

ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ: ФАКТОРЫ РИСКА И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

DOI: 10.37586/2686-8636-1-2021-53-59

УДК: 616.61

Кудина Е.В., Скворцов Р.А., Ларина В.Н., Жук В.А., Иванова М.З.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Резюме

Введение. В настоящее время перед врачами всех специальностей все более остро встает проблема ведения пациентов с хронической болезнью почек (ХБП). Особенно актуальна эта тема для тех специалистов, которые занимаются обследованием и лечением пациентов пожилого и старческого возраста. Именно у этой категории пациентов ХБП встречается наиболее часто. Связано это как с физиологическими возрастными особенностями, так и с сочетанными факторами риска поражения почек, которые характерны для лиц старшего возраста.

Цель. Представить анализ основных причин и факторов риска развития ХБП у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Проанализированы амбулаторные карты пациентов в возрасте от 55 до 90 лет с множественными хроническими заболеваниями, наблюдающихся в районной поликлинике города Москвы, являющейся базой кафедры поликлинической терапии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

Результаты. Проведен анализ наиболее существенных факторов риска развития ХБП и их встречаемость, указаний данного синдрома при формулировке диагноза пациентов, частоты и адекватности назначения лекарственных препаратов, являющихся основой нефропротективной стратегии.

Заключение. ХБП является одной из наиболее частых патологий у лиц пожилого возраста. Анализ амбулаторных карт показал, что основными причинами развития ХБП у пациентов данной возрастной группы являются не заболевания почек, а коморбидные патологии, прежде всего артериальная гипертензия. Также у этих пациентов отмечалась высокая частота сахарного диабета, гиперлипидемии, ожирения. Не у всех пациентов была указана ХБП в структуре диагноза, что является существенным моментом для правильного выбора тактики лечения сопутствующих заболеваний. Также не в полном объеме пациентам назначалась нефропротективная терапия. Сформулированные рекомендации могут быть использованы врачами первичного звена здравоохранения в практической работе.

Ключевые слова: ХБП; коморбидность; пожилые пациенты; нефропротекция; кардиоренальный синдром

Для цитирования: Кудина Е.В., Скворцов Р.А., Ларина В.Н., Жук В.А., Иванова М.З. Пожилой пациент с хронической болезнью почек на амбулаторном приеме: факторы риска и пути профилактики. *Российский журнал геронтологической медицины*. 2021; 1(5): 53–59. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2021-53-59

ELDERLY WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN OUTPATIENT TREATMENT: RISK FACTORS AND PREVENTION PATHWAYS

Kudina E.V., Skvortsov R.A., Larina V.N., Zhuk V.A., Ivanova M.Z.

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Abstract

Introduction. At present, doctors in all disciplines are facing an increasing problem of chronic kidney disease (CKD) management. It is particularly relevant for screening and treatment of aged patients, because they suffer from CKD most frequently. This is due both to physiological age characteristics and kidney disease risk factors of these patient's category.

Aim. To provide an analysis of the main causes and risk factors of CKD in elderly patients.

Materials and methods. Analysis of outpatient charts of patients aged 55–90 with multiple chronic diseases observed in the local health service in Moscow, which is the base of the Department of Outpatient Therapy, RNRMU.

Results. We analyzed the most significant risk factors of CKD and their frequency, the indications of this syndrome in the formulation of diagnosis, the prescription of drugs, providing nephroprotective strategy.

Conclusion. CKD is one of the most frequent pathologies in the elderly. An analysis of the outpatient charts showed that the main causes of CKD among patients in this age group were not kidney diseases but comorbide pathology, primarily arterial hypertension. These patients also had high frequency of diabetes mellitus, hyperlipidemia, obesity. Not all patients have been identified with CKD in the structure of diagnosis, which could influence the correct tactics for treating related diseases. Nephroprotective therapy was also not fully available to patients. Current recommendations can be used by primary health-care doctors in practice.

Keywords: chronic kidney disease; comorbidity nephroprotection; cardiorenal syndrome; elderly

For citation: Kudina E.V., Skvortsov R.A., Larina V.N., Zhuk V.A., Ivanova M.Z. Elderly with chronic kidney disease in outpatient treatment: risk factors and prevention pathways. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2021; 4(5): 53–59. DOI: 10.37586/2686-8636-4-2021-53-59

ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия наблюдается увеличение продолжительности жизни как в России, так и во всем мире, что связано с улучшением качества жизни, ростом экономического достатка, успехами медицины. Эти изменения способствуют старению населения планеты: в мире около 11% людей старше 60 лет, а по расчетам к 2030 году количество лиц данной возрастной категории достигнет 60% [1]. Современный мир меняется в сторону глобального демографического старения населения в большинстве развитых стран. Самая быстрорастущая возрастная группа в мире — это лица 80 лет и старше. В настоящее время они составляют больше половины среди всех пожилых людей планеты. По прогнозам ООН доля лиц старше 80 лет составит около 60% всех пожилых людей в развитых странах и более 70% — в развивающихся. Согласно возрастным критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в России доля людей пожилого (в возрасте 60–74 лет), старческого возраста (75–89 лет) и долгожителей (90 лет и старше) близка к показателям для Западной Европы и США и суммарно составляет около 30 млн человек, что превышает 20% всего населения страны. По прогнозу численность населения России старше 65 лет к 2031 г. составит 42,3 млн, что соответствует доле в 28,7% [2]. Большая продолжительность жизни людей способствует увеличению числа пожилых людей с несколькими ассоциированными хроническими патологиями: гипертоническая болезнь (ГБ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая болезнь почек (ХБП), сахарный диабет (СД) и т.д. [3, 4, 5]. Сочетание нескольких хронических заболеваний различного генеза у отдельного человека характеризует мультиморбидность, которая как раз чаще сопровождает пожилую и старческий возраст [6, 7]. В литературе часто встречаются два понятия: мультиморбидность и коморбидность. Попробуем разобраться, являются ли они синонимами или в эти понятия заложен разный смысл. Мультиморбидность — это наличие у одного человека двух или более хронических болезней, которые ухудшают функциональные способности, качество жизни и увеличивают потребность в медицинских услугах, а иногда и в постороннем уходе. Коморбидность — наличие у одного человека 2-х или более заболеваний/синдромов с единым патогенезом [6, 7]. Сочетание любых нозологий ухудшает прогноз и качество жизни пациента, но именно коморбидные заболевания, имея общие причины и патогенетические механизмы, обладают наиболее выраженным отрицательным взаимодействием и более быстрым прогрессированием

патологических процессов, приводящим к ухудшению функции внутренних органов и систем.

Более половины больных, которые обращаются за помощью к врачу-терапевту поликлиники, составляют лица пожилого и старческого возраста [8]. Именно у этой категории пациентов наиболее часто наблюдается несколько коморбидных заболеваний. Встречаемость коморбидности достигает 62% среди людей в возрасте 65–74 лет и 82% среди лиц ≥ 85 лет [9].

Чаще всего врач амбулаторного приема встречается с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, основная доля которых приходится на ИБС и АГ [6, 10, 11]. К числу наиболее распространенных патологий относится также хроническая болезнь почек (ХБП). В многочисленных крупномасштабных международных исследованиях была подтверждена высокая распространенность ХБП, сопоставимая с распространенностью ИБС и СД, достигая 10–15% в общей популяции, что возводит ее в ранг общемедицинской проблемы [12]. Наличие любых факторов риска развития и прогрессирования ССЗ (дислипидемия, ожирение, курение, гиперурикемия) также значительно повышает частоту развития ХБП [13, 14]. По эпидемиологическим данным частота ХБП без сопутствующих ССЗ и СД составляет 6,8%, с АГ — 15,2%, вместе с АГ и СД — до 43%. У пациентов с ИБС ХБП встречается в 30% случаев [6, 15]. Еще выше встречаемость ХБП у пациентов с ХСН: по разным данным — от 44 до 66% [6, 16]. Распространенность ССЗ в популяции больных со сниженной функциональной способностью почек на 64% выше, чем при их нормальной функции [17].

Общие факторы риска развития и прогрессирования ССЗ и ХБП, а также патогенетических механизмов обусловили тенденцию не обособлять данные патологии, а говорить о взаимоповреждающем действии, кардиоренальном взаимодействии, формируя так называемый «кардиоренальный синдром» [13, 16, 18]. Риск сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с нарушенной функцией почек возрастает в десятки раз [12]. По данным официальной статистики Medicare в США больные ХБП имеют сердечно-сосудистые заболевания в два раза чаще, чем лица без ХБП (65% по сравнению с 32%) [19]. В настоящее время ХБП признана независимым фактором риска развития ССЗ и эквивалентом ИБС по риску осложнений [20, 21]. Это было убедительно доказано в большом количестве международных рандомизированных исследований, таких как ACCOMPLISH, ALTITUDE, SHARP, ADVANCE, ROADMAP, CARRESSHF и некоторых других. Также в метаанализе 21 исследования была

показана взаимосвязь снижения СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м² с риском развития инсульта [22].

Выделяют 5 типов кардиоренального синдрома в зависимости от этиологии и скорости развития патологических процессов. Три из них (1, 3, 5) представляют собой острое повреждение почек и сердечно-сосудистой системы в результате ОКС (1-й тип), острого поражения почек (3-й тип) или системных процессов, чаще всего сепсиса (5-й тип). 2-й и 4-й типы кардиоренального синдрома — это постепенное развитие снижения функции почек и миокарда. Отличаются они тем, какой патологический процесс изначально развился у пациента. При 2-м типе в результате кардиального заболевания развивается ХСН, приводящая в дальнейшем к ухудшению почечной функции. 4-й тип характеризуется первичной патологией почек (пиелонефрит, диабетическая нефропатия и т.д.), в результате которой происходит снижение функции почек, запуская каскад патологических процессов в сердечно-сосудистой системе [20, 22]. 2-й и 4-й типы кардиоренального синдрома наиболее характерны для пациентов пожилого возраста. Однако надо отметить, что выделение 2-го и 4-го типа в чистом виде достаточно условно, так как при наиболее часто встречающихся патологиях у лиц пожилого возраста (АГ, СД, ожирение, дислипидемия) оба процесса могут развиваться параллельно.

Во многих исследованиях показано, что структурные изменения сердечно-сосудистой системы развиваются более чем у половины лиц даже с умеренной дисфункцией почек [15]. Наличие ХБП является важным фактором риска развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных событий, а сочетание ХБП с АГ повышает этот риск в еще большей степени, особенно при наличии протеинурии [13]. Критерии ХБП были сформулированы NKF (National Kidney Foundation) в 2002 г., затем дополнены KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) в 2012 г. Снижение СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² в течение 3 месяцев, независимо от нозологического диагноза, даже при отсутствии маркеров повреждения почек (альбуминурия, изменение осадка мочи и других), дает основание диагностировать ХБП [22, 23, 24]. В мире довольно остро стоит проблема с ростом случаев ХБП, особенно в пожилом возрасте [15]. Не менее сложна ситуация и в России: известно, что снижение функции почек в 36% встречается у людей старше 60 лет [24]. Значительный рост числа пациентов с ХБП по мере увеличения возраста объясняется как снижением функционального состояния почек в результате старения, так и прогрессированием таких заболеваний, как СД, дислипидемия, АГ, усугубляющих почечную дисфункцию [16].

С возрастом уменьшается количество функционирующих нефронов, прогрессируют склеротические процессы как в сосудах почечной паренхимы, так и в почечных артериях. Кроме этого, почечные

чашечки, лоханки и мочеточники теряют эластичность, что приводит к рефлюксам, негативно влияющим на почечную функцию [26].

Учитывая высокую встречаемость и частое прогрессирование ХБП по мере старения организма человека, важной проблемой современного здравоохранения, и прежде всего его амбулаторного звена, является своевременный скрининг ХБП и осуществление стратегии нефропротекции. Своевременно выявленная на ранних стадиях ХБП, применение медикаментозных и немедикаментозных нефропротективных мероприятий позволяет значительно снизить риск прогрессирования процесса и развития терминальной почечной недостаточности. По данным крупномасштабного исследования (S. Hallan и соавт. 2006 г.) было убедительно доказано, что скрининговое обследование пациентов в возрасте старше 55 лет, а также пациентов, имеющих факторы риска развития ХБП, способствует раннему выявлению данной патологии, что необходимо для профилактики ее прогрессирования [19].

Важным моментом в тактике ведения пациента с ХБП является формулировка данного диагноза в медицинской документации с указанием нозологии, явившейся ее причиной, стадии и степени протеинурии. Это позволит обратить внимание всех специалистов, принимающих участие в лечении и обследовании пациента, на данную проблему, так как необходимо учитывать стадию ХБП при подборе медикаментозной и немедикаментозной терапии основного и сопутствующих заболеваний.

Для реализации всех направлений нефропротективной стратегии ключевым моментом является повышение приверженности пациента к четкому и полному выполнению данных ему рекомендаций. Особенно существенно это для пожилых пациентов, приверженность к лечению у которых нередко значительно снижена. Это объясняется несколькими факторами: полипрагмазией, когнитивными нарушениями, большей частотой побочных действий, обусловленных полиморбидностью и функциональными нарушениями работы органов и систем. Также нередко причиной некомплаентности пациента является несогласованность назначений врачей разных специальностей, принимающих участие в его лечении. Способом решения этой проблемы может стать регулярная мультидисциплинарная комплексная оценка состояния пациента, разработка индивидуального плана тактики ведения, подробное объяснение пациенту и его близким сути заболевания и методов лечения [27].

Основой медикаментозной нефропротекции является блокада ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) с применением на постоянной основе ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) или блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА). Помимо непосредственного антигипертензивного действия, необходимого большинству пациентов с ХБП,

блокаторы РААС обладают выраженным антипротеинурическим действием. Также нефропротективное действие осуществляется в результате снижения почечной экспрессии трансформирующего фактора-бета и других цитокинов [21].

В настоящее время открытым остается вопрос о возможности и целесообразности назначения блокаторов РААС пациентам с 4 и 5 стадиями ХБП. По последним рекомендациям почечная недостаточность не является противопоказанием для проведения терапии ИАПФ и БРА. Но с нарастанием почечной недостаточности нефропротективный эффект этих препаратов снижается, а риск побочных эффектов, прежде всего гиперкалиемии, растет. Поэтому вопрос о продолжении лечения ИАПФ или БРА у пожилых пациентов с СКФ < 30 мл/мин/1,73 м² должен решаться индивидуально, и в большинстве случаев будет принято решение об отмене данных препаратов [23, 28].

Улучшению функции почек способствует также нормализация липидного обмена. Основными препаратами, снижающими уровень липидов крови, на данный момент являются статины. Их роль в нефропротективном воздействии не ограничивается только коррекцией липидного обмена. Помимо этого, они обладают умеренным антипротеинурическим действием и подавляют выработку профиброгенных факторов [24].

В связи с этим главным посылом представленного ниже исследования было акцентировать внимание врачей-терапевтов и врачей общей практики на проблеме диагностики и профилактики прогрессирования ХБП.

ЦЕЛЬ

Анализ причин и встречаемости факторов риска развития ХБП у лиц пожилого и старческого возраста.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Оценка наличия ХБП в структуре диагноза в амбулаторных картах пациентов.
2. Оценка назначения нефропротективной терапии данной категории пациентов.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ регистрации информации в амбулаторных картах пациентов на клинической базе кафедры поликлинической терапии лечебного факультета в рамках исследования «Изучение структуры заболеваемости, демографических особенностей и факторов риска основных ХНИЗ мультиморбидных пациентов», которое было одобрено локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, протокол № 202.

КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ

Амбулаторные пациенты, лица женского и мужского пола, возраст 55 лет и старше, наличие расчётной СКФ менее 90 мл/мин/1,73 м².

В качестве причин возникновения ХБП рассматривали АГ, СД, заболевания почек (пиелонефрит, мочекаменная болезнь). Учитывалась встречаемость таких факторов риска поражения почек, как избыточный вес/ожирение и дислипидемия.

Данные обрабатывались с применением таблицы EXCEL.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время в поликлиниках города Москвы пациенты женского пола старше 55 и мужского пола старше 60 лет с множественными хроническими заболеваниями выделены в отдельную группу наблюдения. Этими пациентами занимается врач общей практики, прошедший дополнительную подготовку по геронтологии. Нами проводился анализ медицинской документации именно этой категории пациентов.

Карты пациентов с уровнем СКФ 90 мл/мин/1,73 м² и выше мы не анализировали, но надо отметить, что таких пациентов были единицы. Из 126 пациентов было 94 (74,6%) женщины и 32 (25,4%) мужчины в возрасте от 55 лет до 90 лет (в среднем 72,3 лет).

В общей сложности проанализировано 126 карт амбулаторных пациентов в возрасте от 55 до 90 лет, в среднем 72,3 лет.

По уровню СКФ пациенты распределились следующим образом (Таблица 1).

Таблица 1.

Распределение пациентов по уровню СКФ

Уровень СКФ, мл/мин/1,73 м ²	Пациенты, n
60–89	13 (10,3%)
45–59	86 (68,2%)
30–44	21 (16,7%)
15–29	6 (4,8%)
< 15	0

Таким образом, 113 пациентов (89,7%) имели диагноз ХБП, так как стойкое снижение СКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м² является критерием верификации данного диагноза.

При уровне СКФ от 60 до 89 мл/мин/1,73 м² диагноз ХБП может быть поставлен только в случае имеющегося заболевания почек или стойкой протеинурии, не являющейся следствием внепочечной патологии. У трех пациентов с уровнем СКФ от 60 до 89 мл/мин/1,73 м² имелись заболевания почек (пиелонефрит или мочекаменная болезнь). У остальных 10 пациентов говорить о наличии или отсутствии ХБП не представлялось возможным, так как в амбулаторных картах отсутствовали анализы на суточную альбумин/протеинурию.

Большую часть среди всей выборки (86 человек) составляли пациенты с уровнем СКФ 59–45 мл/

мин/1,73 м², то есть с ХБП стадии 3А. 21 пациент имел уровень СКФ 30–44 мл/мин/1,73 м² (ХБП 3Б) 6 пациентов — СКФ 15–29 мл/мин/1,73 м² (ХБП 4).

Мы проанализировали встречаемость заболеваний, которые могли быть причиной развития ХБП. Практически у всех пациентов (n=124, 98%) была диагностирована АГ, у 50 (39,7%) — сахарный диабет. Собственно заболевания почек (пиелонефрит, мочекаменная болезнь) составляли меньшую часть среди всех возможных причин ХБП (n=29, 23%). Высока была доля и таких факторов риска возникновения и прогрессирования ХБП, как избыточная масса тела/ожирение, дислипидемия (уровень ЛПНП >1,4 ммоль/л, ЛПВП <1,0 ммоль/л для мужчин, <1,2 ммоль/л для женщин, триглицериды >1,7 ммоль/л). Надо заметить, что все пациенты уже имели минимум один фактор риска развития ХБП — возраст старше 50 лет.

Только треть пациентов (n=41, 32,5%) имели нормальную массу тела (ИМТ <25 кг/м²), столько же — избыточную массу тела (ИМТ >25 кг/м² < 30 кг/м²) и 44 (35%) — ожирение (ИМТ > 30 кг/м²).

Анализ показателей липидного профиля показал, что большинство пациентов имеют прежде всего повышенный уровень ЛПНП. Так как при наличии ХБП степень риска развития ССО расценивается как очень высокая, целевой уровень ЛПНП составляет менее 1,4 ммоль/л. Такие показатели были достигнуты только у 17 (13,5%) пациентов, 109 (86,5%) пациентов имели уровень ЛПНП выше рекомендованных значений. У 44 (35%) пациентов отмечался повышенный уровень триглицеридов, у 33 (26%) — сниженный уровень ЛПВП. В целом у 114 (90%) пациентов выявлялась дислипидемия (рис. 1).

Диагностика ХБП, уточнение ее стадии является необходимым элементом в определении тактики ведения мультиморбидного пациента. От того, насколько нарушена функция почек, зависит возможность назначения медикаментозных препаратов, степень диетических ограничений, оценка риска осложнений, объем нефропротективных мероприятий. Правильная формулировка данного диагноза,

в том числе вынесение его в лист уточненных диагнозов, поможет врачам других специальностей, принимающим участие в лечении и обследовании пациента, выбрать правильную тактику ведения.

Из 113 пациентов со стойким снижением СКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м² диагноз ХБП был сформулирован в амбулаторной карте у 87 (77%). У 26-ти (23%) пациентов — почти четвертой части — указания на наличие ХБП ни в дневниках, ни в листе уточненных диагнозов не было.

Учитывая, что практически все пациенты имели в анамнезе АГ, блокаторы РААС должны были быть назначены всем пациентам с ХБП 2–3 стадии. Ни в одной амбулаторной карте не было указаний о наличии двустороннего стеноза почечных артерий или индивидуальной непереносимости этих препаратов в анамнезе. Однако ХБП ИАПФ или БРА были назначены 86-ти из 107 (80,4%) пациентов с 3-й стадией ХБП. 21 (19,6%) пациенту эти препараты рекомендованы не были. Но практически все пациенты с ХБП 4 стадии (5 из 6) данную терапию получали. Хотя снижение СКФ <30 мл/мин/1,73 м² не является абсолютным противопоказанием для назначения блокаторов РААС, необходимо тщательно взвешивать соотношение риск/польза. В большинстве случаев у пожилых пациентов с 4-й стадией ХБП лучше отказаться от данной терапии, заменив ее на гипотензивные препараты других классов, преимущественно БКК. Если же все-таки принимается осознанное решение продолжить лечение препаратом из этих групп, необходим частый лабораторный контроль уровня сывороточного креатинина и калия.

Также несмотря на наличие гиперлипидемии у 90% пациентов, статины были назначены только 67 (53%) из них. Но даже в тех случаях, когда липидснижающая терапия назначалась, дозы препаратов были недостаточны для достижения целевого уровня липидного спектра. Также во всех амбулаторных картах пациентов, которым статины назначены не были, отсутствовали анамнестические указания на возможные противопоказания к их назначению или непереносимость их в анамнезе.

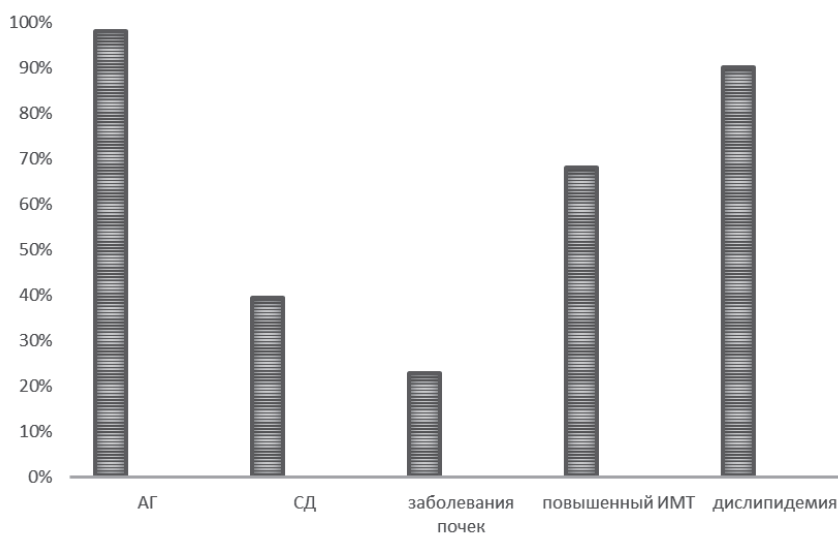


Рис. 1. Частота встречаемости основных причин и факторов риска ХБП в пожилом возрасте
Примечание: АГ — артериальная гипертензия, СД — сахарный диабет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов пожилого и старческого возраста наиболее часто встречающейся причиной ХБП является АГ, которая была выявлена у 98% пациентов. Также значимый отрицательный вклад в ухудшение почечной функции внесли СД (39%), избыточная масса тела (68%), дислипидемия (90%). Своевременное выявление признаков ХБП на ранних стадиях имеет большое значение для определения тактики ведения пациента с целью замедления прогрессирования патологического процесса. Поэтому очень важными моментами являются регулярное обследование пациентов с наличием возможных причин и факторов риска ХБП, указание наличия ХБП и ее стадии в клиническом диагнозе. Также необходимым условием профилактики ухудшения функции почек является максимальное снижение выраженности факторов риска, назначение нефропротективной терапии, включающей блокаторы РААС, и достижение целевых показателей АД, липидного и углеводного обменов. При анализе амбулаторных карт было выявлено, что около 20% пациентов с ХБП 3 стадии не получают препаратов из класса блокаторов РААС и у большинства не достигнуты целевые уровни показателей липидного обмена.

С учетом этого возможно сформулировать следующие рекомендации для терапевтов и врачей общей практики амбулаторного звена, осуществляющих наблюдение и лечение пациентов старших возрастных групп.

1. У пациентов пожилого и старческого возраста необходимо проводить активный скрининг наличия ХБП. Обусловлено это наличием в данной группе пациентов, в большинстве случаев имеющих сочетанные факторы риска развития этой патологии.

2. Необходимо не только определять уровень сывороточного креатинина и калия, но и подсчитывать уровень СКФ по формуле СКД-ЕРИ с целью определения стадии ХБП

3. Пациентам с уровнем СКФ выше 60 мл/мин/1,73 м² и наличием факторов риска развития ХБП (СД, АГ, ожирение) необходимо определять не реже 1 раза в год суточную протеинурию.

4. Диагноз ХБП с указанием стадии должен присутствовать во всей медицинской документации.

5. Пациентам с выявленной ХБП необходимо составить индивидуальный план нефропротективных мероприятий, включающий диетические рекомендации, назначение блокаторов РААС, при необходимости коррекцию гиперлипидемии и гиперурикемии.

6. При назначении лечения сопутствующей патологии нужно учитывать стадию ХБП, исключать препараты, обладающие нефротоксическим действием, по возможности применять лекарственные средства с двойным путем выведения.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Отсутствует у всех авторов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, WA: IHME, 2013.
2. Гринин В.М., Шестемирова Э.И. Демографическое старение в России на современном этапе. Вестник РАМН. 2015; 70 (3): 348–354. DOI: 10.15690/vtmn.v70i3.1332.
3. Самородская И.В., Болотова Е.В. Терминологические и демографические аспекты коморбидности // Успехи геронтологии 2016. №3. С. 471–477.
4. Lehnert T., König H.H. Effects of multimorbidity on health care utilization and costs // Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2012. Vol. 55. № 5. P. 685–692.
5. Barnett K., Mercer S.W., Norbury M. et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study // Lancet. 2012. Vol. 380. № 9836. P. 37–45.
6. Оганов Р.Г., Симаненков В.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Барбараш О.Л., Бойцов С.А., Болдуева С.А., Гарганеева Н.П., Доцицин В.Л., Каратеев А.Е., Котовская Ю.В., Лила А.М., Лукьянов М.М., Морозова Т.Е., Переверзев А.П., Петрова М.М., Поздняков Ю.М., Сыров А.В., Тарасов А.В., Ткачева О.Н., Шальнова С.А. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019; 18(1): 5–66. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2019-1-5-66>.
7. Ларина В.Н., Самородская И.В., Глишко К.В., Головкин М.Г., Гайдина Т.А. Комплексная патология: терминология, оценка тяжести состояния пациентов и возможный подход к их ведению. Клиническая геронтология. 2019; 25(1–2): DOI: 10.26347/1607-2499201901-02049-057.
8. Возраст-ассоциированные состояния (гериатрические синдромы) в практике врача-терапевта поликлиники. И.И. Чукаева, В.Н. Ларина. Лечебное дело 2017; 4: 6–15.
9. Оганов Р.Г., Симаненков В.И., Бакулин И.Г. и др. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019; 18(1): 5–66 <http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2019-1-5-66>.
10. Бойцов С.А., Лукьянов М.М., Якушин С.С., Марцевич С.Ю., Воробьев А.Н., Загребельный А.В., Переверзев К.Г., Правкина Е.А., Деев А.Д., Андреев Е.Ю., Ершова А.И., Мешков А.Н., Мясников Р.П., Сердюк С.С., Харлап М.С., Базаева Е.В., Козминский А.Н., Мосейчук К.А., Кляшторный В.Г., Кудряшов Е.В. Амбулаторно-поликлинический регистр РЕКВАЗА: данные проспективного наблюдения, оценка риска и исходы у больных с кардиоваскулярными заболеваниями. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2015; 14(1): 53–62.
11. Шишкова В.Н. На приеме — пожилой коморбидный пациент: расставляем акценты. Consilium Medicum. 2019; 21(9): 48–53. DOI: 10.26442/20751753.2019.9.190500.
12. Швецов М.Ю. Хроническая болезнь почек как общемедицинская проблема: современные принципы нефропрофилактики и нефропротективной терапии. Consilium Medicum. 2014; 16(7): 51–64.
13. Кобалава Ж.Д., Виллевалде С.В., Боровкова Н.Ю., Шутов А.М., Ничик Т.Е., Сафуанова Г.Ш. от имени исследователей программы ХРОНОГРАФ. Распространенность маркеров хронической болезни почек у пациентов с артериальной гипертензией: результаты эпидемиологического исследования ХРОНОГРАФ. Кардиология. 2017; 57(10): 39–44.
14. Prevalence of low glomerular filtration rate in nondiabetic Americans: Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). J AmSocNephrol 2002; (13)5: 1338–1349.
15. DuGoff E.H., Canudas-Romo V., Buttorff C., et al. Multiple chronic conditions and life expectancy: a life table analysis. Med Care. 2014 Aug; 52(8): 688–94.
16. Ларина В.Н., Барт Б.Я., Карпенко Д.Г., Старостин И.В., Ларин В.Г., Кульбачинская О.М. Полиморбидность и ее связь с неблагоприятным течением хронической сердечной

недостаточности у амбулаторных больных в возрасте 60 лет и старше. Кардиология. 2019; 59(12S): 25–36.

17. Моисеев В.С., Мухин Н.А., Смирнов А.В. и соавт. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции. Клиническая фармакология и терапия. 2014; 23(3): 4–27.

18. Ефремова Е.В., Шутов А.М. Клинические особенности, качество жизни и прогноз больных с хроническим кардиоренальным синдромом. Нефрология. 2015. т.19. №2. 63–67.

19. Подзолков В.И., Брагина А.Е., Ишина Т.И., Брагина Г.И., Васильева Л.В. Нефропротективная стратегия в лечении артериальной гипертензии как современная общемедицинская задача. Российский кардиологический журнал. 2018; 23(12): 107–118. <http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2018-12-107-118>.

20. Хачатурян Н.Э. Хроническая почечная недостаточность у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. CardioСоматика. 2019; 10(2): 65–70. DOI: 10.26442/22217185.2019.2.190317.

21. https://www.endoinfo.ru/upload/iblock/1_hbr_pri_cd_2015.pdf Российская ассоциация эндокринологов. Москва 2015. Клинические рекомендации по диагностике, скринингу, профилактике и лечению хронической болезни почек у больных сахарным диабетом.

22. Резник Е.В., Никитин И.Г. Кардиоренальный синдром у больных с сердечной недостаточностью как этап кардиоренального континуума (часть I): определение, классификация, патогенез, диагностика, эпидемиология (обзор литературы).

Архивъ внутренней медицины. 2019; 9(1): 5–22. <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2019-9-1-5-22>.

23. Клинические Практические Рекомендации KDIGO 2012 по Диагностике и Лечение Хронической Болезни Почек. Нефрология и диализ Т. 19, 2017 № 1: 23–206.

24. Смирнов А.В., Шилов Е.М., Добронравов В.А., Каюков И.Г., Бобкова И.Н., Швецов М.Ю., Цыгин А.Н., Шутов А.М. Национальные рекомендации. хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. Нефрология. 2012; 16(1): 89–115. <https://doi.org/10.24884/1561-6274-2012-16-1-89-115>.

25. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis 2002; 39 (suppl 1): S1–266.

26. Хроническая болезнь почек у лиц пожилого и старческого возраста: факторы риска и возможности ранней диагностики. И.Т. Муркамилов Лечебное дело 2019; 4: 108–114. DOI: 10.24441/2071-5315-2019-12164.

27. Драпкина О.М., Самородская И.В., Ларина В.Н., Лукьянов М.М. Вопросы организации помощи пациентам с мультиморбидной патологией: аналитический обзор международных и российских рекомендаций. Профилактическая медицина. 2019; 22(2): 107–114. <https://doi.org/10.17116/profmed201922021107>.

28. Фомин В.В., Милованов Ю.С., Милованова Л.Ю., Моисеев С.В., Мухин Н.А. Хроническая болезнь почек у пожилых: особенности диагностики и ведения. Клиническая нефрология 2014; 3: 4–8.