
12,4%	33,6%	24,6%	10,8%	4,6%
больных	больных	больных	больных	больных

В нашем наблюдении выявлено, что пятилетняя выживаемость пациентов с диабетической нефропатией была значительно ниже (46%), чем у больных общей популяции (76%) (Рис.1).

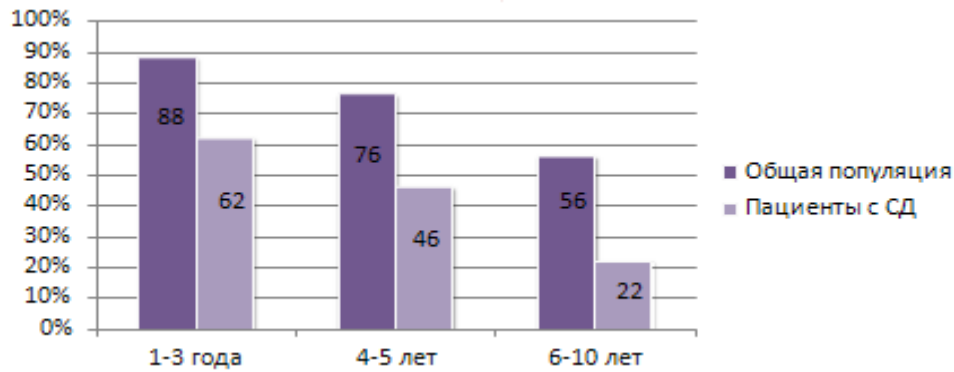


Рис. 1. Выживаемость пациентов на перитонеальном диализе.

В структуре летальности больных с ХБП VД стадии ведущее место занимает кардиоваскулярная патология. В нашем наблюдении сердечно-сосудистые осложнения были непосредственной причиной смерти больных, которые получали перитонеальный диализ (Рис.2).

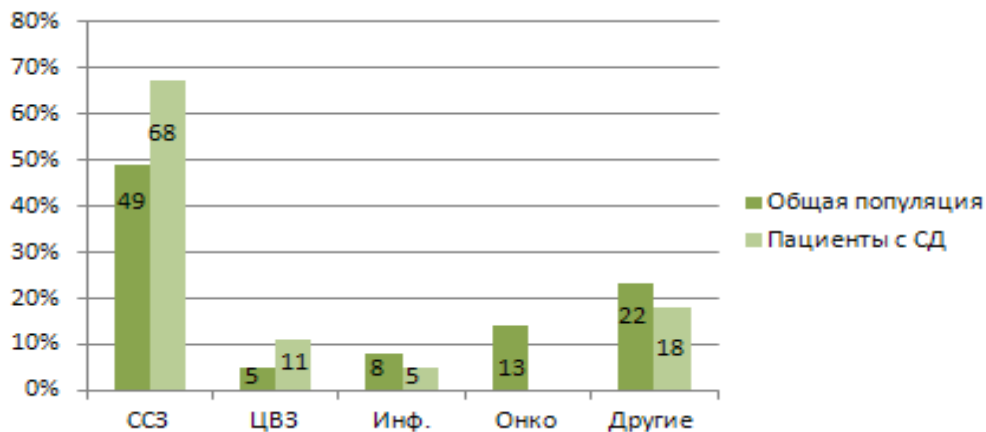


Рис. 2. Причины летальности больных с ХБП V Д

Таким образом, наше наблюдение демонстрирует, что коморбидность при сахарном диабете является значимым фактором, который ограничивает эффективность перитонеального диализа. Изучение патогенетических механизмов последней и усовершенствование подходов к ее профилактике и лечению является одной из первоочередных задач для нефрологов, решение которой позволит улучшить результаты применения перитонеального диализа и качество жизни пациентов с диабетической нефропатией.

Выводы

1. Течение сахарного диабета на заместительной почечной терапии методом перитонеального диализа характеризуется высокой распространенностью макро- и микрососудистых осложнений на фоне высокой частоты сопутствующих заболеваний.

2. Коморбидность – мощный фактор декомпенсации больных сахарным диабетом, ухудшающий прогноз в проведении почечнозаместительной терапии, что требует не только своевременной диагностики сочетанных поражений, но и адекватной комплексной терапии.

3. Необходим комплексный подход с учетом коморбидности, который ставит условие, что нужно лечить не болезнь, а больного.

Литература:

1. Багрий А.Э. Особенности медикаментозной терапии пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2-го типа / А.Э. Багрий // Здоров'я України. –2010.–№3. – С. 5.
2. Курникова И.А. Оптимизация системного подхода в реабилитации больных сахарным диабетом с высокой коморбидностью // Международный эндокринологический журнал. 2010. № 3.
3. Лісовий. В.М, Андон'єва Н.М. Адекватність використання постійного амбулаторного перитонеального діалізу в діалізованому центрі м. Харкова // «Український журнал нефрології та діалізу». -2013.- № 1. -С. 128-129.
4. Лесовой В.Н, Андоньєва Н.М. Применение перитонеального диализа как метода коррекции уремического синдрома у пациентов с хронической болезнью почек // Международный медицинский журнал. -2011.- Т17.- №3(67).-С. 95-100.
5. Bayliss E. A., Ellis J. L., Steiner J. F. Subjective assessments of comorbidity correlate with quality of life health outcomes: initial validation of a comorbidity assessment instrument // Health qual. life outcomes. - 2005. - Vol. 3. - P. 51.
6. Charlson M. Can disease management target patients most likely to generate high costs? The impact of comorbidity / M. Charlson, R. E. Charlson, W. Briggs, J. Hollenber // J. gen. intern. med. - 2007. -№ 22 (4). - P. 464-469.

7. Starfield B., Lemke K. W., Herbert R., et al. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly // Ann. fam. med. -2005. - Vol. 3. - P. 215-222.
8. Van den Akker M., Buntinx F., Roos S. et al. Problems in determining occurrence rates of multimorbidity // J. clin. epidemiol. -2001. - Vol. 54. - P. 675-679.

ОСОБЕННОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Бирюкова И. Т., Лавриненко Г. И., Тарнакина Т. П.

Харьковская городская клиническая больница № 2

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала», г. Харьков

Сахарный диабет давно уже приобрел размеры эпидемии среди неинфекционных заболеваний и рассматривается как медико-социальная проблема в силу нарастающей заболеваемости, в том числе среди лиц молодого возраста, ранней инвалидизации и высокой летальности больных.

Сахарный диабет I типа (СД I) и хроническая болезнь почек (ХБП) стоят рядом в перечне актуальных проблем современной медицины, занимая за темпами прироста среди основных причин смерти 2 место. Число случаев смерти от ХБП в мире выросло приблизительно на 82%, от СД – на 93%.

Известно, что 90% б-х СД II. живут в странах со средним или низким уровнем. Украина, как страна ограниченными ресурсами, не отклоняется от мировых тенденций: на 2014 г. количество больных СД приближается до 1.4 млн, из них 2 тип диагностирован у 1.14 млн (93%) .

Ежегодный прирост показателей распространенностей СД в Украине составляет 4.4 %.

По данным Nam Han Cho (президент International Diabetes Federation (IDF) в 2016-2017.) каждые 2 случая в мире врачи подтверждают новый случай СД , а каждые 6 сек.- умирает 1 человек с этим диагнозом.

Диспансеризация больных СД представляет планомерное проведение врачебных осмотров, комплекс профилактики и лечения, с помощью которых можно на ранних стадиях выявить болезнь, предупредить её прогрессирование. Поддержание у больного стабильного духовного и физического состояния, сохранения трудовой стабильности и предупреждение всевозможных осложнений, а также сопутствующих заболеваний.

Периодичность наблюдения за больными зависит от лечения и тяжести диабета. Постоянными консультантами остаются офтальмолог, невропатолог, нефролог, терапевт. Остальные специалисты привлекаются по мере необходимости.

Под диспансерным наблюдением в городском нефрологическом кабинете находится 27 человек. 2 человека сняты со смертностью. Из них мужчин – 10 ч., женщин – 17 ч. Под наблюдением врача нефролога по больные страдающие сахарным диабетом от 1 года до 19 лет. Относительно регулярно посещают нефролога -11 человек (40.7%). 16 чел.(59.3%) наблюдаются крайне редко, по вызову не приходят по 4-5 лет, в связи с чем, приходится вызывать через участковую сеть. Имеют 1 группу инвалидности – 7 чел.(25.9%) 3 группу инвалидности -8 чел.(29.6%).

Стационарное обследование проводится в эндокринологическом отделении ХГКБ №2; НИИ эндокринологии и в нефрологическом отделении ОКЦУН. Разработаны стандарты медицинских технологий диагностически-лечебного процесса амбулаторно-поликлинической помощи.

Необходимо проводить диагностические исследования больным сахарным диабетом с поражением почек: анализ мочи клинический, анализ мочи по Нечипоренко, суточная протеинурия, анализ крови клинический, почечные пробы, общий белок, липидный комплекс.

Кратность диспансерного наблюдения 1раз в 6 месяцев. Осмотр узких специалистов, консультация уролога, гинеколога, офтальмолога, и др. 1 раз в год. При ХБП 4-5 кратность диспансерного наблюдения 1 раз в квартал.

Лечебные мероприятия: диетотерапия, щадящий режим, мочегонные, гипотензивные препараты, коррекция углеводного обмена, при ХБП 4-5 энтеросорбенты, коррекция анемии. Кратность наблюдения по необходимости.

Реабилитационные мероприятия: рациональное трудоустройство при необходимости направления на МСЭК, санаторно-курортное лечение. Кратность пожизненно. Профилактические мероприятия: санация хронических очагов инфекции, отмена профилактических прививок.

Показания к госпитализации: наличие признаков обострения, ухудшение состояния больного, ухудшение лабораторных показателей. Критерии желаемых результатов: нормализация АД, нормализация показателей крови, уменьшение протеинурии. Диспансерное наблюдение пожизненно.