

вираженіші у жінок, високі рівні тривожності, превалювання високого рівня відчуття самотності у жінок, неактивне та неуспішне використання стратегії «рішення проблем».

3. При розробці комплексного медико-психологічного супроводу для пацієнтів бариатричного профілю необхідно враховувати мішені психокорекційного та психотерапевтичного втручання. Представлена система медико-психологічної допомоги являє собою групові та індивідуальні форми роботи.

### **Список літератури**

1. Гриневич Є.Г. Маркери-мішені та принципи психокорекції різних форм розладів // Медицинская психология. 2013. № 1. С. 76-82.
2. Лебедев Л.В., Седлецкий Ю.И. Хирургическое лечение ожирения и гиперлипидемии. Л., Медицина. 1987. 215 с.
3. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты // Самара. «Бахрах-М», 2002. 672 с.
4. Яшков Ю.И. О хирургических методах лечения ожирения. – М.: АирАрт, 2010. – 48 с.
5. Metabolic Medicine and Surgery / M. M. Rothkopf, M. J. Nusbaum, L. P. Haverstick. — Boca Raton: CRC Press., 2015. – 593 p.

### **СТРУКТУРОВАНІЙ ПІДХІД ДО ПРОБЛЕМИ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК В УМОВАХ МЕДИЧНОГО РЕФОРМУВАННЯ**

**Андон'єва Н.М.,**

*Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В. І. Шаповала  
(м. Харків)*

**Гуц О.А.,**

*Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В. І. Шаповала  
(м. Харків)*

**Дубовик М.Я.,**

*Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В. І. Шаповала  
(м. Харків)*

**Олянич С.О.,**

*Харківський національний медичний університет (м. Харків)*

**Лісова Г.В.,**

*Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В. І. Шаповала  
(м. Харків)*

**Валковська Т.Л.,**

*Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В. І. Шаповала  
(м. Харків)*

**Грушка М.А.**

*Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В. І. Шаповала  
(м. Харків)*

# A STRUCTURED APPROACH TO THE PROBLEM OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN THE CONDITIONS OF REFORMING THE HEALTHCARE

**Andoniev N.M.**

*Regional clinical center of urology and nephology n. a. V. I. Shapoval  
(Ukraine, Kharkiv)*

**Huts O.A.**

*Regional clinical center of urology and nephology n. a. V. I. Shapoval  
(Ukraine, Kharkiv)*

**Dubovyk M.Ya.**

*Regional clinical center of urology and nephology n. a. V. I. Shapoval  
(Ukraine, Kharkiv)*

**Olyanych S.O.**

*Kharkiv national medical university (Ukraine, Kharkiv)*

**Lisova G.V.**

*Regional clinical center of urology and nephology n. a. V. I. Shapoval  
(Ukraine, Kharkiv)*

**Valkovska T.L.**

*Regional clinical center of urology and nephology n. a. V. I. Shapoval  
(Ukraine, Kharkiv)*

**Grushka M.A.**

*Regional clinical center of urology and nephology n. a. V. I. Shapoval  
(Ukraine, Kharkiv)*

## **Анотація**

Хронічна хвороба нирок (ХХН) об'єднує структурні і функціональні зміни нирок тривалістю більше 3-х місяців. Це глобальна проблема зі значними економічними витратами систем охорони здоров'я. Діагностика базується на дослідженні креатиніну в сироватці крові та розрахунку швидкості клубочкової фільтрації. Пацієнти з ХНН є групою ризику розвитку термінальної ниркової недостатності, що потребує нирково-замісної терапії; крім того, ХХН підвищує серцево-судинну захворюваність та передчасну смертність, та/або погіршення якості життя. Разом ці причини визначають ХХН як глобальну проблему.

## **Abstract**

Chronic kidney disease (CKD) combines structural and functional changes of the kidney lasting longer than 3 months. It is a global health problem with a high economic cost to health systems. Diagnosis based on a study of serum creatinine and calculating the glomerular filtration rate. CRD patients are risk group of terminal renal failure requiring replacement therapy; moreover, CRD enhances cardiovascular morbidity and premature mortality, and/or decreased quality of life. Taken together these events account for the global character of the CRD problem.

**Ключові слова:** хронічна хвороба нирок, серцево-судинні захворювання, нирково-замісна терапія, нефрологічна служба

**Keywords:** chronic kidney disease, cardiovascular disorders, renal replacement therapy, nephrology service

У 2002 році нефрологами Національного ниркового фонду США (NKF) була розроблена і представлена концепція хронічної хвороби нирок [1]. У 2005 році вона була затверджена на 2-му з'їзді нефрологів України, і діагноз ХХН для всіх вікових груп став повсюди використовуватися в нашій країні.

Хронічна хвороба нирок (ХХН) – наднозологічне поняття, яке об'єднує усіх хворих із будь-якими патологічними змінами з боку нирок та/або наявністю порушення функції нирок у вигляді зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), зберігаються протягом 3 і більше місяців за даними лабораторних та інструментальних досліджень.

Діяльність нефрологічної служби в Україні регламентується наступними нормативно-правовими документами:

- Наказ АМН України та МОЗ України від 30.09. 2003 року № 65/462 «Про поліпшення якості та організації системи медичної допомоги дорослим хворим нефрологічного профілю»;
- Наказ НАМН України та МОЗ України від 22.09.2011 року № 84/608 «Про внесення змін до наказу АМН України та МОЗ України від 30.09. 2003 року № 65/462 «Про поліпшення якості та організації системи медичної допомоги дорослим хворим нефрологічного профілю»;
- Наказ НАМН України та МОЗ України від 30.09.2014 року № 74/688 « Про внесення змін до наказу Академії медичних наук України та Міністерства охорони здоров'я України від 30 вересня 2003 року № 65/462»;
- Наказ НАМН України та МОЗ України від 25.08.2015 року № 45/540 « Про внесення змін до наказу Академії медичних наук України та Міністерства охорони здоров'я України від 30 вересня 2003 року № 65/462»;
- Наказ МОЗ України від 02.12.2004 № 593 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Нефрологія»;
- Наказ МОЗ та НАМН України № 280/44 від 11.05.2011 «Про затвердження стандарту та протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Нефрологія»;
- Наказ МОЗ України від 28.12.2002 № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги дорослому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів» (розділ «Нефрологія»);
- Наказ МОЗ України від 27.07.1998 року № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діаг-

ностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України» (розділ «Нефрологія»);

- Наказ МОЗ України та НАМН України від 11.07.2012 року № 514/41 «Про затвердження форм первинної облікової документації, форми звітності пацієнтів з хронічною хворобою нирок, трансплантованою ниркою або гострим пошкодженням нирок та інструкцій щодо їхнього заповнення»;

- Наказ МОЗ України від 11.02.2016 року № 89 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги пацієнтам з хронічною хворобою нирок V стадії із застосуванням гемодіалізу або перитонеального діалізу».

В популяції поширеність ХХН досить висока і складає, за даними різних авторів, 6–16 % [2,3]. В Україні поширеність ХХН за підсумками 2016 р. склала 979,2 на 100 тис. населення, тобто менше 1 % населення, вперше виявлено 65,8 випадків на 100 тис. населення. Однак за даними досліджень в окремих групах населення з підвищеним ризиком ураження нирок поширеність ХХН значно вище: ознаки хронічної хвороби нирок відзначаються більш ніж у 1/3 хворих хронічною серцевою недостатністю; зниження фільтраційної функції нирок спостерігається у 36 % осіб у віці старше 60 років. Серед осіб, що раніше не спостерігалися нефрологом і яким раніше не ставився діагноз захворювання нирок, виявлено зниження ШКФ до рівня менше 60 мл/хв/1,73м<sup>2</sup> у кожного шостого хворого без захворювань серцево-судинної системи і у кожного четвертого хворого з серцево-судинними захворюваннями.

Неухильне зростання у всьому світі числа хворих з хронічними неінфекційними захворюваннями, такими як цукровий діабет (ЦД), гіпертонічна хвороба (ГХ), атеросклероз, знайшло своє відображення в структурі хронічної хвороби нирок – перше місце по частоті займають хворі на діабетичну і гіпертензивну нефропатії. Ураження власне нирок, хоч і поступили пальму першості вищевказаним захворюванням, займають істотне місце в структурі ХХН. Це, в першу чергу, різні форми хронічного гломерулонефриту, хронічний пієлонефрит і полікістозна хвороба нирок [4].

ХХН не є вузькоспеціальною, «нефрологічною» проблемою, а має загальномедичний характер:

1. Високовитратний характер ниркової замісної терапії (НЗТ) призводить до серйозного навантаження на державні бюджети охорони здоров'я у всьому світі;

2. Вторинні нефропатії, такі як діабетична і гіпертензивна нефропатії, є провідними причинами ХХН і термінальної хронічної ниркової недостатності (тХНН), витіснивши на сучасному етапі первинні ураження нирок – гломерулонефрити, пієлонефрити, спадкові захворювання нирок;

3. Гострі серцево-судинні події, а не уремія, є провідною причиною смерті даної категорії пацієнтів. Серцево-судинні ускладнення зустрічаються у пацієнтів з ХХН на порядок частіше, ніж у загальній популяції і мають свої особливості;

4. Рання діагностика ХХН можлива в першу чергу не нефрологами, а лікарями загальної практики – сімейної медицини, терапевтами та іншими фахівцями, до яких звертається хворий з приводу захворювань, що входять в групу ризику розвитку хронічної хвороби нирок;

5. При зниженні функції нирок і розвитку ХХН піддаються обмеженню багато методів лікування і діагностики, що широко використовуються в системі охорони здоров'я по відношенню до загальної популяції (препарати, що екскретуються нирками, рентгеноконтрастні засоби, деякі антибіотики та антигіпертензивні препарати, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗЗ), інші потенційно нефротоксичні ліки);

6. Моніторинг пацієнтів з ураженням нирок, забезпечення ефективної нефропротекції, досягнення цільових рівнів артеріального тиску та інших клініко-лабораторних показників можуть бути здійснені тільки при спільних зусиллях всієї системи охорони здоров'я.

Більше половини пацієнтів з ХХН – це хворі з вторинними нефропатіями в рамках цукрового діабету, гіпертонічної хвороби, системного атеросклерозу. Розвинуте порушення фільтраційної функції нирок істотно збільшує ризик розвитку гострих серцево-судинних подій, призводить до розвитку ренальної артеріальної гіпертензії, ремоделювання міокарду, розвитку інсулінорезистентності та порушення ліпідного обміну. Захворювання серцево-судинної системи, порушення обміну речовин, які зараз об'єднані терміном «метаболічний синдром», нерідко поєднуються з розвитком і прогресуванням ХХН силу спільних факторів ризику і механізмів прогресування.

Пацієнти з артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом, системними захворюваннями сполучної тканини (системним червоним вовчаком, системними васкулітами та ін.) при розвитку ХХН отримують порівняно гірший прогноз розвитку захворювання і потребують перегляду тактики лікування. Наявність ХХН вимагає більш суворого контролю артеріального тиску, порівняно з іншими хворими на артеріальну гіпертензію без порушення функції нирок. Ураження нирок призводить до збільшення частоти резистентності до лікування, а також обмежує застосування ліків і нирковим шляхом виведення.

Коморбідна патологія, що характеризується поєднанням ХХН і серцево-судинних захворювань (ССЗ) [5,6], вимагає комплексної кардіо- і нефропротекції з метою зниження ризику гострих серцево-судинних подій, серцевої смертності, а також для уповільнення прогресування дисфункції нирок, запобігання або уповільнення розвитку тХНН та поліпшення загального прогнозу цієї групи пацієнтів. Виконання зазначених заходів можливе тільки при спільному веденні таких пацієнтів нефрологами, кардіологами,

ендокринологами, сімейними лікарями, а при необхідності й іншими фахівцями.

Виявлення ХХН може базуватись як на скрінінгових дослідженнях і комплексних профілактичних заходах по відношенню до всього населення, або на безпосередній роботі з пацієнтами, що входять у групу підвищеного ризику розвитку ураження нирок.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), головними факторами ризику захворюваності і смертності в Україні є високі рівень артеріального тиску, холестерину, куріння і вживання алкоголю. Дані фактори не тільки несприятливо впливають на серцево-судинну систему (ССС), але збільшують ризик розвитку і прогресування ХХН.

Виявлення ХХН можливо з використанням простих, доступних, широко розповсюджених методів дослідження. До них відносяться клінічний і біохімічний аналізи крові, в тому числі з визначенням рівня креатиніну, на підставі чого можна розрахувати ШКФ; ультразвукове дослідження нирок.

Використання для діагностики наявності порушення функції нирок тільки креатиніну сироватки крові цілком можливо, але при цьому не враховуються антропометричні, статеві та вікові особливості хворих, що може спотворювати отримані результати. Виражене порушення функції нирок призводить до появи завищених уявлень про фільтраційну здатність нирок. З цієї причини додатковий розрахунок ШКФ за допомогою формул Сосcroft-Gault або MDRD дасть більш точне значення клубочкової фільтрації. На даний момент, існують комп'ютерні програми, номограми, спеціалізовані інтернет-сайти, що дозволяють в практичній роботі легко розраховувати швидкість клубочкової фільтрації, знаючи рівень креатиніну крові, вік, вагу і стать пацієнта.

Розвиток системи НЗТ – відкриття нових діалізних місць, підвищення кількості пересадок нирки – має величезне значення в справі порятунку і підтримки якості життя хворих з тХНН. На жаль діалізна терапія тільки частково вирішує проблему цих хворих, тому що не протезується деякі втрачені функції нирок, як, наприклад, регулювання еритропоезу або фосфорно-кальцієвого обміну, не забезпечується відновлення працездатності, не запобігається їх висока смертність від серцево-судинних та інших ускладнень, що в десятки разів перевищує загальнопуляційний рівень. Найкращі показники компенсації втрачених ниркових функцій і якості життя спостерігаються у хворих з додіалізною пересадкою, але і ця група пацієнтів не відновлює повністю працездатність, а самі пацієнти потребують довічної імуносупресивної терапії.

Завдання, які стоять сьогодні перед нефрологічною службою, можуть бути виконані тільки при налагоджених та ефективних механізмах її взаємодії з первинною ланкою охорони здоров'я та іншими службами, пацієнти яких складають групу підвищеного ризику розвитку ХХН.

Таким чином, структурований підхід до проблеми хронічної хвороби нирок в умовах медичного реформування забезпечить рішення даної проблеми в системі охорони здоров'я України.

### Список літератури

1. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification // Am. J. Kidney Dis., 2002, – Vol. 39, №1, – P.1-266.
2. A new equation to estimate glomerular filtration rate. / Levey A.S., Stevens L.A., Schmid C.H. et al. // Ann. Intern. Med. – 2009, –Vol. 150, – P. 604.
3. Shahinian V.B., Hedgeman E., Gillespie B.W. CDC CKD Surveillance System. Estimating prevalence of CKD stages 3-5 using health system data. Am. J. Kidney Dis. – 2013, – Vol. 61, – P. 930.
4. United States renal data system 2008. Annual data report. / Collins A.J., Foley R.N., Herzog C. et al. // Am. J. Kidney Dis. – 2009, – Vol. 53, №1 – P. 374.
5. The association between kidney disease and cardiovascular risk in a multiethnic cohort findings from the Northern Manhattan study (NOMAS) / T.L. Nickolas, M. Khatri, B. Boden-Albala et al. // Stroke. – 2008. – Vol. 39. – P. 2876–2879.
6. Chronic kidney disease as a risk factor for cardiovascular disease and all-cause mortality: a pooled analysis of community-based studies / Weiner D., Tighiouart H., Amin M. et al. // Am. J. Soc. Nephrol. – 2004. – Vol. 15. – P. 1307–1315.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ХЛОРГЕКСИДИНСОДЕРЖАЩИХ АНТИСЕПТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННОГО АЛЬВЕОЛИТА

**Жаналина Б.С.,**  
*д.м.н., профессор*  
**Сисеналиев А.А.,**  
*магистрант*  
**Дрманов Н.С.,**  
*м.м.н., ассистент*  
**Дейнега Д.А.**  
*ассистент*

*Западно-Казахстанского Государственного Медицинского Университета имени Марата Оспанова*