

Значение скрининга населения в выявлении хронической болезни почек

М. Ю. Дудко, О. Н. Котенко, А. В. Малкоц

Хроническая болезнь почек (ХБП) является одной из самых распространенных патологий среди заболеваний неинфекционной этиологии. ХБП — это наднозологическое понятие, включающее любые структурные или функциональные нарушения почек длительностью три и более месяцев, либо стойкое снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин/1,73 м² независимо от наличия признаков повреждения почек. В зависимости от степени снижения СКФ выделяют пять стадий развития ХБП, из которых пятая соответствует терминальной стадии хронической почечной недостаточности (тХПН) [1, 2].

Встречаемость ХБП в человеческой популяции составляет 12–18%, что сопоставимо с распространенностью таких социально значимых заболеваний, как артериальная гипертензия, сахарный диабет и ожирение. Данные о распространенности ХБП отличаются в странах с высоким уровнем жизни и качеством медицинской помощи и в странах со средним и низким доходом населения. В США ХБП 1–5 стадии выявляется у 15% взрослого населения, в странах Европы (Нидерландах, Норвегии, Испании, Австралии) — у 12–17%, в Японии — у 18,7%, Китае — у 14%. Частота встречаемости ХБП увеличивается с возрастом: она отмечена у 36% лиц старше 60 лет, тогда как в более молодом возрасте встречается значительно реже. Кроме того, развитие ХБП сопряжено с некоторыми заболеваниями. Так, ХБП отмечается более чем у 30% больных с хронической сердечной недостаточностью, у 40% пациентов с сахарным диабетом и у 28% больных с артериальной гипертензией [5–11]. В России популяционные исследования распространенности ХБП не проводились, однако результаты отдельных эпидемиологических исследований подтверждают, что распространенность как ранних, так и развернутых стадий ХБП достаточно высока.

Течение ХБП имеет прогрессирующий характер и приводит в конечном итоге к полной потере почечной функции, требующей дорогостоящей заместительной почечной терапии (ЗПТ) — диализа или трансплантации почки. ХБП 4–5 стадии характеризуется резким снижением качества жизни, способствует преждевременной смертности пациентов, в первую очередь от сердечно-сосудистых заболеваний. Известно, что риск сердечно-сосудистой смерти у больных с хронической почечной недостаточностью многократно превышает таковой в общей популяции. Ежегодная смертность среди пациентов в возрасте 30 лет, находящихся на диализе, сопоставима со смертностью среди людей в возрасте 75–80 лет. По мере прогрессирования хронической почечной недостаточности повышается абсолютный риск смерти, в том числе у пациентов с тХПН кардиоваскулярная летальность диагностируется в 40% случаев, причем в 20% — внезапная [12–15].

Еще одной немаловажной проблемой является стоимость лечения данной категории пациентов: расходы на ЗПТ составляют существенную часть (2–5%) национальных бюджетов здравоохранения развитых стран, тогда как доля этих пациентов — не более 0,7% от общего числа больных [3].

Учитывая частую встречаемость ХБП в популяции и неизбежное ее развитие у значительного числа людей с возрастом, высокую смертность этих пациентов и дорогостоящие методы терапии, выявление групп риска по возникновению ХБП и замедление темпов ее прогрессирования являются актуальной задачей здравоохранения любой страны. В развитых странах разработаны и совершенствуются программы эффективных и доступных методов скрининга и профилактики ХБП, позволяющих не только выявлять заболевания почек на ранних стадиях, но и снизить темпы прогрессирования ХБП, риск развития осложнений, что в конечном итоге приводит к снижению затрат на ЗПТ [3, 4, 6].

По данным 2013 г. распространенность ХБП среди взрослого населения в г. Москва составляла не более 1%, тогда как в целом в европейских странах — около 6% [4]. Такая низкая выявляемость, обусловленная отсутствием программ скрининга ХБП и настороженности со стороны врачей, приводит к тому, что большая часть больных не знает о наличии у них патологии почек вплоть до выявления у них тХПН. Между тем на сегодняшний день уровень ургентной госпитализации пациентов с впервые выявленной тХПН в Москве составляет 56%, тогда как в странах Европы 15–22% [4].

В августе 2017 г. в Северном административном округе (САО) г. Москва был запущен пилотный скрининг-проект, целью которого было выявление пациентов с ХБП. Срок проведения скрининга составил 5 месяцев. Всем пациентам, обращавшимся в этот период в поликлиники, вне зависимости от повода обращения проводился биохимический анализ крови с последующим расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу эндогенного креатинина.

В ходе проекта было обследовано около 78 тысяч человек, у более 3 тысяч из них была выявлена ХБП (табл. 1). Среди пациентов с выявленной ХБП в 95% случаев имели место начальные стадии (1–3 стадии), когда грамотная нефропротективная терапия, лечение основного заболевания, выявление и контроль осложнений могут значительно замедлить темпы прогрессирования ХБП (табл. 2).

Результаты скрининга взрослого населения CAO г. Москва			Таблица 1
	Количество	%	
Количество обследованных пациентов	78354	100	
Всего выявлено пациентов с ХБП	3093	4	

Распределение пациентов по стадиям ХБП			Таблица 2
Стадии ХБП	Количество пациентов	%	
1–3 стадии	2946	95,2	
4-я стадия	129	4,2	
5-я стадия	18	0,6	

Количество пациентов с тХПН в CAO г. Москвы, находящихся на ЗПТ			Таблица 3
Вид ЗПТ	Количество пациентов	%	
Все виды ЗПТ	421	100	
Программный гемодиализ	311	73,9	
Перитонеальный диализ	92	21,9	
Трансплантация почки	18	4,2	

Пациенты с 4–5 стадиями составили около 5% всех пациентов с ХБП, причем все они не знали о наличии заболевания почек или степени тяжести поражения. Около 0,6% из этой группы представляли больные с 5-й стадией ХБП, т. е. нуждающиеся в заместительной почечной терапии, но впервые узнавшие о наличии почечного заболевания. От общего числа обследованных пациенты с 5-й стадией ХБП составили всего 0,022%. Однако если экстраполировать эти данные на все население Москвы, то мы получим около 2500 человек, которые уже нуждаются в подготовке к ЗПТ и которые не подозревают о наличии у них патологии почек.

На сегодняшний день в CAO г. Москва лечение методами ЗПТ получают 421 человек (табл. 3). Из них 18 пациентам проведена трансплантация почки, а 403 получают лечение гемодиализом или перитонеальным диализом. Таким образом, пациенты с впервые выявленной в ходе скрининга 5-й стадией ХБП составляют 4,2% от всех, получающих ЗПТ, или 4,5% от количества больных на гемодиализе или перитонеальном диализе.

В целом можно отметить, что количество больных с ХБП, выявленных в ходе скрининга, несколько меньше, чем в результатах популяционных исследований в странах Европы и США. Это объясняется тем, что группа пациентов в нашем скрининговом исследовании формировалась только по обращаемости в поликлинику, из-за чего значительная часть населения CAO не была обследована. Кроме того, не проводилось целенаправленное обследование в группах риска по возникновению ХБП. Очевидно, что при соблюдении этих условий количество выявлений ХБП было бы значительно выше.

Раннее выявление и грамотное ведение больных ХБП представляет собой непростую задачу, решение которой предполагает:

- способность и готовность врачей всех специальностей к диагностике ХБП;
- выявление лиц из групп риска по формированию ХБП;
- раннее выявление ХБП (скрининговое определение СКФ, внедрено в ЕМИАС);
- своевременное и полное информирование пациента о наличии ХБП, рекомендациях по питанию и образу жизни;
- динамическое наблюдение за пациентами и ранняя коррекция осложнений;
- адекватная подготовка к ЗПТ;
- своевременное начало ЗПТ.

Как показывают отечественные и зарубежные наблюдения, пациенты, информированные о наличии у них патологии почек на ранних стадиях, приобретают знания и навыки здорового образа жизни, особенностях питания, правилах приема лекарственных средств, что в значительной мере способствует замедлению темпов прогрессирования ХБП. Такие пациенты своевременно начинают коррекцию осложнений и подготовку к ЗПТ, меньше подвержены риску ургентных госпитализаций, фатальных осложнений уремии, сердечно-сосудистой смертности. Комплексное ведение пациентов с ХБП не только продлевает додиализный период и длительность жизни в целом, но и значительно повышает качество жизни пациента, его адаптацию к своему состоянию, сохранение работоспособности, а также снижает затраты здравоохранения на дорогостоящую заместительную почечную терапию.

Литература

1. Хроническая болезнь почек и нефропротективная терапия. Методическое руководство для врачей / Под ред. Е. М. Шилова. М., 2012. 75 с.
2. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению / Рабочая группа членов Правления Научного общества нефрологов России. Коллектив авторов (руководитель группы А. В. Смирнов). СПб: Издательство «Левша», 2012. 51 с.
3. Ягудина Р. И., Котенко О. Н., Серпик В. Г., Абдрашитова Г. Т. Экономическое бремя хронической болезни почек в Российской Федерации // Фармакоэкономика: теория и практика. 2014. Т. 2, № 4. С. 34–39.
4. Котенко О. Н. Хроническая болезнь почек: проблемы и решения // Московская Медицина. 2018, 1 (22), с. 21–24.
5. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению // Клиническая нефрология. 2012. № 4. С. 4–26.
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1268н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при хронической болезни почек 5 стадии в преддиализном периоде, при госпитализации с целью подготовки к заместительной почечной терапии».
7. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease // Kidney Int Suppl. 2013; 3: 1–136.
8. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification // Am J Kidney Dis. 2002; 39: 2, Suppl 1S1–266.
9. Levey A. S., de Jong P. E., Coresh J., El Nahas M., Astor B. C., Matsushita K. et al. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report // Kidney Int. 2010; 80: 17–28.
10. Levey A. S., Stevens L. A., Schmid C. H., Zhang Y. L., Castro A. F. 3rd, Feldman H. I. et al., CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration). A new equation to estimate glomerular filtration rate // Ann Intern Med. 2009; 150: 604–612.
11. Go A. S., Chertow G. M., Fan D., McCulloch C. E., Hsu C. Y. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization // N Engl J Med. 2004; 351: 1296–1305.
12. Meyer K. B., Levey A. S. Controlling the epidemic of cardiovascular disease in chronic renal disease: Report from the National Kidney Foundation Task Force on cardiovascular disease // J. Amer. Soc. Nephrol. 1998. Vol. 9. P. S31–S42 (Suppl. 12).
13. Munger M. A., Ateshkadi A., Cheung A. K. et al. Cardiopulmonary events during hemodialysis: Effects of dialysis membranes and dialysate buffers // Amer. J. Kidney Dis. 2000. Vol. 36. P. 130–139.
14. Narula A. S., Jha V., Bali H. K. et al. Cardiac arrhythmias and silent myocardial ischemia during hemodialysis // Ren. Fail. 2000. Vol. 22. P. 355–368.
15. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. U. S. Renal Data System, USRDS1998 Annual Data Report.

М. Ю. Дудко*, кандидат медицинских наук

О. Н. Котенко**, кандидат медицинских наук

А. В. Малкоч*, ¹**, кандидат медицинских наук

* ГБУЗ ГKB им. С. П. Боткина ДЗМ, Москва

** ГБУЗ ГKB № 52 ДЗМ, Москва

*** ФГБОУ ДПО РМАНПО, Москва

¹ Контактная информация: malkoch@mail.ru

Значение скрининга населения в выявлении хронической болезни почек/ М. Ю. Дудко, О. Н. Котенко, А. В. Малкоч
Для цитирования: Лечащий врач № 1/2019; Номера страниц в выпуске: 50-52

Теги: нефропротективная терапия, почки, осложнения, качество жизни