

Л.А. Пиріг

Національна медична  
академія післядипломної освіти  
ім. П.Л. Шупика, м. Київ

## ОСНОВНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ НЕФРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

### Резюме

Представлено основні засади та актуальність організації нефрологічної допомоги в Україні: роль лікаря загальної практики, інтеграція клінічної нефрології з іншими медичними спеціальностями, статистичний облік, біоетика і деонтологія в клінічній нефрології.

### Ключові слова

Біоетика, інтеграція, коморбідність, нефрологія, організація, сімейна медицина, статистика.

Нефрологія як окрема медична спеціальність автономізувалася порівняно з іншими спеціальностями терапевтичного профілю (кардіологія, пульмонологія тощо) набагато пізніше (1960 р.; в Україні в межах тодішнього СРСР – 1965 р.). Головною причиною була значно менша поширеність ренопаренхімної патології порівняно з хворобами систем серцево-судинної, дихальної, травлення та ін. Не менше значення мала наукова необхідність із питаннями етіології, патогенезу хвороб нирок і відповідно відсутність науковообґрунтованих підходів до їх лікування.

На сьогодні зрозуміло, що, незважаючи на порівняно нешироку поширеність патології нирок, актуальність цієї проблеми полягає в переважній захворюваності осіб молодого віку, безупинності прогресування хронічних форм захворювань, широкій коморбідності, інвалідизації та смертності хворих у працездатному віці, а в межах України, на жаль, і в обмеженій доступності до сучасних методів лікування (коштовність, незабезпечення методами нирково-замісної терапії).

До стадії хронічної ниркової недостатності (ХНН) в Україні хронічний гломерулонефрит доводить у середньому у віці  $39,4 \pm 5,4$  рр., діабетична нефропатія – у віці  $48,7 \pm 6,8$  рр., хронічний пієлонефрит – у віці  $54,5 \pm 4,2$  рр. Швидко прогресує ураження нирок, зумовлене системними хворобами сполучної тканини (СХСТ): ХНН розвивається в середньому у віці  $33 \pm 2,8$  рр.

У 2013 р. на лікуванні методами нирково-замісної терапії перебували 7214 хворих. Із них у віці до 44 років – 2995 (41,51%;  $17,2/100$  тис. населення), у віці 45-64 рр. – 3527 хворих (48,90%;  $28,3/100$  тис. населення), у віці понад 64 рр. – 692 хворих (9,6%;  $10,0/100$  тис. населення). Гостра ниркова недостатність у 2013 р. також частіше уражала осіб молодого і працездатного віку: із 406 хворих

у віці до 44 рр. – 177 (43,6%), у віці 45-64 рр. – 151 (37,2%), понад 64 рр. – 78 (19,2%).

Вищепредставлені показники загалом підтверджують загальновідомі дані про перевагу серед хворих із ХНН осіб молодого і працездатного віку, але чи довіряти кожному показнику зокрема, дуже й дуже сумнівно. На сумніви, непорозуміння в цьому відношенні ми неодноразово вказували в наших попередніх публікаціях. Підтверджуємо цю сумнівність і тепер.

Згідно з «Національним реєстром хворих на хронічну хворобу нирок» (ДУ «Інститут нефрології НАМН України», 2014), у 2013 р. поширеність серед хворих цієї категорії в Україні діабетичної нефрології становила  $114,8/100$  тис. населення (у Херсонській обл. – 4,5, у Закарпатській –  $453,3/100$  тис. населення); хронічного гломерулонефриту –  $80,6/100$  тис. населення (у Херсонській обл. – 24,3, у Луганській обл. – 235,0); гіпертензивної нефрології –  $66,0/100$  тис. –  $66,0/100$  тис. (у Херсонській обл. – 1,3, у Закарпатській – 568,1); хронічного пієлонефриту –  $6688,6/100$  тис. (у м. Києві – 35,1, у Полтавській обл. – 1739,3); полікістозу нирок – 18,7 (у Донецькій обл. – 4,4, у Волинській обл. – 70,7) на 100 тис. населення. «Інші хвороби нирок» у 2013 р. зумовили хронічну хворобу нирок у 57 осіб на 100 тис. населення. У Луганській обл. хворих з «іншими хворобами» нирок було 16 ( $0,7/100$  тис. населення), у Полтавській – 8006 ( $548,4/100$  тис.).

Де гіпер-, де гіподіагностика? Наявність таких даних потребує експертної оцінки показників на підставі вивчення первинної документації і прийняття відповідних рішень. Наявна в реєстрі ще графа «Неуточнені причини хронічної хвороби нирок V ст.». Можна думати, що це ті хворі, у яких термінальний ступінь ХНН встановлено за відсутності попереднього діагнозу і, можливо, навіть попереднього лікарського нагляду. В Україні таких хворих було 25 в шести областях, найбільше – у Київській (11).

Загал лікарів-нефрологів повинен бути ознайомлений щорічно з показниками захворюваності на гострий гломерулонефрит, про поширеність інтерстиціального нефриту, амілоїдозу нирок, нефропатій, зумовлених СХСТ, а також вроджених і спадкових нефропатій. У кожному регіоні нефрологи України на підставі доведених до їх відома, крім вищезгаданих, показників смертності від хвороб нирок, стаціонарної допомоги, диспансеризації хворих, кваліфікації лікарів-нефрологів, інших статистичних показників, якщо вони достовірні, дають можливість порівняти й оцінити стан нефрологічної допомоги в регіоні, вжити необхідних заходів для її оптимізації.

Первинною ланкою нефрологічної допомоги є (має бути) сімейний лікар. Знаючи підопічну йому сім'ю, віковий склад та стан здоров'я її членів, умови і характер їх трудової діяльності, умови побуту, сімейний лікар з орієнтацією на чинники ризику патології нирок може закласти основи їх первинної профілактики та раннього виявлення (табл. 1). Підтвердити наявність ренальної патології може доступний в поліклінічних умовах аналіз сечі (загальний, добова протеїнурія, проба Нечипоренка), вимірювання артеріального тиску, УЗД нирок.

Хворий нефрологічного профілю, перебуваючи під спостереженням спеціаліста – нефролога, підлягає контролю з боку сімейного лікаря щодо призначеного лікування, порядку диспансерних оглядів, реабілітації після гострих захворювань. Роль сімейного лікаря підвищується за умови створення такої форми допомоги, як домашній стаціонар. Сімейний лікар повинен бути джерелом знань для членів сім'ї щодо дотримання здорового способу життя (харчування, відпочинок, шкідливі звички). Повинен в цьому відношенні виконувати роль вихователя, переконливо виховувати відчуття цінності здоров'я і життя.

За результатами Європейського соціального дослідження (2005-2011), в Україні вважають стан власного здоров'я дуже поганим і поганим 18,4% населення (у Швейцарії – 3,3%). Зрозуміло, що загальні економічні обставини, умови життя знеохо-

чують людей, породжують песимізм, апатію, але за бажанням нема перешкод дотримуватися здорового способу життя і за таких умов. Українець у середньому вживає на рік 15,6 л алкоголю (у світі в середньому – 6,1 л). Підтверджено, що паління тютюну шкідливе і загалом, і, зокрема, шкідливо впливає на нирки. А палять тютюн вже у віці до 30 років 46,1% мешканців України. Правда, з віком, немовби, відповідальніше ставляться до власного здоров'я (у віці 31-55 рр. палять тютюн 40,3% громадян, у віці понад 55 років – 17,9%).

Місія лікаря, особливо сімейного, переконати хворого в дотриманні рекомендованого режиму, дієти, вживання медикаментів. Відомо, що перебіг ренопаренхімної патології, часто мало – й безсимптомний. За таких обставин у хворих переважно молодого віку, порівняно зі старшими віковими групами пацієнтів, ставлення до здоров'я менш відповідальне (легковажне). Тому часті випадки відмови від медикаментів із боку хворих. Встановлено, що через рік після виявлення у хворих артеріальної гіпертензії 50% їх не вживають антигіпертензивних препаратів у зв'язку із задовільним самопочуттям. У хворих із ренопаренхімною гіпертензією порівняно з хворими з есенціальною (гіпертонічною хворобою) самопочуття погіршується набагато рідше. Тому часто підвищення артеріального тиску у нефрологічних хворих встановлюють випадково та ще й не здогадуючись при цьому призначити аналіз сечі, встановлюючи помилковий діагноз гіпертонічної хвороби.

Деонтологія у сфері нефрологічної медичної допомоги включає й переконання хворих у регулярності диспансерних оглядів, дотриманні дієти, режиму харчування, відпочинку, професійної діяльності. Важливо хворого переконати в потребі позаниркових методів лікування (гемодіаліз, перитонеальний діаліз, трансплантація нирки). Тяжке при цьому буває заспокоїти його, вселити надію на ефективність лікування і навіть відновлення працездатності (залежно від професії). Ще тяжче за наших обставин організувати лікування, заспокоїти хворого з хронічною нирковою недостатністю термінального ступеня за неможливістю реалізації нирково-замісної терапії, особливо, коли хворий усвідомлює її необхідність.

Сімейний лікар може діагностувати ураження нирок, нозологію патологічного стану повинен підтвердити спеціаліст – нефролог, беручи до уваги й широку коморбідність ренальної патології.

Взаємоінтеграція уражень нирок та інших органів і систем зумовлена тонкою анатомо-гістологічною структурою нирок, їх поліфункціональністю (екскреція, інкреція, участь у процесах обміну, гемодинаміки), масивністю їх кровопостачання та кровообігу. Коморбідність реалізується шляхом поєднаної етіології уражень нирок та інших органів (інфекції, інтоксикації), патогенезу (іму-

**Таблиця 1. Виявлення патології нирок з урахуванням чинників ризику**

- інфекції (гострі, хронічні);
  - аномалії розвитку сечової системи;
  - алергози;
  - ревматичні захворювання;
  - ендокринні, обмінні захворювання;
  - артеріальна гіпертензія;
  - медикаменти;
  - професійні, екологічні шкідливості;
  - вакцинація;
  - спадковість;
  - екстремальні умови;
  - вагітність;
  - реконвалесценція після гострої ниркової недостатності.
- Скринінг-методи: аналіз сечі, визначення артеріального тиску, УЗД нирок.*

Таблиця 2. Патологія нирок

1. Урологія.	11. Токсикологія.
2. Педіатрія.	12. Профпатологія.
3. ЛОР.	13. Ендокринологія.
4. Фтизіатрія.	14. Офтальмологія.
5. Хірургія.	15. Інфекційні хвороби.
6. Акушерство.	16. Гематологія.
7. Ревматологія.	17. Онкологія.
8. Дерматологія.	18. Кардіологія.
9. Імунологія.	19. Ортопедія.
10. Медична генетика.	20. Неврологія.

ногенез, дисметаболізм, порушення кровообігу). Ураження інших органів і систем може виникати внаслідок медикаментозної терапії хвороб нирок (глюкокортикоїди, цитостатики, антикоагулянти, антиагреганти, амінохіноліни та ін.). З іншого боку, медикаментозне лікування позаниркових захворювань може супроводжуватися нефротоксичною дією.

Поєднання хвороб нирок із хворобами інших органів і систем може бути взаємозалежне (супровідна патологія), патологія нирок може бути вторинною (патогенетичнозалежною) і може розцінюватися як ускладнення з боку нирок основного захворювання, як ускладнення, зумовлене лікуванням.

Ренальна коморбідність, можливості численних ускладнень з боку різних органів і систем при хворобах нирок і навпаки диктує необхідність інтеграції нефрології з численними медичними

Таблиця 3. Медичні спеціальності в інтеграції з нефрологією

- гломерулонефрит: 1, 2, 3, 9, 15;
- пієлонефрит: 1, 2, 3, 6, 15;
- інтерстиціальний нефрит: 11, 12;
- амілоїдоз: 4, 5, 8, 19;
- нефропатії при СХСТ: 7, 8, 9, 18, 19, 20;
- пізній гестоз: 6, 10, 18, 20;
- нефропатії вроджені, спадкові: 2, 3, 10, 14, 19;
- нефропатії вторинні: 13, 16, 17, 18;
- нефропатії токсичні, радіаційні: 11, 12;
- синдром ГНН: 1, 6, 11, 12, 15, 16, 17, 18;
- синдром ХНН: 1, 2, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 18, 20;
- посттрансплантаційний синдром: 1, 4, 5, 6, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20.

спеціальностями (табл. 2, 3), необхідність широким знанням нефрологів та належної нефрологічної грамотності лікарів різних фахів.

Таким чином, невідкладними завданнями підвищення рівня нефрологічної допомоги в Україні є удосконалення статистичної звітності, підвищення кваліфікації нефрологів, підвищення нефрологічної грамотності сімейних лікарів, лікарів суміжних спеціальностей, активне, раннє виявлення ренопаренхімної патології, підвищення рівня позаклінічної допомоги (поліклініка, денний, домашній стаціонари), підвищення рівня диспансеризації, доступності лікування, опрацювання і впровадження до практики етично-деонтологічних правил, стаціонарно-освітня робота з хворими та серед населення загалом.

### Список використаної літератури

1. Венгерчук І. Здоров'я і чинники, що на нього впливають, за оцінками громадян [Текст] / І. Венгерчук // Українське суспільство, 1992-2012. Стан та динаміка змін. Соціологічний моніторинг. – К., 2012. – 650 с.
2. Головаха Є. Тенденції соціальних змін в Україні та Європі: за результатами Європейського соціального дослідження 2005-2007-2009-2011 [Текст] / Є. Головаха, А. Гарбачик. – К., 2012. – 118 с.
3. Колесник М.О. Аналіз діяльності нефрологічної служби в Україні: завдання і перспективи [Текст] / М.О. Колесник, Н.О. Сайдакова // Матер. XV з'їзду терапевтів України. – К., 2004. – С. 183-185.
4. Лапчинська І.І. Етичні проблеми лікування хворих з термінальною хронічною нирковою недостатністю [Текст] / І.І. Лапчинська // Укр. журн. нефрології та діалізу. – 2004. – №2. – С. 57-60.
5. Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок. 2013 рік [Текст]. – К., 2014. – 200 с.
6. Пиріг Л.А. Біоетика у сфері клінічної нефрології [Текст] / Л.А. Пиріг // Зб. наук. праць співроб. НМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2008 – Вип. 17, Кн. 1. – С. 592-600.
7. Пиріг Л.А. Взаємозв'язок нефрології з іншими медичними спеціальностями в практиці сімейного лікаря [Текст] / Л.А. Пиріг // Сімейна медицина. – 2012. – №1. – С. 44-47.
8. Пиріг Л.А. Взаємоінтеграція клінічної нефрології та кардіології [Текст] / Л.А. Пиріг // Мист. лікування. – 2008. – №2. – С. 62-64.
9. Пиріг Л.А. Ендокринопатії – нефропатії: клініко-діагностичні аспекти [Текст] / Л.А. Пиріг // Міжнар. ендокринол. журнал. – 2011. – №1. – С. 73-76.
10. Пиріг Л.А. Нефрологічна допомога в Україні – сучасний стан і перспективи [Текст] / Л.А. Пиріг // Журн. практ. лікаря. – 2005. – №3. – С. 7-9.
11. Пиріг Л.А. Нефрологія в комплексі безперервного професійного розвитку лікарів [Текст] / Л.А. Пиріг // Проблеми безперевн. проф. розвитку лікарів і провізорів: Зб. наук. праць наук.-практ. конф. з міжнар. участю. – К., 2007. – С.294-296.
12. Пиріг Л.А. Ренальна коморбідність в клініці внутрішніх хвороб [Текст] / Л.А. Пиріг // Практикуючий лікар. – 2013. – №3, додаток. – С. 37-38.
13. Пиріг Л.А. Ренопаренхімна патологія у сфері сімейної медицини [Текст] / Л.А. Пиріг // Сімейна медицина. – 2007. – №2. – С. 3-5.
14. Пиріг Л.А. Роль способу життя в профілактиці хвороб нирок [Текст] / Л.А. Пиріг // Практикуючий лікар. – 2012. – №3. – С. 71-74.
15. Пиріг Л.А. Статистичні показники нефрологічної допомоги в Україні [Текст] / Л.А. Пиріг // Матер. XII з'їзду ВУЛТ. – К., 2013. – С. 151-152.
16. Результати діяльності галузі охорони здоров'я. 2011 р. [Текст]. – К., 2012. – 150 с.
17. Розповсюдженість артеріальної гіпертензії та бажання хворих лікуватися [Текст] / Н.В. Іваньо, М.А. Корабельщикова, В.В. Свистак, Т.В. Іваньо // Наук. вісник Ужгород. університету. – 2011. – Вип. 40. – С. 100-104.

Надійшла до редакції 04.07.2014

### BASIC PRINCIPLES OF ORGANIZATION OF NEPHROLOGICAL CARE

L.A. Pyrih

#### Summary

The basic principles and the actuality of the organization of the nephrological service in Ukraine (the role of practical physicians, the integration of clinical nephrology with other medical professions, statistical registration, bioethics, deontology in clinical nephrology) are presented.

**Keywords:** bioethics, integration, comorbidity, nephrology, organization, family medicine, statistics.