

проявляється змінами вмісту апопротеїнів і ХС ЛПВЩ на тлі нормальних концентрацій атерогенних фракцій ЛП, що є наслідком уремичної інтоксикації і наростання катаболічних процесів в організмі хворих.

Порушення ліпідного обміну у хворих на ХХН V ст. проявляються не лише збільшенням концентрації атерогенних фракцій і зниженням антиатерогенних, але й низькими концентраціями апо-В на фоні незмінених концентрацій ХС ЛПНЩ, а також підвищеним вмістом апо-А1 на тлі низьких або нормальних концентрацій ХС ЛПВЩ.

Таким чином, дисліпідемія тісно пов'язана з прогресуванням ХХН, її вплив обумовлено як атеросклеротичним ураженням ниркових судин, так і прямим нефротоксичну дією ліпідів. Гіполіпідемічна терапія у хворих із ХХН на гемодіалізі має переслідувати мету попередження розвитку кардіоваскулярних захворювань. Виявлення проявів порушення ліпідного обміну у пацієнтів з хронічними нирковими захворюваннями необхідне для визначити групи високого ризику та своєчасного призначення терапії з метою попередити розвиток серцево-судинних ускладнень.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК – ПРИЧИНЫ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Лесовой В.Н., Андоньева Н.М., Гуц Е.А., Дубовик М.Я., Олянич С.А., Валковская Т. Л.

Харьковский национальный медицинский университет

Хроническая болезнь почек (ХБП) занимает среди хронических неинфекционных болезней особое место, поскольку она широко распространена, связана с резким ухудшением качества жизни, высокой смертностью и в терминальной стадии приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии – диализа и пересадки почки. Многие годы серьезность проблемы ХБП недооценивалась, она оставалась в «тени» других социально значимых заболеваний.

Всплеск интереса к данной проблеме возник в начале XXI века, когда появились данные крупных эпидемиологических исследований (NHANES и др.), показывающие высокую частоту нарушений функции почек в популяции, а также когда стало очевидно, что диализные службы во всем мире не справляются с постоянно растущим притоком пациентов с терминальной почечной недостаточностью.

В США расходная часть бюджета системы Medicare, направляемая на обеспечение заместительной почечной терапии, достигает 5%, тогда как доля этих пациентов составляет всего 0,7% от общего числа больных, охваченных данной системой. В странах ЕС только на обеспечение диализа ежегодно расходуется 2% бюджета здравоохранения.

В США, стране с самой высокзатратной системой здравоохранения в мире, число больных, нуждающихся в заместительной почечной терапии (диализе и пересадке почки), увеличивается в 1,5 раза каждые 10 лет, а расходы на их лечение – удваиваются.

В Украине по данным Национального регистра в 2016 году различные виды заместительной почечной терапии получали около 8 тыс. человек, ежегодный прирост числа этих больных в среднем составляет 10%. При этом на лечение одного больного в течение года в нашей стране расходуется более 200 тыс. грн. В Украине средний возраст больных, получающих заместительную почечную терапию, составляет 47 лет, то есть в значительной мере страдает молодая, трудоспособная часть населения.

Высокозатратный характер заместительной почечной терапии - одна сторона проблемы. В то же время эти методы лечения, жизненно важные для больных с терминальной почечной недостаточностью, в Украине не являются общедоступными - вопреки основополагающим принципам отечественного здравоохранения.

В XXI век наша страна вступила с низкими показателями обеспеченности населения диализом и трансплантацией почки. В последующие годы число диализных мест увеличилось почти в 3 раза, однако и в настоящее время обеспеченность населения нашей страны данными видами лечения в 3-7 раз ниже, чем в странах Евросоюза, чем в США. Достигнутый прогресс в развитии заместительной почечной терапии в нашей стране фактически сводится на нет естественным приростом числа людей с почечной недостаточностью в популяции.

Таким образом, несмотря на значительный прогресс в развитии ЗПТ (диализа и трансплантации почки) в течение последнего десятилетия и стабильный рост показателей обеспеченности ею жителей Украины, до настоящего времени не удалось преодолеть существенный дефицит данных видов

лечения. Развитие ЗПТ в целом тормозит не только недостаточное финансирование, но и отсутствие единой государственной программы, а развитие трансплантации – также и отсутствие эффективной системы донорства, негативное отношение к вопросам органного донорства в обществе.

Диализ и трансплантация решают далеко не все проблемы пациентов с хронической болезнью почек. Ни один из существующих на сегодня методов заместительной почечной терапии не является безупречным, не обеспечивает 100% восполнения утраченных функций почек, не лишен риска осложнений. Больные, получающие заместительную почечную терапию, характеризуются в несколько раз более высокой смертностью по сравнению с общей популяцией, снижением качества жизни.

Основная причина госпитализаций и смерти диализных больных - сердечно-сосудистые осложнения, частота которых в десятки раз выше общепопуляционных показателей. Как было показано в многочисленных исследованиях, признаки ремоделирования сердца и сосудов отмечаются более чем у половины больных с 3-й стадией ХБП, т. е. задолго до диализа. При нарушении функции почек неблагоприятное влияние на сердце и сосуды традиционных факторов риска (повышенного артериального давления, повышенного уровня холестерина крови, нарушений углеводного обмена) усиливается и появляются дополнительные, “почечные” факторы риска – нарушения фосфорно-кальциевого обмена и вторичный гиперпаратиреоз, анемия. В соответствии с этим традиционные методы кардиопротекции оказываются далеко не так эффективны у пациентов с ХБП и требуют существенной модификации.

В результате большинство пациентов с ХБП не доживают до диализа, погибая на более ранних стадиях болезни от сердечно-сосудистых осложнений. Особая опасность ХБП, так же как и других более известных “тихих убийц” – сахарного диабета и артериальной гипертензии, состоит в том, что она может длительное время не вызывать никаких жалоб, которые побудили бы больного обратиться к врачу и начать лечение. Ежегодно десятки тысяч граждан Украины трудоспособного возраста умирают от осложнений ХБП, в первую очередь сердечно-сосудистых заболеваний, которые при нарушении функции почек встречаются в десятки раз чаще, чем в общей популяции, и имеют ряд неблагоприятных для прогноза особенностей.

Социально-экономические последствия эпидемии ХБП включают:

- неуклонно растущую потребность в высокотратных методах ЗПТ;
- необходимость назначения дорогостоящих препаратов для коррекции анемии и нарушений фосфорно-кальциевого обмена;
- многократное повышение риска развития сердечно-сосудистых осложнений, плохо поддающегося коррекции традиционными методами;
- повышение потребности в стационарном лечении;
- уменьшение трудоспособной части населения страны, инвалидизацию, ухудшение качества жизни;
- резкое повышение риска осложнений беременности со стороны матери и плода, высокую материнскую и младенческую смертность, при выраженном снижении функции почек – бесплодие;
- высокую смертность от сердечно-сосудистых, инфекционных и других осложнений.

Ведущими нефрологами Национального почечного фонда США (NKF) была разработана и представлена в 2002 году концепция хронической болезни почек, принятая в настоящее время во всем мире и Украине.

Хроническая болезнь почек - наднозологическое понятие, объединяющее всех больных с сохраняющимися в течение 3 и более месяцев любыми патологическими изменениями со стороны почек по данным лабораторных и инструментальных исследований и/или наличием нарушения функции почек в виде снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной с использованием формул Cockcroft-Gault или MDRD.

Распространенность хронической болезни почек в популяции (исследование NHANES и др.) высока - 6-16% (в Японии - до 20%).

В структуре хронической болезни почек первое место по частоте занимают больные диабетической нефропатией и пациенты с поражением почек в рамках сердечно-сосудистых заболеваний - гипертензивной болезни и атеросклероза. Среди «нефрологических» причин хронической болезни почек лидирует хронический гломерулонефрит; существенный вклад в ее развитие вносят хронический пиелонефрит и поликистозная болезнь почек.

В Украине распространенность ХБП по итогам 2016 г. составила 979,2 на 100 тыс. населения, т.е. менее 1% населения, впервые выявлено 65,8 случаев на 100 тыс. населения. Однако по данным

исследований в отдельных группах населения с повышенным риском поражения почек распространённость ХБП значительно выше: признаки хронической болезни почек отмечаются более чем у 1/3 больных хронической сердечной недостаточностью; снижение фильтрационной функции почек наблюдается у 36% лиц в возрасте старше 60 лет. Среди лиц ранее не наблюдавшихся нефрологом, и которым ранее не ставился диагноз заболевания почек, выявлено снижение СКФ до уровня менее 60 мл/мин/1,73 м² у каждого шестого больного без заболеваний сердечно-сосудистой системы и у каждого четвертого больного с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Большинство пациентов с ХБП – это больные с вторичными нефропатиями в рамках сахарного диабета, гипертонической болезни, системного атеросклероза. В то же время нарушение фильтрационной функции почек многократно повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений, приводит к выраженной артериальной гипертонии, ремоделированию сердечной мышцы и сосудистой стенки, развитию инсулинорезистентности и гиперлипидемии. Поэтому заболевания сердечно-сосудистой системы, нарушения обмена веществ и ХБП нередко сочетаются у одного и того же пациента.

Сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет и ХБП имеют общие факторы риска и механизмы прогрессирования, что позволяет проводить их комплексную профилактику.

Развитие ХБП у больных артериальной гипертонией и сахарным диабетом, аутоиммунными болезнями (системной красной волчанкой, ревматоидным артритом и др.) существенно ухудшает прогноз и требует пересмотра тактики лечения. С одной стороны, при наличии ХБП требуется более строгий контроль артериального давления, чем у гипертоников со здоровыми почками, с другой стороны, при нарушенной функции почек гипертония носит более резистентный к лечению характер, а возможности применения многих лекарств с почечным путем выведения резко ограничены. У больных с нарушенной функцией почек резко повышается риск нежелательных явлений лечения и непредсказуемых лекарственных взаимодействий.

Выполнение комплексной задачи кардио- и нефропротекции, направленной на улучшение общего прогноза и предотвращение развития терминальной почечной недостаточности, возможно только при совместном ведении пациента с признаками ХБП, активном взаимодействии кардиолога и нефролога, эндокринолога и нефролога или всех трех специалистов.

Хроническая болезнь почек - не узкоспециальная, «нефрологическая», а общемедицинская проблема:

1. Расходы на заместительную почечную терапию составляют значительную часть национальных бюджетов здравоохранения;

2. Основные причины терминальной почечной недостаточности - не первичные заболевания почек (гломерулонефрит, наследственные болезни почек), а вторичные нефропатии (диабетическая, гипертоническая, ишемическая);

3. Основная причина смерти пациентов с хронической болезнью почек - не уремия, а сердечно-сосудистые осложнения, встречающиеся у пациентов с нарушенной функцией почек в десятки раз чаще, чем в общей популяции и имеющие свои особенности;

4. Возможностью диагностики хронической болезни почек на ранней стадии обладают не нефрологи, а представители других специальностей (эндокринологи, кардиологи), терапевты и врачи общей практики, к которым, в первую очередь, обращаются и под наблюдением которых находятся пациенты, входящие в группу риска развития хронической болезни почек;

5. Наличие хронической болезни почек лимитирует многие методы лечения и диагностики, широко применяемые в популяции (некоторые антибиотики и антигипертензивные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты и анальгетики, рентгеноконтрастные средства, другие потенциально нефротоксичные лекарства, любые препараты, экскретируемые почками);

6. Задача мониторинга пациентов с хронической болезнью почек, обеспечения эффективной нефропротективной терапии, достижения рекомендованных целевых клинико-лабораторных показателей может быть решена только при совместных усилиях всего медицинского сообщества.

Существуют два подхода к выявлению хронической болезни почек: проведение скрининга (в рамках всеобщей диспансеризации) и профилактических мер во всей популяции, либо прицельная работа с пациентами из группы повышенного риска ее развития.

В Украине, по данным Всемирной организации здравоохранения, лидирующими факторами риска смертности и заболеваемости являются высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, курение и алкоголь. Хорошо известно, что их неблагоприятное влияние отражается не только на состоянии сердечно-сосудистой системы, но и вызывает хроническую болезнь почек.

Для виявлення пацієнтів с хронічною захворюванням нирок використовуються прості доступні діагностичні тести: загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові с визначенням рівня креатиніну, на основі якого по формулам розраховують швидкість клубочкової фільтрації, ультразвукове дослідження нирок. Для ранньої діагностики хронічної захворюванням нирок у хворих, входять в групу ризику її розвитку, у яких відсутній білок в загальному аналізі сечі, проводять тест на мікроальбумінурію.

Для діагностики порушення функції нирок може бути використано визначення рівня креатиніну крові, однак цей метод не враховує антропометричні, статеві, вікові особливості хворих, що може призводити до серйозних помилок. При вираженому порушенні функції нирок рівень креатиніну крові дає завищене уявлення про швидкість клубочкової фільтрації. Тому необхідно додатковий розрахунок швидкості клубочкової фільтрації (СКФ) по одній з наступних формул: Кокрофта Голта і MDRD. Існують комп'ютерні програми, номограми, дозволяють в практичній роботі легко розраховувати швидкість клубочкової фільтрації, знаючи рівень креатиніну крові пацієнта.

Визначення мікроальбумінурії має особливе значення для ранньої діагностики ХБП у хворих цукровим діабетом і гіпертонічною захворюванням, при яких ураження нирок тривале час не супроводжується значущою втратою білка, виявляється в загальному аналізі сечі або при допомозі тесту на протеїнурію. Мікроальбумінурія на сьогоднішній день є доказаним чутливим фактором серцево-судинного ризику. Наявність мікроальбумінурії у осіб со СКФ більше 60 мл/мін/1,73 м² пов'язано не тільки з більш високою серцево-судинною смертністю, а й з більш швидкими темпами падіння фільтраційної функції по порівнянню з людьми з тим же рівнем СКФ, а відсутністю мікроальбумінурії.

Розвиток ЗПТ – відкриття нових діалізних місць і збільшення кількості трансплантацій нирки – має для нашої області велике значення, однак вирішує цю проблему тільки частково, оскільки не забезпечує відновлення працездатності і високого якості життя хворих, не запобігає їм високій смертності від серцево-судинних і інших ускладнень, в десятки раз перевищують загальнопопуляційні показники.

Тому сьогодні як ніколи актуальна задача створення системи нефрологічної допомоги населенню шляхом розробки ефективних механізмів їх взаємодії з первинним ланкою охорони здоров'я, центрами здоров'я і профілактики, структурами і службами, займаються лікуванням і профілактикою інших соціально значущих захворювань.

Хронічна захворюванням нирок – не вузька нефрологічна, а загальномедична проблема з серйозними соціальними і економічними наслідками для всієї країни. Її рішення можливо тільки спільними зусиллями всієї медичної спільноти при підтримці органів влади і суспільства, інформованості і активній участі населення.

РОЛЬ НИРКОВОГО КОНТИНУУМА В ПРОГРЕСУВАННІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДІАЛІЗІ

Лісовий В. М., Андон'єва Н. М., Дубовик М. Я., Гуц О. А., Грушка М. А.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Вступ. В даний час, як мінімум, у кожного десятого жителя Землі є ознаки пошкодження нирок. При цьому ці цифри були отримані як в промислових країнах з високим рівнем життя, так і в країнах, що розвиваються із середнім і низьким доходом населення [2,8,9]. Близько 500 000 000 людей на планеті мають в тій чи іншій мірі порушену функцію нирок, і життя більше 1 750 000 з них триває лише завдяки замісній ниркової терапії (це гемодіаліз (ГД), трансплантація нирки (ТН) і перитонеальний діаліз (ПД) [3,6]. ХХН приймає епідемічний характер. Причини цьому, як вважають, - артеріальна гіпертонія, все більша зустрічальність діабету 2 типу, ожиріння, порушення обміну ліпідів – головні компоненти метаболічного синдрому та збільшення тривалості життя і т.д. [1,4]. Поширеність ХХН в Україні, за офіційними даними, склала приблизно 900 випадків на 100 тис. населення, захворюваність - близько 80 випадків на 100 тис. населення. З урахуванням даних міжнародних епідеміологічних досліджень, згідно з якими поширеність ХХН у світі становить 7-10%, статистичні дані по Україні занижені як мінімум на порядок. Інформація про те, що в нашій країні щорічно з'являється всього лише 20 нових випадків ХХН V стадії на 1 млн. населення також не відображає реальну ситуацію. Згідно середньоєвропейським даним по щорічній кількості пацієнтів, яким починають проводити замісну ниркову терапію (ЗНТ), цей показник становить як мінімум 650