

## А. Хроническая почечная недостаточность

### А.1. Эпидемиология

#### О регистре больных с заболеваниями почек в Республике Казахстан

**А.К. Байгенжин, С.К. Туганбекова, О.Ж. Нарманова, Р.З. Магзумова**  
**Национальный научный медицинский центр МЗ РК, г. Астана, Казахстан**

В связи с ростом больных с почечной патологией в Казахстане (заболеваемость по органам мочеполовой системы среди взрослого населения занимает третье место после болезней органов дыхания и сердечно-сосудистой системы) приказом № 719 Министерства здравоохранения РК от 30 сентября 2004 г. совместно с ЗАО «Мединформ» внедрен автоматизированный регистр больных с гломерулярными болезнями, трансплантированной почкой и хронической почечной недостаточностью. Подведены первые предварительные итоги данного регистра. Получены данные о больных, получающих лечение хроническим гемодиализом (ХГД), из 15 субъектов Республики и о 1625 больных с гломерулярными поражениями – из 10 (всего 16). Проведенный анализ показал, что мужчин, находящихся на ХГД, в 2 раза больше, чем женщин. В возрастной структуре ТХПН в Казахстане преобладают больные от 21 до 50 лет (73%), 5% (26 пациентов) составляют больные до 20 лет, включая детей, 17% (79 пациентов) – в возрасте 51–60 лет и 6% (28 больных) – старше 60 лет. 60% больных с ТХПН на ХГД составляют пациенты с продолжительностью лечения до 2 лет, 19% – до 4 лет, 15,8% пациентов находятся на хроническом диализе свыше 5 лет и лишь 4,7% – 10 и более лет. По данным Мединформ, в Казахстане на учете состоят 32 пациента с трансплантированной почкой. Наличие этих данных позволяет рассчитать распространенность ТХПН – 36,8 на 1 млн населения. Следует отметить, что полученные данные предварительны и не позволяют объективно оценить ситуацию отчасти потому, что в статистических отчетах по Казахстану отсутствуют данные о заболеваемости и смертности от ХПН. Изучение структуры причин ТХПН показало, что основной причиной ТХПН явился хронический гломерулонефрит (60%), по 11% пришлось на долю хронического пиелонефрита и мочекаменной болезни, по 2% составили подагра, рефлюкс-нефропатия и реноваскулярная патология, 5% больных, получающих лечение ХГД, страдают сахарным диабетом, 4% – составляют пациенты с поражением почек в рамках системных заболеваний, чаще всего васкулитов, и в 3% случаев выяснить причину, приведшую пациентов к диализу, не удалось. Распространенность гломерулярных заболеваний, по нашим данным, в среднем по республике – 167,4 на 1 млн населения, причем наименьшая выявляемость

зарегистрирована в Атырауской области (6), наибольшая – в Северо-Казахстанской области (131). Случаи же с морфологическим подтверждением единичные, т. к. в настоящее время пункционная биопсия с морфологической верификацией осуществляется только на базе ННМЦ, 16,2% всех зарегистрированных составили дети, 8,1% – подростки и 75,6% – взрослое население, причем больше половины больных в возрасте от 20 до 50 лет. Соотношение мужчин и женщин – 910 и 741. 50% больных выявлено в 2004 г. Полученные данные адекватно не отражают настоящего положения дел в регионах. Так, по данным регистра больных с сахарным диабетом, распространенность диабетической нефропатии в Казахстане, по нашим подсчетам, в среднем составляет 806,6, т. е. превышает почти в 5 раз аналогичный показатель по гломерулярным болезням. Проведенные же нами исследования показали, что в структуре ТХПН в Казахстане сахарный диабет занимает лишь 5%, в то время как гломерулонефрит – 60%. На примере г. Астана нами показано, что заболеваемость гломерулярными болезнями с 2001 по 2003 гг. выросла со 107 до 245 на 10 тыс. взрослого населения, а инвалидность от ХПН – в 2 раза. При этом на весь город существует лишь 1 врач-нефролог в поликлинике на 0,5 ставки. Нами установлено, что обеспеченность врачами-нефрологами г. Астана составляет 0,2 на 10 тыс. населения. На основе изучения социологического опроса, данных медицинской документации и проведенных хронометражных исследований нами установлено, что на одно лечебно-диагностическое посещение врач-нефролог затрачивает 18,3 мин. Норма нагрузки составила 3,4 посещения в час. Путем применения методики и формулы, разработанных в НИИ им. Семашко РАМН (1998), мы определили, что в г. Астана на 393,7 взрослого населения необходимо 2,0 ставки нефролога. Выявленные факты требуют дальнейших исследований, научно обоснованных организационных и методических подходов к формированию регистра больных с заболеваниями почек.

## Хроническая почечная недостаточность у детей по Бугульминскому району

**Е.Г. Башкирова**

**Детская поликлиника, г. Бугульма**

**Цель.** Изучение распространенности ХПН по Бугульминскому району у детей до 18 лет.

Диагноз ХПН у детей обязательно подтверждается в нефрологическом отделении ДРКБ г. Казани.

За период с 2000 по 2004 гг. отмечается увеличение количества пациентов с ХПН, что объясняется большим охватом пациентов, ранее проживающих в сельской местности. Так, в 2000–2003 гг. отмечалось три случая ХПН (0,37% в структуре всех заболеваний МВС). В 2004 г. – отмечено шесть пациентов (0,5% в структуре заболеваний МВС).

ХПН чаще является исходом врожденных и наследственных заболеваний мочевыводящей системы.

Так, причиной ХПН по Бугульминскому району в 33,3% случаев является гидронефроз, в 33,3% – несахарный диабет, в 16,6% – ПМЛР III степени в сочетании с гипоплазией, в 16,6% – хронический гломерулонефрит.

По Бугульминскому району ХПН чаще встречается у детей городской популяции (83,3%), чем в сельской.

Возраст, в котором встречается ХПН – 12–13 лет (83,3%), один случай ХПН у девочки 11 лет (17,7%), при этом преобладает консервативно-курабельная стадия ХПН.

Таким образом, необходимо улучшать пренатальную диагностику в плане врожденных и наследственных заболеваний МВС, своевременно проводить консервативное или оперативное лечение.

## Характеристика больных с хронической почечной недостаточностью в Саратовской области по данным регистра

**Е.В. Волошинова, Ф.Д. Голубинов, А.П. Ребров, Е.Ю. Стифорова**

Представленная работа основана на данных о больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) по Саратовской области на 31 декабря 2004 г. Подобные по масштабу обобщение и анализ проводятся впервые и дают необходимое представление о состоянии и дальнейших перспективах развития нефрологической помощи в Саратовской области.

На 31 декабря 2004 г. общее число больных с ХПН по Саратовской области составило 299,7 на 1 млн населения. За 2003 г. выявлено 70,1, за 2004 г. – 55,6 больных с ХПН на 1 млн населения. Максимальное число больных находится в возрастном диапазоне 46–60 лет (36,5%), наименьшее – в возрасте старше 75 лет (2,1% от общего числа больных). Гендерных различий не отмечено. На городское население приходится 70% больных с ХПН, на сельское – 30%, что свидетельствует о крайне низкой выявляемости ХПН в сельской местности. Летальность составила 6,5 и 6,9% от общего числа больных соответственно в 2003 и 2004 гг. (в целом по РФ этот показатель колеблется от 3 до 39%).

Нозологическая структура ХПН следующая: хронический гломерулонефрит – 40%, хронический пиелонефрит – 19,8%, сахарный диабет I типа – 12,6%, сахарный диабет II типа – 10,2%, поликистоз почек – 5,8%, артериальная гипертензия – 3%, врожденная аномалия почки мочевыводящих путей – 2,4%, прочие – 6,2%. Рас-

пределение больных по стадиям ХПН: I стадия – 33,01%, II – 23,6%, III – 38,7%.

Число больных, нуждающихся в заместительной почечной терапии – 312 (115,9 на 1 млн населения). Обеспеченность заместительной почечной терапией составляет 60,8 на 1 млн населения, тогда как, по данным общероссийского регистра, средний показатель по РФ составляет 74,8. Структура заместительной почечной терапии в Саратовской области следующая: программный гемодиализ (ГД) получают 83 пациента (35,2 на 1 млн населения по сравнению с 53,1 в Российской Федерации); перитонеальный диализ отсутствует; 53 пациента (25,6 на 1 млн населения) имеют функционирующий аллотрансплантат (в Российской Федерации – 17,9). Количество ГД центров – 0,37 на 1 млн населения (усредненный общероссийский показатель составляет 1,4). Число диализных мест в Саратовской области – 5,1 на 1 млн населения (в РФ – 12,3).

Таким образом, число больных ХПН, получающих ГД в Саратовской области на 1 млн населения, значительно ниже, чем в целом по РФ, имеется дефицит диализных мест. В то же время число больных с функционирующим почечным трансплантатом значительно выше, чем аналогичный показатель общероссийского регистра.

## О состоянии заместительной почечной терапии детей с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 2000–2003 гг. (По данным Российского регистра детей с ХПН)

**Е.А. Молчанова**

**Российская детская клиническая больница, г. Москва**

Обобщение данных по заместительной почечной терапии (ЗПТ) детей с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН) позволяет оценить обеспеченность и качество медицинской помощи этой категории больных.

Целью работы стал анализ динамики данных по ЗПТ, проводимой детям Российской Федерации, по информации, внесенной в регистр детей с ХПН с 2000 по 2003 г.

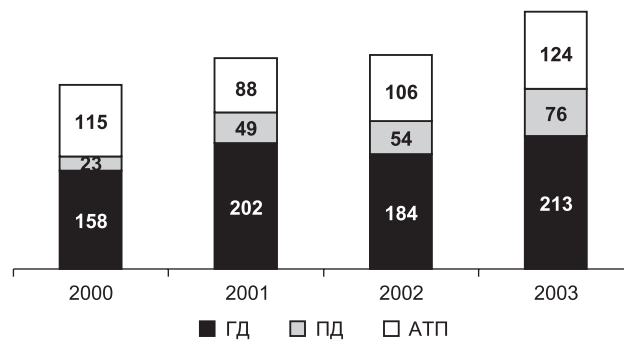
В Российском регистре детей с ХПН в 2000 г. было зарегистрировано 296 детей в возрасте от 0 до 18 лет с терминальной стадией ХПН, в 2001 г. – 337, в 2002 г. – 336, а в 2003 г. – 413 детей. При анализе возрастного состава выявлено увеличение к 2003 г. числа детей младших возрастных групп: в возрасте от 0 до 5 лет в 2000 г. ЗПТ получали 5 детей, в 2001 г. – 9, в 2002 г. – 14, а в 2003 г. – 17, а в возрасте от 6 до 10 лет – 28, 39, 44 и 47 детей соответственно.

Доля различных видов ЗПТ в общей структуре помощи детям в 2000–2003 гг. представлена на рис. 1.

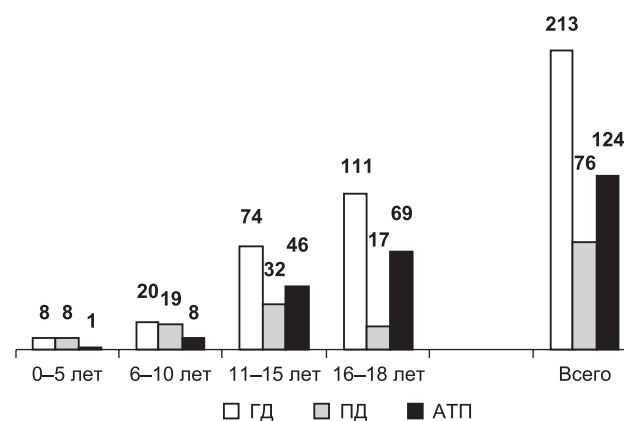
В 2000 г. доля диализного лечения составила 61,5%, из них 53% – гемодиализ (ГД) и 7,5% – перитонеальный диализ (ПД), 38,5% пациентов жили с функционирующим почечным трансплантатом. В 2001 г. диализную терапию получали 74,5% больных (60% – ГД и 14,5% – ПД) и 25,5% имели почечный трансплантат. В 2002 г. на диализе был 71% больных (55% – ГД, 16% – ПД) и 29% с трансплантатом, а в 2003 г. соответственно 70% (52% – ГД, 18% – ПД) и 30%. Таким образом, на фоне увеличения общего числа детей, получающих лечение методами ЗПТ, доля ГД в структуре терапии остается практически одинаковой. Вместе с тем, из года в год растет абсолютное число больных на ПД и его доля в структуре ЗПТ.

При анализе соотношения различных видов ЗПТ в зависимости от возраста пациентов, зарегистрированных в 2003 г. (рис. 2) видно, что в структуре диализной терапии в младших возрастных группах ГД и ПД применяются в равных долях. С увеличением возраста пациентов доля ГД растет и у подростков лечение ГД убедительно преобладает над ПД.

Что касается аллотрансплантации почки, то она выполняется в основном детям старших возрастных групп и подросткам, хотя в 2003 г. впервые за годы формирования регистра была выполнена успешная операция трансплантации почки ребенку в возрасте 2



**Рис. 1. Доля различных видов ЗПТ в общей структуре помощи детям с терминальной стадией ХПН (2000–2003 гг.)**



**Рис. 2. Соотношение различных видов ЗПТ в зависимости от возраста пациентов в 2003 г.**

г. 3 мес. Число пересадок почки детям, выполняемых от живого родственного донора (ЖРД), имеет тенденцию к увеличению. В 2000 г. зарегистрировано 5 больных, живущих с трансплантатом от ЖРД, в 2001 г. – 8, в 2002 г. – 10 и в 2003 г. – 12. Но доля этих детей среди числа больных с функционирующим трансплантатом не превышает 10%.

Таким образом, анализ данных по ЗПТ детей в России показал некоторый рост числа детей младшего возраста среди пациентов на ЗПТ, а также увеличение абсолютного количества случаев терапии ПД и рост его доли в структуре ЗПТ детей.

## Анализ регистра больных с хронической почечной недостаточностью в Прибайкалье

Г.М. Орлова, В.Н. Матвеев, О.А. Козина

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутская областная клиническая больница, г. Иркутск

В Иркутской области регистр больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) ведется с 2001 года. За 4 года отмечается постоянное увеличение распространенности ХПН. Так, этот показатель составил в 2001 году  $49,8 \pm 2,1$ , а в 2004 году –  $65,2 \pm 3,1$  на 100 тыс. взрослого населения. Ежегодно регистрируется от 21 до 30 «новых» случаев ХПН на 100 тыс. взрослого населения. Средний прирост показателя распространенности ХПН составляет в разных районах Прибайкалья от 2,1 до 8%.

Средний возраст пациентов с ХПН превышает 50 лет. Преобладание больных старших возрастных групп объясняется, по-видимому, увеличением доли пожилых лиц в общей популяции, широким распространением свойственной пожилым людям патологии (урологические заболевания, сахарный диабет 2-го типа, артериальная гипертензия), осложняющейся почечной недостаточностью. Вероятно, это обстоятельство необходимо учитывать при планировании лечебной помощи больным с ХПН.

Наиболее частыми причинами ХПН в Прибайкалье являются хронический гломерулонефрит (26,7% в общей структуре причин ХПН), диабетическая нефропатия (14,9%) и почечно-каменная болезнь (9,9%). В течение 4 лет отмечается отчетливый рост показателей удельного веса в структуре причин ХПН следующих заболеваний: хронического гломерулонефрита, диабетической нефропатии, почечнокаменной болезни, других урологических заболеваний, патологии единственной почки, хронического пиелонефрита и уратной нефропатии.

Отмечается преобладание пациентов с начальной ХПН (I и IIa ст., использована классификация ХПН С.И. Рябова, Б.Б. Бондаренко, 1975). То обстоятельство, что во всех районах области выявляется меньшее количество больных с ХПН IIб ст. по сравнению с ХПН III ст., свидетельствует, вероятно, о слабой диагностике ХПН IIб ст. и обнаружении группы больных, у которых ХПН диагностируется впервые в конечной стадии. Так, среди больных с впервые выявленной ХПН обнаруживается в среднем  $17,8 \pm 1,6\%$  пациентов с ХПН III и IIб ст. Выявление больных с поздними стадиями ХПН, с V стадией хронических заболеваний почек (K/DOQI, 2002) свидетельствует о недостатках медицинского обслуживания почечных больных.

Частота терминальной ХПН составляет в среднем  $8,6 \pm 0,5$  на 100 тыс. взрослого населения. Ежегодно диагностируется в среднем  $4,6 \pm 0,8$  «новых» случаев терминальной ХПН на 100 тыс. взрослого населения.

Установленный нами показатель частоты терминальной ХПН значительно меньше, чем в развитых странах мира и в некоторых регионах России. Вероят-

но, «виновен» в этом низкий уровень обеспеченности регулярным гемодиализом и другими видами заместительной почечной терапии. Слабое развитие службы диализа не приводит к накоплению когорты больных с ХПН на диализе и к увеличению общей численности пациентов с терминальной почечной недостаточностью. Полученные результаты являются отражением «естественного движения» больных с терминальной ХПН.

Основными причинами терминальной ХПН в Прибайкалье являются: гломерулонефрит (53,3% всех случаев терминальной ХПН), поликистоз почек (11,8%) и диабетическая нефропатия (7,9%). Относительно большая доля в структуре причин терминальной ХПН, принадлежащая поликистозу почек, видимо, является особенностью прибайкальского региона.

При расчете выживаемости больных с ХПН учитывались моменты смерти больных или перевода на регулярный диализ, т. е. исхода ХПН. Сравнительный анализ кривых не обнаружил достоверных различий в выживаемости пациентов с ХПН в разных районах Прибайкалья. Примерно одна треть больных умирает или переходит на регулярный гемодиализ в течение первых двух лет течения ХПН, к третьему-четвертому году живы около половины больных и очень небольшая группа больных доживает до 5–7 лет от развития ХПН.

Умершие больные с ХПН составляют примерно 1,1–1,2% среди всех больных с заболеваниями почек.

Показатель летальности среди больных с ХПН имеет в разных районах неодинаковое значение: меньшее (8,2%) – в г. Иркутске, достоверно большее ( $p < 0,02$ ) – в г. Братске, Слюдянском районе и Эхирит-Булагатском районе (10,8; 9,8 и 10,3% соответственно). Это различие, возможно, объясняется большей доступностью в г. Иркутске заместительной почечной терапии, существенно увеличивающей продолжительность жизни больных с терминальной ХПН. Это обстоятельство убедительно демонстрирует необходимость организации диализной службы в отдаленных от Иркутска районах области, проведения мер по созданию доступной всем больным Прибайкалья заместительной почечной терапии.

В структуре общей смертности умершие больные с ХПН составляют от 0,95 до 2,4% в разных районах.

Полученные нами данные свидетельствуют о высокой и неуклонно возрастающей распространенности ХПН в Прибайкалье. Это обстоятельство диктует необходимость постоянного совершенствования службы заместительной почечной терапии в регионе, а также активного участия нефрологов в организации современной нефропротективной стратегии и тактики.

## Возраст больных хронической почечной недостаточностью

**Рамиз А. Алиев, Султан И. Алиев**

**Турецко-Американский Медицинский Центр, Институт клинической медицины им. М. Топчубашова МЗ Азербайджанской Республики, г. Баку, Азербайджан**

Постоянный прирост числа инвалидов вследствие хронических заболеваний почек, с одной стороны, и стабильность их контингента из-за низкой реабилитации – с другой, приводят к увеличению общего числа инвалидов, часть из которых полностью исключаются из трудовой деятельности. Статистические исследования показывают, что в общей структуре инвалидности хронические заболевания почек составляют около 1,5%, а среди лиц, признанных инвалидами впервые (инвалидность I и II групп), – около 60%. Особая актуальность проблемы в целом обусловлена тем, что подавляющее большинство людей, страдающих хроническими заболеваниями почек – лица молодого и среднего возраста, то есть наиболее работоспособного и творчески активного периода жизни.

В работе использованы клинические и архивные

материалы отделения нефрологии Республиканской больницы и Урологической клиники г. Баку, Клиники медицинского факультета Университета им. 19 Маиса (г. Самсун, Турция), Больницы Фонда Пересадки органов (г. Анкара, Турция).

Лица в возрасте от 20 до 50 лет составили около 60% из всех наблюдаемых нами больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) (табл.).

Увеличение длительности жизни в последнее время привело к росту в стационарах, в том числе в нефрологических отделениях, контингента больных пожилого возраста. Особенности почечной недостаточности этой группы больных (атипичность картины, латентное течение, наличие предшествующих или сопутствующих заболеваний) в ряде случаев затрудняет диагностику и снижает эффективность лечения.

*Таблица*

**Возраст больных с ХПН в зависимости от характера заболевания**

№	Заболевание	Число б-х	Возраст больных (в годах)							
			до 15	15–20	21–30	31–40	41–50	51–60	61–70	71 и ст.
1.	Гломерулонефрит	476	9	23	78	97	133	104	18	14
2.	Пиелонефрит	230	16	14	30	51	38	32	36	13
3.	Гипертоническая болезнь	98	–	1	12	31	34	19	1	–
4.	Нефропатия беременных	24	–	3	15	6	–	–	–	–
5.	Волчаночный нефрит	12	–	–	3	7	2	–	–	–
6.	Узелковый периартериит	5	–	–	1	3	1	–	–	–
7.	Системная склеродермия	4	–	–	1	2	1	–	–	–
8.	Ревматический нефрит	2	–	–	–	2	–	–	–	–
9.	Амфиоидоз	58	1	3	9	25	13	7	–	–
10.	Диабетическая нефропатия	110	12	19	6	8	12	14	18	21
11.	Обструктивная нефропатия	207	2	8	18	20	33	45	53	28
12.	Лекарственная нефропатия	21	1	–	6	11	2	1	–	–
13.	Токсическая нефропатия	7	–	–	4	2	1	–	–	–
14.	Аномалии	61	1	6	11	24	14	5	–	–
15.	Неясные	244	5	9	36	35	68	74	12	5
	Всего	1559	37	86	240	324	352	301	138	81

## Первичные заболевания в развитии хронической почечной недостаточности

**Султан И. Алиев, Рамиз А. Алиев**

**Институт клинической медицины им. М. Топчубашова МЗ Азербайджанской Республики, Турецко-Американский Медицинский Центр, г. Баку, Азербайджан**

В работе использованы клинические и архивные материалы отделения нефрологии Республиканской больницы и Урологической клиники г. Баку, Клиники медицинского факультета Университета им. 19 Маиса (г. Самсун, Турция), Больницы Фонда Пересадки органов (г. Анкара, Турция).

Для выполнения поставленной цели обследовано 1559 больных с хронической почечной недостаточностью

(ХПН) в возрасте от 7 до 78 лет. Изучено ретроспективно 342 истории болезни. При исследованиях широко использованы данные анамнеза больных, а также их родственников. При обследовании больных производились общеклинический и биохимический анализ крови, анализ мочи. Производились обзорная урография, по показаниям – экскреторная или инфузионная урография. Поскольку возможность последних методов лимитирована почечной недостаточностью, предпочтение

было отдано использованию изотопной ренографии и динамической сцинтиграфии. Используются методы ультразвуковых исследований и биопсии почек, под контролем компьютерной томографии. Материалы нефробиопсии исследованы при световой и электронной микроскопии. Параллельно изучалось функциональное состояние других органов и систем.

Начальная стадия ХПН установлена у 464 больных, выраженная – у 327, тяжелая – у 240 и терминальная – у 528 больных.

По основным этиологическим заболеваниям являющимися причиной ХПН больные были разделены на следующие группы, указанные в табл.

Таким образом, главными этиологическими факто-

рами развития ПН являлись гломерулонефрит (30,5%) и пиелонефрит (14,7%).

Таблица

№	Заболевания	Всего	Азербайджан		Турция	
			Баку РКБ	Баку РКУБ	Самсун	Анкара
1.	Гломерулонефрит	476	202	92	84	98
2.	Пиелонефрит	230	73	118	24	15
3.	Гипертоническая болезнь	98	62	4	11	21
4.	Вторичные нефропатии	162	92	5	29	36
5.	Системные нефриты	23	6	1	13	3
6.	Обструктивная уропатия	207	—	189	18	—
7.	Амиллоидоз	58	25	—	21	12
8.	Аномалии	61	23	21	12	5
9.	Неясные	244	6	0	24	214
	Всего	1559	489	430	236	404

## Эпидемиология хронических заболеваний почек

### по данным Московского городского нефрологического регистра

**Н. А. Томила, Б. Т. Бикбов**  
 Московский городской нефрологический центр, ГКБ № 52,  
 кафедра нефрологии ФПО Московского государственного медико-стоматологического университета Росздрава, ФГУ НИИ трансплантологии и искусственных органов Росздрава, г. Москва

Московский городской нефрологический регистр ведется с 1995 г. Первоначально он включал сведения только о больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), а с 2001 г. начала регистрироваться также и обращаемость в нефрологическую службу Департамента здравоохранения г. Москвы пациентов с хроническими болезнями почек (ХБП), независимо от стадии. По данным регистра, за период с 2001 по 2004 гг. в Москве стабильно растет обращаемость этой категории больных к нефрологу.

На 31.12.2004 г. число пациентов, зарегистрированных по поводу ХБП, составило 13 329 человек. Распространенность ХБП всех стадий, оцененная по обращаемости к нефрологу, в пересчете на численность общего населения города оказалась равной 1282,7 больн./млн. За 2004 г. зарегистрировано 2567 так называемых «новых» больных с ХБП, что в пересчете на численность общего населения составило 247,0 чел./млн.

Однако обращает на себя внимание высокий удельный вес среди зарегистрированных случаев ХБП больных с ХПН. Их доля в общем числе больных ХБП достигает 46,3%, а удельный вес терминальной ХПН (ТХПН) равен 16,7%. Среди «новых» больных с ХБП больные с ХПН составили 58,0%, в том числе ТХПН – 23,3%. Эти данные не оставляют сомнения в несовершенстве регистрации случаев ХБП I и II стадий. Очевидно, что представленные сведения занижают истинную распространенность ХБП среди населения г. Москвы и нуждаются в дальнейшем уточнении.

В силу особенностей организации городской нефрологической службы регистрация больных с ХПН более достоверна. Ее данные позволяют утверждать их

устойчивый рост за весь период существования регистра (1995–2005 гг.). Динамика показателей распространенности ХПН и ТХПН, прироста числа больных и количества впервые выявляемых случаев представлена в табл. 1 и 2.

Количество больных с ХПН повысилось за прошедшие 10 лет почти в 4 раза и достигло к началу 2005 г. 6181 чел., что в пересчете на 1 млн населения составляет 594,7 чел. При этом ежегодная первичная обращаемость по поводу ХПН оставалась относительно стабильной и составляла от 800 до 950 чел. Число «новых» случаев ХПН в пересчете на 1 млн населения находилось в пределах от 88 до 111 и в последние 3 года – было равно примерно 90 чел. Годовой прирост этой категории больных с 2000 г. составлял в последние годы, как правило, от 550 до 700 чел.

Примерно у половины (49,4% в 2002 г. и 45,8% в 2004 г.) больных, регистрируемых по поводу ХПН, имела место ТХПН. При этом первичная обращаемость этой категории больных за последние 6 лет оставалась стабильной и была равна примерно 600 чел./г. Соответственно ее показатель в пересчете на 1 млн населения с 1999 г. остается на уровне около 60 и к концу 2004 г. он составлял 57,6 чел./млн. Показатель распространенности ТХПН имел неуклонную тенденцию к повышению и к 31.12.2004 г. составил 214,4 больн./млн. С учетом летальности ежегодный прирост числа больных этой категории в последние годы чаще всего был равен 200–245 чел.

Число больных с диабетическим нефросклерозом, как и их доля в структуре и ХПН в целом, и ТХПН в течение прошедшего 10-летнего периода также неу-

Таблица 1

Динамика обращаемости в нефрологическую службу г. Москвы по поводу ХПН в 1995–2004 гг.  
(данные на 31.12 указанного года, все стадии ХПН)

Год	Число больных	Процент больных сахарным диабетом	Прирост абс. (%)	Число больных на млн населения	Число «новых» больных абс.	Число «новых» больных на млн
1995	1320	7,6%	315 (25,%)	154,6	838	98,1
1996	1700	11,4%	380 (28,8%)	199,1	814	95,3
1997	2248	15,2%	548 (32,2%)	263,3	891	104,4
1998	2857	16%	609 (27,4%)	334,6	957	112,1
1999	3428	16,4%	571 (19,9%)	401,5	929	108,8
2000	4011	16,5%	583 (17%)	468,4	949	110,8
2001	4597	17,1%	586 (14,6%)	536,8	952	111,2
2002	5112	16,8%	515 (11,2%)	492,3	866	83,4*
2003	5437	17,6%	325 (6,3%)	523,4	916	88,2
2004	6181	17,5%	744 (13,6%)	594,7	942	90,7

\* Снижение показателей с 2002 г. обусловлено новыми официальными данными о численности населения г. Москвы (10 391 000 чел.).

Таблица 2

Динамика обращаемости в нефрологическую службу г. Москвы по поводу терминальной ХПН в 1995–2004 гг. (данные на 31.12 указанного года)

Год	Число больных	Процент больных сахарным диабетом	Прирост абс. (%)	Число больных на млн населения	Число «новых» больных	Число «новых» больных на млн
1995	712	5,8%	–	83,4	454	51,2
1996	767	8,3%	55 (7,7%)	89,8	468	54
1997	925	10,4%	158 (20,6%)	108,3	527	59,2
1998	1091	12,6%	166 (17,9%)	127,8	543	58,9
1999	1296	13,3%	205 (18,8%)	151,8	580	64,2
2000	1505	12,8%	209 (16,1%)	175,7	629	69,7
2001	1715	13,1%	210 (13,9%)	200,3	624	68,1
2002	1891	12,7%	176 (10,3%)	182,1	563	60
2003	1983	13,7%	92 (4,9%)	190,9	587	56,5
2004	2228	14%	245 (12,3%)	214,4	599	57,6

клонно возрастали. Однако следует отметить, что темп этого роста был замедленным и существенно отставал от прироста всей совокупности больных с ХПН. Эти данные могут отражать ряд негативных тенденций, и прежде всего недостаточную преемственность в работе

эндокринолога и нефролога. В целом, однако, динамика больных с ХПН в Москве соответствует общемировым тенденциям.

## А.2. Заместительная терапия

### А.2.1. Гемодиализ

Снижение концентрации альбумина и общего белка в плазме крови больных, страдающих терминальной стадией ХПН, в ходе заместительной терапии преддилюционной on-line гемодиализацией

**А.Н. Васильев, Н.Я. Губарь, Е.Н. Левыкина, Е.Д. Суглобова**

**Кафедра пропедевтики внутренних болезней и НИИ Нефрологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург**

Активное внедрение конвекционных технологий в современную практику заместительной почечной терапии вызывает повышенный интерес к воздействию данных методов на все показатели обмена веществ больных, страдающих терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН).

В нашей работе было выделено 2 группы больных, сравнимых по основным показателям ( $M \pm SD$ ): пол, возраст (лет) ( $50,15 \pm 11,2$ ;  $53,34 \pm 11,5$ ), стаж замести-

тельной терапии (мес.) ( $112,93 \pm 63,76$ ;  $135,5 \pm 77,64$ ), междиализные прибавки массы (кг) ( $3,3 \pm 1,0$ ;  $3,57 \pm 0,8$ ), длительность сеанса диализа (ч/нед.) ( $12,8 \pm 1,8$ ;  $12,5 \pm 1,5$ ),  $Kt/V$  ( $1,28 \pm 0,23$ ;  $1,27 \pm 0,29$ ),  $URR\%$  ( $63,75 \pm 6,3$ ;  $63,14 \pm 8,9$ ),  $Hb$  (г/л) ( $89,2 \pm 13,84$ ;  $91,9 \pm 16,1$ ), САД (мм рт. ст.) ( $132 \pm 20,7$ ;  $130 \pm 22,1$ ), ДАД (мм рт. ст.) ( $77,6 \pm 10,1$ ;  $77,1 \pm 11,4$ ). Пациенты основной группы получали заместительную терапию гемодиализацией (ГДФ) в режиме преддилюции ~ 4 часа 3 раза в неделю на ап-