

Коморбидность у больных на программном гемодиализе

М.А.Какех, А.Р.Шогенова, Л.Р.Бекижева,
М.Ж.Аттаева, Р.М.Арамисова,
З.А.Камбачокова, К.Ю.Шхагумов
Кабардино-Балкарский государственный
университет им. Х.М.Бербекова, Нальчик

Целью работы было изучение региональных особенностей коморбидности у больных с терминальной стадией почечной недостаточности, получающих программный гемодиализ. Было обследовано 258 больных, получающих программный гемодиализ. Исследование проводилось с 2016 по 2018 гг. Выявлена структура причин развития терминальной почечной недостаточности. Изучены коморбидные состояния, причины смертности в диализной популяции за исследуемый период. Анализ динамики заболеваемости показал рост числа больных с тХПН.

Ключевые слова: почечная недостаточность, гемодиализ, коморбидность.

Comorbidity in Patients on Programmed Hemodialysis

M. Kakekh, A.R. Shogenova, L.R. Bekizheva,
M. Zh. Attaeva, R.M. Aramisova, Z.A. Kambachokova,
K. Yu. Shkhagumov
Kabardino-Balkarian State University
n.a. H.M. Berbekov, Nalchik

The aim of the work was to study the regional characteristics of comorbidity in patients on programmed hemodialysis with end-stage renal disease (ESRD). A total of 258 patients on programmed hemodialysis were examined. The study was conducted from 2016 to 2018. The causes of ESRD development were revealed. Comorbid conditions and causes of death in the dialysis population during the research period were studied. The analysis of the incidence dynamics showed an increase in the number of patients with ESRD.

Keywords: renal failure, hemodialysis, comorbidity.

Актуальность проблемы

В течение последних десятилетий во всем мире отмечается рост количества больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (тХПН), нуждающихся в дорогостоящей заместительной почечной терапии (ЗПТ). Ежегодно в мире на ЗПТ расходуется около 110 млрд долларов. Основным видом ЗПТ в мире на сегодняшний день является программный гемодиализ (ПГД) – около 70% больных с тХПН получают именно этот вид терапии [1–3].

Число диализной популяции увеличивается в России, причем темп прироста опережает среднемировые значения. Повышение доступности и качества технологий ЗПТ в последние десятилетия привело к увеличению продолжительности жизни больных, которая в условиях ПГД достигает 20 лет и более. Однако диализная популяция характеризуется высокой смертностью, основной причиной которой являются сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) [4–6].

Несмотря на успехи в лечении больных с тХПН и ССЗ, летальность среди диализной популяции значительно выше показателей в общей популяции [7, 8].

Показатели годичной летальности пациентов, получающих ПГД, составляют 6,6–21,7% в разных странах мира, в Российской Федерации – 11,2% [9–11]. Различия показателей летальности в разных странах и в пределах одной страны могут быть связаны как с разницей в качестве оказания медицинской помощи, так и с изначально различными характеристиками больных, начинающих ЗПТ.

В 70 годы XX века А. Feinstein ввел в научно-клиническую терминологию понятие «коморбидность» (comorbidity). В настоящее время используют два понятия – «коморбидность» и «поликоморбидность»: первое – как наличие одновременно нескольких заболеваний, связанных единым патогенетическим механизмом, а второе – как наличие множественных заболеваний, возможно не связанных между собой [12].

По данным различных авторов, распространенность коморбидности составляет от 69% у больных молодого возраста, до 93% – среди лиц средних лет и до 98% – у пациентов старшей возрастной группы [13–15].

Коморбидность оказывает негативное влияние на клинические проявления, диагностику, лечение и прогноз заболеваний, повышая вероятность летального исхода. Наличие коморбидных заболеваний является серьезной проблемой при оказании медицинской помощи больным с тХПН, получающим программный гемодиализ. Причем, эта проблема имеет не только медицинское, но и экономическое значение, так как требует расширения лечебно-диагностической программы [13, 16, 17].

В настоящее время все большую актуальность приобретает измерение коморбидности. С целью определения прогноза для жизни пациента с хроническими заболеваниями используются различные шкалы и индексы, наибольшее распространение из которых получил индекс коморбидности Чарлсон (ИКЧ), представляющий собой балльную систему оценки возраста и наличия определенных сопутствующих заболеваний. В популяции пациентов с тХПН прогностическая значимость ИКЧ была продемонстрирована во многих зарубежных исследованиях [18].

Имеются региональные особенности коморбидности у больных на ПГД, которые необходимо учитывать при формировании региональных программ медицинской помощи.

Целью данной работы был анализ коморбидности и оценка влияния коморбидного статуса на прогноз для жизни пациентов, получающих лечение ПГД.

Задачи:

1. Выявить основные причины развития тХПН.
2. Исследовать половозрастную структуру больных, находящихся на ПГД.
3. Оценить частоту и тяжесть отдельных сопутствующих заболеваний, а также их сочетания у больных на ПГД.
4. Провести сравнительный анализ полученных данных с результатами исследования в 2012 г.

Возрастная группа	Мужчины (n=156), %
До 20 лет	5,6
20–29 лет	12,1
30–39 лет	23,4
40–49 лет	13,7
50–55 лет	12,1
56–60 лет	33,1
Более 60 лет	–

Возрастная группа	Женщины (n=102), %
До 20 лет	–
20–29 лет	6,1
30–39 лет	14,6
40–49 лет	15,9
50–55 лет	14,6
56–60 лет	9,8
Более 60 лет	39

Материал и методы

Работа выполнена на базе Северо-Кавказского нефрологического центра, расположенного в Кабардино-Балкарской республике.

Исследование проводилось с января 2016 г. по декабрь 2018 г. Критериями включения в исследование были: хроническая болезнь почек 5-й стадии, проведение адекватного (eKt/V по уточненному уравнению Даурирда не менее 1,2) ПГД 12 ч (3 раза в неделю по 4 ч) в неделю, сосудистый доступ – артерио-венозная фистула.

В исследование не включали пациентов с любыми заболеваниями, требующими неотложной терапии, онкологическими, инфекционными болезнями, другими тяжелыми заболеваниями; принимающих иммуносупрессанты; имеющих признаки стеноза почечной артерии, а также злоупотребляющих алкоголем.

После получения информированного согласия пациентов протокол клинического исследования включал клинические и лабораторно-инструментальные методы обследования. Производили сбор и анализ информации по основным демографическим и анамнестическим данным, а также лабораторным показателям. С целью определения структуры коморбидности осуществляли расчет ИКЧ.

Анализ показателей выживаемости и относительного риска смерти выполняли на основании данных по общей летальности за период наблюдения.

Результаты исследования

В гемодиализном центре на декабрь 2018 г. получали лечение ПГД 258 пациентов, из них 102 (40%) женщины и 156 (60%) мужчин в возрасте от 18 до 84 лет. Возрастная структура больных на ПГ представлена в табл. 1, 2.

Как видно из табл. 1, среди мужчин тХПН наиболее была распространена в возрастной группе 56–60 лет. Обращает внимание и высокий удельный вес тХПН у 30–39-летних.

Среди женщин тХПН чаще встречалась в более старшей возрастной группе (60 лет и более). Обращает внимание, что в возрасте 30–39 лет, 40–49 лет и 50–55 лет отмечается почти одинаковая распространенность тХПН, что отличает их от мужской популяции.

Распространенность тХПН среди мужчин в возрастной группе от 18 до 25 лет составила 5,6%, в то время, как в женской популяции в этой возрастной группе тХПН не наблюдалась. Это свидетельствует о развитии у мужчин тХПН в более молодом возрасте, чем у женщин.

Сравнительный анализ возрастного состава показал, что в 2012 г. самому молодому пациенту было 23 года, тогда как в 2018 г. – 18 лет. Таким образом, ХПН за исследуемый период «помолодела».

Сравнительный анализ динамики заболеваемости тХПН с 2012 по 2018 гг. показал рост по республике числа больных с тХПН. Результаты исследования продемонстрировали изменение гендерного состава в структуре больных на ПГД с тенденцией к повышению числа больных женского пола (37,1% – в 2012 г. и 40% – в 2018 г.).

Изменилась структура причин развития тХПН. Так, в 2012 г. заболеванием, приводившим к ХПН в большинстве случаев, был хронический гломеруло-нефрит (46,7%), а в 2018 г. – наиболее частыми причинами развития тХПН являлись: диабетическая нефропатия (32%), хронический гломеруло-нефрит (28%), врожденная поликистозная болезнь почек (11%) и хронический пиелонефрит (7%).

В 2012 г. хронический пиелонефрит являлся причиной ХПН в 22,6% случаев, а в 2018 – только в 7%. При изучении структуры коморбидных состояний у больных с тХПН было выявлено наличие АГ в 80% случаев, сахарного диабета – в 32% случаев. Достаточно часто наблюдалась анемия различной степени выраженности: легкой степени – у 17%, средней степени – у 61% и тяжелой степени – у 22% больных.

Ежегодная смертность в диализной популяции составила 26–28 больных. В структуре причин смерти преобладали сердечно-сосудистые заболевания и их осложнения: инфаркт миокарда, инсульт мозга, пневмония, полиорганная недостаточность.

Выводы

1. Отмечается рост количества больных, получающих заместительную почечную терапию за анализируемый период.
2. В диализной популяции преобладают лица мужского пола, у которых тХПН наблюдается в более молодом возрасте, чем у женщин.
3. Основной причиной развития тХПН в республике является диабетический нефросклероз, который за период исследования «опередил» хронический гломеруло-нефрит.
4. Сопутствующие заболевания широко распространены у больных с тХПН. Наиболее часто выявляются заболевания сердечно-сосудистой системы.
5. Значительная часть больных тХПН имеет сочетание нескольких прогностически значимых сопутствующих заболеваний, и их суммарная тяжесть может быть учтена при расчете индекса коморбидности Charlson.
6. Основными причинами смерти являются осложнения сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний.
7. Учитывая высокую частоту сопутствующих заболеваний у больных на ПГД и их большое прогностическое значение необходимо уже на додиализном этапе проводить тщательное комплексное обследование, направленное своевременную диагностику и лечение различной патологии внутренних органов, прежде всего сердечно-сосудистых заболеваний.

Следует ввести в повседневную клиническую практику методику расчета индекса коморбидности Charlson как комплексной оценки суммарной тяжести сопутствующей соматической патологии.

Литература

1. Волгина Г.В. Клиническая эпидемиология кардиоваскулярных нарушений при хронической почечной недостаточности (обзор литературы). Нефрология и диализ. – 2000. – Т. 2. – № 1–2. – С. 25–32. / Volgina G.V. Klinicheskaya epidimiologiya kardiovaskulyarnykh narushenii pri khronicheskoi pochechnoi nedostatochnosti (obzor literatury). Nefrologiya i dializ. 2000; 2: 1–2: 25–32. [in Russian]
2. Николаев А.Ю., Лифшиц Н.Л. Диагностика и принципы лечения хронической почечной недостаточности. М.: 2013. / Nikolaev A.YU., Lifshits N.L. Diagnostika i printsipy lecheniya khronicheskoi pochechnoi nedostatochnosti. M.: 2013. [in Russian]
3. Оксеньчук А.Н. Хроническая болезнь почек и кардиоваскулярная патология. Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т. 3. – № 2. – С. 128. / Oksenchuk A.N. KHronicheskaya bolezn почек i kardiovaskulyarnaya patologiya. Byulleten meditsinskikh internet-konferentsii. 2013; 3: 2: 128. [in Russian]
4. Ахметьянова Э.Х., Алтынбаева Г.Р., Бакиров А.Б., Байкова О.А. Хроническая болезнь почек и артериальная гипертензия. Российский кардиологический журнал. – 2008. – № 2. – С. 86–92. / Akhmetzyanova E.KH., Altynbaeva G.R., Bakirov A.B., Baikova O.A. KHronicheskaya bolezn почек i arterialnaya gipertenziya. Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal. 2008; 2: 86–92. [in Russian]
5. Боровская Е.А. Артериальное давление у больных с хронической болезнью почек V стадии, получающих лечение гемодиализом: уровень, динамика и суточный профиль. Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 2010. – 16 с. / Borovskaya E.A. Arterialnoe davlenie u bolnykh s khronicheskoi boleznью почек V stadii, poluchayushchikh lechenie gemodializom: uroven, dinamika i sutochnyi profil. Avtoref. dis. . kand. med. nauk. SPb., 2010; 16. [in Russian]
6. Лифшиц Н.Л. Артериальная гипертония у больных терминальной почечной недостаточностью. Урология и нефрол. – 2013. – № 1. – С. 10–13. / Lifshits N.L. Arterialnaya gipertoniya u bolnykh terminalnoi pochechnoi nedostatochnostyu. Urologiya i nefrol. 2013; 1: 10–13. [in Russian]
7. Бибков Б.Т., Кирхман В.В., Томила Н.А. с соавт. Предикторы летального исхода у больных на гемодиализе. Нефрология и диализ. – 2004. – Т. 6. – № 2. – С. 154–163. / Bibkov B.T., Kirkhman V.V., Tomilina N.A. s soavt. Prediktory letalnogo iskhoda u bolnykh na gemodialize. Nefrologiya i dializ. 2004; 6: 2: 154–163. [in Russian]
8. Назаров А.В., Жданова Т.В., Зуева Т.В. Некоторые аспекты состояния сердечно-сосудистой системы у больных с хронической болезнью почек. Уральский медицинский журнал. – 2011. – № 02-80. – С. 137–144. / Nazarov A.V., Zhdanova T.V., Zueva T.V. Nekotorye aspekty sostoyaniya serdechno-sosudistoi sistemy u bolnykh s khronicheskoi boleznью почек. Uralskii meditsinskii zhurnal. 2011; 02-80: 137–144. [in Russian]
9. Билевич О.А., Овсянников Н.В. Оценка выживаемости больных, находящихся на программном гемодиализе, в зависимости от показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=23372>. / Bilevich O.A., Ovsyannikov N.V. Otsenka vyzhivaemosti bolnykh, nakhodyashchikhsya na programmnom gemodialize, v zavisimosti ot pokazatelei funktsionalnogo sostoyaniya serdechno-sosudistoi sistemy. Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. 2015; 6. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=23372>. [in Russian]
10. Волков М.М. Факторы течения заболевания влияющие на выживаемость больных на хроническом гемодиализе. Нефрология. – 1997. – № 1. – С. 43–49. / Volkov M.M. Faktory techeniya zabolevaniya vliyayushchie na vyzhivaemost bolnykh na khronicheskome gemodialize. Nefrologiya. 1997; 1: 43–49. [in Russian]
11. Makeeva E.P., Трошенькина О.В., Хитева С.В. Хроническая болезнь почек и прогноз у больных с хронической сердечной недостаточностью. Клиническая нефрология. – 2010. – № 6. – С. 54–56. / Makeeva E.P., Troshenkinina O.V., Khiteva S.V. KHronicheskaya bolezn почек i prognos u bolnykh s khronicheskoi serdechnoi nedostatochnostyu. Klinicheskaya nefrologiya. 2010; 6: 54–56. [in Russian]
12. Feinstein A.R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. J. Chron. Dis. 1970; 23 (7): 455–68.
13. Feinstein A.R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. J. Chron. Dis. 1970; 23 (7): 455–68.
14. Верткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. и др. Коморбидность и фармации. – 2007. – № 1 (205). / Lazebnik L.B. Polimorbidnost i starenie. Novosti meditsiny i farmatsii. 2007; 1 (205). [in Russian]
15. Akker M., Buntinx F., Knottnerus A. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. European Journal of General Practice. 1996; 2: 65–70.
16. Лазебник Л.Б. Полиморбидность и старение. Новости медицины и фармации. – 2007. – № 1 (205). / Lazebnik L.B. Polimorbidnost i starenie. Novosti meditsiny i farmatsii. 2007; 1 (205). [in Russian]
17. Schellevis F.G., Velden J. vd., Lisdonk E. vd. Comorbidity of chronic diseases in general practice. J. Clin. Epidemiol. 1993; 46: 469–73.
18. Feinstein A.R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. J. Chron. Dis. 1970; 23 (7): 455–68.

Сведения об авторах:

Какех Мохамед Ахмад – аспирант кафедры госпитальной терапии, врач-нефролог Северо-Кавказского нефрологического центра, Нальчик

Шогенова Алина Руслановна – к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии Института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова», Нальчик

Бекижева Ляна Руслановна – к.м.н., Директор ООО «Евродент плюс», Нальчик

Аттаева Мадина Жамаловна – к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова», Нальчик

Арамисова Рина Мухамедовна – д.м.н., заведующая кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова», Нальчик

Камбачокова Зарета Анатольевна – д.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова», Нальчик

Шхагумов Казбек Юрьевич – к.м.н., доцент кафедры нормальной и патологической физиологии ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им.