

Міністерство охорони здоров'я України  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
Рада молодих учених  
Студентське наукове товариство

**МАТЕРІАЛИ XVII НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ УЧЕНИХ**

**«НОВИНИ І ПЕРСПЕКТИВИ  
МЕДИЧНОЇ НАУКИ»**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ**

**м. Дніпро, Україна  
2017**

## ТЕРАПІЯ

УДК 616.61-036.1-071-052:614.212:615

И.Л.Высочина, В.В.Крамарчук, Т.О.Яшкина

**СКРИНИНГ ХРОНИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БЕЗ УСТАНОВЛЕННОЙ РАННЕ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», кафедра семейной медицины ФПО

**Резюме. Цель.** Выявить распространение хронического нарушения функции почек среди пациентов терапевтического отделения без установленной ранее почечной патологии. **Объект и методы.** Обследовано 268 пациентов терапевтического стационара. Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование, включающее сбор жалоб и анамнез, объективный осмотр, лабораторное обследование (анализ мочи с определением белка, определение уровня креатинина крови и подсчет СКФ). Проведен ретроспективный анализ медицинских карт амбулаторных больных (форма 025/у) с целью исключения установленной ранее почечной патологии, а также анкетирование пациентов по поводу факторов риска развития ХБП. **Результаты.** Снижение рСКФ < 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> наблюдалось у 102 обследованных (38%). Протеинурия была выявлена у 72 обследованных (17%). Сочетание рСКФ < 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> и протеинурии было лишь у 24 пациентов (9%), что свидетельствует в пользу преобладания случаев изолированного снижения рСКФ (у старшей возрастной группы) или протеинурии (у пациентов молодого возраста). **Выводы.** Большая часть пациентов (54%) терапевтического отделения имеет лабораторные признаки хронического нарушения функции почек, которые требуют подтверждения через 3 месяца. К наиболее распространенным модифицируемым факторам, отрицательно влияющим на функцию почек, относятся артериальная гипертензия, ожирение, табакокурение.

**Ключевые слова:** скрининг, нарушение функции почек, снижение СКФ, протеинурия, хроническая болезнь почек.

**Вступление.** Одной из актуальных проблем медицины сегодняшнего дня по-прежнему считается пандемия неинфекционных заболеваний (НИЗ) и связанные с ней высокая смертность и глобальные затраты на лечение. В Украине НИЗ в 86% случаев являются причиной смертности, что обуславливает их лидирующее положение в структуре причин летальности.

Среди НИЗ отдельное место занимает хроническая болезнь почек (ХБП), распространенность которой по данным разных авторов, колеблется от 10% до 30% в зависимости от возраста [3]. Особенностью статистической отчетности по вопросу распространенности ХБП в популяции является сложность ее учета из-за преобладания в структуре ХБП вторичных нефропатий, а эти пациенты чаще всего длительно наблюдаются терапевтами и врачами общей практики по другим проблемам здоровья, что нарушает картину истинной частоты встречаемости этой нозологии.

Ранние стадии ХБП не имеют ярко выраженной симптоматики, обнаружив которую, можно бы было констатировать заболевание, а установить диагноз в эти сроки помогает только лабораторная диагностика, которая в идеале должна проводиться на общегосударственном уровне в виде скрининговых программ у населения с факторами риска. Также стоит отметить, что пациенты с ХБП 1-4-й стадии имеют больший риск умереть (в 6-12 раз), чем дожить до терминальной стадии, при этом риск смерти от кардиоваскулярных событий тоже выше возможности прогрессирования до терминальной стадии ХБП. [4]

Критериями хронической болезни почек являются: альбуминурия / протеинурия, структурные изменения поч-

ки, выявленные при обследовании, снижение скорости клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> или без признаков повреждения почек, сохраняющееся в течении трех и более месяцев. [2]. Известно, что снижение СКФ менее 60 мл/мин среди всей популяции населения в возрасте 45-74 лет выступает в качестве независимого фактора риска общей и сердечно - сосудистой смертности, острого инфаркта миокарда. По данным исследования NHANES II (National Health and Nutrition Examination Survey II), при СКФ менее 70 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> отмечается увеличение риска смерти от любых причин на 68% и на 51% увеличение риска смерти от сердечно-сосудистых причин по сравнению с расчетной СКФ по крайней мере 90 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

Таким образом, проблема ХБП является актуальной проблемой медицины сегодняшнего дня, особенно возможность ее ранней диагностики и настороженности как со стороны пациента, так и врача амбулаторной практики.

**Цель.** Провести анализ распространенности хронического нарушения функции почек среди пациентов терапевтического отделения без установленной ранее почечной патологии.

**Материалы и методы.** Работа была проведена на базе терапевтического отделения КУ «ДКОСМП ДОС». Нами были обследованы 268 пациентов, из которых 147 женщин (55%) и 121 мужчина (45%), возраст обследованных пациентов составил от 22 до 75 лет, (средний возраст пациентов всей выборки - 51±11,9 лет).

Всем больным проводилось стандартизированное общеклиническое обследование (анализ жалоб и анамнеза, объективный осмотр) Для решения поставленной задачи нами был проведен ретроспективный анализ медицинских карт амбулаторных больных (форма 025/у). Также осуществлялся подсчет индекса массы тела (ИМТ) по формуле Кетле: ИМТ=масса тела (кг) / рост<sup>2</sup>(м). Пациентам с ИМТ ≥ 30 кг/м<sup>2</sup> выставлялся диагноз ожирение. Лабораторное обследование включало в себя общий анализ мочи с определением белка, биохимический анализ крови с определением уровня креатинина и подсчетом скорости клубочковой фильтрации. Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) производился онлайн с помощью формулы СКД-ЕРІ [5]. Снижение рСКФ < 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> даже без признаков повреждения почек расценивалось как один из признаков хронического нарушения функции почек. Появление белка в моче (минимальное значение 0,033 г/л) нами оценивалось как протеинурия и также служило критерием нарушения функции почек.

Каждому пациенту предлагалось заполнить авторскую анкету-опросник по поводу табакокурения (курением считалось выкуривание 1 и более сигарет в сутки) и приема нефротоксичных препаратов без врачебного контроля (анальгетики/НПВС, некоторые антибиотики, иммуносупрессанты и др.).

Критерии включения в исследование: пациенты терапевтического отделения в возрасте 18-75 лет.

Критерии исключения: пациенты с установленной ранее почечной патологией, возраст менее 18 и более 75 лет, ожирение 3 степени (ИМТ ≥ 40 кг/м<sup>2</sup>), вегетарианцы, лица с дефицитом мышечной массы тела, беременные, пациенты с пара- и тетраплегиями.

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ «MS Excel 2016» и «Statistica 6».

**Результаты и их обсуждение:** результаты данных, полученных при расчете СКФ у всех обследованных больных представлен на рисунке 1.

Снижение рСКФ < 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> наблюдалось более чем у трети обследованных (38%), средний возраст которых составил 58±5,7 лет. Анализ клинико-anamnestических особенностей этих пациентов показала наличие у них определенных

факторов риска, которые априори оказывают отрицательное влияние на функцию почек (рис. 2).

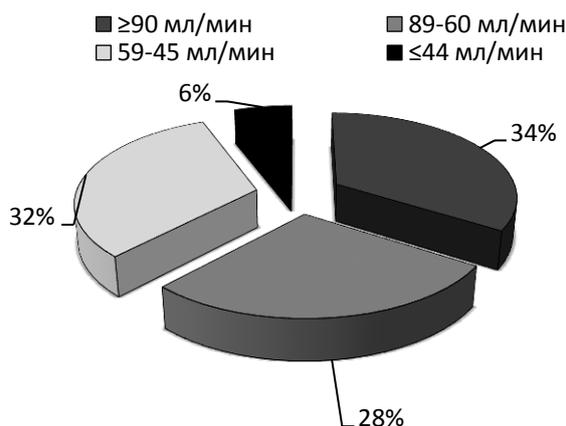


Рис.1. Частота встречаемости разных диагностических уровней СКФ среди обследованных пациентов.

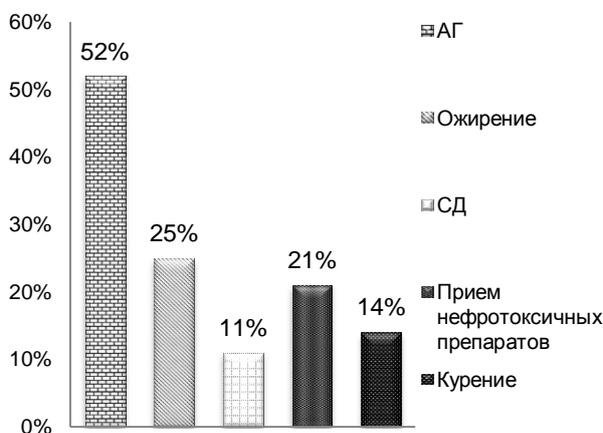


Рис. 2. Факторы оказывающие отрицательное влияние на функцию почек в группе пациентов со сниженной рСКФ.

Анализ частоты встречаемости наличия симптома протеинурии показал ее наличие у 72 госпитализированных больных в терапевтическое отделение (27%), средний возраст этой группы пациентов составил 46±8,3 лет и для которых имела место другая частота встречаемости и группировка факторов риска, связанных с их повреждающим действием на почку (рис. 3).

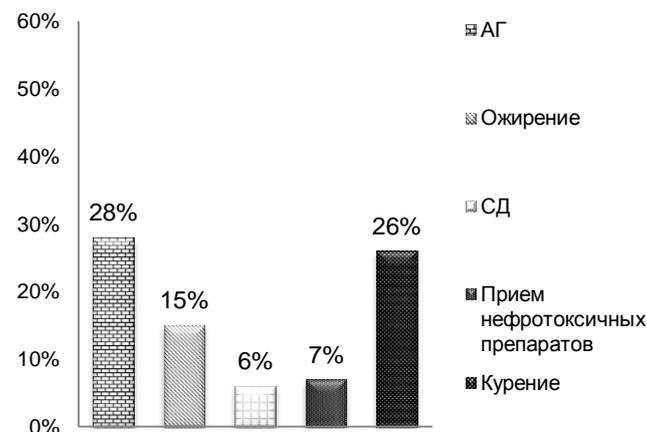


Рис. 3. Факторы, оказывающие отрицательное влияние на функцию почек в группе пациентов с протеинурией.

Сочетание двух основных патогенетически-связанных с формированием хронического нарушения функции почек факторов - рСКФ<60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> и протеинурии было отмечено у 24 пациентов (9%). По нашим данным, изолированное снижение рСКФ было зарегистрировано у пациентов старшей возрастной группы, а изолированной протеинурии - у пациентов молодого возраста (рис. 4).

Анализ добровольного анкетирования пациентов показал, что из нефротоксических групп препаратов в 9,7% случаев (от общего количества) имело место длительный (свыше 12 месяцев) и без контроля врача прием ненаркотических анальгетиков /нестероидных противовоспалительных препаратов (ибупрофен, парацетамол, индометацин, диклофенак, метамизол натрия, мелоксикам и др.) (рис. 5).

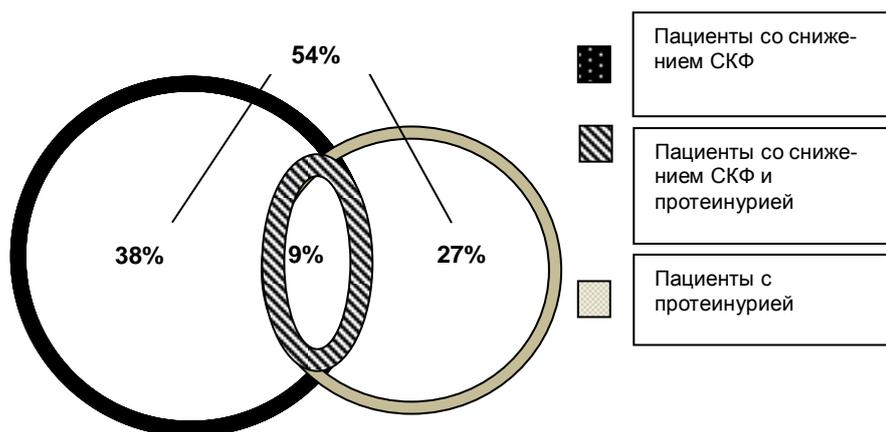


Рис. 4. Взаимоотношение количества пациентов с разными критериями хронического нарушения функции почек.

Средний возраст группы пациентов длительно принимающих НПВП составил 65±3,6 лет . Среди причин длительного приема ненаркотических анальгетиков/НПВП доминируют заболевания опорно-двигательного аппарата – 47% (рис. 6).

Следует отметить, что для установления диагноза хронической болезни почек (ХБП) нужно повторить анализ крови с определением уровня креатинина и подсчетом СКФ через 3 месяца, а также анализ мочи с определением протеинурии.

Таким образом, среди пациентов терапевтического отделения без установленной ранее почечной патологии необходимо проводить скрининг хронического нарушения функции почек.

**Выводы**

1. Большая часть пациентов (54%) терапевтического отделения имеет лабораторные признаки хронического нарушения функции почек (снижение рСКФ<60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> и /или протеинурию),

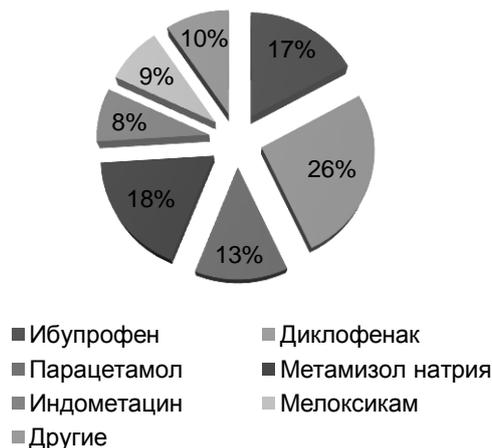


Рис. 5 Структура принимаемых анальгетиков/НПВП.

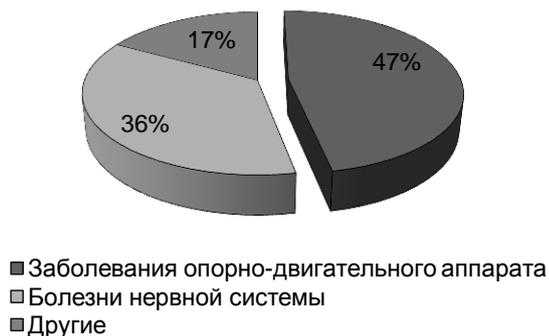


Рис. 6 Причины длительного приема анальгетиков/НПВП.

2. Пациенты с лабораторными признаками хронического нарушения функции почек (снижение рСКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> и /или протеинурию) требуют контроля через 3 месяца.

3. У пациентов, которые были госпитализированы в терапевтическое отделение наиболее распространенными модифицируемыми факторами, отрицательно влияющими на функцию почек, являются артериальная гипертензия, ожирение, табакокурение и длительный прием НПВП.

**Перспективы дальнейших исследований** состоят в последующем освещении проблемы хронического нарушения функции почек и привлечении внимания медицинской общественности к этой проблеме. Более глубокое изучение проблемы нефротоксичности препаратов с возможным прогнозированием течения ХБП.

#### Литературные источники

1. Gnanasekaran I., Kim S., Dimitrov V., Soni A. SHAPE-UP – A management program for Chronic Kidney Disease // Dialysis @ Transplantation, May, 2016. – P. 294-302.

2. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int Suppl. 2013 Jan;3(1):1-150.

3. Frequency of chronic kidney disease in cardiologic patients (materials of cohort retrospective study) / [Электронный ресурс] / Т. В. Жданова, М. Н. Карпухина, А. В. Назаров [и др.] // Екатеринбург, 2016. Свободный доступ <https://www.lvrach.ru/2016/02/15436400/>

4. U.S. Renal Data System. USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States. MD Bethesda: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases 2013.

5. Онлайн калькулятор СКФ по формуле СКД-EPI [https://www.kidney.org/professionals/kdoqi/gfr\\_calculator](https://www.kidney.org/professionals/kdoqi/gfr_calculator)

**Височина І.Л., Крамарчук В.В., Яшкіна Т.О.. Скринінг хронічного порушення функції нирок серед пацієнтів терапевтичного відділення без встановленої раніше ниркової патології.**

**Резюме. Мета.** Виявити розповсюдження хронічного порушення функції нирок серед пацієнтів терапевтичного відділення без встановленої раніше ниркової патології. **Об'єкт та методи.** Обстежено 268 пацієнтів терапевтичного

стаціонару. Всім пацієнтам було проведено загально клінічне обстеження, що включало збір скарг та анамнезу, об'єктивний огляд, лабораторне обстеження (аналіз сечі з виявленням білку, визначення рівня креатиніну крові і підрахунок ШКФ). Проведено ретроспективний аналіз медичних карт амбулаторних хворих (ф. 025/о) з метою виключення встановленої раніше патології нирок, а також анкетування пацієнтів з приводу факторів ризику ХХН. **Результати.** Зниження рШКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> спостерігалось у 102 обстежених (38%). Протеїнурія виявлена у 72 пацієнтів (27%). Поєднання рШКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> та протеїнурії було лише у 24 пацієнтів (9%), що свідчить на користь переважання випадків ізольованого зниження рШКФ (у старшої вікової групи) чи протеїнурії (у пацієнтів молодого віку). **Висновки.** Більша частина пацієнтів (54%) терапевтичного відділення має лабораторні ознаки хронічного порушення функції нирок, що потребують підтвердження через 3 місяці. До найбільш розповсюджених модифікованих факторів, що негативно впливають на функцію нирок, відносяться артеріальна гіпертензія, ожиріння, табакокуріння.

**Ключові слова:** скринінг, порушення функції нирок, зниження ШКФ, протеїнурія, хронічна хвороба нирок.

УДК 616.155.194-008.6-07:612.11-074:614.253.2-055

В.А.Пешкова, А.В. Черниловский

#### ЗНАЧЕНИЕ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

ГУ «Днепропетровской медицинской академии МЗ Украины» кафедра семейной медицины ФПО

**Резюме.** Общий анализ крови зачастую является недооцененным методом выявления различного рода патологий на раннем этапе диагностики среди врачей общей практики. В данной статье будет представлен материал об анемическом синдроме (АС). Объектами исследования являлись пациенты различного пола и возраста, госпитализированных в терапевтическое отделение, сопутствующим состоянием которых был АС различной степени тяжести. В ходе исследования были использованы как общие (неспецифические) лабораторные исследования (показатели общего анализа крови) так и специфические (сывороточное железо, ферритин). И было подтверждено, что состояние многих пациентов относительно АС было среднетяжелым, а значит пропущенным на амбулаторном этапе. Так же было установлено, что некоторые пациенты не были осведомлены о своем состоянии по поводу АС и не принимали какие либо медикаменты, что косвенно являлось одной из причин госпитализации в стационар.

**Ключевые слова:** анемический синдром, амбулатория, ферритин, сывороточное железо.

**Вступление.** Анемический синдром (АС) - один из самых часто встречающихся в практике врача любой специальности (семейного врача, терапевта, невропатолога и т.д.). Международным комитетом по стандартизации в гематологии (ICST, 1989) установлены нижние границы нормы в венозной крови: для мужчин – не меньше 130 г/л, для женщин 120 г/л. В Украине концентрации Hb определяют в капиллярной крови, где этот показатель на 20% - 30% выше, чем в венозной. [5] По данным МЗ Украины 2001 – 2015 г.г. железодефицитной анемией (ЖДА) в Украине болеет 651 пациент на 100 000 населения. В Днепропетровской области уровень заболевания железодефицитной анемией составляет 420 пациентов на 100 000 населения. Анемия возникает во все периоды жизни человека не только при различных заболеваниях, но и при некоторых физиологических состояниях, например, при беременности, в период усиленного роста, лактации. В связи с тем, что дефицитные анемии занимают 80 % всех анемий [4] (Воробьев А. И. 2007) они по праву занимают первое место среди всех видов анемий. К наиболее уязвимым группам относятся женщины детородно-