



Документ исследования политики

Ситуационный анализ заболеваемости хроническими болезнями почек и основных факторов риска ее развития и прогрессирования в Кыргызской Республике

Бишкек - 2015



РЕФЕРАТ

В настоящее время мировое сообщество столкнулось с глобальной проблемой, имеющей не только медицинское, но и огромное социально-экономическое значение – распространённость хронических неинфекционных болезней. Эти заболевания ежегодно уносят миллионы жизней и приводят к тяжелым осложнениям, связанным с потерей трудоспособности и необходимостью высокочувствительного лечения. Хроническая болезнь почек (ХБП) среди хронических неинфекционных заболеваний занимает важное место из-за значительной распространенности, резкого снижения качества жизни, высокой смертности, необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии - гемодиализа и пересадки почек. За последние годы в Кыргызской Республике наблюдается резкий рост больных с ХБП, увеличивается как общее число больных с ХБП, так и число больных с терминальной стадией почечной недостаточности и число больных, перенесших операции по пересадке почки, нуждающихся в пожизненном обеспечении необходимыми препаратами. Настоящее исследование было направлено на изучение основных причин роста заболеваемости, которые должны стать основой для принятия профилактических мер по снижению заболеваемости и смертности от ХБП.

Авторы: Аида Абдраимова (ЦАПЗ), Туменбаева Динара (НГ), Аида Зурдинова (КРСУ)

Запросы относительно публикаций Общественного Фонда «Центр анализа политики здравоохранения» следует направлять по адресу:

**ОФ «Центр анализа политики здравоохранения»
Кыргызская Республика
Бишкек 720040
ул. Тоголок-Молдо, 1 (каб №№201,203,205)**

или по электронной почте: office@hpac.kg

Кроме того, информацию о Центре и подготовленные документы исследований политики, а также информационные обзоры и другие документы можно найти на вебсайте Центра анализа политики здравоохранения www.hpac.kg

Все права принадлежат Центру анализа политики здравоохранения. Документ может цитироваться со ссылкой на данный документ, но не для продажи или в коммерческих целях. Мнение и взгляды, выраженные в данном отчете, основаны на анализе данных, полученных в ходе проведенного исследования, и авторы не несут ответственность за любой ущерб, возникший в результате его использования.

Данный отчет был подготовлен при технической поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ в рамках двухгодичных соглашений о сотрудничестве (BCA), охватывающих период с 2012 по 2015 год, между Министерством здравоохранения Кыргызской Республики и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Проведение исследования стало возможным благодаря финансовой помощи, предоставленной Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству (SDC) на реализацию проекта ВОЗ «Усиление мониторинга и оценки, и также политического диалога в рамках программы «Ден Соолук». Сделанные выводы и их интерпретация в данном документе принадлежат команде, подготовившей отчет, и необязательно отражают официальное мнение Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству (SDC) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	3
1. Предпосылки исследования	5
2. Цель исследования	8
3. Задачи исследования.....	8
4.Методология	9
4.1. Кабинетный анализ	9
4.2. Анализ деятельности, связанной с регистрацией больных с ХБП в ЕРР.	9
4.3. Анализ данных «ЕРР» по обращаемости больных с ХБП	9
5. Результаты исследования	10
5.1. Классификация и определение ХБП	10
5.2. Данные по существующим международным клиническим руководствам по ХБП....	10
5.2.1. Ключевые поисковые слова	12
5.2.2.Прогнозирование хронической болезни почек (ХБП)	13
5.2.3. Международные рекомендации согласно NICE, KDIGO, SIGN.....	14
5.2.4. Исследования при ХБП	15
5.2.5. Профилактика прогрессирования ХБП.....	16
5.3. Обзор практики диагностики и профилактики ХБП и болезней приводящих к ХБП в Кыргызской Республике	17
5.4. Организация деятельности, связанная с Реестром больных с ХБП – «Единым Республиканским Реестром» (ЕРР).....	18
5.5. Анализ заболеваемости ХБП на основании данных ЕРР	19
5.5.1. Критерии включения больных в общую базу ЕРР	19
5.5.2. Анализ зарегистрированных случаев ХБП на основе ЕРР.	22
5.6. Выявление основных факторов хронического гломерулонефрита (ХГН), способствующих развитию и прогрессированию ХБП.....	28
5.6.1. Основные причины развития хронического гломерулонефрита	28
5.6.2. Анализ пролеченных случаев больных с ХБП в отделении нефрологии НГ	29
5.6.3. Основные факторы риска, приводящие к развитию ХБП у больных с сахарным диабетом по данным регистра больных СД в ГЭД г. Бишкек.....	30
6. Ключевые выводы и обсуждения	34
7. Рекомендации.....	35
8. Список использованной литературы.....	37

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АКО	Отношение альбумин/креатинин
АД	Артериальное давление
АГ	Артериальная гипертензия
ГБ	Гипертоническая болезнь
ГН	Гломерулонефрит
ГЭД	Городской эндокринологический диспансер
ДН	Диабетическая нефропатия
ЗПТ	Заместительная почечная терапия
ЕРР	Единый республиканский реестр
АПФ	Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
ИМТ	Индекс массы тела
КР	Кыргызская Республика
КБС	Коронарная болезнь сердца
ЛПВП	Липопротеиды высокой плотности
ЛПНП	Липопротеиды низкой плотности
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
МАУ	Микроальбуминурия
НГ	Национальный госпиталь
НПВС	Нестероидные противовоспалительные средства
НЦКиТ	Национальный центр кардиологии и терапии
НЦОМид	Национальный центр охраны материнства и детства
ОЗ	Организация здравоохранения
ООБ	Объединенные областные больницы
ОР	Относительный риск
ПГД	Программный гемодиализ
СКФ	Скорость клубочковой фильтрации
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
СД	Сахарный диабет
ТПН	Терминальная почечная недостаточность
ТБ	Территориальные больницы
ХБП	Хроническая болезнь почек
ХГН	Хронический гломерулонефрит
ХПН	Хроническая почечная недостаточность
ХСН	Хроническая сердечная недостаточность
ЦСМ	Центр семейной медицины
KDIGO	Болезни почек: улучшение глобальных результатов лечения
KDOQI	Инициатива по качеству лечения и исходам заболеваний почек
NICE	Национальный институт здравоохранения и совершенства медицинской помощи Великобритании
NKF	Национальный почечный фонд
SIGN	Шотландская междуниверситетская сеть по разработке клинических руководств

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Центр анализа политики здравоохранения выражает глубокую признательность за поддержку, оказанную Министерством здравоохранения Кыргызской Республики в проведении данного исследования в рамках Национальной программы реформирования системы здравоохранения «Ден Соолук» (2012-2016).

Рабочую группу, созданную для обеспечения контроля и направления данной работы, возглавил д-р Арстанкулов Т.К., заведующий отделом качества оказания медицинской помощи и лекарственной политики МЗКР. В группу также вошли эксперты из различных организаций здравоохранения: д-р Туменбаева Д.А. – заведующая отделением искусственной почки НГ, главный внештатный нефролог г. Бишкек, д-р Добрынина Н.П. – главный внештатный эндокринолог г. Бишкек, д-р Сарымсакова Б.С. – заведующая отделением нефрологии НГ, д-р Полупанов А.Г. – ведущий научный сотрудник НЦК и Т, д-р Зурдинова А.А. – заведующая кафедрой клинической фармакологии КРСУ. Выражается признательность за их консультации, комментарии и вклад в дизайн исследования и подготовку настоящего документа.

Особую признательность команда ЦАПЗ выражает руководителям отделений искусственной почки Чуйской, Таласской, Жалал-Абадской, Иссык-Кульской, Ошской ООБ, НГ, НЦКиТ, ОсОО «ЮРФА», ОсОО «Целитель», ОсОО «Нур» за предоставленные данные и информацию, а также руководителям данных организаций за их содействие в сборе данных и ценный вклад во время проведения исследования.

Предварительные результаты были обсуждены с Министерством здравоохранения, и заключительный отчет был подготовлен с учетом полученных комментариев и рекомендаций.

1. ПРЕДПОСЫЛКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хронические заболевания почек (ХБП) среди хронических неинфекционных заболеваний занимают важное место из-за значительной распространенности, резкого снижения качества жизни, высокой смертности, которая приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии терминальной стадии, таких как гемодиализ и пересадка почек. Развитие современной медицины позволило разработать ряд высокоэффективных и сравнительно дешевых подходов к профилактике, позволяющих существенно замедлить прогрессирование хронических заболеваний почек, снизить риск развития осложнений и затраты на лечение.

Рост распространенности ХБП связан с увеличением числа больных с первичной патологией почек, сахарным диабетом, ожирением, старением населения, артериальной гипертензией, гипергликемией. Увеличение числа больных с терминальной почечной недостаточностью требует постоянного увеличения расходов на проведение гемодиализа и трансплантации почек, но только небольшая доля лиц с ХБП нуждаются в проведении заместительной почечной терапии (ЗПТ), расходы на проведение которой весьма значительны и становятся обременительным даже для стран с развитой экономикой¹.

За последние годы в Кыргызской Республике наблюдается резкий рост больных с ХБП, поскольку увеличивается как общее число больных с ХБП, так и число больных с терминальной стадией почечной недостаточности (ТПН), взятых на лечение программным гемодиализом (ПГД) за счет государственного бюджета и число больных, перенесших операции по пересадке почки, нуждающихся в пожизненном обеспечении иммуносупрессивными препаратами. Показатели по распространенности ХБП основаны на данных по обращаемости в организации здравоохранения Кыргызской Республики с 2008 года.

На начало ноября 2015 года общее число больных с ХБП 3-5 стадий, обратившихся за медицинской помощью в организации здравоохранения и внесенных в Единый республиканский реестр (ЕЕР), составило 2511 пациентов. С 2008 года отмечается неуклонное увеличение зарегистрированных больных в ЕЕР (Таблица 1).

Таблица 1. Число зарегистрированных больных с ХБП 3-5 стадий в ЕЕР

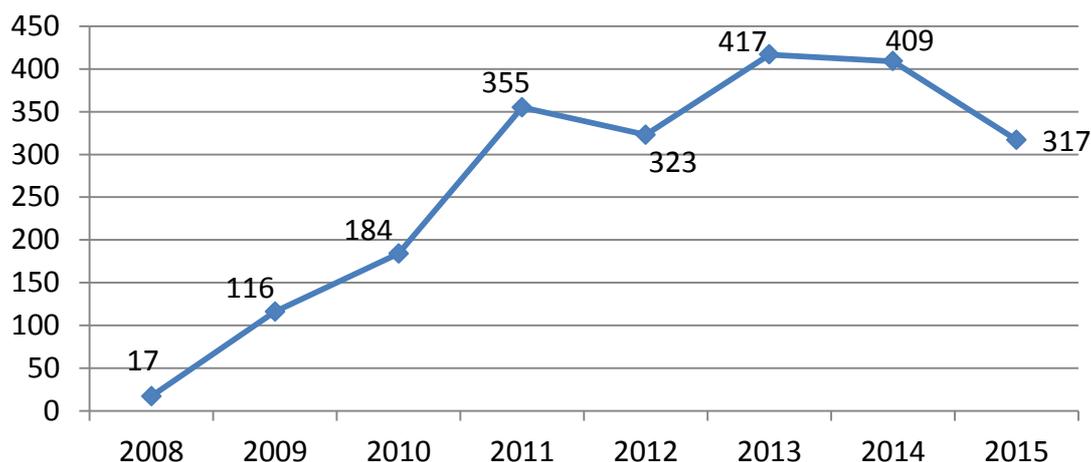
№ п/п	Годы	К-во больных с ХБП		
		Всего зарегистрированных	Новых случаев заболевания за год	Новых случаев заболевания за 10 мес.
1	2008 (за 6 мес)	17 (за 6 мес)	17 (за 6 мес)	17 (за 6 мес)
2	2009	159	140	116
3	2010	399	242	184
4	2011	809	410	355
5	2012	1213	404	323
6	2013	1702	489	417
7	2014	2194	492	409
8	2015 (за 10 мес)	2511	317	317

¹ Fester P. , Ribstein J., du Cailar G., Mimran A. Determinants of cardiorenal damage progression in normotensive and never-treated hypertensive subjects // Kidney Int. — 2005.

Увеличение заболеваемости ХБП ведет к увеличению больных в стадии терминальной почечной недостаточности (ТПН), содержание которых на заместительной почечной терапии (ЗПТ) – гемодиализе, ложится большим бременем на плечи государства.

Данные за 10 месяцев 2015 года показывают, что наблюдается динамический рост заболеваемости ХБП в КР, при сравнении с числом регистраций за 10 месяцев предыдущих лет (Рисунок 1).

Рисунок 1. Число зарегистрированных больных с ХБП за 10 мес. по годам (новых случаев)



Следует отметить, что зарегистрированы в «Едином республиканском реестре» и наблюдаются у семейных врачей по месту жительства еще более 1150 больных в додиализной стадии ХБП.

В настоящее время, в республике открыты и функционируют восемь отделений гемодиализа в государственных организациях здравоохранения КР для лечения больных с ХБП 5 стадии, которые располагаются в Национальном центре кардиологии и терапии (НЦКиТ), Национальном центре охраны материнства и детства (НЦОМиД), Национальном Госпитале (НГ), а также во всех областных организациях здравоохранения республики, кроме Нарынской и Баткенской областей.

Во всех отделениях «Искусственной почки» ведется 3-х сменная работа. В данных отделениях за счет государственного обеспечения получают программный гемодиализ 349 человек. В настоящее время стоимость за один сеанс составляет 100 долларов США, по которой Минздрав оплачивает услугу.

Однако непрерывный рост числа больных сохраняет острую нехватку диализных мест в государственных организациях здравоохранения и **бюджет государства не может полностью покрывать потребность всех нуждающихся**. Из-за отсутствия свободных бюджетных мест в ОЗ, государство вынуждено закупать услугу гемодиализа у частных поставщиков. При этом, всего по договору на закупку услуги гемодиализа у «частного поставщика», государством обеспечивается лечение 200 человек. **Поэтому, часть больных вынуждена получать гемодиализ в частных медицинских центрах за свой счет, по цене от 5200 до 6000 сом за один сеанс гемодиализа.**

Так, по состоянию на 10.12.2015 года в частных диализных центрах лечение программным гемодиализом за свой счет получают около 70 пациентов.

Количество сеансов, которое в среднем один пациент должен получать ежемесячно составляет 12-13 сессий, что ежегодно составляет от 144 до 156 сеансов.

Увеличивающееся быстрыми темпами число больных с ХБП 5 стадии (ТПН) требует постоянного увеличения числа диализных мест за счет повышения нагрузок на функционирующие отделения диализа или открытия новых отделений со всей рабочей инфраструктурой, что влечет за собой увеличение финансовых затрат государства на содержание и обеспечение расходными материалами для гемодиализа больных.

При этом следует отметить, что государству также дорого обходится содержание самих отделений гемодиализа, которые относятся к сложным и высокочрезвычайно затратным подразделениям по организации и технологическим условиям работы, требующим наличия квалифицированной инженерной службы, регулярного технического осмотра и ремонта оборудования, замену дорогостоящих запасных частей диализных машин и систем водоподготовки, а также подготовку и содержание квалифицированного штата сотрудников отделений диализа с навыками оказания специализированной медицинской помощи.

Одним из путей снижения заболеваемости ХБП в КР является поиск основных причин развития ХБП и выявление причин прогрессирования почечной недостаточности до терминальной стадии, которые должны стать основой для принятия профилактических мер по снижению заболеваемости и смертности от ХБП.

В настоящее время назрела необходимость проведения ситуационного анализа заболеваемости ХБП и структуры факторов риска ее развития в Кыргызской Республике для планирования профилактических мероприятий. В связи с этим, необходимо изучить, с чем связан рост заболеваемости ХБП в республике, а также какие наиболее распространенные факторы влияют на быстрое прогрессирование болезни почек от 1-й до 5-й стадии (ТПН).

2. ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение причин роста заболеваемости ХБП и факторов, которые влияют на быстрое прогрессирование развития терминальной стадии ХБП, для принятия профилактических мер по снижению роста распространённости терминальной почечной недостаточности (ТПН) среди населения Кыргызской Республики, инвалидизации и ранней смертности от осложнений ХБП.

3. ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Изучение причин развития ХБП и факторов, которые влияют на прогрессирование на основе зарегистрированных пациентов с ХБП

- создание электронной базы «Единого республиканского реестра» («ЕРР») больных с ХБП с вводом всех больных с ХБП, зарегистрированных в журналах с 2008 года по настоящее время, в статистическую программу;
 - статистический анализ «ЕРР» больных с ХБП в динамике с июля 2008 года по настоящее время (октябрь 2015г) со сравнительным сопоставлением полученных данных;
 - выявление групп повышенного риска развития ХБП, причин и скорости прогрессирования ХПН.
2. Определение структуры предикторов развития и прогрессирования ХБП у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), сахарным диабетом (СД) и первичным гломерулярным заболеванием почек – гломерулонефритами (ГН).
 3. Уточнение значения известных и потенциальных факторов риска в отношении развития и прогрессирования ХБП и определение критериев диагностики ранних (обратимых или контролируемых) стадий ХБП.
 4. Выработка мер, направленных на предупреждение заболеваемости ХБП среди населения КР и прогрессирования у больных с ХБП до терминальной стадии ХПН.

4. МЕТОДОЛОГИЯ

Методология оценки основана на обзоре международной литературы и международных клинических руководств, основанных на доказательной медицине, по ХБП и анализе данных «по обращаемости», зарегистрированных больных ХБП в «Едином республиканском реестре» (ЕРР).

4.1. Кабинетный анализ

- 1) Обзор международной литературы по проблемам ХБП и международной практики по диагностике и профилактике ХБП, основанной на доказательной медицине.
- 2) Обзор имеющейся практики в КР по диагностике и профилактике ХБП или болезней, приводящих к ХБП.

4.2. Анализ деятельности, связанной с регистрацией больных с ХБП в ЕРР.

- 1) Порядок и процедуры, перечень документации, ответственный персонал;
- 2) Оценка деятельности, проводимой по работе с регистром больных с ХБП (слабые и сильные стороны, рекомендации);
 - 3) На основании данных регистра больных с ХБП по обращаемости создание базы данных больных с ХБП (в базу данных будут включаться данные медицинской документации пациентов с ХБП и отчетных журналов регистрации).

4.3. Анализ данных «ЕРР» по обращаемости больных с ХБП

- 1) На основании созданной базы данных «ЕРР» (по обращаемости) проведение анализа данных для выявления наиболее частых причин высокой заболеваемости ХБП;

- 2) Выявление основных факторов, способствующих развитию и прогрессированию ХБП при 3-х заболеваниях (ГБ, СД и ГН)
 - ретроспективный анализ медицинской документации пациентов и статистических отчетных данных на базе НГ, НЦКиТ, ГЭД.
 - проведение полу-структурированных качественных интервью со специалистами здравоохранения в области нефрологии, МЗ и др.

5. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

5.1. Классификация и определение ХБП

До последнего времени в медицине отсутствовали не только общепринятые рубрики различных стадий прогрессирования патологического процесса в почках, приводящего к различным нарушениям их функции, но и универсальная терминология.

Национальный почечный фонд США проанализировал многие публикации по вопросам диагностики и лечения, оценки значимости ряда показателей в детерминации скорости прогрессирования заболеваний почек, терминологических понятий и согласований, и предложил понятие **хронической болезни почек (ХБП)**. Для унификации подходов по оценке стадии ХБП в 2002 году в странах Европы и США ассоциации нефрологов, трансплантологов и врачей гемодиализа (NKF/KDOQI) приняли классификацию ХБП, создали концепцию ХБП, которая включала определение понятия ХБП и ее стадий, выбор лабораторных показателей, адекватно характеризующих течение ХБП; изучение связи между степенью нарушения функции почек и осложнениями ХБП; стратификация факторов риска прогрессирования ХБП и возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. А в 2005 году KGIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) подтвердила инициативу KDOQI по широкому использованию термина ХБП. В МКБ-10 ХБП не классифицируется. Но в международной классификации ICD-9-CM с 1 октября 2005 года всем 5 стадиям ХБП присвоены коды. Критерии определения ХБП у взрослых и детей идентичны. Использование термина ХБП предполагает исключение термина ХПН.

Хроническая болезнь почек – это повреждение почек или снижение уровня функции почек в течение 3-х месяцев и более, независимо от диагноза. А также употребление термина «конечная стадия болезни почек (end-stage renal disease, ESRD), обозначающего терминальную стадию 5 стадии ХБП, требующую терапии методами диализа или с помощью трансплантации вне зависимости от уровня функции почек² [5].

5.2. Данные по существующим международным клиническим руководствам по ХБП

В настоящее время изучены далеко не все факторы риска, модификация которых позволила бы снизить темпы прогрессирования ХБП. Недостаточно разработаны подходы к раннему прогнозированию неблагоприятного течения хронической болезни почек. В связи с этим большое значение придается изучению факторов риска возникновения, развития и прогрессирования хронической болезни почек при различных патологиях, в том числе сопутствующих. При этом, в качестве основного критерия прогрессирования рассматривается развитие ХБП, определяющего качество и

² NKF: Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification/ - Am.J.kidney Dis., 2002. – 39 [suppl. 1]: S1-S266.

продолжительность жизни пациентов, борьба с которой имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение. Необходимо акцентировать внимание на модифицируемых факторах риска, призванных снизить риск развития ХБП. При этом необходимо активно разрабатывать как подходы к анализу роли не модифицируемых (в частности, генетических), так и модифицируемых факторов риска прогрессирования хронической болезни почек (Таблица 2).

Таблица 2. Классификация и характеристика основных факторов риска ХБП [Levey A.S. et al., 2005]:

Типы	Определение	Описание
Факторы, повышающие восприимчивость	Увеличение восприимчивости почек к повреждению	Пожилой возраст, семейный анамнез по ХБП, снижение массы почечной паренхимы, низкий вес при рождении, расовые и этнические отличия, низкий уровень исходного образования
Факторы инициации	Вызывают непосредственное повреждение почек	Сахарный диабет, высокое АД, аутоиммунные заболевания, системные инфекции, инфекции мочевого тракта, мочевиные камни, обструкция нижних МВП, лекарственная токсичность, наследственные болезни
Факторы прогрессирования	Способствуют прогрессированию повреждения почек, после его возникновения и ускоряют темпы снижения почечной функции	Высокий уровень протеинурии, высокое АД, плохой контроль уровня гликемии при СД, дислипидемия, курение
Факторы терминальной стадии ХБП	Увеличение сопутствующей заболеваемости и смертности при ТПН	Низкая доза диализа, временный сосудистый доступ, низкий уровень альбумина, высокий уровень фосфора, позднее обращение

Согласно данной классификации трудно провести четкую грань между факторами инициации и прогрессирования ХБП. С практической точки зрения принимают градацию факторов риска: факторы риска развития и факторы прогрессирования ХБП, при этом выделив не модифицируемые и модифицируемые факторы (Таблицы 3, 4).

Таблица 3. Факторы риска развития ХБП

Не модифицируемые	Модифицируемые
Пожилой возраст	Сахарный диабет
Мужской пол	Артериальная гипертензия
Исходно низкое число нефронов (низкая масса тела при рождении)	Аутоиммунные заболевания
Расовые и этнические особенности	Хроническое воспаление/системные инфекции
Наследственные факторы (в том числе семейный анамнез по ХБП)	Инфекции и конкременты мочевых путей

	Обструкция нижних мочевых путей
	Лекарственная токсичность
	Высокое потребление белка
	Дислиппротеидемия
	Табакокурение
	Ожирение/метаболический синдром
	Гипергомоцистеинемия
	Беременность

Таблица 4. Факторы прогрессирования ХБП

Не модифицируемые	Модифицируемые
Пожилой возраст	Персистирующая активность основного патологического процесса
Мужской пол	Высокие уровни системного АД, протеинурии
Исходно низкое число нефронов (низкая масса тела при рождении)	Плохой метаболический контроль СД
Расовые и этнические особенности	Ожирение/метаболический синдром
	Дислиппротеидемия
	Табакокурение
	Анемия
	Метаболический синдром
	Беременность
	Нарушения кальций-фосфорного обмена (гиперпаратиреоз)
	Высокобелковая диета и повышенное потребление натрия с пищей

Поиск клинических руководств по хроническим болезням почек осуществлялся в национальных и международных электронных базах данных в сети Интернет.

Поиск клинических руководств, а также результатов Мета-анализов, Систематических обзоров, РКИ, когортных исследований и т.д. по диагностике, лечению и профилактике хронических болезней почек проводился в Кохрейновской библиотеке, в базе медицинских данных «Медлайн» (*MEDLINE*), а также с использованием англоязычных (*Yahoo, AltaVista, Google, DoctorGuide*) и русскоязычных (*Yandex, Rambler*) поисковых операторов (search engines) с использованием ключевых слов.

5.2.1. Ключевые поисковые слова

Для хронических болезней почек в MEDLINE проведен поиск в период с 2000 по 2015 годы. Применением MeSH вводили термины «хроническая болезнь почек» (“chronic kidney disease”). Использовали также следующие подзаголовки: осложнения (complication), диагностика (diagnosis), эпидемиология (epidemiology), этиология (etiology), смертность (mortality), профилактика и контроль (prevention and control), лечение (therapy), риск факторы (risk factor). Для профилактики и контроля поиск был ограничен рандомизированными клиническими исследованиями (controlled clinical trials), когортными

исследованиями (cohort trials) или обзорами (reviews). При поиске также использовали комбинацию слов.

Предпочтение публикаций для финального отчета основывалось на вебсайте NICE, KDIGO, SIGN в течение 2008-2015 гг., по этим данным проводили обзор.

При поиске информации нами были найдены клинические руководства:

- SIGN-103 – Diagnosis and management of chronic kidney disease, 2008 [7];
- KDIGO, 2013 - Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease [8];
- NICE: CG182, 2014 – Chronic kidney disease in adults: assessment and management [9];
- NICE (CMG37) – Early identification and management of chronic kidney disease in adult. – July, 2012 [10].
- NICE quality standard (QS5) – Chronic kidney disease in adults. – March, 2011 [11].

Согласно KDIGO, NICE, SIGN, **хроническая болезнь почек** – это аномалия функции или структуры почек в течение более 3 месяцев, и классифицируется в соответствии с клубочковой фильтрацией (СКФ) и протеинурией в стадии 1-5. Пациенты в стадии 5, которые имеют потерю функции почек (СКФ <15 мл/мин на 1,73 м²), требующей диализа, называется как конечная стадия почечной болезни (ESRD - end-stage renal disease).

Хроническая болезнь почек (ХБП) описывает нарушение функции и/или структуры почек. Она является общей, зачастую не выявляется и часто существует вместе с другими состояниями (например, сердечно-сосудистые заболевания и сахарный диабет). ХБП умеренной и тяжелой степени связано с повышенным риском других значимых неблагоприятных исходов, таких как острая почечная недостаточность, инвалидизация и смертность.

ХБП обычно протекает бессимптомно, но обнаруживается, и тесты для ХБП просты и свободно доступны. Существует доказательство того, что лечение может предотвратить или отсрочить прогрессирование ХБП, уменьшить или предотвратить развитие осложнений, и снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Тем не менее, ХБП часто не распознается, потому что нет специфических симптомов, и часто не диагностируется или диагностируется на поздней стадии.

5.2.2. Прогнозирование хронической болезни почек (ХБП)

Для прогнозирования риска развития ХБП необходимо оценить следующие параметры:

- 1) причину ХБП;
- 2) данные СКФ (скорость клубочковой фильтрации);
- 3) степень альбуминурии;
- 4) другие факторы риска и сопутствующие заболевания.

Ведение классификации ХБП по уровню альбуминурии основано на доказательных данных, которые указывают на то, что риски общей и сердечно-сосудистой смертности, развития терминальной почечной недостаточности, острого повреждения почек и

прогрессирования ХБП отличаются в зависимости от уровня экскреции альбумина с мочой в любом диапазоне СКФ.

Диагностическими критериями ХБП являются признаки почечного повреждения, выявленные при лабораторном и/или инструментальном исследовании, и/или снижение СКФ меньше 60 мл/мин/1,73м².

5.2.3. Международные рекомендации согласно NICE, KDIGO, SIGN³

ХБП определяется оценкой расчетной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) и определением отношения альбумин/креатинин (АКО), согласно категории СКФ (G1-G5) и АКО (A1-A3). Например,

- скорость клубочковой фильтрации 25 мл/мин/1,73м² и отношение альбумин/креатинин 15 мг/ммоль – это ХБП G4A2.
- СКФ 50 мл/мин/1,73м² и отношение альбемин/креатинин 35 мг/ммоль – ХБП G3aA3.
- СКФ меньше 15 мл/мин/1,73м², категория G5, это почечная недостаточность.

ХБП обычно связано со снижением клубочковой фильтрации, но другие важные функции могут быть снижены без снижения СКФ.

Таблица 5. Классификация ХБП по данным СКФ и АКО, и стратификация риска развития осложнений

СКФ и АКО			АКО категория (мг/ммоль)		
			<3 Норма или незначительно повышенная	3-30 Умеренно повышенная	>30 Значительно повышенная
			A1	A2	A3
СКФ мл/мин/1,73м ²	≥90 высокая или оптимальная	G1	Нет ХБП		
	60-89 незначительно сниженная	G2			
	45-59 умеренно сниженная	G3a			
	30-44 существенно сниженная	G3b			
	15-29 резко сниженная	G4			
	<15 терминальная почечная недостаточность	G5			

³KDIGO - Kidney Disease Improving Global Outcomes, NICE – National Institute for Health and Care Excellence, SIGN – Scottish Intercollegiate Guidelines Network

5.2.4. Исследования при ХБП

Определение функции почек:

- Уровень креатинина для оценки клубочковой фильтрации (ферментативный анализ по сравнению с изотопной дилуцией масс спектрометрией) или с применением формул Кокрофт-Гаулта, MDRD (Modification of Diet in Renal Disease);
- Цистатин С – при СКФ 45-59 мл/мин/1,73м², больше 90 дней и без протеинурии (отношение альбумин/креатинин меньше 3 мг/ммоль) или другой маркер болезни почек. У больных с гипотиреозом он может быть повышен, а при гипертиреозидизме наоборот снижен.
- Определение СКФ и отношение альбумин/креатинин у пациентов с такими факторами риска как сахарный диабет, артериальная гипертензия, острая почечная недостаточность, сердечно-сосудистые заболевания (ИБС, ХСН, периферические сосудистые заболевания или цереброваскулярные заболевания), структурные заболевания почек, возвратная мочекаменная болезнь или гипертрофия предстательной железы, мультисистемные заболевания (СКВ), отягощенный семейный анамнез, оппортунистическая гематурия;
- Мониторинг пациентов - для оценки развития или прогрессирования ХБП необходимо проверить уровень СКФ и АКО в течение 2-3 лет после острой почечной недостаточности, даже если креатинин сыворотки вернулся к норме;

Диагностические критерии ХБП:

- Альбуминурия (больше 30 мг в сутки, отношение альбумин/креатинин – 30 мг/ммоль);
- Изменение мочевого осадка;
- Канальцевая дисфункция;
- Гистологические изменения;
- Структурные изменения при визуальных методах (УЗИ);
- Трансплантация почек в анамнезе;
- СКФ – меньше 60 мл/мин/1,73м²

Таблица 6. Зависимость мониторинга СКФ от категории СКФ и АКО

СКФ и АКО			АКО категория (мг/ммоль)		
			<3 Норма или незначительно повышенная	3-30 Умеренно повышенная	>30 Значительно повышенная
			A1	A2	A3
СКФ Мл/мин/1,73м ³	≥90 высокая или оптимальная	G1	≤1	1	≥1
	60-89 незначительно сниженная	G2		1	≥1
	45-59 умеренно сниженная	G3a	1	1	2
	30-44 существенно сниженная	G3b	≤2	2	≥2

	15-29 резко сниженная	G4	2	2	3
	<15 терминальная почечная недостаточность	G5	4	≥4	≥4

5.2.5. Профилактика прогрессирования ХБП

Факторами риска для развития хронической болезни почек являются:

- Сахарный диабет – развитие диабетической нефропатии. Всем пациентам с диабетом регулярно надо проверять почечную функцию (уровень D).
- Артериальная гипертензия – всем пациентам, получающим антигипертензивную и липидоснижающую терапию, необходимо проверять функцию почек (уровень D).
- Курение является риск фактором развития хронической почечной болезни (уровень C). При стаже курения 16-30 лет, относительный риск составляет 1,32, при более 30 лет – ОР=1,52 (положительная взаимосвязь между курением и развитием ХБП).
- Кардиоваскулярные заболевания – у пациентов с атеросклерозом развитие ХБП в 1,5 раза выше, чем без него, у пациентов с ХСН в 2 раза выше.
- Возраст: у пациентов старше 65 лет риск развития выше, чем у пациентов в возрасте до 65 лет (ОР=101,5, положительная взаимосвязь между возрастом и развитием ХБП).
- Длительное использование нестероидных противовоспалительных средств (НПВС);
- Ожирение (индекс массы тела выше 30).
- Низкий социально-экономический статус (уровень C).

Риск факторы, связанные с прогрессированием ХБП:

- Сердечно-сосудистые заболевания;
- Протеинурия;
- Острая почечная недостаточность;
- Артериальная гипертензия;
- Сахарный диабет;
- Курение;
- Длительное использование НПВС;
- Отсутствие лечения при обструкции мочевыводящей системы.

Методы профилактики прогрессирования:

- Активный образ жизни и физические нагрузки с учетом имеющихся заболеваний.
- Снижение веса (ИМТ 20-25 кг/м²).
- Прекращение курения.
- Снижение высокого потребления белка (41,3 г/кг/день) (уровень C).
- Ограничение потребления соли (<2 г/сутки), фосфатов, калия.
- Гликемический контроль - гликолизированный гемоглобин HbA1c<7,0%.
- Контроль уровня липопротеидов.

- Корректировка доз препаратов, применяемых при сопутствующих заболеваниях.
- Отмена приема нефротоксичных препаратов (ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), блокаторы ангиотензиновых рецепторов II, ингибиторы альдостерона, прямые ингибиторы ренина, диуретики, НПВС, метформин, препараты лития, дигоксин и др.

5.2. Обзор практики диагностики и профилактики ХБП и болезней, приводящих к ХБП в Кыргызской Республике

В Кыргызской Республике по ХБП не разработаны клинические руководства и клинические протоколы (КР/КП). Имеются только утвержденные клинические протоколы по пиелонефриту, циститу, асимптомной бактериурии у беременных.

В данных клинических протоколах даны схемы антибактериальной терапии, но нет информации, связанной с последствиями нелечения данных заболеваний.

По структуре ХБП в Кыргызской Республике при прогрессировании в терминальную стадию превалируют такие заболевания, как гломерулонефрит, сахарный диабет и гипертоническая болезнь.

По диагностике, лечению и профилактике гломерулонефритов разработанных и утвержденных клинических руководств и протоколов нет.

По сахарному диабету утверждены клиническое руководство и клинические протоколы «Диагностика и лечение сахарного диабета 2 типа на первичном уровне здравоохранения» (Приказ МЗ КР №325 от 08.06.2009 г.). В клиническом руководстве имеется раздел по диабетической нефропатии (ДН). Отдельно утвержден клинический протокол по диабетической нефропатии. В клиническом протоколе по диабетической нефропатии указаны **необходимые исследования у больных сахарным диабетом в зависимости от стадии ДН, скрининг, мониторинг и частота исследований.**

Но при этом, классификация ХБП устарела и требует обновления. Оценка СКФ проводится при наличии у больного протеинурии 1 раз в 6-12 мес, при ХПН – 1 раз в месяц. Данные по соотношению альбумин/креатинин устаревшие и тоже требуют обновления. Согласно данному клиническому протоколу рекомендуется больным с сахарным диабетом ежегодно проходить скрининг на микроальбуминурию, контроль гликолизированного гемоглобина HbA1C не менее 2 раз в год. Согласно скрининга диабетической нефропатии рекомендуется ежегодно проводить определение отношения альбумин/креатинин в разовом анализе мочи, уровня креатинина в плазме крови, СКФ. СКФ измерять ежегодно независимо от степени выделения альбумина с мочой (уровень В). Тестами для скрининга предлагаются определение микроальбуминурии и СКФ (уровень С). Также даны рекомендации по контролю уровня АД, липидного спектра.

Для оценки выполнения рекомендаций по утвержденному клиническому руководству и протоколу «Диагностика и лечение сахарного диабета 2 типа на первичном уровне здравоохранения» необходимо разработать индикаторы для анализа внедрения этих рекомендаций, что требует проведения ретроспективной оценки амбулаторных карт пациентов с сахарным диабетом.

По сахарному диабету 1 типа отсутствуют как клиническое руководство, так и клинические протоколы. Для проведения оценки мероприятий по мониторингу больных сахарным диабетом 1 типа также необходимо провести ретроспективный анализ амбулаторных карт на первичном уровне.

По гипертонической болезни утверждены клиническое руководство и клинические протоколы (Приказ МЗ КР №839 от 25.12.2009). В данных документах отдельно указаны рекомендуемые лабораторные исследования, включая определение уровня холестерина, суточной протеинурии или отношения альбумина мочи (мг) к креатинину мочи (ммоль) в случайно взятом анализе мочи, креатинина сыворотки, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), но при этом не указана их кратность.

Даны рекомендации по лечению артериальной гипертензии с использованием ингибиторов АПФ и блокаторов ангиотензиновых рецепторов, так как данные группы более эффективны и безопасны для лечения нефропатий. Но при этом нет данных по мониторингу лечения этими группами, т.к. они не так уж безопасны при нефропатиях, а в некоторых случаях могут усилить прогрессирование ХБП.

В обоих клинических руководствах нет отдельного раздела, где освещались бы вопросы по предупреждению развития ХБП.

Следует отметить, что в принятых в КР клинических руководствах используется терминология «хроническая почечная недостаточность», хотя как было отмечено выше, данная терминология в международной практике исключена.

5.4. Организация деятельности, связанная с Реестром больных с ХБП – «Единым Республиканским Реестром» (ЕРР)

Впервые регистрационный журнал для больных с болезнями почек на разных стадиях хронической почечной недостаточности, названный «Единым листом ожидания» на гемодиализ, был заведен на базе НЦКиТ в 2008 году. Цель создания данного регистра заключалась в проведении подсчета общего числа больных с ХБП, установлении количества нуждающихся в диализных местах по регионам и проведение прогноза по потребности в диализных местах по республике.

Ведение регистрации в ЕРР обратившихся к врачам больных с ХБП в настоящее время ведется в отделении «Искусственной почки» на базе НГ при МЗ КР. В настоящее время ЕРР представляет собой шесть (6) регистрационных журналов, начатых с 2008 года и продолженных по настоящее время. Данные журналы пронумерованы и прошнурованы в соответствии с требованиями ведения отчетных документов, установленных в КР.

Одной из сильных сторон республиканского реестра «ЕРР» больных с ХБП является тот факт, что на регистрацию больные обращались только по направлениям специалистов профилированных (кардиологических, нефрологических, эндокринологических, урологических и др.) отделений ОЗ, где наблюдались и лечились пациенты и после консультативных осмотров и рекомендаций нефрологов. Чаще всего их направляли с выписками из отделений нефрологии НЦКТ, НГ и ОМОКБ. Таким образом, следует вывод, что лица с сомнительными или необоснованными диагнозами в реестре не фиксировались. При регистрации больного с ХБП в ЕРР, сотрудники отделения

«Искусственной почки» НГ, ответственные за ведение записи, оставляют у себя копии выписок из амбулаторных карт или историй болезни больного, где указан основной диагноз, стадия ХБП, показания на гемодиализ и ФИО врача, направившего на регистрацию.

Но, наряду с сильными сторонами у «ЕРР» имеются и слабые стороны. Так, слабой стороной «ЕРР» является то, что в него не входят больные с ХБП 1-2 стадий, когда болезнь протекает без лабораторных признаков выраженной фильтрационной дисфункции и повышения креатинина и мочевины. Другим немаловажным недостатком «ЕРР» является отсутствие направленных на регистрацию больных из учреждений первичного или вторичного уровней здравоохранения (ЦСМ, ТБ), где нет настороженности врачей на возможное развитие ХБП вследствие АГ, КБС, сахарного диабета, ожирения или других хронических болезней, ранним проявлением которого является микроальбуминурия (МАУ). В результате чего, например, пациенты с диабетической нефропатией (ДН) в стадии гиперфильтрации и МАУ, без повышения креатинина, не вошли в данный реестр. А именно показатель МАУ является одним из ранних диагностических вмешательств, которые могут показать развитие у больных с сахарным диабетом ХБП, которая далее переходит в ТПН.

Кроме того, в данный реестр не вошли больные с ХБП до 18 лет, что не дает картины распространенности ХБП среди детской популяции.

Перечисленные недостатки реестра не дают возможность оценить истинную распространенность ХБП в КР. Но, исходя из учета случаев обращений на регистрацию, можно сделать ориентировочный анализ причин развития ХБП у взрослого населения и дать предварительные выводы в каком регионе страны, в какой возрастной группе, в результате каких причин чаще развивается ХБП и быстрее прогрессирует до терминальной стадии почечной недостаточности.

5.5. Анализ заболеваемости ХБП на основании данных ЕРР

5.5.1. Критерии включения больных в общую базу ЕРР

В рамках проводимой оценки на основе имеющихся твердых копий (журналы) «Единого Республиканского Реестра» («ЕРР») больных с ХБП в формате статистической программы EXCEL создана электронная база данных.

В данную базу «ЕРР» были введены персональные данные всех пациентов с ХБП, с соблюдением хронологии (даты) регистрации. В итоге, после исключения повторных регистраций одного и того же пациента во время повторных госпитализаций, в базе «ЕРР» с 17.07.2008 г. (даты начала журнала № 1) до 24.10.15 г. зарегистрировано 2511 человек.

Согласно критериям **постановки диагноза ХБП**, принятым международными ассоциациями нефрологов и диализных врачей (KDIGO, ERA, EDTA), в республиканский реестр КР вносили больных с ХБП на основании наличия установленных маркеров заболевания почек:

- биохимических изменений в анализах крови (повышение мочевины, креатинина, электролитных нарушений);

- снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ);
- изменения в анализах мочи (альбуминурия, протеинурия, снижение удельного веса мочи и др.);
- изменения структуры почек при визуализирующих методах;
- установленный факт поражения почек любой этиологии, длительностью от 3 месяцев и более, сопровождающиеся функциональными нарушениями.

Стадия ХБП устанавливалась согласно классификации ХБП по KDIGO, в которой выделяется 5 стадий соответственно уровню СКФ и 3 степени градации по величине протеинурии (Таблицы 7, 8).

Таблица 7. Стадии ХБП по уровню СКФ

Стадия	Определение	СКФ (мл/мин/1,73м ²)
1	Высокая и оптимальная	>90
2	Незначительно сниженная	60-89
3а	Умеренно сниженная	45-59
3б	Существенно сниженная	30-44
4	Резко сниженная	15-29
5	Терминальная почечная недостаточность	<15

Таблица 8. Классификация ХБП по уровню альбуминурии/протеинурии

Градация	А/Кр мочи		СЭА ⁴ (мг/24 час)	Описание
	мг/ммоль	мг/г		
A1	<3	<30	<30	Норма или незначительно повышена
A2	3-30	30-300	30-300	Умеренно повышена
A3	>30	>300	>300	Значительно повышена ⁵

Диагноз ХБП с указанием стадии и градации протеинурии выставлялся после указания основного заболевания, в процессе течения которого наблюдалось поражение почек. Стадия ХБП устанавливалась на основании расчета СКФ по креатинину сыворотки крови, площади поверхности тела, с учетом возраста, пола, расы по формулам Кокрофта-Голта, MDRD, СКD-EPI, либо стандартным измерением клиренса эндогенного креатинина (проба Реберга-Тареева).

Если у пациента имелись признаки нефропатии (изменения в анализах мочи, либо изменение структуры почек в течение 3-х или более месяцев), а СКФ была нормальная, то пациенту ставится 1-я стадия ХБП. При сочетании нефропатии и умеренного снижения СКФ от 60 до 90 мл/мин ставится 2-я стадия. В обоих случаях больной с нормальной СКФ и нормальным уровнем креатинина сыворотки крови не направлялся на регистрацию в ЕРР.

Если у пациента СКФ была снижена и составляла от 30 до 60 мл/мин, то уже независимо от наличия или отсутствия признаков нефропатии пациенту выставлялась 3-я стадия

⁴СЭА – скорость экскреции альбумина, А/Кр – отношение альбумин/креатинин,

⁵включая нефротический синдром (экскреция альбумина >2200 мг/24 час [А/Кр>2200 мг/г; >220 мг/ммоль])

ХБП. При скорости клубочковой фильтрации от 15 до 30 мл/мин – 4-я стадия. И, наконец, при скорости меньше 15 мл/мин - 5-я стадия, или ТПН. В рамках ранних (общеизвестных на территории КР) классификаций, стадии ХБП с 3-ей по 5-ю соответствуют трем стадиям хронической почечной недостаточности (ХПН): субклинической, клинической, терминальной.

Все записанные больные имели на момент регистрации (обращения) от 3-ей до 5-й стадий ХБП.

Электронная база «ЕРР» больных с ХБП была создана в формате статистической программы Excel, куда были внесены:

- персональные данные всех обратившихся на регистрацию пациентов с ХБП 3-5 стадий,
- регион прибытия больного,
- основной диагноз,
- стадия осложнения ХБП,
- дата регистрации в ЕРР,
- уровни креатинина и СКФ на момент регистрации,
- вид получаемой ЗПТ,
- дата начала ЗПТ,
- место получения ЗПТ,
- дата летального исхода в случае смерти,
- причина смерти (если установлена).

После введения данных всех зарегистрированных больных в базовую таблицу, в ЕРР на 24.10.15г число зарегистрированных случаев обращения больных с ХБП 3-5 стадий составило 2511 человек.

Рисунок 2. Вид электронной базы зарегистрированных больных по разным показателям

1	А	В	С	Д	Е	Ф	Д
	Ф.И.О	Год рождения	возраст	Регион	Диагноз		
3	Жаныбаев Эдиль	1973	35	ЧО	ХГН, гип. форма. ТПН.		01
4	Турганбаев Бакыт	1980	28	г. Ош	ХГН, гип. форма. ТПН.		01
5	Жунусова Алина	1989	19	г. Бишкек	ХГН, гип. форма. ТПН.		11
6	Колобов Альберт С.	Омбудсмен	#ЗНАЧ!	Омбудсмен	Омбудсмен		0
7	Уркумбаев Азамат	1983	25	ЫО	ХГН, гип. форма. ТПН.		12
8	Джаманбаев	1979	29	БО	ХГН, смеш. форма. ТПН		.0
9	Турсунбеков У. К.	1970	38	ЧО	ХГН, гип. форма. ТПН.		.1
10	Васильев Владимир	1956	52	ЧО	Поликистоз. ХТИН. ТПН		.1
11	Кадыркулова С.	1951	57	ЫО	СД 2 типа. ДН 5. ТПН		.0
12	Джапарова Динара	1967	41	ЫО	ХГН, гип. форма ТПН		.1
13	Салахудинова Рано	1944	64	г. Ош	СД 2 типа. ДН 5. ТПН		.1
14	Аширалиев Эльзар	1970	38	г. Бишкек	СД 1 типа. ДН 5. ТПН		22
15	Сарбагышев Абай	1987	21	ЧО	ХГН, гип. форма ТПН		22
16	Сунн В.	1954	54	ЧО	СД 2 типа. ДН 5. ТПН		22
17	Шабьрова Б.	1980	28	г. Бишкек	ХГН, гип. форма Клин. ПН		22
18	Алканова Сайнаш	1962	46	г. Бишкек	ХГН, гип. форма Клин.ПН		27
19	Анарбекова Нурзат	1981	27	Ош обл.	ХГН смеш. форма. Клин. ПН		29

163	Асизбаев Рустам	1966	49	Бишкек	ГБ Ш1. Перв. нефроангиос-з. Субкл. ПН	26.02.2015.
164	Туробаев Саны Ахрор	1963	52	ОО	ГБШ Перв.нефроск-з.ХБП 4. Клин.ПН	03.03.2015
165	Соорбеков Тургунбек	1946	69	Бишкек.	ГБ Ш Перв. нефросклероз. Клин. ПН	18.03.2015
166	Ли Вигалдий	1956	59	ЧО	ГБ Ш ст. НАГ. ТПН	25.03.2015
167	Токторбаев Токтосун	1956	59	НО	ГБШ. Перв. нефроангиоскл-з. Клин. ПН	02.04.2015
168	Жолдошев Карим	1963	52	БО	ГБ Ш . Перв нефроангиоск-з. Клин. ПН	06.04.2015
169	Львовская Светлана	1954	61	Бишкек	ГБЗ-4 КБС Субкл. ПН	08.04.2015

CD-1 | CD-2 | CD1-2 | ХГН | ХТИН МКБ Подагра | Аномалии развития | ГБ-3 КБС АГ

ERR база с 17.07.08г. по 22.10.15г..xlsx

[Скачать](#) | [Сохранить в Облако](#) | [Переслать](#)

5.5.2. Анализ зарегистрированных случаев ХБП на основе ЕРР.

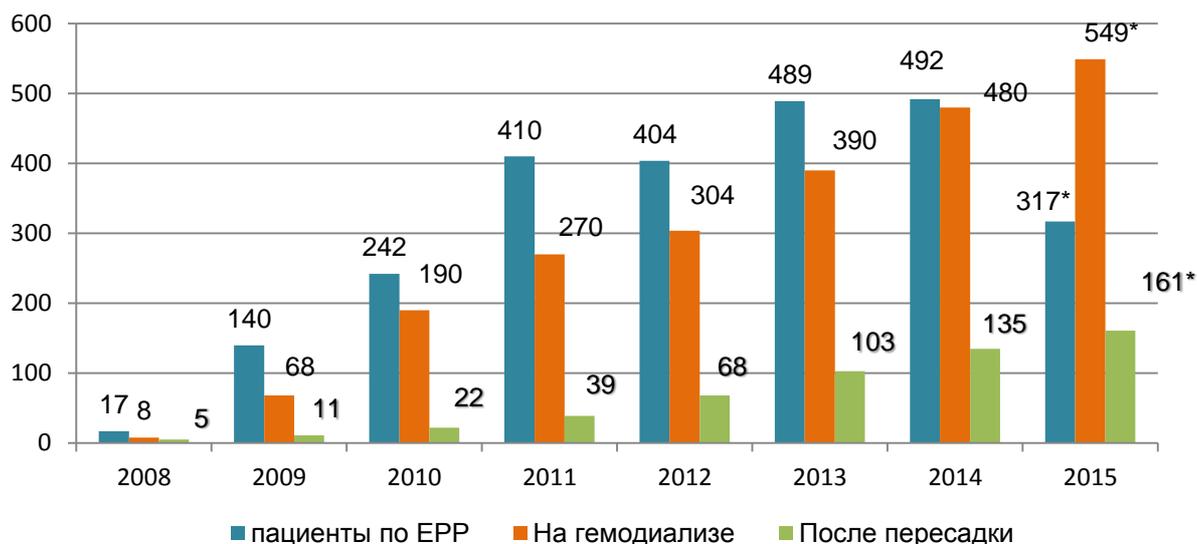
Общее число больных с ХБП, обратившихся на регистрацию на начало ноября 2015 года, составило 2511 пациентов, что по сравнению с числом больных, зарегистрированных на 31 декабря 2010 года, составлявших 399 больных, увеличилось более чем в 6 раз. Отмечается неуклонное увеличение как общего числа обращений больных на регистрацию, так и число первично зарегистрированных в течение одного года пациентов.

Рисунок 3. Динамика числа регистраций больных с ХБП 3-5 стадий за 2008-2015 гг.



Число регистраций новых случаев заболевания ХБП на основании данных ЕРР постепенно снижается. В то же время, число диализных больных и больных после пересадки неуклонно растет. **Высокотехнологичные методы интенсивной и заместительной терапии позволяют спасти жизнь, но далеко не всегда – сохранить ее качество, трудоспособность и социальную активность. Поэтому очень важным является выявление наиболее уязвимых групп населения, подверженных заболеваниям, приводящим к ТПН, выявление факторов развития и прогрессирования ХБП.**

Рисунок 4. Динамика числа больных, взятых на ПГД и после пересадки



Анализ числа обращений пациентов в зависимости от места проживания (по прописке), обратившихся на регистрацию в ЕРР из разных регионов страны показан в Таблице 9.

Таблица 9. Число обращений в зависимости от региона проживания

Регионы	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Всего (чел)	%
Чуйская обл.	5	32	56	93	90	91	97	51	515	20,5%
Таласская об.	0	7	6	21	11	24	20	15	104	4,1%
Ошская обл.	1	8	23	54	55	92	90	42	365	14,5%
Дж-Абадская	0	3	25	42	44	55	60	34	263	10,5%
Ыссык-Кульс	3	15	28	36	41	54	44	30	251	10%
Нарынская	0	15	11	32	16	39	33	14	160	6,4%
Баткенская	1	7	15	15	21	16	22	13	110	4,4%
г. Бишкек	4	45	69	99	108	113	105	92	635	25,3%
г. Ош	2	6	9	18	17	3	21	10	86	3,4%
С неуст. адр.	1	2	0	0	1	2	0	16	22	0,88%
Итого:	17	140	242	410	404	489	492	317	2511	100

По данным Таблицы 9 отмечается высокий процент больных с ХБП, которые были прописаны и проживали в г. Бишкек (25,3%), Чуйской области (20,5%), Ошской области (14,5%). По Джалал-Абадской и Иссык-Кульской областям число обращений составило соответственно 10,5% и 10%.

Анализ по возрастной структуре больных ХБП показал, что наибольшее число больных с ХБП 3-5 стадий были лица в возрасте 50-69 лет, средний возраст которых составил 58,3 лет. На втором месте больные с ХБП 3-5 стадий в возрасте 30-49 лет, средний возраст которых составил 40,8 лет.

Таблица 10. Возрастное соотношение больных с ХБП

Возрастные группы	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Всего
18-29 лет	7	30	44	84	71	78	73	53	440
30-49 лет	5	58	99	136	139	162	156	78	833
50-69 лет	4	46	89	170	184	218	241	160	1112
70 лет и старше	0	3	5	19	10	28	22	23	110

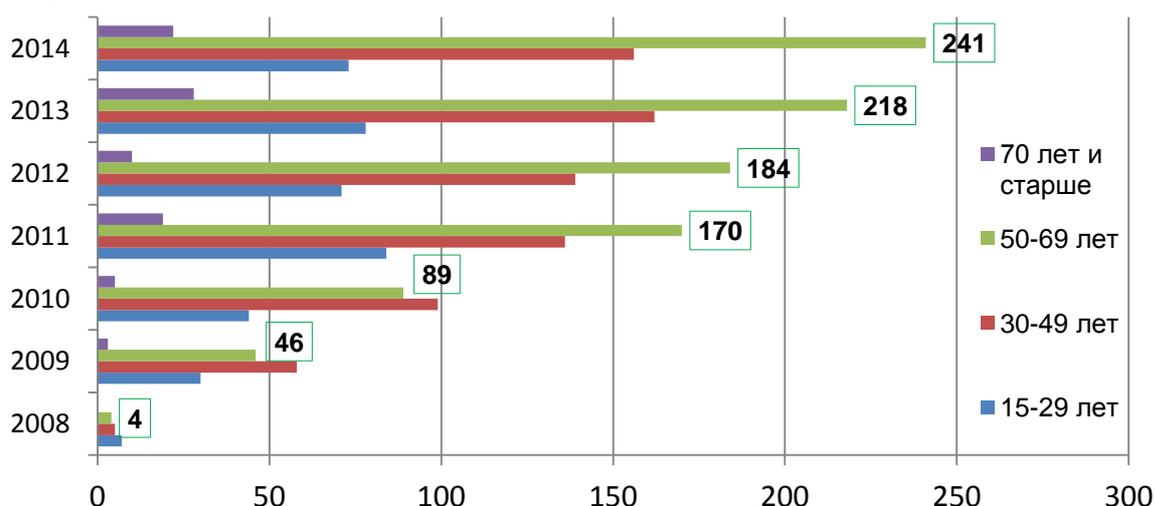
Из Таблицы 10 следует, что 44,5% пациентов с ХБП были в возрасте 50-69 лет, 33,4% - 30-49 лет, 17,6% - 18-29 лет, а также отмечается развитие ХБП у пациентов старше 70 лет (в 4,4% случаях).

Динамика числа зарегистрированных больных ХБП по возрастам в КР показывает увеличение числа больных ХБП среди лиц активного работоспособного возраста от 30 до 65 лет, средний возраст которых 40,8 - 58,3 лет.

Кроме того, отмечается тенденция к увеличению пациентов старше 70 лет, средний возраст равнялся 74,1 лет.

Увеличение категории пациентов работоспособного (социально полезного) возраста, вынужденных по состоянию здоровья уходить с позиций активных членов семьи и общества, и жить на пособия по инвалидности, должно быть основанием для принятия решений по профилактике ХБП.

Рисунок 5. Динамика числа зарегистрированных обращений больных с ХБП, по возрастам



Анализ данных зарегистрированных больных с ХБП в соответствии с нозологической причиной, приведшей к развитию ХБП показал, что **лидирующую позицию среди причин, приводящих к развитию ХБП занимают первично-гломерулярные болезни (45,2%)**. В эту группу болезней вошли все клинические формы гломерулонефритов.

Следует отметить, что диагноз гломерулонефрита (ГН) должен ставиться на основании сочетания клинических симптомов и морфологических изменений в ткани почек, на основании биопсии почек. В настоящее время, в КР диагностика гломерулонефритов не основана на биопсии почек из-за отсутствия доступа к данному виду исследования. Данный диагноз ставится на основе эмпирических данных, и здесь возможна гипердиагностика.

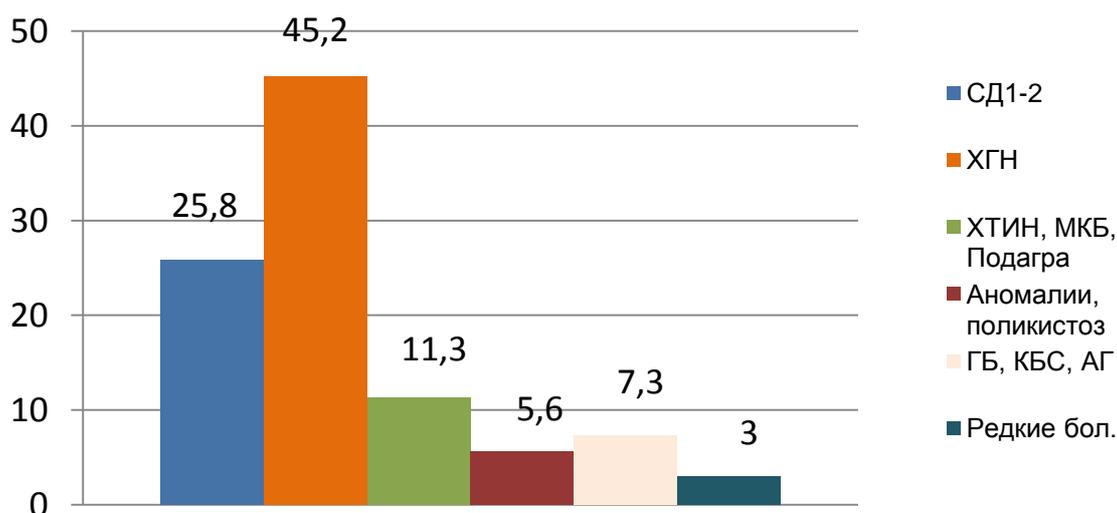
На втором месте по численности среди пациентов с ХБП это пациенты, которые имеют диагноз Сахарный диабет 1 и 2 типа, который является причиной, приведшей к развитию ХБП - (25,8%). Из них большинство пациентов, которые имеют СД 2 типа - 23,5% случаев.

Пациенты с ХБП, которые имели хронические первичные и вторичные тубулоинтерстициальные нефриты (ХТИН) вследствие инфекционных болезней мочевыделительной системы и нарушений обменных процессов в организме, приводящих к нарушению функций почек (мочекаменная болезнь, подагрическая нефропатия), составили 11,3%.

Сердечно-сосудистые заболевания, в число которых были включены гипертоническая болезнь, коронарная болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, явились основными причинами развития ХБП, по данным ЕРР составили – 7,3% от общего числа зарегистрированных больных.

8,6% случаев приходится на долю врожденных и наследственных аномалий развития мочевыделительной системы (поликистоз почек, аплазии, стриктуры, нейрогенные атонии мочевого пузыря и др.), вторичных нефропатий (алкогольных, героиновых), нефропатий у беременных, протекавших в острой форме и закончившихся переходом в ТПН.

Рисунок 6. Основные нозологические формы, приведшие к ХБП, %



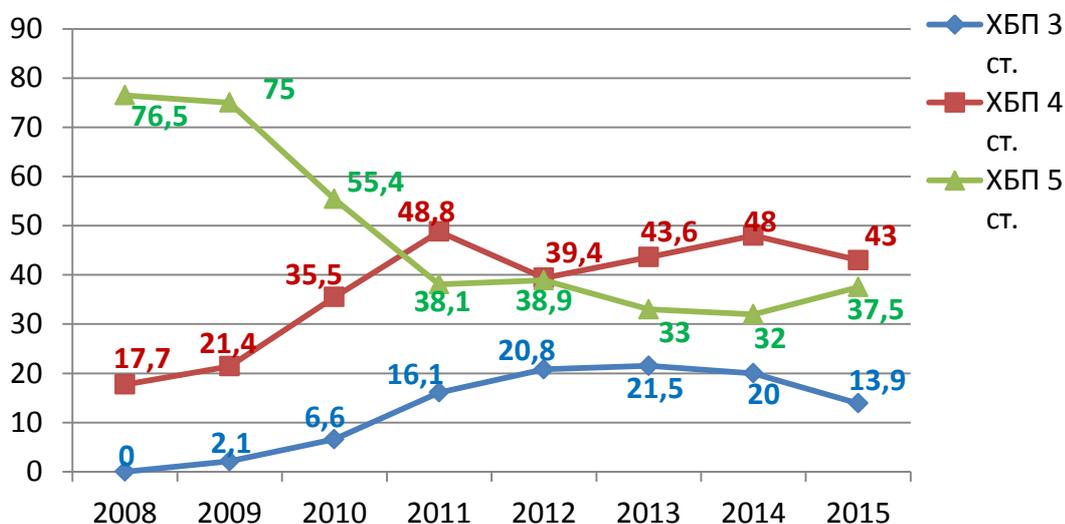
Как было отмечено выше, в ЕРР вносятся больные с ХБП, имеющие с 3 по 5 стадии заболевания: 5 стадия - терминальная стадия почечной недостаточности (больные, имевшие в день регистрации уровень креатинина > 600 мкмоль/л и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) ≤ 10 мл/мин для больных без сахарного диабета, и/или ≥ 500 мкмоль/л

и СКФ ≤ 15 мл/мин для больных с сахарным диабетом 1 или 2 типа), 4 стадия - клиническая стадия, 3 стадия - субклиническая стадия.

Анализ соотношения числа зарегистрированных больных по стадиям к общему числу зарегистрированных больных за одинаковый период времени показал, что чаще на регистрацию в ЕРР обращаются больные уже с необратимыми стадиями ХБП (4 - клиническая и 5 – терминальная стадии ХБП). Так, больные с **ХБП 3** составили 17,7% случаев от общего числа, с **ХБП 4** стадии – 42,3% и **ХБП 5** - 40% случаев.

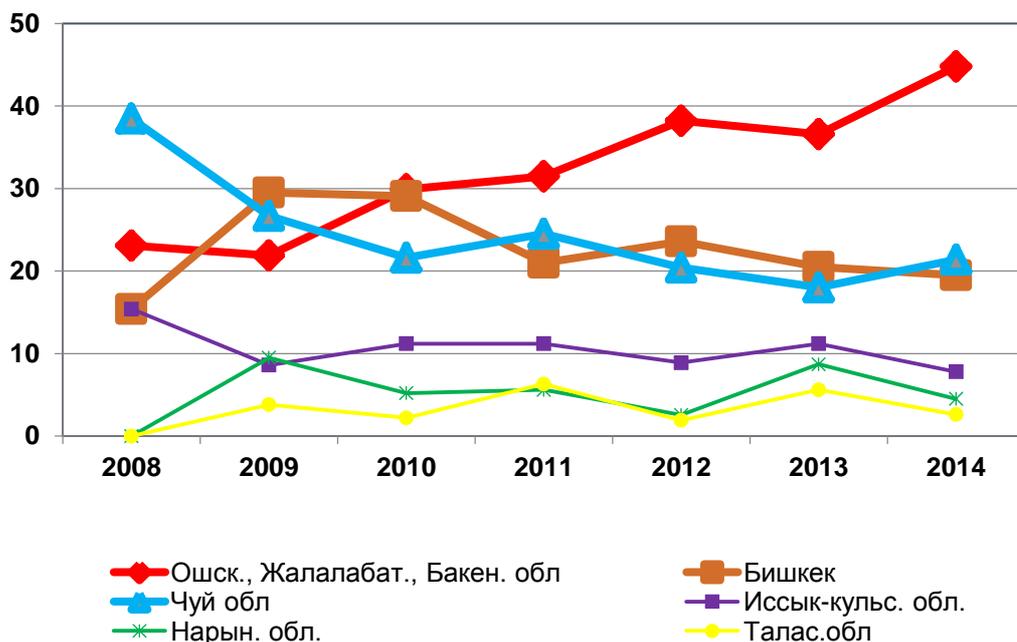
Данные по годам указывают на то, что в первые годы регистрации с июля 2008 года по 2010 год включительно, преобладала доля пациентов с 5 терминальной стадией почечной недостаточности (в 2008 - 76,5%, в 2009 - 75%, в 2010 - 55,4%). А с 2011 года по октябрь 2015 года стала преобладать доля больных с ХБП 4 стадии (2011 г. - 48,8%, 2012 г. - 39,4%, 2013 г. - 43,6%, 2014 г. - 48%, 2015 г. - 43%). За последние годы, большее количество больных стали регистрироваться в 3 стадии ХБП. Тенденция к увеличению обращений больных с ХБП 3 и 4 стадии в ЕРР может указывать на то, что есть изменения в отношении медицинских работников первичного и вторичного уровней к диагностике и ведению пациентов с факторами риска развития ХБП, повышается внимание со стороны врачей разных уровней и специальностей к выявлению больных с ХБП на додиализной стадии и регулирование их на ранней стадии заболевания.

Рисунок 7. Динамика соотношения больных ХБП с 3 по 5 стадии, зарегистрированных в ЕРР



Динамика числа регистраций больных с ХБП 5 стадии по годам показывает, что за последние годы число обращений жителей южных регионов (Ошская, Жалалабатская и Баткенская области) резко возрастает, тогда как по другим регионам постепенно снижается. Это указывает на то, что больные из данных регионов обращаются и регистрируются, соответственно диагностируются на более ранних стадиях ХБП, когда возможно предотвращение необратимых последствий.

Рисунок 8. Динамика числа регистраций больных с ХБП5 стадии, по регионам и годам



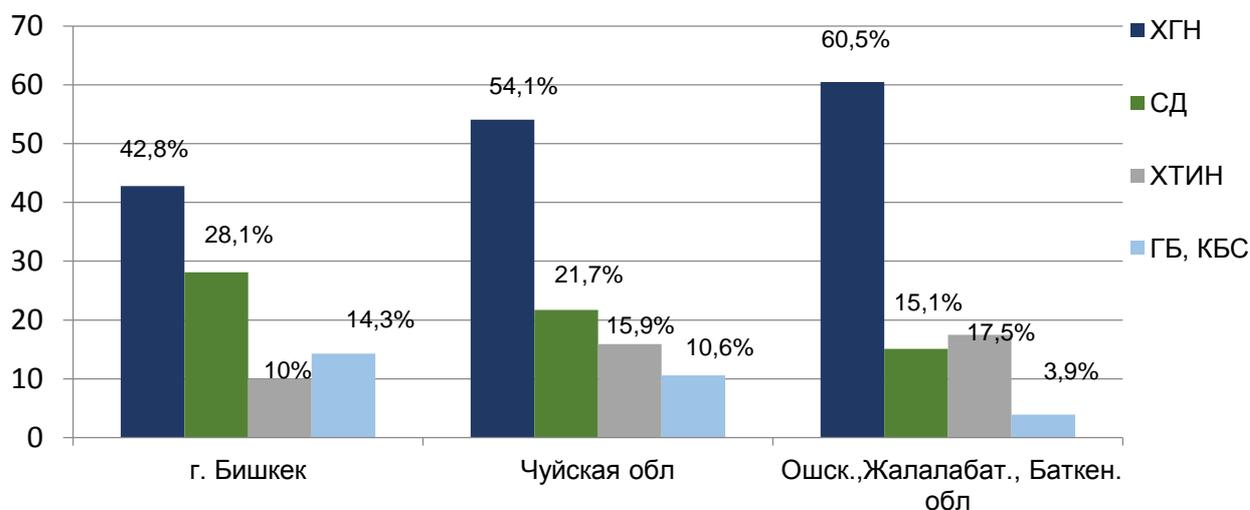
Анализ данных зарегистрированных больных с ХБП 5 стадии в соответствии с нозологическими причинами развития, в зависимости от регионов с наибольшими показателями, указывает на то, что во всех регионах причинами развития ХБП 5 степени являлись последствия от ХГН. Средний возраст больных составил 38,6 лет.

Число больных, у которых последствия с ХБП 5 стадии развились вследствие ХГН из 3 областей - Ошская, Жалалабатская и Баткенская, составило 60,5%, из Чуйской области - 54,1% и г. Бишкек 42,8% от всех случаев обращений больных с терминальной 5 стадией ХБП из данных регионов.

Наблюдается достаточно высокая распространенность диабетической нефропатии (ДН), приведшая к развитию терминальной стадии ХБП. Данные по всем стадиям ХБП, которые развились вследствие последствий СД 1-2 типа, составили 25,8% случаев, из них более 80% - это пациенты с ХБП 5 стадии. Высокая доля пациентов с ХБП 5 стадии, которая развилась вследствие СД, может указывать на то, что пациенты с СД плохо контролируются или не диагностируются соответствующим образом, что ведет к увеличению доли диабетической нефропатии среди причин терминальной стадии ХБП.

В отношении сердечно-сосудистых заболеваний, ставших причиной развития ХБП, по зарегистрированным больным в ЕРР, можно сделать вывод, что у данных больных ХБП 5 степени развивается чаще всего в старшей возрастной группе, средний возраст составил 59 лет (± 5 лет). Количество зарегистрированных больных с ХБП 5 степени вследствие ССЗ в г. Бишкек составило 14,3% случаев. Это, возможно, связано с лучшей диагностикой вторичной нефропатии и информированностью пациентов.

Рисунок 9. Данные по нозологическим причинам развития ХБП 5 стадии, по регионам



5.6. Выявление основных факторов хронического гломерулонефрита (ХГН), способствующих развитию и прогрессированию ХБП.

5.6.1. Основные причины развития хронического гломерулонефрита

Гломерулонефрит - заболевание почек иммуновоспалительного происхождения, характеризующееся первичным поражением клубочков, образованных мелкими капиллярными сосудами в паренхиме почек, где происходят основные функции почек (обменные, фильтрационные, депурационные и др.), с последующим поражением остальной почечной ткани.

Анализ данных ЕРР больных с ХБП 3-5 стадий показал значительное преобладание больных с гломерулонефритами, средний возраст которых составил 38,6 лет.

В КР имеются только единичные исследования, посвященные эпидемиологии гломерулонефритов в КР⁶. В этих исследованиях проведен анализ причин распространения гломерулонефритов в республике, клинические особенности течения острого и хронического гломерулонефритов у больных в КР, приводятся основные причины прогрессирования болезни и освещаются проблемы диагностики, лечения и профилактики гломерулонефритов в КР.

По результатам данных работ, среди общеизвестных причин, вызывающих развитие заболевания гломерулонефритом, были выделены:

- острые и хронические инфекционные заболевания: ангина, пневмония, фарингит, грипп, вирусные гепатиты, отиты, скарлатина, тиф;

⁶ Калиев Р.Р., Будайчиева А.Б., Туменбаева Д.А., «Эпидемиология гломерулонефритов в Кыргызской Республике», ЦАМЖ, 2005;

Калиев Р.Р., Будайчиева А.Б., Туменбаева Д.А., «Острый постстрептококковый гломерулонефрит: современные взгляды на проблему», «Здравоохранение Кыргызстана» 1/2010, с 11-18.

- системные ревматические болезни: васкулит, узелковый полиартрит, системная красная волчанка, ревматоидный артрит, склеродермия, ХРБС;
- прием лекарственных препаратов: препараты золота, некоторые антибиотики, препараты, применяемые для снижения сахара крови (манинил), цитостатики и др.;
- злоупотребление алкоголем;
- паразитарные инвазии;
- злокачественные опухоли различных органов (паранеопластическая нефропатия);
- аллергические заболевания: пищевая аллергия, сезонная аллергия на пыльцу растений, лекарственная болезнь;
- введение сывороток и вакцин;
- осложнения беременности (как переход позднего токсикоза);
- переохлаждение;
- стресс;
- наследственная предрасположенность.

5.6.2. Анализ пролеченных случаев больных с ХБП в отделении нефрологии НГ

Для выявления специфических причин развития и прогрессирования хронического гломерулонефрита был проведен анализ пролеченных случаев в отделении нефрологии Национального госпиталя при МЗ КР (НГ) за 2014 год и 10 месяцев 2015 года.

За период 2014 года было пролечено всего 610 больных с различными формами нефропатий. Из них больных с хроническим гломерулонефритом было 267 человек (43,8%), с диабетической нефропатией 114 чел. (18,7%), в 2015 году их доля увеличилась до 23,4%, с гипертензивной нефропатией 62 чел. (10,2%), с инфекциями мочевыводящих путей 42 чел. (6,9%), с аномалиями развития почек 38 чел. (6,2%). Кроме того, среди данных больных около 40% поступили с ХБП 5 стадии, и более половины из них были впервые диагностированы.

Таблица 11. Пролеченные случаи в отделении нефрологии НГ, по нозологиям

Период	Пролечено больных	ХГН	ХТИН	СД	ГБ	Аномалии развития	с ТПН
2014 г.	610	267	42	114	62	38	243
		43,8%	6,9%	18,7%	10,2%	6,2%	39,8%
10 мес. 2015 г.	370	150	20	86	59	16	131
		40,5%	5,5%	23,4%	15,8%	4,3%	35,4%

Качественные интервью с группой врачей-нефрологов с целью выяснить проблемы, с которыми сталкиваются практикующие врачи во время обследований и лечения своих больных, выявили, что, в первую очередь, имеются проблемы с диагностикой гломерулонефритов. Отсутствует ранняя диагностика больных с ХБП на первичном и вторичном уровнях, неэффективно используются доступные методы профилактики. Лечение больных с ХБП, в частности с ХГН, ведется бессистемно, поскольку в стране отсутствуют разработанные и утверждённые клинические руководства для лечения гломерулонефритов.

На основании анализа историй болезней пациентов, пролеченных в отделении нефрологии НГ, были выделены основные причины, которые приводят к развитию ХГН:

- Не проводится своевременно санация очагов хронической инфекции: кариозные зубы почти в 100% случаев являются причиной заболевания ХГН, частые обострения тонзиллитов, частые ангины, гаймориты, отиты, синуситы, вирусные инфекции, грипп, наличие гнойничковых инфекций (пиодермии);
- Позднее обращение к квалифицированному специалисту;
- Наличие неблагоприятных условий труда и быта, частые случаи алкогольных отравлений;
- Не соблюдаются рекомендации врачей: отсутствует мотивация пациентов и их приверженность к здоровому образу жизни, здоровому питанию, регулярному наблюдению за состоянием анализов. Нет приверженности к назначенному лечению и предписанным диетам. Часто самостоятельно бесконтрольно отменяется лечение, основным следствием которого является недоступность лекарственных препаратов ввиду высокой стоимости;
- Большая приверженность жителей регионов нетрадиционным «народным» средствам лечения, в результате которых теряется время, и пациенты поступают с тяжелыми необратимыми осложнениями со стороны функций почек;
- Низкая вовлеченность в процесс соответствующего контроля инфекций мочеполовой системы со стороны семейных врачей. Узкие специалисты (урологи, нефрологи) не всегда имеются на местах, к которым могли бы обращаться пациенты из сельских и отдаленных регионов для постоянного наблюдения.

5.6.3. Основные факторы, приводящие к развитию ХБП у больных с сахарным диабетом, по данным регистра больных СД в ГЭД г. Бишкек.

В настоящее время недостаточная компенсация заболевания (не достижение целевых уровней глюкозы крови, холестерина, артериального давления, индекса массы тела) и высокое потребление белка с пищей являются основными факторами риска развития диабетической нефропатии (ДН) и прогрессирования ХБП до 5 стадии при СД. Прогрессирование ДН чаще всего приводит к развитию терминальной почечной недостаточности (ТПН).

По данным A.J. Collins и соавт. распространенность ХБП, при отсутствии у исследуемой популяции кардиоваскулярной патологии и СД, составляет 6,8 %. При наличии артериальной гипертонии (АГ) она возрастает до 15,2 %, а при сочетании СД и АГ достигает 43,0 %⁷.

В понятие «диабетическая нефропатия» принято включать микроальбуминурию (МАУ), артериальную гипертензию (АД > 130/85 мм рт. ст.), анемию (Hb < 120 г/л), скрытое снижение функции почек (то есть, определяемое не по креатинину, а по скорости клубочковой фильтрации (СКФ)). Однако перечисленные критерии проявляются на II стадии ДН, в то время как I стадия ДН характеризуется отсутствием МАУ, отсутствием анемии и нормальным АД, но наличием гломерулярной гиперфильтрации, то есть при СКФ > 120 мл/мин и нормальном уровне сывороточного креатинина.

⁷ Collins A.J., Foley R.N., Herzog C. et al. United States Renal Data System 2008 Annual Data Report. Am. J. Kidney Dis. 2009; 53: S1-S374.

Проведённые интервью с эндокринологами обозначили несколько ключевых проблем: первые две стадии ДН из пяти остаются в зоне не диагностированных признаков ХБП. Семейные врачи на местах не уделяют внимания проблемам, не имеющим лабораторных проявлений, как диабетическая нефропатия, поскольку считают вопросы ее диагностики и лечения прерогативой нефрологов. В то же время нефрологи уверены, что своевременная диагностика и четкое понимание задач лечения и профилактики поражения почек и мочевыводящих путей при СД должны быть обязательны для семейных врачей.

Анализ данных регистра больных СД показывает, что чаще всего на диспансерный учет в ГЭД г. Бишкек направляются уже больные с СД и осложнениями, как ХБП 3-5 стадий.

Анализ регистра больных СД по г. Бишкек за 2011-2014 гг. показал динамический рост общего числа больных СД (1 и 2 типа).

Таблица 12. Пациенты с СД 1 и 2 типов, по данным Регистра больных СД, Бишкек, ГЭД

СД	2011г.	2012г.	2013г.	2014 г.
СД 1 типа	487	513	583	592
СД 2 типа	5267	7444	8692	9273
ВСЕГО	5754	7957	9275	9865

Анализ данных из амбулаторных карт больных СД 1 и 2 типов, наблюдающихся в ГЭД г. Бишкек, у которых развилось осложнение в виде ДН, показал, что к прогрессированию осложнений сахарного диабета у них привели декомпенсированное состояние углеводного обмена, некомпенсированный уровень холестерина, не достигнутый целевой уровень АД.

Целевые значения в лечении диабетической нефропатии, это нормальный гликозилированный гемоглобин (согласно рекомендациям Американской диабетологической ассоциации – менее 7%, если возможно– 6,2%), АД – менее 130/80 мм рт. ст., торможение (снижение) МАУ/протеинурии, снижение коэффициента атерогенности < 3,5 у мужчин и < 2,2 у женщин, отсутствие мочевого синдрома и анемии.

Анализ данных Регистра больных СД, показывает ежегодное увеличение больных с ХБП 3-5 стадии. Так, за 2014 год более 8% пациентов с СД, состоящие на учете в ГЭД, имеют ХБП 3-5 стадии.

Таблица 13. Пациенты с ДН 3-5 стадий, за 2011-2014гг.

		2011	2012	2013	2014
СД 1 и 2 типа,	Всего б-х	5754	7957	9275	9865
ДН (ХБП 3-5 стадии)	абс. числа	67	115	333	686
	%	1,16%	1,45%	3,59%	6,95%
ДН (ХБП терминальной стадии)	абс. числа	20	37	70	161
	%	0,35%	0,46%	0,75%	1,63%

Скрининг на МАУ у больных с СД рекомендуют проводить не менее 1 раза в год, однако, не проводится регулярно из-за отсутствия соответствующих диагностических материалов на местах в ЦСМ. Даже в ГЭД в г. Бишкек этот вид диагностики не проводится регулярно.

Недостаточная компенсация углеводного обмена, то есть избыток глюкозы в крови, оказывает токсическое воздействие на сосуды почек и ведет к развитию диабетической нефропатии.

Анализ данных лабораторных исследований ГЭД показывает, что в большинстве случаев у пациентов углеводный обмен декомпенсирован. Это означает, что не удается поддерживать никакими способами нормальный уровень глюкозы в крови. Например, данные за 11 месяцев 2015 года о проведенных анализах в ГЭД г. Бишкек показывают, что декомпенсация уровня гликолизированного гемоглобина (показатели выше 9%) остается у более чем 60% пациентов, которые сдавали данный вид анализа, у более 80% пациентов наблюдается декомпенсация уровня сахара в крови натощак (Рисунок 10).

Также у многих пациентов отмечается высокий уровень холестерина и триглицеридов. Развитию декомпенсации в основном способствуют погрешности в диете и нерегулярное применение противодиабетических препаратов.

Рисунок 10. Данные лабораторных исследований ГЭД за период с января по ноябрь 2015

<i>Лабораторные исследования</i>				
<i>Период с 01.01.2015 по 11.11.2015</i>				
№	Показатели	Всего пациентов	Компенсация	Декомпенсация
1 тип СД				
1	НbA%	422	119	259
2	Сахар крови на тощак	744	124	606
3	Сахар крови через 2-часа	169	39	106
4	Общий холестерин	456	218	35
5	Триглицериды	175	135	12
6	Микроальбуминурия	621	578	15
7	Креатинин	441	408	29
2 тип СД				
8	НbA%	5438	1362	3086
9	Сахар крови на тощак	14695	3085	11313
10	Сахар крови через 2-часа	5031	731	3213
11	Общий холестерин	10906	2904	1942
12	Триглицериды	3318	1496	837
13	Микроальбуминурия	6703	6357	111
14	Креатинин	9092	8658	419
другие типы диабета в т.ч. гестационный диабет				
15	НbA%	0	0	0
16	Сахар крови на тощак	0	0	0

Анализ данных Регистра больных СД и на основании интервью с эндокринологами **были выделены основные причины роста заболеваемости диабетической нефропатией и ее прогрессирования до ТПН при СД:**

- Низкая выявляемость сахарного диабета на первичном уровне и соответственно поздняя диагностика сахарного диабета, слабый контроль на первичном уровне факторов, приводящих к диабетической нефропатии. Семейные врачи считают, что контролем и профилактикой почечных осложнений должен заниматься только нефролог, а не семейный врач.
- Семейные врачи не пользуются разработанными и утвержденными клиническим руководством и клиническим протоколом по диагностике, лечению и профилактике сахарного диабета 2 типа, а также не имеют разработанных клинических руководств и протоколов по сахарному диабету 1 типа, что является основной причиной, почему семейные врачи не управляют СД на первичном уровне должным образом.
- Недостаточная осведомленность населения о признаках сахарного диабета, факторах риска развития сахарного диабета, возможных его последствиях, недостаточная компенсация углеводного обмена, которая приводит к токсическому воздействию на сосуды почек вследствие нарушения диеты и самостоятельной отмены приема сахароснижающих средств, и недостаточный контроль за уровнем АД, повышенные показатели холестерина и триглицеридов в крови.
- На уровне ЦСМ, особенно в регионах, не проводится диагностика на МАУ, гликолизированный гемоглобин ввиду недоступности данных видов исследования (должна проводиться обязательно 1 раз в год для пациентов с СД).

6. КЛЮЧЕВЫЕ ВЫВОДЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

- Отличительной особенностью заболеваемости ХБП в КР, на основании зарегистрированных больных ХБП в ЕРР, является преобладание больных у которых последствиями ХБП были заболевания хроническим гломерулонефритом - 45,2%. Сахарный диабет 1 и 2 типа в 25,8% случаев был следствием ХБП, и заболевания сердечно-сосудистой системы (ГБ, сердечная недостаточность, атеросклероз и др.) в 7,3% случаев привели к развитию ХБП. Проведенные международные исследования нозологических причин развития ХБП и приводящих к ТПН указывают на то, что диабетическая нефропатия (ДН) является одним из самых распространенных причин развития ХБП в мировой практике, сердечно-сосудистые заболевания являются вторыми по распространённости причинами ХБП. На третьем месте - вторичные тубуло-интерстициальные заболевания почек, и хронический гломерулонефрит стоит на четвертом месте заболеваний, приводящих к развитию ХБП⁸. Учитывая то, что в КР диагноз «Гломерулонефрит» ставится эмпирическим путем, без подтверждения соответствующими диагностическими исследованиями из-за отсутствия доступности (биопсия почки) возможно, что истинная картина заболеваемости хроническим гломерулонефритом может отличаться. В связи с этим, необходимо проведение тщательного изучения путей и методов диагностики, при которых выставляется данный диагноз.
- Увеличивающееся с каждым годом число регистраций новых случаев заболевания ХБП в ЕРР увеличивает и число диализных больных, несмотря на то, что число больных после пересадки увеличивается. В настоящее время (по состоянию на 1 декабря 2015 года) за счет государственного обеспечения получают программный гемодиализ только 349 человек, около 70 пациентов получают гемодиализ за свой счет в частных центрах и более 1500 пациентов, зарегистрированные в ЕРР, находятся в преддиализной стадии ХБП.
- На регистрацию в ЕРР обращаются чаще всего больные уже с необратимыми стадиями ХБП (4 - клиническая и 5 – терминальная стадии ХПН), и наблюдается рост числа больных ХБП среди лиц активного работоспособного возраста от 30 до 65 лет. Это указывает на позднюю диагностику заболеваний ХБП, связанную как с не информированностью пациентов, так и с недостаточной работой на ПМСП.
- Высокий уровень распространённости хронического гломерулонефрита среди причин возникновения ХБП является следствием того, что на сегодняшний день на уровне первичного звена здравоохранения своевременно не проводятся мероприятия по санации очагов инфекции (кариозные зубы, хронический тонзиллит, отиты, гаймориты, вирусные инфекции). Семейные врачи не вовлечены в процесс выявления и ведения пациентов с инфекциями мочевых путей. Этот факт усугубляется отсутствием клинического руководства и клинических протоколов по диагностике, лечению и профилактике гломерулонефритов на первичном уровне.

⁸Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012.Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney international, Suppl.2013; 3: 1–150

- В Кыргызстане ССЗ включены в приоритетные программы в рамках реализации программы по реформе здравоохранения, в связи с чем, было предпринято много шагов в контроле за данными заболеваниями, особенно на первичном уровне. Специалисты из НЦКиТ отметили, что на сегодняшний день сокращается число больных с АГ, у которых развиваются ХБП. На первичном уровне стали лучше контролировать уровень АД, этому способствуют также разработка и внедрение на первичном уровне в 2010 году клинического руководства и клинического протокола по диагностике и лечению ГБ. Возможно, с этим и связаны не очень высокие показатели распространенности причин ССЗ, которые привели к ХБП. Хотя данные документы требуют обновления, пересмотра данных по профилактическим мероприятиям для снижения риска развития ХБП.
- Отсутствует приверженность семейных врачей управлять СД на первичном уровне должным образом. Выявленные основные факторы при СД, приводящие к ХБП указывают на позднюю диагностику сахарного диабета на первичном уровне и слабый контроль факторов, приводящих к диабетической нефропатии. Семейные врачи не занимаются контролем пациентов с СД, эти функции полностью возложены на эндокринологов. В регионах и отдаленных ГСВ доступность к эндокринологам ограничена. Диагностикой и ведением диабетической нефропатии занимаются только нефрологи, доступность которых в регионах также ограничена. Семейные врачи не имеют разработанных и утвержденных клинических руководств и протоколов по сахарному диабету 1 типа, не прошли обучение по утвержденному клиническому руководству по сахарному диабету 2 типа и клиническому протоколу по диабетической нефропатии. Утвержденные клинические руководства и протоколы по сахарному диабету 2 типа не были внедрены в практическое здравоохранение.
- На первичном уровне ЦСМ/ГСВ, особенно в регионах, не проводится диагностика на МАУ, гликолизированный гемоглобин ввиду недоступности данных видов исследования (должна проводиться обязательно 1 раз в год для пациентов с СД), которые могут выявить развитие диабетической нефропатии на самых ранних стадиях для своевременного предупреждения развития ХБП.

7. РЕКОМЕНДАЦИИ

- Проведение мероприятий на первичном уровне для повышения уровня информированности пациентов о факторах риска, связанных с ХБП (через СМИ, проведение обучающих школ, привлечение ассоциации пациентов, КУЗы, распространение памяток для пациентов и др.).
- Для предотвращения или замедления прогрессирования ХБП через раннее и эффективное лечение среди больных с сахарным диабетом, гипертонической болезнью, сердечно-сосудистыми заболеваниями (ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, сосудистые заболевания периферических и церебральных сосудов), необходимо обязательно проводить ряд профилактических мероприятий на первичном уровне, таких как оценка сердечно-сосудистого риска и сопутствующих заболеваний, мониторинг лабораторных исследований, регулярное тестирование на ХБП - СКФ и АКО.

- Необходимо разработать и внедрить на первичном уровне клинические руководства и протоколы по ведению больных с СД 1 типа, пересмотреть клиническое руководство по ведению СД 2 типа с упором на проведение ранней диагностики и лечения диабетической нефропатии, и факторы риска развития и прогрессирования ХБП.
- Разработать КР/КП для первичного уровня по лечению и диагностике инфекций мочевого пузыря, хронического гломерулонефрита с упором на повышение распознавания, раннее выявление, лечение и самоконтроль ХБП.

8. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Смирнов А.В., Добронравов В.А., Каюков И.Г. и др. Эпидемиология и социально-экономические аспекты хронической болезни почек. // Нефрология. — 2006. — Т10. — №1. — С.7-13.
2. Coresh V., Astor BC., Green T. et al. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey // Am. J. Kidney Dis. — 2003.-Vol.41(1). — P.1-12.
3. Schiepati A., Remmuzi G. Renal disease as a public health problem. Epidemiology, social and economic implications.// Kidney Int. — 2005. — Vol. 68. — P.7-10.
4. Fester P. , Ribstein J., du Cailar G., Mimran A. Determinants of cardiorenal damage progression in normotensive and never-treated hypertensive subjects // Kidney Int. — 2005. — Vol. 67 (5).
5. NKF: Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification/ - Am.J.kidney Dis., 2002. – 39 [suppl. 1]: S1-S266.
6. Law, M., Morris, J., and Wald, N. "Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies" *British Medical Journal* 2009, 338;b1665.
7. SIGN-103 – Diagnosis and management of chronic kidney disease, 2008;
8. KDIGO, 2013 - Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease;
9. NICE: CG182, 2014 – Chronic kidney disease in adults: assessment and management;
10. NICE (CMG37) – Early identification and management of chronic kidney disease in adult. – July, 2012.
11. NICE quality standard (QS5) – Chronic kidney disease in adults. – March, 2011.
12. NICE Pathways: Progression of chronic kidney disease – <http://pathways.nice.org.uk/pathways/chronic-kidney-disease>, 2015