

# Информационный обзор

## Ситуационный анализ заболеваемости хроническими болезнями почек и основных факторов риска их развития и прогрессирования в КР

### Введение

Хронические заболевания почек (ХБП) среди хронических неинфекционных заболеваний занимают важное место из-за значительной распространенности, резкого снижения качества жизни, высокой смертности и необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии при терминальной стадии - гемодиализа и пересадки почек.

За последние годы в Кыргызской Республике (КР) 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 необходимыми препаратами.

В настоящее время в КР в государственных организациях здравоохранения (ОЗ) открыты и функционируют восемь отделений гемодиализа для лечения больных с ХБП на национальном и областном уровнях. В данных отделениях ведется 3-х сменная работа, однако данные мощности не могут обеспечить услугами гемодиализа всех нуждающихся больных.

С учетом того, что с каждым годом увеличивается количество больных с ХБП, лечение больных и содержание самих отделений гемодиализа относятся к сложным и высокзатратным мероприятиям, необходимо принятие профилактических мер по снижению заболеваемости ХБП.

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.

### Цель исследования

Изучение причин роста заболеваемости ХБП и основных факторов, способствующих развитию и прогрессированию ХБП, инвалидизации и ранней смертности от осложнений ХБП.

### Методология

Методология оценки была основана на анализе данных зарегистрированных больных ХБП «по обращаемости» в «Едином республиканском реестре» (ЕРР). С этой целью была создана электронная база ЕРР больных с ХБП в программе EXCEL на основе данных зарегистрированных на бумажных носителях (журналах).

В данную базу «ЕРР» были введены персональные данные всех пациентов с ХБП, зарегистрированных с 17.07.2008 г. (даты начала журнала) до 24.10.15 г. Все случаи повторных регистраций одного и того же пациента во время повторных госпитализаций были исключены.

На основании базы данных ЕРР выявлялись основные нозологические формы, способствующие развитию ХБП, и основные факторы, способствующие прогрессированию ХБП при 3-х заболеваниях: сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ), сахарном диабете (СД) и первичном гломерулярном заболевании почек – гломерулонефрите (ГН).

Одним из ограничений данной методологии является то, что в ЕРР регистрируются только обратившиеся больные с ХБП 3-5 стадий, больные с ХБП 1-2 стадии и до 18 лет не регистрируются. Это не дает возможности оценить истинную распространенность ХБП в КР, но позволяет сделать ориентировочный анализ причин развития ХБП у взрослого населения.

Кроме того, были проведены ретроспективный анализ медицинской документации пациентов и статистических отчетных данных ОЗ и полуструктурированные качественные интервью со специалистами здравоохранения в области нефрологии.

## Ключевые результаты исследования

Показатели распространенности ХБП основаны на данных, внесенных в ЕРР. Общее число больных с ХБП, обратившихся за медицинской помощью в организации здравоохранения, составило 2511 пациентов (Рисунок 1).

**Рисунок 1. Число зарегистрированных больных с ХБП 3-5 стадий в ЕРР**



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. По состоянию на 1 декабря 2015 года, за счет бюджетных средств в государственных ОЗ получают программный гемодиализ только 349 человек, около 200 больных обеспечиваются услугами гемодиализа из бюджетных средств у частных поставщиков, остальные вынуждены получать гемодиализ в частных медицинских центрах за свой счет, по цене от 5200 до 6000 сом за один сеанс.

Следует учитывать, что более 1500 пациентов, зарегистрированных в ЕРР, находятся в преддиализной стадии ХБП.

Анализ данных зарегистрированных больных с ХБП в соответствии с нозологической причиной, приведшей к развитию ХБП показал, что лидирующую позицию среди заболеваний, приводящих к развитию ХБП, занимают первично-гломерулярные болезни почек - 45,2% случаев от общего числа зарегистрированных больных.

На втором месте среди причин, приводящих к развитию ХБП, осложнения сахарного диабета 1 и 2 типа - 25,8% случаев, около четверти из которых СД 2 типа.

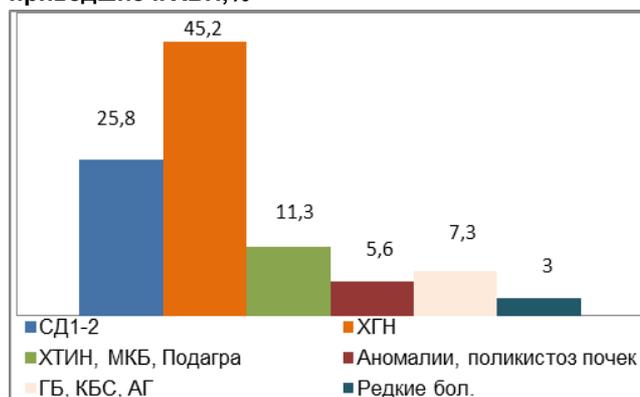
Хронические первичные и вторичные тубулоинтерстициальные нефриты (ХТИН) вследствие инфекционных болезней мочевыделительной системы и нарушений обменных процессов в организме, приводящих к нарушению функций почек (мочекаменная болезнь, подагрическая нефропатия), стали причиной развития ХБП у 11,3% больных.

Сердечно-сосудистые заболевания (ГБ, коронарная болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз) явились основными причинами развития ХБП у 7,3% больных от общего числа зарегистрированных больных.

Проведенные международные исследования нозологических причин развития ХБП и приводящих к ТПН указывают, 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, приводящий к развитию ХБП<sup>1</sup>, стоит на четвертом месте.

<sup>1</sup>Kidney 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

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



## Основные выводы

- Отличительной особенностью заболеваемости ХБП в КР, на основании зарегистрированных больных 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.
- Учитывая, что в КР диагноз «Гломерулонефрит» ставится эмпирическим путем, без подтверждения соответствующими диагностическими исследованиями (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.
- 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.

- 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.
- ССЗ включены в приоритетные программы в рамках реализации программ по реформе здравоохранения в КР, и был предпринят ряд мероприятий по контролю за данными заболеваниями, особенно на первичном уровне. Были разработаны и внедрены на первичном уровне клиническое руководство и клинические протоколы по диагностике и лечению ГБ. Возможно, с этим и связаны не очень высокие показатели распространенности причин ССЗ, которые привели к ХБП.
- Выявленные основные факторы при СД, приводящие к ХБП, указывают на отсутствие приверженности семейных врачей управлять СД на первичном уровне должным образом, позднюю диагностику и слабый контроль факторов, приводящих к диабетической нефропатии. Семейные врачи не занимаются контролем пациентов с СД, эти функции полностью возложены на эндокринологов в ЦСМ. В регионах и отдаленных ГСВ доступность к эндокринологам ограничена. Диагностикой и ведением диабетической нефропатии занимаются только нефрологи, доступность которых в регионах также ограничена. Для семейных врачей не утверждены клинические руководства и протоколы (КР/КП) по сахарному диабету 1 типа, утвержденные КР/КП по сахарному диабету 2 типа, диабетической нефропатии не были внедрены в практическое здравоохранение.
- На первичном уровне – в ЦСМ/ГСВ, особенно в регионах, не проводится диагностика на микроальбуминурию, гликолизированный гемоглобин ввиду недоступности данных видов исследования (должна проводиться обязательно 1 раз в год для пациентов с СД), и с помощью которых можно выявить развитие диабетической нефропатии на самых

ранних стадиях для своевременного предупреждения развития ХБП.

## 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, Кабинеты укрепления здоровья при ЦСМ, распространение памяток для пациентов и др.)
- Для предотвращения или замедления прогрессирования ХБП через раннее и эффективное лечение больных с сахарным диабетом, гипертонической болезнью, сердечно-сосудистыми заболеваниями, 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.
- Необходимо разработать и внедрить на первичном уровне КР/КП по ведению больных с СД 1 типа, пересмотреть клиническое руководство по ведению СД 2 типа с упором на проведение ранней диагностики и лечение диабетической нефропатии и факторов 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.