

Хроническая болезнь почек: МОЖНО ЛИ ОСТАНОВИТЬ прогрессирование?

М.Ю. Швецов

ведущий научный сотрудник, к.
М.Н.



Первый Московский
государственный медицинский
университет имени
И.М. Сеченова



Хроническая болезнь почек: МОЖНО ЛИ ОСТАНОВИТЬ прогрессирование?

М.Ю. Швецов

ведущий научный сотрудник, к.
М.Н.



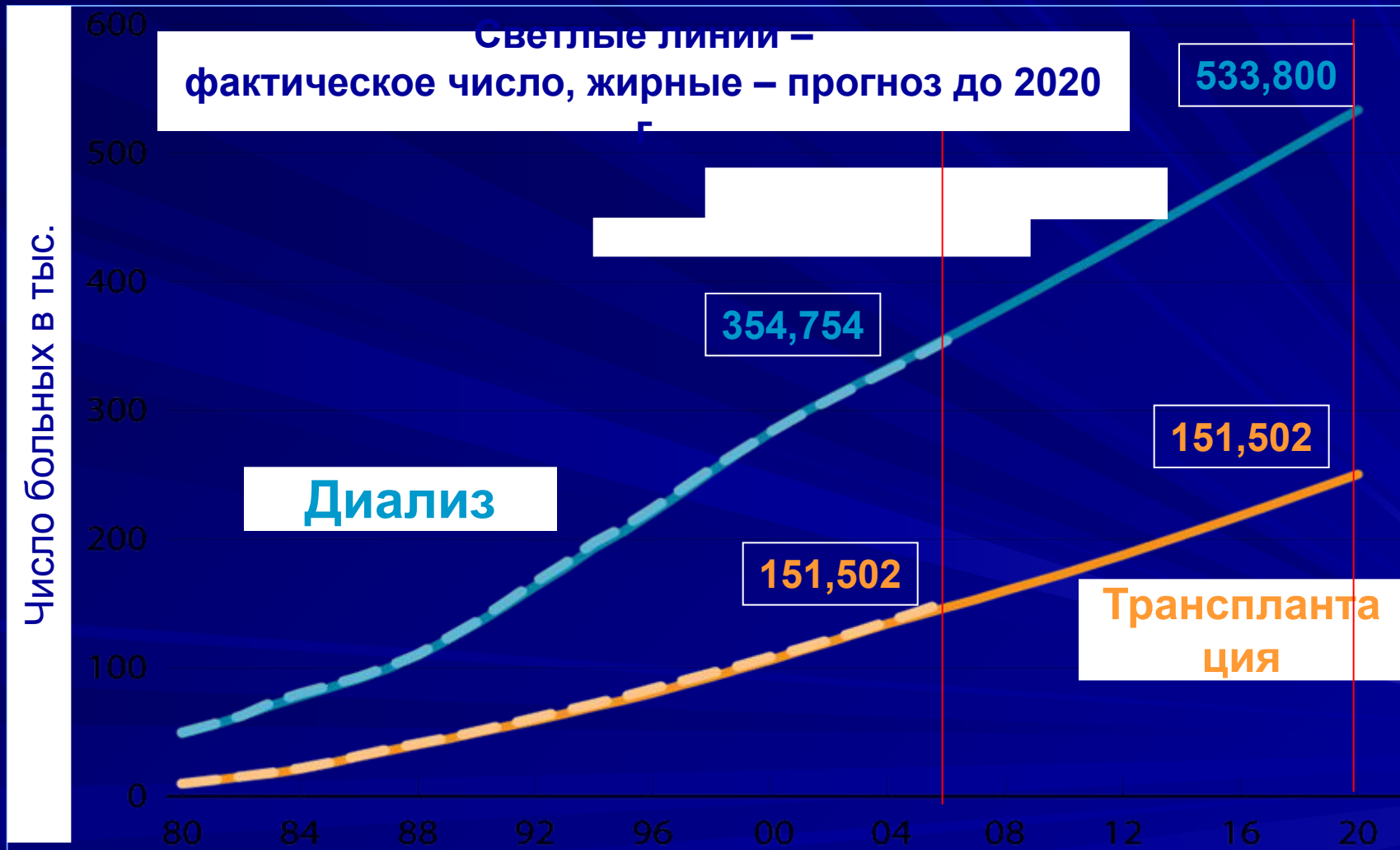
Первый Московский
государственный медицинский
университет имени
И.М. Сеченова



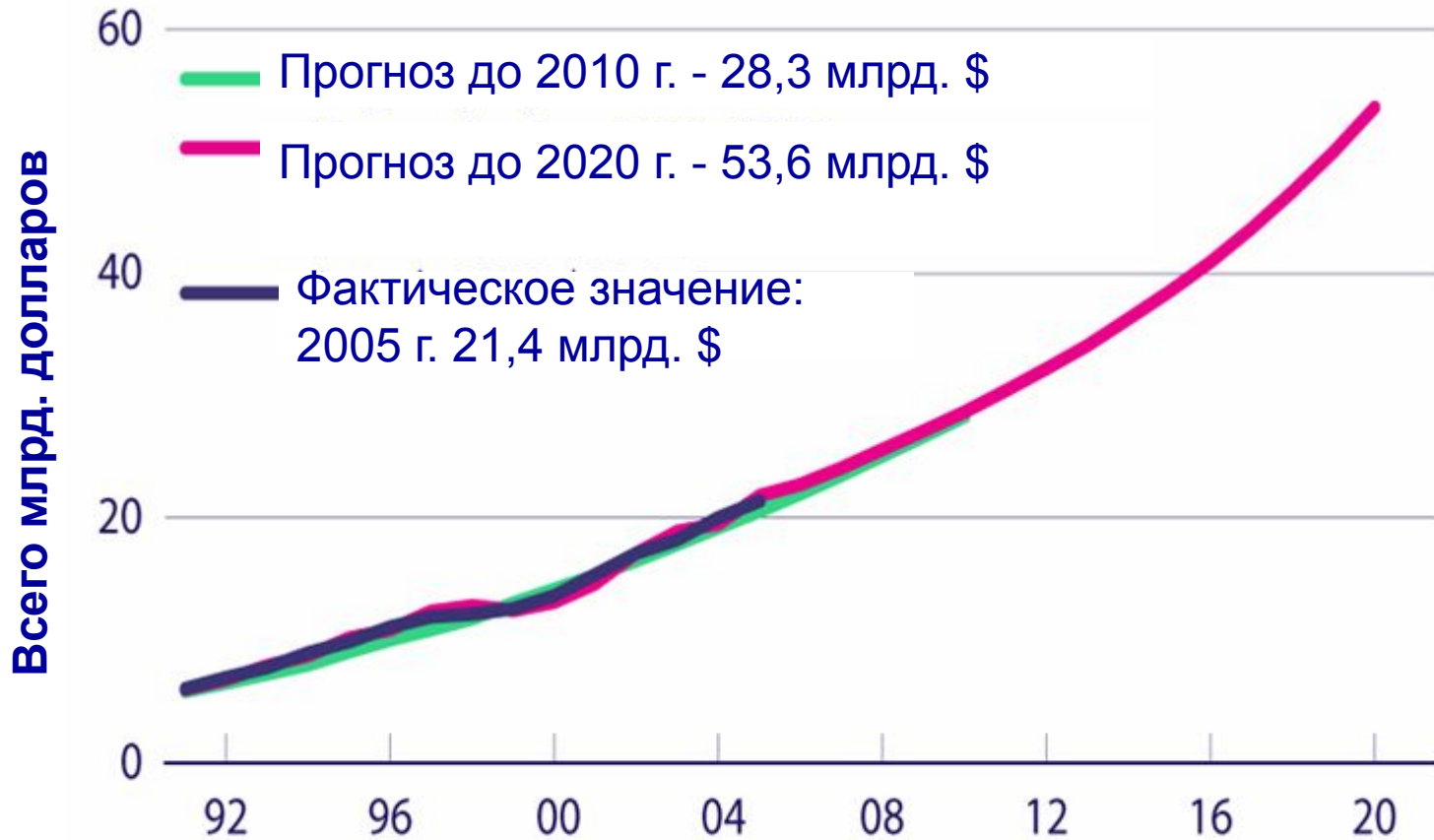
Достижения нефрологии XX века

- Создание и внедрение методов заместительной почечной терапии (гемодиализа, перитонеального диализа, пересадки почки)
- Разработка чувствительных и точных методов диагностики болезней почек
- Открытие аутоиммунной природы гломерулонефрита и разработка иммуносупрессивной терапии
- Изучение неиммунных механизмов прогрессирования болезней почек, разработка принципов нефропротекции

Распространенность терминальной почечной недостаточности в США



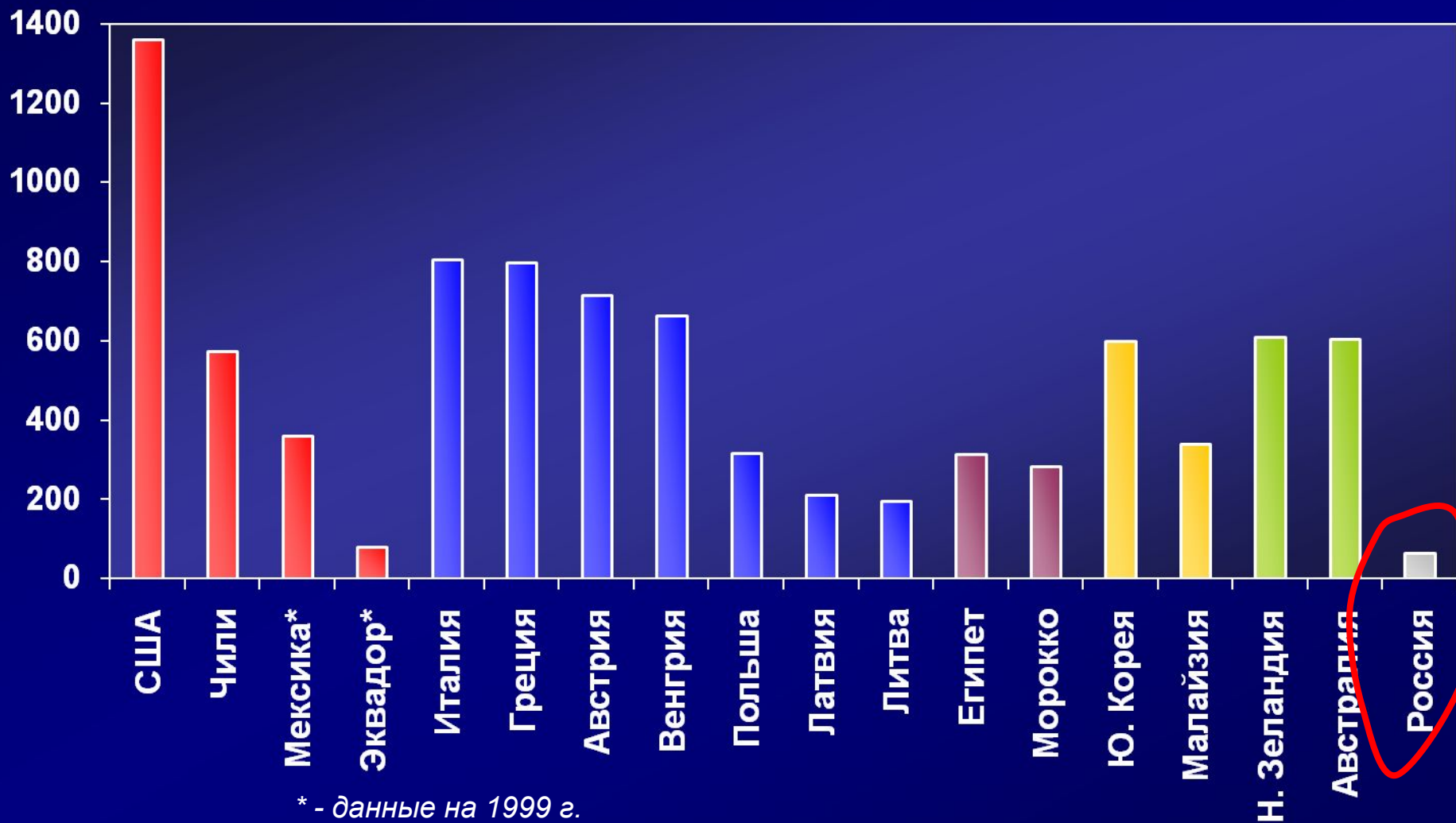
Стоимость лечения терминальной почечной недостаточности в США



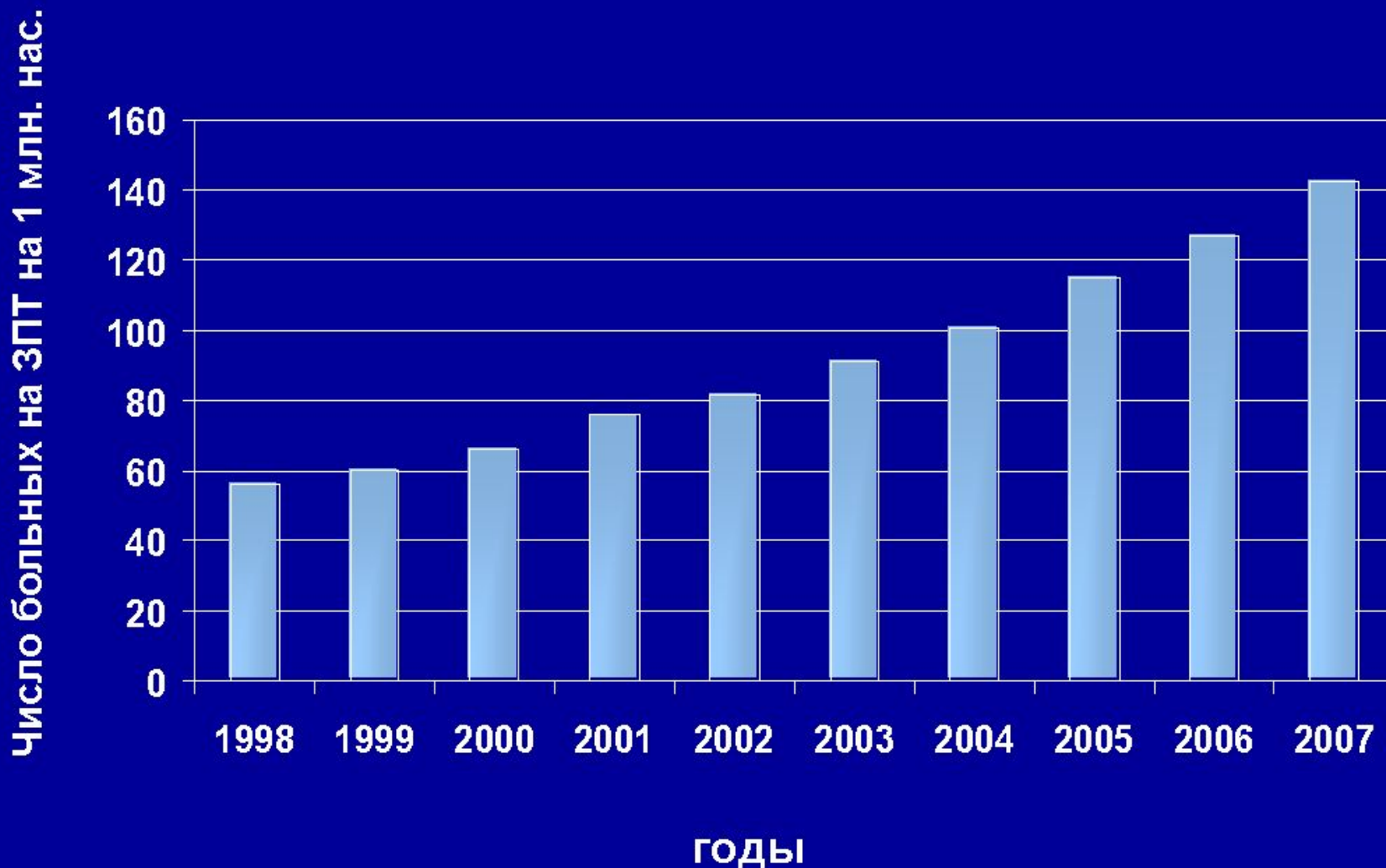
Социально-экономическое значение проблемы ТПН в России

- Средний возраст больных, получающих заместительную терапию (ЗПТ) в России, – **47 лет**, т.е. страдает, в первую очередь, активная, трудоспособная часть населения
- Стоимость 1 процедуры гемодиализа в среднем по России составляет 3-8 тыс. руб.; стоимость лечения одного пациента в течение года (165 диализов) – **0,5-1,5 млн. руб**
- По данным регистра РДО число больных ТПН, получающих ЗПТ за период 1998-2005 г увеличилось **с 66 до 115 человек на млн** населения
- Обеспеченность населения России ЗПТ остается в 6 раз ниже, чем в странах ЕС, т.е. **5 из 6 больных ТПН погибают, не получая диализа ввиду его недоступности**

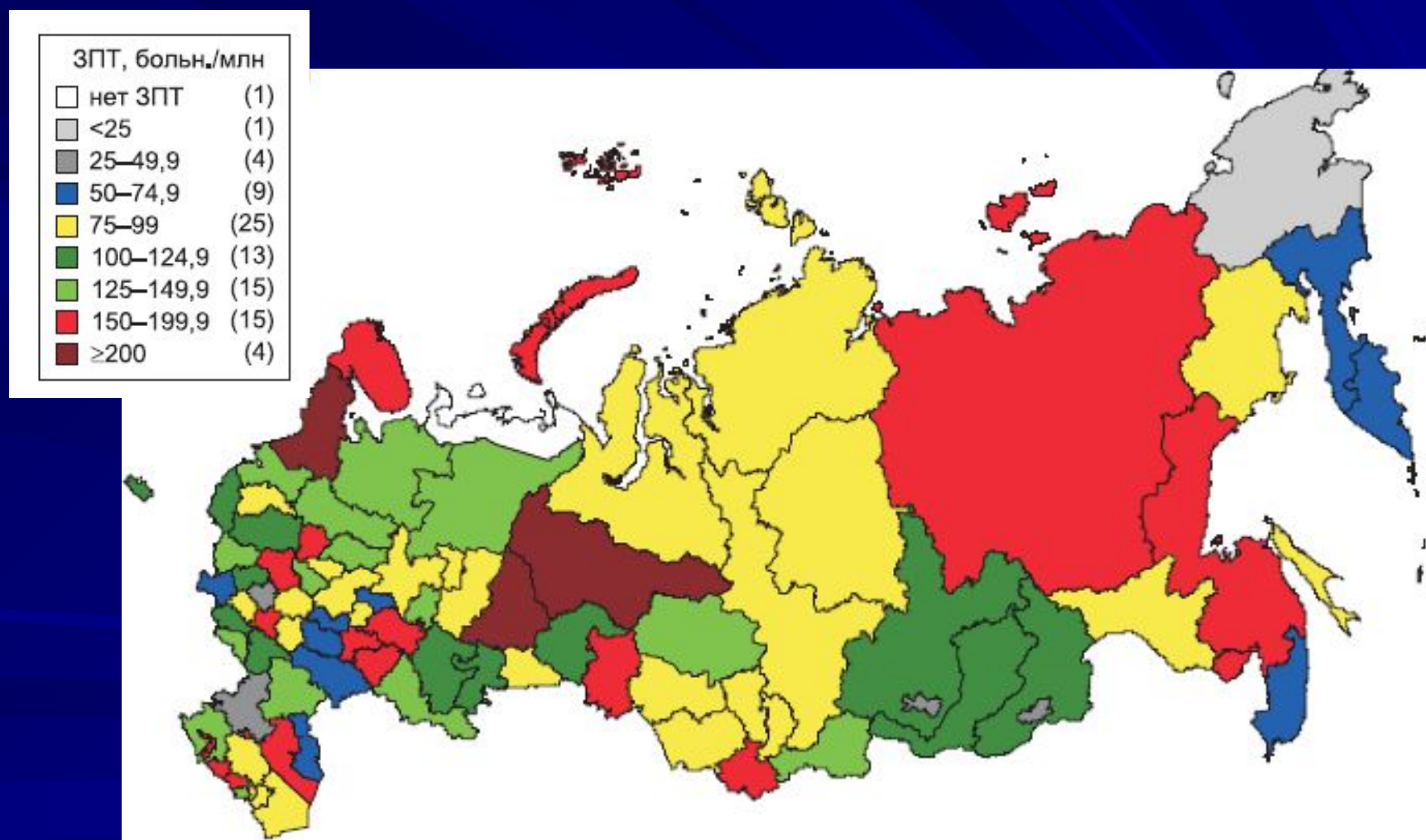
Обеспеченность населения заместительной почечной терапией в 2000 г (число больных на 1 млн населения)



Обеспеченность заместительной почечной терапией (ЗПТ) населения России в 1998-2007 гг.

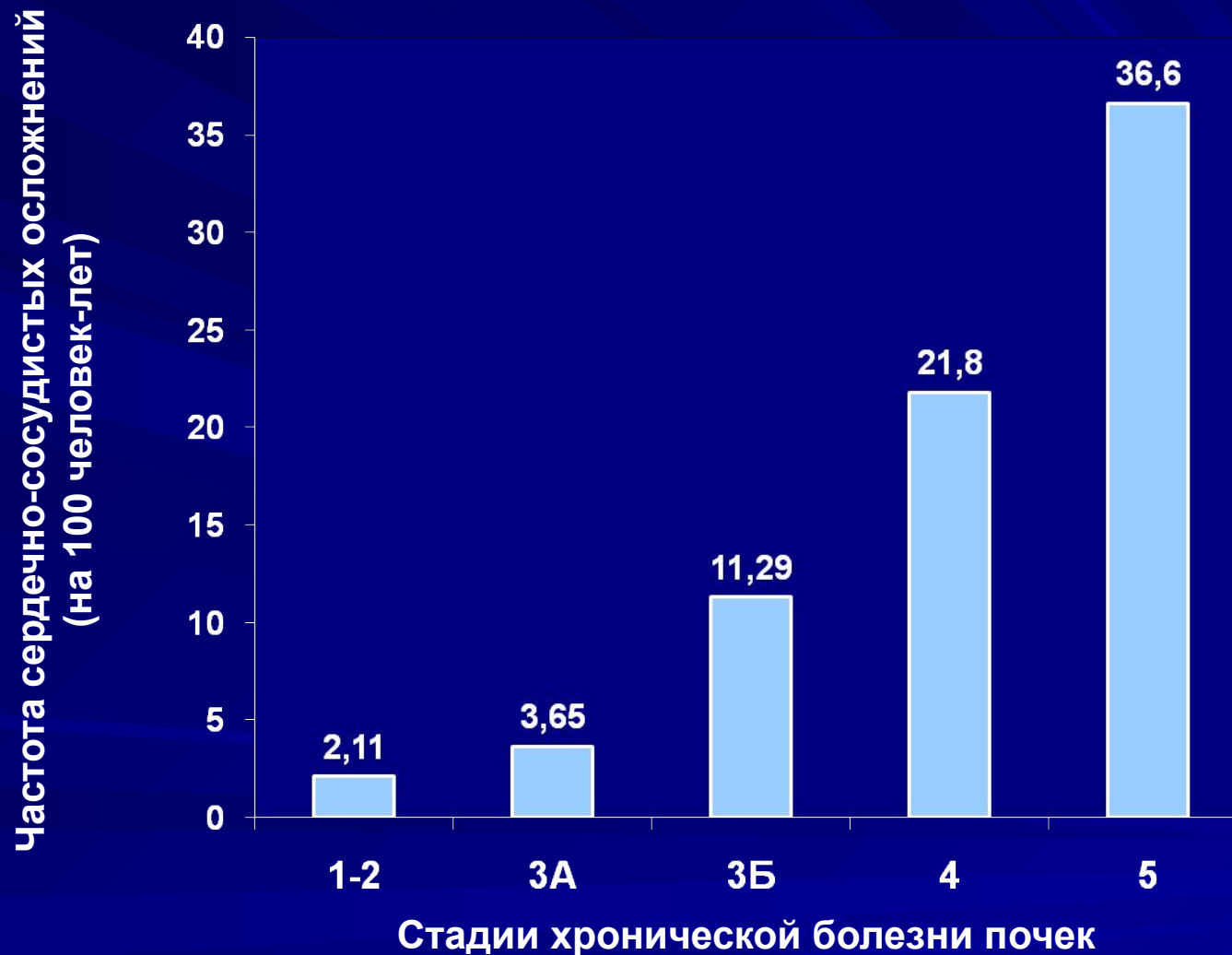


Обеспеченность населения различных регионов России заместительной почечной терапией (ЗПТ)



Реестр Российского диализного общества. Данные 2007 г.

Хроническая болезнь почек 3-5 стадии многократно повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний

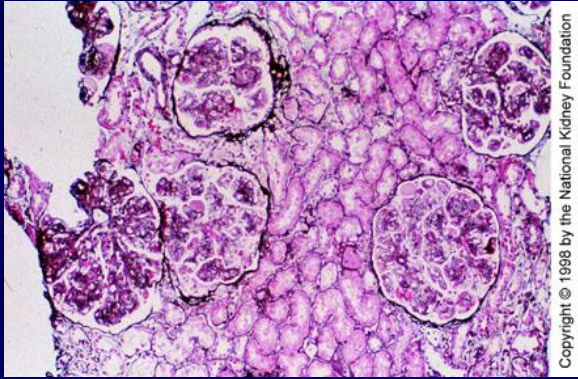


Диализ – верхушка айсберга

- Диализ составляет видимую дорогостоящую часть лечения, но это лишь верхушка айсберга
- Распространенность хронической болезни почек намного шире, чем показывают диализные регистры
- Уже начальное снижение функции почек неблагоприятно влияет на прогноз, резко повышая риск сердечно сосудистых заболеваний; в результате большинство пациентов не доживает до диализа
- Негативные социально-экономические последствия эпидемии хронической болезни почек намного глубже, чем большие затраты на диализ



Хр. гломерулонефрит

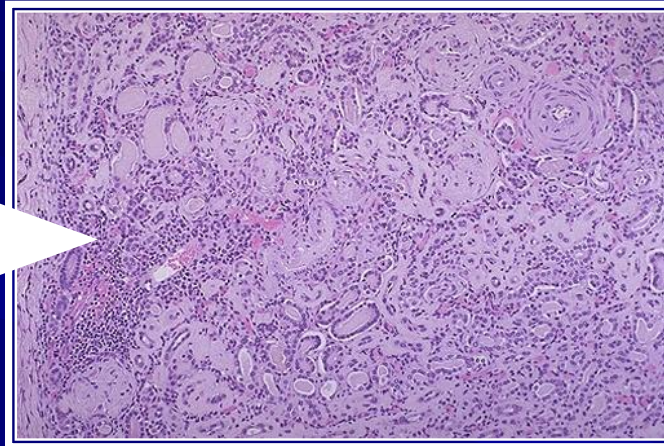
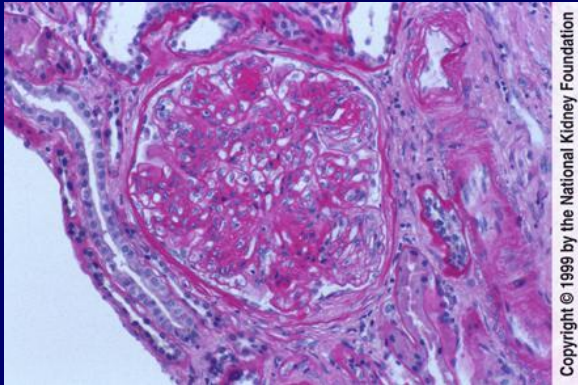


Нефросклероз

ГД



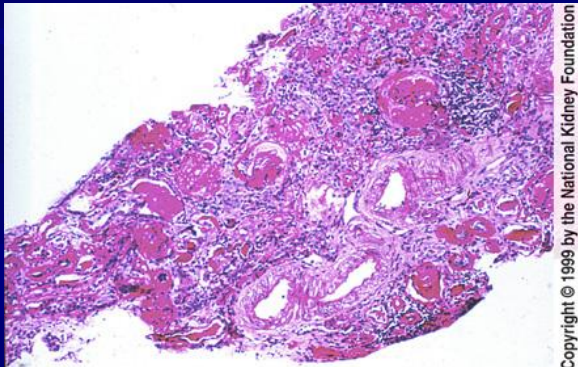
Диабетическая нефропатия



ПД

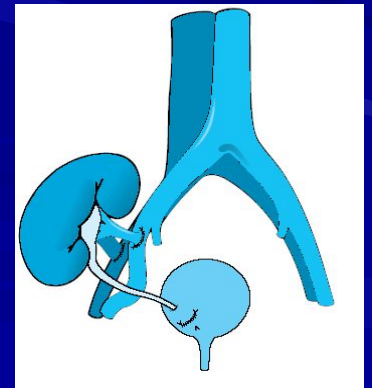


Гипертоническая нефропатия



Терминальная ХПН

АТП



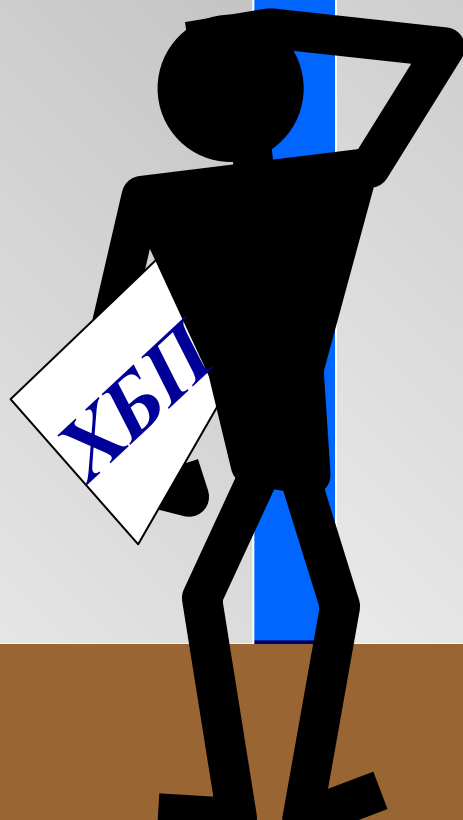
терапевт

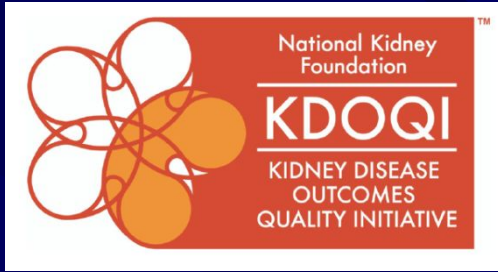
кардиолог

эндокринолог

нефролог

?





Хроническая болезнь почек (ХБП)

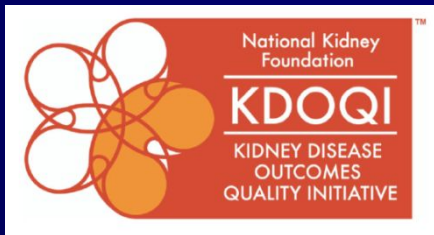
Понятие, объединяющее всех людей с наличием:

- признаков повреждения почек
(белок и другие отклонения в анализах мочи, изменения в почках по данным УЗИ и т.д.)
И / ИЛИ
- снижения фильтрационной функции

Указанные признаки должны сохраняться при повторных исследованиях в течение
НЕ МЕНЕЕ 3 МЕСЯЦЕВ

Что дает концепция ХБП?

- Позволяет выявить не только нуждающихся в диализе/трансплантации почки, но и входящих в группу риска
- Раннее выявление заболеваний почек и ранее начало нефропротективной терапии
- Помогает найти общий язык нефрологам, терапевтам, кардиологам, эндокринологам и др. специалистами, соединить их усилия в борьбе с болезнями почек
- Преемственность ведения пациента на разных стадиях заболевания
- Планирование развития службы заместительной почечной терапии (диализ, трансплантация), исходя из реальных потребностей



Стадии ХБП



Стадия	Описание	СКФ мл/мин/1,73 м2	Доп. риск ССО
1	Признаки повреждения почек с нормальной или повышенной СКФ	≥ 90	Небольшой
2	Повреждение почек с начальным снижением СКФ	60-89	Умеренный
3	Умеренное снижение СКФ	30-59	
	3А	45-59	Высокий
	3Б	30-44	Оч.высокий
4	Выраженное снижение СКФ	15-29	Оч.высокий
5	Терминальная почечная недостаточность	< 15 или начало ЗПТ	Оч.высокий

Распространенность ХБП в мире

Норвегия

HUNT II 1995-1997

ХБП 1-4 ст 10,2%

Япония

Imai et al., 2007

ХБП 3-5 ст 18,7%

Нидерланды

PREVEND 2005

ХБП 1-5 ст 17,6%

Китай

Beijing study, 2008

ХБП 1-5 ст 14%

ХБП 3-5 ст 6,5%

США

NHANES 1999-2006

ХБП 1-5 ст 15%

ХБП 3-5 ст 8,1%



Австралия

AusDiab 2008

ХБП 1-5 ст 13,4%

ХБП 3-5 ст 7,7%

Испания

EPICSE 2005

ХБП 1-5 ст 12,7%

Конго

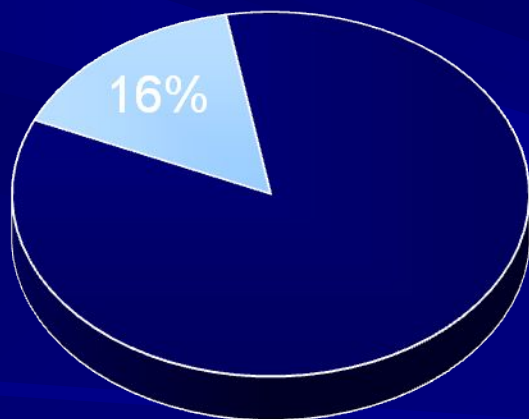
Kinshasa study 2009

ХБП 1-5 ст 12,4%

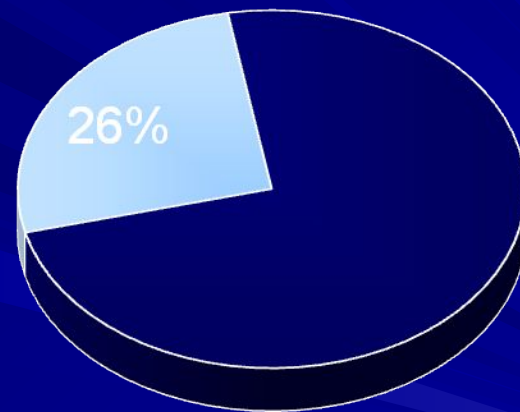
ХБП 3-5 ст 8%

Распространенность снижения фильтрационной функции почек (ХБП 3-5 ст) у больных трудоспособного возраста, проходивших лечение в Коломенской ЦРБ, не наблюдавшихся ранее нефрологом, и которым ранее не ставился диагноз заболевания почек

Пациенты без сердечно-сосудистых заболеваний, n=661



Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, n=371



Для диагностики хронической болезни почек требуется минимальный набор доступных и недорогих диагностических исследований

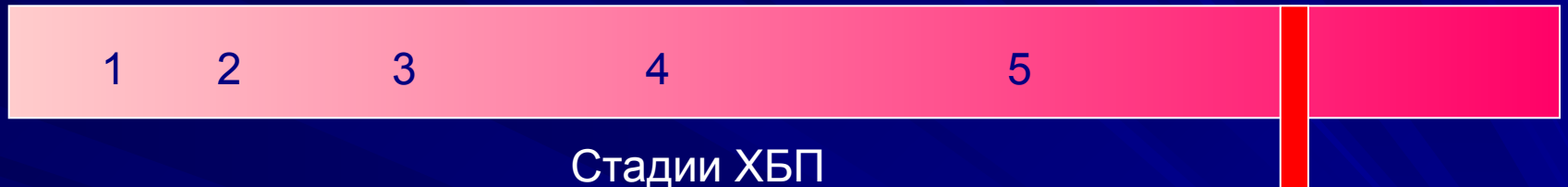


- Общий анализ мочи
- Биохимический анализ крови с определением уровня креатинина и расчетной скорости клубочковой фильтрации
- Ультразвуковое исследование почек
- У больных с отсутствием белка в общем анализе мочи – тест на микроальбуминурию

Система диагностики хронической болезни почек (ХБП)



Затраты на нефропротективную терапию в 100 раз ниже, чем на лечение диализом



10-15 тыс. рублей

Стоимость лечения одного больного в год



1-1,5 млн. рублей

Данные доказательной медицины: Использование методов нефропротекции снижает относительный риск развития терминальной почечной недостаточности на **30-50%**