

Распространенность и структура заболеваний почек у пациентов по данным амбулаторно-поликлинического приема

С.Л. Ведерникова¹, Н.В. Сайгак¹, А.В. Алехнович²

¹ МУЗ «Люберецкая городская поликлиника № 1», Московская область,

² Государственный институт усовершенствования врачей Министерства обороны Российской Федерации, г. Москва

Prevalence and structure of kidney diseases in an out-patients population

S.L. Vedernikova, N.W. Saygak, A.W. Alekhnovitch

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, обращаемость, распространенность, структура, диспансерный учет.

С целью оценки распространенности и структуры заболеваний почек анализировались амбулаторные карты, отчеты лечебно-профилактического учреждения и журналы учета лиц, состоящих под диспансерным наблюдением в городской поликлинике за период с 2005 по 2009 г. Установлено, что за пятилетний период обращаемость к врачу-нефрологу возросла в 1,8 раза, распространенность заболеваний почек среди населения – в 5,8 раза и составила 6,1‰. Количество лиц трудоспособного возраста, взятых под диспансерное наблюдение по поводу заболеваний почек, составило 164 человека, что превысило аналогичный показатель больных с ишемической болезнью сердца (153), гепатитом (81), циррозом (12) и ревматизмом (8). В структуре заболеваний почек преобладают пиелонефрит (54,3%), хроническая почечная недостаточность (12,2%), хронический гломерулонефрит (10,4%) и диабетический нефросклероз (8,5%). Полученные результаты указывают на необходимость работы квалифицированного специалиста-нефролога на уровне городской или районной поликлиники.

To evaluate the prevalence and structure of kidney disease in out-patients clinical records and reports of out-patients followed-up in the city out-patient clinic since year 2005 up to 2009. The number of visits to nephrologist increased in 1,8 times during the past 5 years. The number of kidney diseases diagnosed in the population increase in 5,8 times reaching 6,1‰ of the total number of patients followed-up. The number of patients of working age (17–60) with registered kidney diseases was 164, that was higher than the number of patients with chronic myocardial ischemia (n = 153), hepatitis (n = 81), liver cirrhosis (n = 12), rheumatism (n = 8). The structure of kidney diseases found was as follows: pyelonephritis (54,3%), chronic renal insufficiency (12,2%), chronic glomerulonephritis (10,4%) and diabetic nephrosclerosis (8,5%). The results obtained suggest the necessity of employing a qualified specialist-nephrologist at the level of the city or district out-patient clinic.

Key words: chronic renal insufficiency, frequency of visits, morbidity structure, follow-up care.

Введение

В настоящее время в Российской Федерации растет количество больных с заболеваниями почек и хронической почечной недостаточностью (ХПН) [1, 2]. В Республике Татарстан их число увеличилось со 154 на 10 тыс. населения в 2000 г. до 171 на 10 тыс. в 2005 г., т. е. на 16,2% [7], в Прибайкалье ежегодный прирост больных с ХПН составляет от 2,1 до 8% [4]. В Москве за период с 1995 по 2004 г. количество пациентов с ХПН увеличилось почти в 4 раза, а их ежегодный прирост колебался от 6,3 до 32,2% [8]. Проблема оказания нефрологической помощи населению России остается до конца не решенной. Сегодня признается, что для стабилизации больных, нуждающихся в заместительной почечной терапии (ЗПТ), необходимо и крайне важно раннее выявление больных с начальными

стадиями хронической болезни почек и повсеместное внедрение в практику их лечения методов современной нефропротекции [1]. Эти мероприятия должны проводиться, в том числе, на уровне амбулаторно-поликлинического звена, в рамках диспансеризации населения и невозможны без привлечения к их выполнению высококвалифицированных специалистов-нефрологов. Однако до настоящего времени развитие нефрологической службы идет преимущественно по пути создания диализных центров и приоритетного оказания помощи пациентам с тяжелой и терминальной стадиями заболеваний почек. Профилактическое направление, которое должно работать на уровне городской или районной поликлиники, практически не развивается. Так, например, структура единой нефрологической службы такого крупного города, как Санкт-Петербург, утвержденная распоряжением Комитета здравоохранения администрации города № 358-р от 31 октября 2003 г., не предусматривает наличие вра-

Адрес для переписки: 107392, г. Москва, ул. Малая Черкизовская, д. 7. ГИУВ МО РФ, кафедра военной токсикологии и медицинской защиты
Телефон: 8 (499) 168-04-00. Алехнович Александр Владимирович
E-mail: nicon71@yandex.ru

чей-нефрологов в городских поликлиниках [5]. Небольшое количество подготовленных специалистов, работающих в поликлиническом звене, значительно затрудняет проведение оценки реальной распространенности и структуры заболеваний почек на ранних этапах их развития. Решению этой задачи посвящено настоящее исследование.

Материалы и методы

В работе использованы материалы, полученные в ходе организованного в муниципальном учреждении здравоохранения «Люберецкая городская поликлиника № 1 Московской области» (главный врач Н.В. Сайгак) приема больных нефрологического профиля. Численность обслуживаемого поликлиникой населения за анализируемый период составила 26 800 человек. Ретроспективному анализу подверглись данные первичной медицинской документации – 1132 амбулаторные карты, а также отчеты лечебно-профилактического учреждения и журналы учета лиц, состоящих под диспансерным динамическим наблюдением за период с 2005 по 2009 гг. Для обработки полученных данных использовались методы описательной статистики, а также непараметрические критерии анализа качественных признаков. Расчет обращаемости и распространенности проводился по общепринятым в эпидемиологических исследованиях неинфекционных заболеваний формулам. Обращаемость рассчитывали как отношение числа обратившихся за медицинской помощью к численности населения, умноженное на 1000. Распространенность заболеваний представляет собой отношение числа зарегистрированных больных с установленным диагнозом к численности населения, умноженное на 1000 [3]. Диагностическими критериями атеросклероза служили наличие у пациента клинических проявлений ишемии в различных бассейнах кровоснабжения, которое сочеталось с повышением уровня общего холестерина, липопротеидов низкой плотности и триглицеридов плазмы крови, а также наличием атеросклеротических бляшек по данным ультразвуковой доплерографии сосудов [6]. Математические расчеты выполнялись с использованием программ Excel и Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение

Как следует из данных, представленных в табл. 1, об-

ращаемость пациентов к врачу-нефрологу за пятилетний период в среднем составила 2265 человек в год, имела тенденцию к увеличению и за период с 2005 по 2009 гг. возросла в 1,8 раза ($p < 0,05$).

Ежегодно прирост обращаемости составлял от 12,1 до 17,6% и был наибольшим в 2006 г. Первичная обращаемость за анализируемый период увеличилась в 1,5 раза ($p < 0,05$), при этом ее доля колебалась в пределах 58,1–68,9% от общей. Среди лиц, обратившихся за медицинской помощью к нефрологу, распространенность заболеваний почек с диагнозом, установленным впервые, демонстрировала тенденцию к возрастанию – от 0,8 до 1,4%. Ежегодно впервые выявлялось от 21 до 38 пациентов с различными заболеваниями почек. Распространенность такой патологии в целом среди прикрепленного контингента за пять лет возросла в 5,8 раза ($p < 0,05$) и составила в 2009 г. 6,1%.

Анализ распределения пациентов по полу и возрасту показал преобладание лиц старших возрастных групп. Доля мужчин в разные годы составила от 17,1 до 21,7%, а женщин от 78,3 до 82,9% (табл. 2).

Данные, представленные в табл. 3, показывают, что заболевания почек как причина взятия пациента на диспансерный учет составляют 7,2% всех больных, состоящих под наблюдением, и занимают пятое-шестое место среди прочих групп заболеваний, уступая только сахарному диабету (СД), артериальной гипертензии (АГ), язвенной болезни (ЯБ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). На диспансерный учет были взяты лица с диагностированным заболеванием почек, независимо от наличия или стадии ХПН, не старше 75 лет. Необходимо отметить, что количество пациентов с хроническим гастритом и болезнями почек оказалось одинаковым, а также то обстоятельство, что количество лиц, взятых на диспансерное наблюдение по поводу заболеваний почек, превысило аналогичный показатель пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), нейроциркуляторной дистонией (НЦД), гепатитом, анемиями, панкреатитом, циррозом и ревматизмом.

Данные факты указывают на особое значение, которое должно придаваться своевременной диагностике, взятию на диспансерный учет и квалифицированному проведению лечебных и профилактических мероприятий пациентам с заболеваниями почек.

Таблица 1

Обращаемость пациентов к врачу-нефрологу городской поликлиники и распространенность патологии почек

Показатель	2005	2006	2007	2008	2009
Обращаемость, абс. (‰)	1650 (61,1)	1940 (71,9)	2264 (83,9)	2580 (95,6)	2893* (107,1)
Первичная обращаемость, абс. (‰)	1138 (42,1)	1279 (47,3)	1341 (49,7)	1525 (50,2)	1681* (62,3)
Доля первичной обращаемости по отношению к общей, %	68,9%	65,9%	59,2%	59,1%	58,1%
Распространенность заболеваний почек, абс. (‰)	28 (1,1)	60 (2,2)	96 (3,5)	129 (4,8)	164* (6,1)
Распространенность заболеваний почек с диагнозом, установленным впервые, абс. (‰)	21 (0,8)	34 (1,3)	36 (1,3)	35 (1,3)	38* (1,4)

* $p < 0,05$ по сравнению с 2005 г. (χ^2 -тест).

Таблица 2

Распределение обратившихся к врачу-нефрологу пациентов по полу и возрасту

Год	Возрастные группы и пол										Всего
	15–19		20–29		30–39		40–49		50–60 и старше		
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	
2005	–	3	2	69	36	314	48	401	196	581	1650
2006	1	4	15	83	38	316	52	438	275	718	1940
2007	–	4	14	81	34	348	69	509	340	865	2264
2008	2	10	9	79	43	369	81	511	337	1139	2580
2009	3	17	21	85	48	453	94	580	462	1130	2893
Итого	6	38	61	397	199	1800	344	2439	1610	4433	11 327

Таблица 3
Количество лиц на диспансерном учете по наиболее актуальным заболеваниям и группам

№ п/п	Заболевание, группа заболеваний	Количество, абс.	Доля, %
1	Сахарный диабет 1 и 2 типа	454	19,8
2	Артериальная гипертония	374	16,3
3	Язвенная болезнь желудка и/или 12-перстной кишки	324	14,1
4	ХОБЛ	206	8,9
5	Гастрит	164	7,2
6	Болезни почек	164	7,2
7	ИБС	153	6,6
8	НЦД	127	5,5
9	Гепатит	81	3,5
10	Анемия	31	1,4
11	Панкреатит	24	1,0
12	Цирроз	12	0,5
13	Ревматизм	8	0,3
14	Прочие группы заболеваний и нозологические формы	78	3,4
15	По всем нозологическим группам	2291	100

Примечание. ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких, ИБС – ишемическая болезнь сердца, НЦД – нейроциркуляторная дистония.

В табл. 4 представлена структура заболеваний почек у пациентов, взятых на диспансерное динамическое наблюдение.

В сравнительном аспекте здесь же приведены сведения регистра Российского диализного общества о причинах терминальной ХПН (ТХПН) у пациентов, получающих заместительную почечную терапию (ЗПТ) гемо- и перитонеальным диализом (ГД, ПД), а также с функционирующим почечным трансплантатом (АТП) в диализных центрах Российской Федерации. В последней колонке таблицы указаны минимальная и максимальная частота причины формирования ТХПН в группах больных, получающих различные виды ЗПТ [2].

Установлено, что структура заболеваний почек у пациентов на амбулаторно-поликлиническом этапе отличается от таковой в центрах гемодиализа. Среди пациентов поликлинического профиля преобладают лица с диагнозом «хронический пиелонефрит» (54,3%), «ХПН неустановленной причины» (12,2%), «хронический гломерулонефрит»

(ХГН) (10,4%).

Кратное снижение количества больных с ХПН неясной этиологии при нарастании нарушения функции почки объясняется их переходом в другие группы в связи с установлением диагноза основного заболевания. Существенное снижение количества лиц с диагнозом ХГН при нарастании почечной недостаточности может быть объяснено переходом значительного количества таких пациентов для дальнейшего стационарного лечения в специализированные нефрологические центры и выбыванием их из-под наблюдения специалиста городской поликлиники. На амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи длительное время наблюдается значительное количество пациентов с диагнозом «хронический пиелонефрит». В структуре таких пациентов 70,8% лиц (63 пациента) страдают МКБ и наблюдаются совместно с урологом. Пациентов с врожденными и наследственными поражениями почек на поликлиническом этапе сравнительно немного, так как, вероятно, большинство таких заболеваний диагностируется на ранних этапах и эти пациенты наблюдаются в специализированных центрах. Важно, что при наличии в поликлинике врача-нефролога удается взять на диспансерное наблюдение более половины лиц с заболеваниями почек (50,6%) до формирования у них ХПН либо на ранних ее стадиях – ХПН I (26,2%). Это, несомненно, имеет важное медицинское и социально-экономическое значение, поскольку оказывает положительное влияние на прогноз и характер течения заболеваний.

В настоящее время общепризнанным является положение о том, что сопутствующие заболевания во многом определяют клиническую тяжесть и прогноз выживаемости пациента с заболеванием почек в долгосрочной перспективе [2]. При анализе амбулаторных карт были получены данные о сопутствующей патологии пациентов нефрологического профиля на амбулаторно-поликлиническом приеме, которые представлены в табл. 5. АГ как независимая причина неблагоприятного прогноза регистрировалась в 68,9% наблюдений, что в целом сопоставимо с данными регистра ЗПТ (44,7–62,1%) [1, 2]. Общепризнанно, что морфологической основой ишемической болезни сердца (ИБС) в 95–97% случаев является атеросклероз [6]. Среди анализируемой выборки атеросклероз был диагностирован в 41,4% наблюдений, что в 7,5 раза превысило аналогичный показатель в центрах ЗПТ.

Вероятно, это связано с тем, что мы учитывали ате-

Таблица 4
Структура заболеваний почек у пациентов городской поликлиники, взятых на диспансерный учет

№ п/п	Диагноз основного заболевания	Амбулаторно-поликлиническое звено, абс. (%)					ЗПТ (ГД+ПД+АТП), %*
		ХПН 0	ХПН I	ХПН II	ХПН III	Итого	
1	Хронический гломерулонефрит	12 (7,3)	2 (1,2)	2 (1,2)	1 (0,6)	17 (10,4)	49,4–63,1
2	Пиелонефрит	65 (39,6)	14 (8,5)	8 (4,9)	2 (1,2)	89 (54,3)	8,4–12,6
3	Поликистоз почек	4 (2,4)	3 (1,8)	2 (1,2)	2 (1,2)	11 (6,7)	4,4–12,0
4	Диабетический нефросклероз	2 (1,2)	5 (3,1)	4 (2,4)	3 (1,8)	14 (8,5)	4,3–14,3
5	Врожденные и наследственные поражения почек	–	1 (0,6)	1 (0,6)	–	2 (1,2)	4,0–9,1
6	Поражения почек при системных заболеваниях	–	–	–	–	–	2,6–4,5
7	Артериальная гипертония	–	2 (1,2)	3 (1,8)	2 (1,2)	7 (4,3)	1,7–3,8
8	Другие поражения почек	–	1 (0,6)	1 (0,6)	–	2 (1,2)	1,4–2,3
9	Интерстициальный нефрит	–	1 (0,6)	–	–	1 (0,6)	1,4–3,4
10	Амилоидоз	–	–	–	1 (0,6)	1 (0,6)	0,3–0,7
11	ХПН неясной этиологии	–	14 (8,5)	4 (2,4)	2 (1,2)	20 (12,2)	1,6–3,0
Всего		83 (50,6)	43 (26,2)	25 (15,3)	13 (7,9)	164 (100)	

Примечание. ЗПТ – заместительная почечная терапия, ГД – гемодиализ, ПД – перитонеальный диализ, АТП – функционирующий почечный трансплантат, ХПН – хроническая почечная недостаточность.

* По данным регистра Российского диализного общества на 31.12.2007 г. (здесь и в табл. 5).

Таблица 5
Наиболее распространенные сопутствующие заболевания у
пациентов с патологией почек
на амбулаторно-поликлиническом приеме

№ п/п	Диагноз основного заболевания	Доля от числа всех пациентов, %	
		Амбулаторно-поликлинический прием	ЗПТ (ГД)*
1	Артериальная гипертензия	68,9	44,7
2	Атеросклероз	41,4	5,5
3	Стенокардия	10,4	10,5
4	Инфаркт миокарда	4,9	2,6
5	Артериальная гипотензия	1,8	4,6
6	Нарушения ритма сердца	4,3	6,3
7	Поражение периферических сосудов	4,3	2,3
8	Нарушения мозгового кровообращения	10,4	2,5
9	Сахарный диабет 1 и 2 типа	31,1	1,8
10	Узловой/диффузный зоб	4,3	1,7
11	Хронические гепатиты В, С	1,8	12,5
12	Хр. гастрит	12,8	11,6
13	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	6,1	8,0
14	Хр. калькулезный холецистит	6,1	3,0
15	ХОБЛ	8,5	3,8
16	Онкология	1,8	1,4
17	Анемия (Hb менее 110 г/л)	14,6	79,8

Примечание. ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких.

росклероз у больных со стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом, нарушениями ритма сердца и мозгового кровообращения при наличии биохимических маркеров дислипидемии и атеросклеротических изменений стенки сосудов по данным ультразвуковой доплерографии. Поражение периферических сосудов у пациентов с заболеванием почек по данным амбулаторных карт в 1,9 раза превышает аналогичный показатель регистра ЗПТ. Состояния, связанные с нарушением мозгового кровообращения – в 4,2 раза. На амбулаторно-поликлиническом приеме в 17,4 раза чаще диагностирован СД 1 и 2 типа, в 2,5 раза – диффузный либо узловой зоб, в 1,1 раза – гастрит, в 2,0 раза – холецистит, 2,2 раза – ХОБЛ, в 1,3 раза – сопутствующие онкологические заболевания.

Следует отметить, что у пациентов на додиализной стадии в 6,9 раза реже диагностирован вирусный гепатит, в 1,3 раза – язвенная болезнь (ЯБ) желудка или 12-перстной кишки, 5,5 раза – анемия. Таким образом, структура сопутствующих заболеваний у данной категории больных отличается от таковой в центрах ЗПТ, что может быть объяснено различиями в структуре пациентов по основному заболеванию, их тяжестью и особенностями проводимого лечения. Среди сопутствующей патологии у больных нефрологического профиля на поликлиническом этапе лидирующие позиции занимают АГ и ИБС, СД, анемия и хронический гастрит. Наличие в обеих группах среди лидеров АГ и ИБС, а также анемии подчеркивает важность своевременного, то есть раннего, их выявления и проведения адекватной профилактики и терапии, что сегодня невозможно без участия специалиста-нефролога.

Выводы

Обращаемость к врачу-нефрологу на амбулаторно-поликлиническом этапе за пятилетний период с 2005 по 2009 гг. возросла в 1,8 раза ($p < 0,05$), а распространенность заболеваний почек увеличилась в 5,8 раза ($p < 0,05$) и составила 6,1%. Количество лиц трудоспособного возраста, взятых под диспансерное наблюдение по поводу заболевания почек, превысило аналогичный показатель для больных ИБС, НЦД, гепатитом, циррозом, ревматизмом и уступает только СД, АГ, ЯБ желудка и/или 12-перстной кишки и ХОБЛ. В структуре впервые выявленных заболеваний почек лидируют пиелонефрит, ХПН неясной этиологии, ХГН и ДН. Среди сопутствующих заболеваний наиболее распространены патология сердечно-сосудистой системы, СД, анемия и хронический гастрит. Проведенные исследования подтверждают значительную распространенность заболеваний почек среди трудоспособного населения, ее рост и необходимость работы врача-нефролога на уровне городской поликлиники.

Литература

1. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. Состояние заместительной почечной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2005 гг. // Нефрология и диализ. 2007. Т. 9. № 1. С. 6–72.
2. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. Состояние заместительной почечной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2007 гг. // Нефрология и диализ. 2009. Т. 11. № 3. С. 144–219.
3. Воздействие на организм человека опасных и вредных экологических факторов. Метрологические аспекты. Т. 1 / Под ред. Л.К. Исаева. М.: Госстандарт России, Департамент Госсанэпиднадзора Минздрава России, 1997. С. 25–27.
4. Орлова Г.М. Анализ регистра больных с хронической почечной недостаточностью в Прибайкалье // Нефрология и диализ. 2007. Т. 9. № 3. С. 79.
5. Распоряжение от 31 октября 2003 г. № 358-р Комитета здравоохранения администрации г. Санкт-Петербурга «О совершенствовании организации оказания нефрологической помощи в г. Санкт-Петербурге».
6. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни: сердечно-сосудистая система. М., 2007. 1113 с.
7. Сигитова О.Н., Закирова В.А., Закирова Л.Ф. и др. Уровень, причины и частота развития хронической почечной недостаточности у взрослого населения Республики Татарстан // Нефрология и диализ. 2007. Т. 9. № 3. С. 263.
8. Томилина Н.А., Бикбов Б.Т. Эпидемиология хронических заболеваний почек по данным Московского городского нефрологического регистра // Нефрология и диализ. 2005. Т. 7. № 3. С. 281–282.

Получено 18.01.2010 – принято к печати 25.04.2010