

**Выводы:** терапия препаратом Галвус Мет обеспечивает эффективную сахароснижающую терапию в сравнении с комбинациями традиционных ПССП.

Обеспечивает возможность дополнительного снижения уровня HbA1c по сравнению с другими ПССП. Отсутствует прибавка массы тела, в наблюдении выявлена тенденция к её снижению. Низкий риск гипогликемии, хорошая переносимость и отсутствие необходимости титрования дозы склоняют выбор в пользу Галвус Мет к более широкому использованию в реальной клинической практике.

## **ДАННЫЕ РЕГИСТРА ЦЕНТРА БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК И ДИАЛИЗА МАУ ГКБ № 40 Г. ЕКАТЕРИНБУРГА**

**А.В. Назаров<sup>1</sup>, Т.В. Жданова<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>МАУ ГКБ № 40,*

*<sup>2</sup>ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава РФ,  
г. Екатеринбург*

Заболевания почек являются важной медико-социальной проблемой современности поскольку наблюдается непрерывный рост числа больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН). Это, прежде всего, определяется постарением населения, нарастанием заболеваемости сахарным диабетом и ростом числа пациентов с сосудистой природой повреждения почек. Болезни почек имеют тенденцию к прогрессированию, сопровождаются высоким риском сердечно-сосудистых осложнений и развитием терминальной почечной недостаточности. В связи с этим инвалидизация и смертность больных с заболеваниями почек достаточно высока. Проведение методов заместительной терапии гемодиализа и перитонеального диализа, трансплантации почек позволяет продлевать жизнь пациентам с хронической почечной недостаточностью, однако является очень дорогостоящим. Несмотря на прогресс в диализе и трансплантации, прогноз при почечной недостаточности остается плохим.

Необходимость раннего выявления пациентов с хронической болезнью почек связана с возможностью значительного продления стадии до периода начала диализа.

Заболевания почек сопровождаются разнообразной клинической картиной: от бессимптомной гематурии до симптомов нефротического синдрома и почечной недостаточности. Пациенты с некоторыми заболеваниями почек полностью выздоравливают, однако у большинства наблюдается прогрессирование болезни, и может развиваться хроническая почечная недостаточность. К развитию острой и хронической почечной недостаточности приводят первичные заболевания почек, а также и другие причины, к которым относятся:

- болезни сердечно-сосудистой системы,
- болезни эндокринной системы,
- болезни легких,
- болезни печени,
- болезни крови,
- болезни соединительной ткани,
- онкологические заболевания,
- инфекции,
- ятрогенные воздействия.

В настоящее время в России внедряется термин «Хроническая болезнь почек» (ХБП), предложенный рабочей группой Национального Почечного Фонда США (National Kidney Foundation (NKF). Диагноз хроническая болезнь почек может быть установлен, если имеется повреждение почек в течение 3 и более месяцев, проявляющееся в виде структурных или функциональных нарушений деятельности органа со снижением или без снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) (патоморфологические изменения почечной ткани либо сдвиги в составе крови или мочи, а также при использовании методов визуализации структуры почек), либо СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> в течение 3 и более месяцев, при наличии или отсутствии других признаков повреждения почек. При хронической почечной недостаточности (ХПН) хроническая болезнь почек может быть установлена, независимо от заболевания, которое повлекло за собой ее развитие.

#### **Классификация Хронической Болезни Почек (NKF, USA)**

Стадия	Характеристика	СКФ (мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> )
I	Поражение почек с нормальной или повышенной СКФ	≥ 90
II	Повреждение почек с умеренным снижением СКФ	60-89
III	Средняя степень снижения СКФ	30-59
IV	Выраженная степень снижения СКФ	15-29
V	Почечная недостаточность или перевод на диализ	< 15

Организация диагностики патологии почек в соответствии с алгоритмами, разработанными Национальным Почечным Фондом США, первоначально привела к резкому росту заболеваемости, что, очевидно, связано с повышенной выявляемостью пациентов. В настоящее время наметилась тенденция к стабилизации заболеваемости. Однако, процент позднего выявления поражения почек на стадии развернутой ХПН остается крайне высоким. Позднее выявление и позднее взятие на диализ ассоциировано с повышенным риском смерти больных от сердечно-сосудистых осложнений и сокращением продолжительности жизни на диализе. Одной из причин такого положения является то, что пациенты с различными заболеваниями, приведшими к развитию хронической болезни почек, зачастую наблюдаются не у нефролога, а у врачей смежных специальностей, диагностика поражения почек проводится в поздние сроки и превентивные мероприятия для замедления прогрессирования ХПН не оказываются.

У 25–50% пациентов в США, имеющих терминальную ХПН, требующую проведения заместительной терапии, первый визит к нефрологу был в течение полугода до начала диализа (Campbell J.D. et al., 1989; Schmidt R. et al., 1998; USRDS 1997 Annual Data Report).

В России в настоящее время начинается учет пациентов с различными стадиями ХБП. Однако, эти данные пока не доступны в связи с отсутствием единого регистра больных с ХБП.

В г. Екатеринбурге ведется регистр больных с ХБП и количество больных в нем постоянно увеличивается. Динамика прироста пациентов с различными стадиями ХБП представлена ниже (рис. 1).

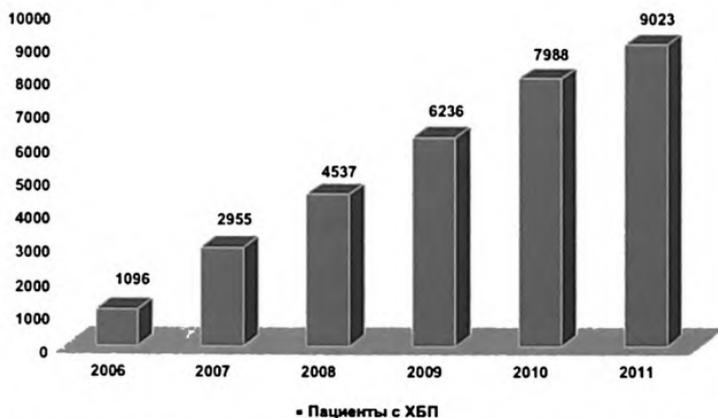
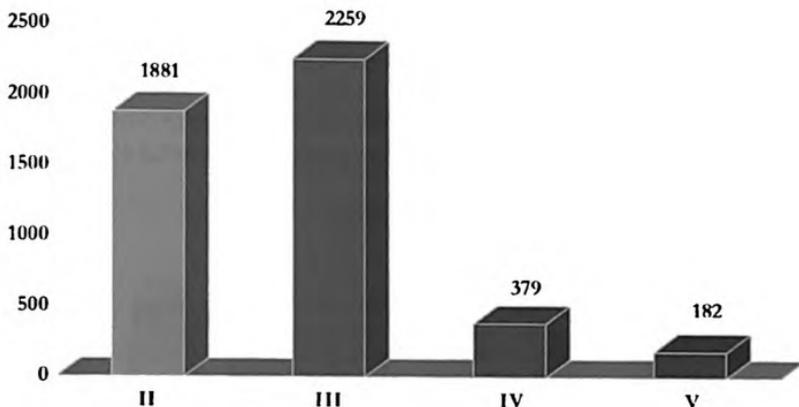
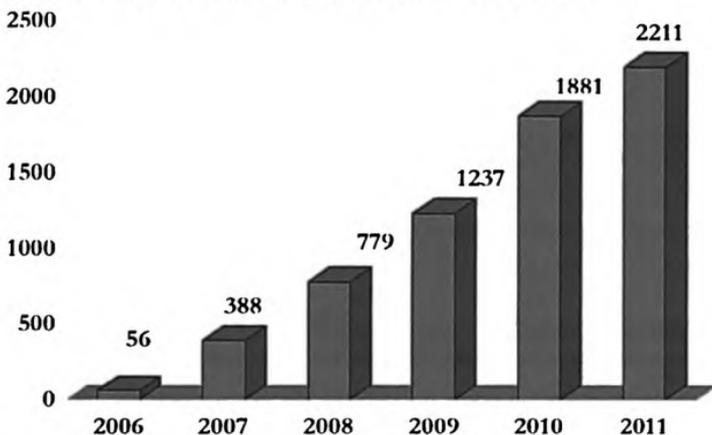


Рис. 1. Количество пациентов с ХБП, состоящих на учете в нефрологическом диспансере МАУГКБ № 40 в 2006–2011 гг. (в 2011 г. данные за 8 мес.)



*Рис. 2. Количество пациентов с ХБП 2–5 стадии, состоящих на учете в нефрологическом диспансере МАУ ГKB № 40 в 2010 г.*

На рис. 2 представлены данные количества пациентов, состоящих на учете в нефрологическом диспансере МАУ ГKB № 40 в 2010 г. Наибольшее число зарегистрировано пациентов с ХБП 2 и с ХБП 3.



*Рис. 3. Количество пациентов с ХБП 2 в 2006–2011 гг. (в 2011 г. данные за 8 мес.)*

На рис. 3 показано увеличение пациентов с ХБП 2 с 2006 года по настоящее время состоящих на учете в нефрологическом диспансере МАУ ГKB № 40 в 2010 г. Обращает внимание, что за 8 месяцев 2011 года количество пациентов увеличилось на 330 человек, что возможно связано с лучшей диагностикой и информированностью врачей и пациентов о болезнях почек.

Среди нозологических форм у пациентов с ХБП 2 преобладает инфекция мочевыводящих путей (ИМВП) 34,7%. Гломерулонефриты составляют 15,3 %, гипертоническая болезнь 12,2% и диабетическая нефропатия 9,2%, хронический тубуло-интерстициальный нефрит (ХТИН) 7,2%, поликистоз 2,1%, на остальные заболевания почек приходится 19,2%.

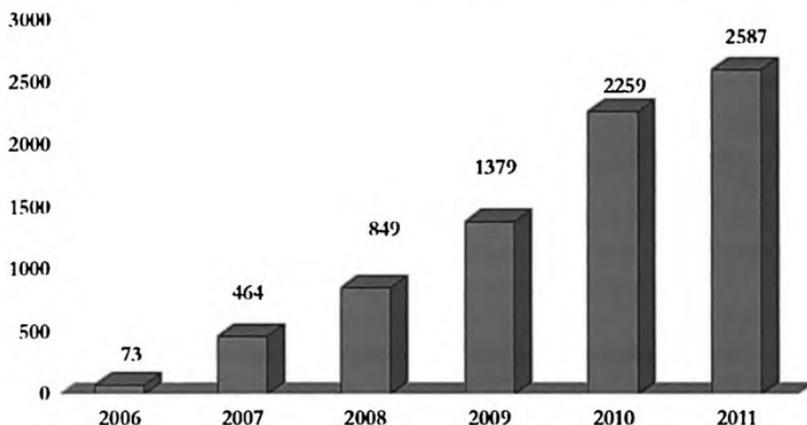


Рис. 4. Количество пациентов с ХБП 3 в 2006-2011 гг. (в 2011 г. данные за 8 мес.)

Количество пациентов с ХБП 3 значительно увеличилось с 2006 года в регистре МАУ ГKB № 40 и продолжает неуклонно расти, так что за 2010 год возросло на 64 %. (Рис. 4)

Среди нозологических форм у пациентов с ХБП 3 преобладает также ИМВП, а также гипертоническая болезнь. Гломерулонефриты составляют 11,3% и диабетическая нефропатия 10,1%.

Число больных с 4 стадией ХБП также постоянно увеличивается, но в меньшей степени, чем ХБП 2 и ХБП 3. Однако, это уже более тяжелые пациенты, требующие постоянного динамического контроля за прогрессированием течения и назначения соответствующего лечения. Количество осложнений (чаще сердечно-сосудистых) в этой стадии начинает резко возрастать.

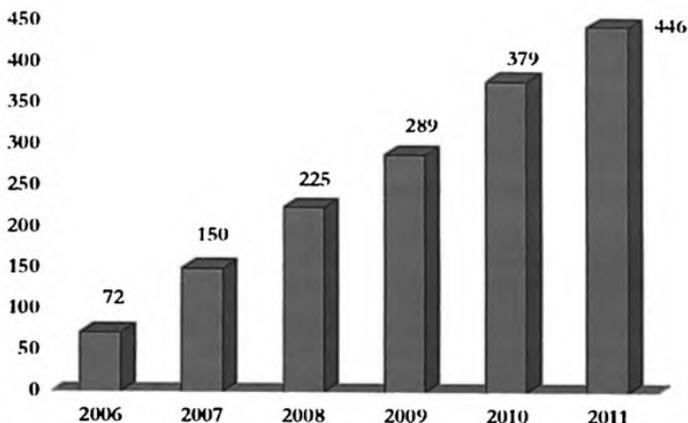


Рис. 5. Количество пациентов с ХБП 4 на конец 2006-2010 гг. и август 2011г.

Среди пациентов с четвертой стадией ХБП значительно увеличился процент больных с гломерулонефритами и диабетической нефропатией, но также остается высоким процент пациентов с ИМВП.

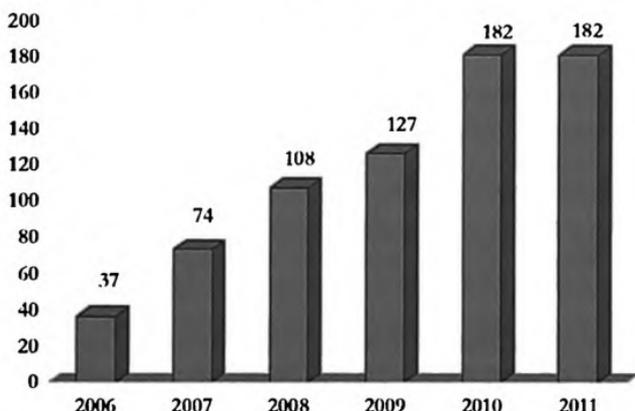


Рис. 6. Количество пациентов с ХБП 5 (СКФ < 15) на конец 2006-2010 гг. и август 2011, не получающих диализ

В настоящее время на учете состоит большая группа пациентов с преддиализной ХПН – с ХБП 5. Количество больных в этой группе значительно растет и за 8 месяцев 2011 года уже составило столько же – как и в 2010 году. Среди нозологических форм пациентов в преддиализной стадии число гломерулонефритов, диабетической нефропатии становится больше, также большое количество ИМВП.

Таким образом, количество пациентов с ХБП нарастает год от года, что видно из диаграмм, что связано с более хорошей диагностикой и лечением пациентов, информированностью врачей и организацией нефрологической службы города Екатеринбурга.

**Создание регистра больных с ХБП позволяет:**

- Вести учет и диспансеризацию больных с Хронической болезнью почек.

- Своевременно проводить лечение, которое позволяет увеличить додиализный период, уменьшить количество осложнений и смертность, а также снизить затраты на проведение заместительной терапии.

- Прогнозировать необходимость увеличения диализных мест.

- Организовать своевременное взятие на диализ.

Лечение больных с ХБП должно быть интегрированным с привлечением нефролога, участкового врача и узких специалистов – кардиолога, эндокринолога, ревматолога, уролога и др. Больные с ХБП обязательно направляться к нефрологу. Пациенты с диабетом, гипертонией, хроническими инфекциями, отягощенной наследственностью, аутоиммунными болезнями, инфекциями мочевыводящего тракта, мочекаменной болезнью, после перенесенной острой почечной недостаточности, пожилого возраста и др. обязательно должны проходить обследование на наличие ХБП.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СУЛОДЕКСИДОМ ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

**Г.М. Панюшкина, Э.В. Минаков, О.В. Судаков**

*Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко*

**Цель:** оценить эффективность длительной терапии сулодексидом больных сахарным диабетом 2-го типа (СД 2).

**Методы:** В наблюдение было включено 80 пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет 2 типа (СД 2). Продолжительность на-