

ОТ КОНЦЕПЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК К РЕАЛЬНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Яковлева Е.В.

*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь*

Реферат. В статье приведены результаты анализа 73 медицинских амбулаторных карт пациентов с хронической патологией почек. Проведено распределение пациентов по стадиям хро-

нической болезни почек в зависимости от скорости клубочковой фильтрации. Проанализирована корреляционная связь между формулами для расчета скорости клубочковой фильтрации.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, скорость клубочковой фильтрации, креатинин.

Summary. The results of the analysis of 73 outpatients patients with chronic kidney disease. Patients according to the glomerular filtration rate distributed by of stage of chronic kidney disease. We analyzed the correlation between the formulas for calculation of glomerular filtration rate.

Keywords: chronic kidney disease, glomerular filtration rate, creatinine.

Введение. В начале XXI в. по результатам ряда эпидемиологических исследований была продемонстрирована высокая частота нарушений функции почек в популяции ($\approx 10\%$). В настоящее время отмечается тенденция к снижению числа пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН) вследствие первичных заболеваний почек и к увеличению числа лиц с ХПН вследствие артериальной гипертензии, сахарного диабета. За последние 15 лет во всем мире число пациентов, нуждающихся в диализе, возросло в 4–5 раз, а их ежегодный прирост составляет 10,5%. В Республике Беларусь функционирует 48 отделений гемодиализа и потребность в них сохраняется.

Именно с целью раннего выявления признаков поражения почек и нарушения их функции в 2002 г. была предложена концепция хронической болезни почек (ХБП). Согласно формулировке экспертов Национального почечного фонда США, под ХБП понимают наличие любых маркеров повреждения почек, свидетельствующих о структурных и/или функциональных нарушениях нефронов как со снижением скорости клубочковой фильтрации, так и без него, персистирующих в течение 3 мес. и более независимо от нозологического диагноза [1, 4].

Концепция ХБП расширяет понятие «хроническая почечная недостаточность» за счет оценки начальных стадий поражения почек, что позволяет применять превентивные мероприятия раньше, замедлить прогрессирование почечной недостаточности и снизить нарастающую частоту терминальной почечной недостаточности. Центральное место в лабораторной диагностике почечной патологии занимает определение 2 основных показателей: скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и альбуминурии. Оценка СКФ — существенный и неотъемлемый показатель для диагностики ХБП, в соответствии с которым устанавливается стадия ХБП [2, 3].

Цель исследования — определение функционального состояния почек у лиц с хроническим пиелонефритом (ХП), с факторами риска ХБП; оценка адекватности амбулаторного ведения данных пациентов с помощью решения следующих задач:

1. Определить СКФ у 2 групп пациентов (I группа — пациенты с хроническим пиелонефритом без ХПН; II группа — пациенты с установленным диагнозом ХПН).
2. Установить стадию ХБП на основании показателя СКФ группе I и II.
3. Определить корреляционную связь между тремя формулами для расчета СКФ в зависимости от стадии и этиологической структуры ХБП.
4. Оценить адекватность ведения пациентов с ХБП в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Проведен анализ 73 медицинских амбулаторных карт (форма № 025/у-07) пациентов с хронической патологией почек по специально разработанной анкете с использованием для оценки функционального состояния почек трех расчетных формул: Cockcroft-Gault (C-G), MDRD и СКD-EPI. Распределение по стадиям ХБП производилось в соответствии с K/DOQI-критериями [1, 3].

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов преобладали женщины (73%). Средний возраст составил $64,29 \pm 2,76$ года. Все пациенты были разделены на 2 группы: I — пациенты с ХП без ХПН (40 человек), II — пациенты с ХПН вследствие различных заболеваний почек (33 человека). В I группе пациентов преобладали женщины (75%), средний возраст составил $57,65 \pm 3,99$ года. Ни у одного из пациентов не был проведен расчет СКФ в амбулаторных условиях, но имелись указания об определении этого показателя в стационаре у 5 лиц.

При расчете СКФ по 3 формулам установлено, что в 67,5% случаев по формуле MDRD и 57,5% случаев по формуле СКD-EPI СКФ составила от 60 до 89 мл/мин/м², в то время как по

формуле Cockcroft-Gault в данном диапазоне расположилось 25% пациентов, а в 42,5% случаев СКФ составила больше 90 мл/мин.

Анализ медицинских документов свидетельствовал, что в только у 22 (55%) пациентов уровень креатинина крови был в норме, а у 18 (45%) соответствовал I стадии ХПН. Величина СКФ по формуле MDRD у 1 (4,55%) пациента с нормальным уровнем креатинина соответствовала С3а стадии ХБП, у 20 (90,9%) — С2 стадии и у 1 (4,55%) — С1 стадии. У пациентов с уровнем креатинина, соответствующим I стадии ХПН, показатель СКФ по формуле MDRD соответствовал С2 стадии ХБП (7 пациентов, или 38,89%), С3а — у 7 (38,89%), С3б — у 4 (22,22%). Определено снижение СКФ менее 59 мл/мин/1,73 м² у 30% пациентов, не имеющих в медицинской документации указания на ХПН.

Во II группе пациентов также преобладали женщины (66,67%), средний возраст составил 72,03±2,07 года. В структуре заболеваемости пациентов II группы хронический пиелонефрит составил 16 случаев (48,48%), гипертоническая нефропатия — 15 (45,45%), диабетическая нефропатия — 11 (33,33%), единичные кисты почек и поликистоз — 10 (30,3%), мочекаменная болезнь — 9 (27,27%), хронический гломерулонефрит — 3 (9,09%), поликавернозный туберкулез почек — 2 (6,06%), подагрическая нефропатия — 2 (6,06%).

При расчете СКФ по 3 формулам установлено, что у 13 (39,39%) пациентов по формуле MDRD, у 15 (45,45%) пациентов по формуле СКД-EPI уровень СКФ составил от 30 до 44 мл/мин/м², в то же время СКФ по формуле C-G была определена у 10 (30,3%) человек в диапазоне от 45 до 59 мл/мин и у 11 (33,34%) — от 30 до 44 мл/мин.

По данным медицинских амбулаторных карт I стадия ХПН определена у 20 пациентов (60,6%), II стадия — у 10 (30,3%), III стадия — у 2 (6,06%), IV — у 1 (3,03%). С учетом уровня креатинина I стадия ХПН была установлена у 25 (75,76%) пациентов, II стадия — у 5 (15,15%), III стадия — у 3 (9,09%). У лиц с уровнем креатинина, соответствующим I стадии ХПН, показатель СКФ по формуле MDRD у 5 (17,86%) пациентов указывал на С2 стадию ХБП, у 8 (28,57%) — на С3а, у 11 (39,29%) — на С3б, у 4 (14,28%) — на С4 стадию ХБП. У пациентов со II стадией ХПН уровень СКФ по формуле MDRD соответствовал С4 стадии ХБП у 4 (80%) пациентов, С5 стадии ХБП — у 1 (20%). Выявлено снижение СКФ менее 59 мл/мин/1,73 м² у 84,85% пациентов с установленным диагнозом ХПН.

Анализ корреляционной связи между формулами C-G, СКД-EPI и MDRD свидетельствовал о наличии достоверной прямой сильной связи между тремя формулами при С1–С2 и С4–С5 стадиях ХБП и об уменьшении ее силы между формулами СКД-EPI и CG, MDRD и CG при С3а и С3б стадиях ХБП, а также при наличии сочетанной патологии (ХП + артериальная гипертензия + сахарный диабет). Установлена сильная корреляционная связь между формулами MDRD и СКД-EPI, не зависящая от стадии и этиологии ХБП.

Детальный анализ амбулаторных карт пациентов с патологией почек свидетельствовал о несоблюдении схем диспансерного наблюдения (неадекватность кратности осмотров тяжести патологии, недостаточный охват лабораторно-инструментальными исследованиями, отсутствие комплексного подхода в лечебно-реабилитационных мероприятиях) в группе II и особенно группе I, что оказывает существенное влияние на эффективность и качество диспансеризации.

Заключение. На основе полученных данных можно сделать следующие выводы:

1. Применение расчетных формул позволило выявить снижение СКФ менее 59 мл/мин/1,73 м² у 30% пациентов с хроническим пиелонефритом без указания на ХПН по медицинским документам и у 84,85% лиц с установленным ХПН.

2. Наличие сильной корреляционной связи между формулами MDRD и СКД-EPI, не зависящей от стадии и этиологической структуры ХБП, оправдывает рекомендации МЗ РБ об использовании с целью скрининга ХБП только формулы MDRD.

3. Скрининг ХБП в амбулаторных условиях требует согласованности действий между лабораторно-диагностической и терапевтической службами, а также совершенствование знаний и информированности врачей по данной проблематике.

Литература

1. Алгоритм раннего выявления и терапии пациентов с хронической болезнью почек: инструкция по применению: утв. М-вом здравоохран. Респ. Беларусь 02.06.2012, рег. № 067-0512 / Разраб.: О.В. Калачик [и др.]. — Минск, 2012. — С. 2–7.
2. Бова, А.А. Хроническая почечная недостаточность и хроническая болезнь почек: соотношение понятий / А.А. Бова // Воен. медицина. — 2012. — № 1. — С. 25–34.;
3. Национальные рекомендации хроническая болезнь почек: основные положения, определение, диагностика, скрининг, подходы к профилактике и лечению / А.В. Смирнов [и др.] // Клинич. нефрология. — 2012. — № 4. — С. 4–26.
4. Пилотович, В.С. Хроническая болезнь почек: как оценивать этот синдром? / В.С. Пилотович // Семейный доктор. — 2014. — № 1. — С. 7–11.