

Махмадиев А.К., Гусейнов Х.М.

ӨНӨКӨТ БӨЙРӨК ООРУСУНА ЧАЛДЫККАН БЕЙТАПТАРДЫН РЕГИСТРИНИН ИШТЕШИН БААЛОО

Махмадиев А.К., Гусейнов Х.М.

ОЦЕНКА РАБОТЫ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

А.К. Makhmadiev, H.M. Huseynov

ASSESSMENT OF THE REGISTER OF PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

УДК: 616.61-008.64-036.869

Бул макалада өнөкөт бөйрөк оорусу менен ооругандардын реестринин баалоо натыйжаларын көрсөтөт, программанын артыкчылыктарын жана терс жактарын талдап «өнөкөт бөйрөк оорусу менен ооруган бейтаптарды каттоо» жетиштүү үлгүдөгү окуган өнөкөт бөйрөк оорусунун, таралышы изилденген. Өнөкөт бөйрөк оорусунун реестрине жаңы бейтаптарды киргизүү үчүн критерийлер сунушталды.

В данной работе представлены результаты оценки работы регистра больных с хронической почечной недостаточностью, проанализированы преимущества и недостатки работы программы «Регистр пациентов с хронической почечной недостаточностью», распространенность хронической болезни почек, которые изучались на достаточной выборке, на основе созданного регистра. Предложены критерии для включения новых больных в регистр хронической почечной недостаточности.

This paper presents the results of the evaluation of the register of patients with chronic renal failure, analyzed the advantages and disadvantages of the program "register patients with chronic renal failure," the prevalence of chronic kidney disease, who studied at a sufficient sample, based on the created register. The criteria for the inclusion of new patients in the register of chronic renal failure.

Актуальность исследования. Основной целью реформы системы здравоохранения является улучшение состояния здоровья населения посредством обеспечения доступной и качественной высококвалифицированной медицинской помощи. Среди существующих проблем здоровья основными должны быть признаны увеличение продолжительности жизни, снижения смертности, (Кучеренко В.З. и соавт., 2003; Каратаев М.М. и соавт., 2014)

Хроническая болезнь почек относится к заболеваниям, которые являются основными причинами смерти (А.Ю.Земченков с соавт., 2004). Несмотря на попытки продлить период консервативного лечения, неизбежно наступает терминальная стадия почечной недостаточности. На этом этапе только заместительная почечная терапия способна продлить жизнь, в том числе социально-активную жизнь пациентов, восстановить трудоспособность. Все известные способы лечения терминальной стадии хронической болезни почек, (программный гемодиализ, перитонеальный диализ и трансплантация почки) являются дорогостоящими и пока малодоступными для основ-

ной массы больных. Кроме того, прогноз в вопросе выживаемости для пациентов, получающих заместительную почечную терапию, несмотря на значительный прогресс, все еще остается неудовлетворительным (Н.А.Томилина, 2005, F.Locatelli et al., 2002). За последние 20 лет диализная популяция в мире увеличилась более чем в 4 раза. Темпы роста заболеваемости терминальной стадией колеблется от 3 до 20% в год (Е.А.Стецюк, 2003). Увеличение происходит главным образом вследствие диабетической нефропатии и гипертонического нефроангиосклероза. Успехи в диагностике и лечении гипертонической болезни приводят к увеличению процента пациентов с Хронической почечной недостаточностью, что в конечном итоге может повлиять на структуру смертности (J.G.Porush, 1998).

Цель исследования. Совершенствование путей улучшения медицинской помощи больным хронической почечной недостаточностью.

Материал и методы исследования. Работа проводилась поэтапно. Вначале работы на первом этапе необходимо было определить схему движения нефрологического пациента (до создания регистра) с момента первичной диагностики хронической почечной недостаточности до госпитализации в отделение гемодиализа. Для реализации данной задачи проведен ретроспективный анализ медицинской документации (архивный материал: истории болезни пациентов, находившихся на лечении в нефрологическом отделении и отделении гемодиализа Республиканской Клинической Урологической больницы имени академика Джавад-заде М.Д. с 1994 по 2008 гг. и амбулаторные карты поликлиники. Обработано 1480 историй болезней и 1840 амбулаторных карт.

После создания регистра и изменения схемы движения больных хронической почечной недостаточностью в г. Баку было выполнено популяционное проспективное исследование для оценки распространенности хронической почечной недостаточности. Эпидемиологические показатели изучались на обогащенной выборке, на основе созданного регистра. Рассчитывали следующие показатели:

1. первичная заболеваемость (число впервые в жизни диагностированных случаев хронической почечной недостаточности в течение года по первому обращению в регистр);

2. распространенность (совокупность всех случаев хронической почечной

недостаточности зарегистрированных в данном календарном году);

3. первичная заболеваемость на этапе терминальной стадии (частота впервые выявленных случаев терминальной стадии в регистре).

Эти показатели рассчитывали как для всей группы больных, так и в зависимости от возраста, пола, места жительства, первичного диагноза и степени выраженности почечной недостаточности.

Хроническая болезнь почек определена, как наличие морфологических или клинических признаков повреждения почек или снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в течение трех или более месяцев вне зависимости от первичного диагноза. Стадия ХБП регистрировалась при первом обращении. Критериями хронической болезни по K/DOQI (2002 год) являются структурные или функциональные изменения почек. Классификация ХБП включает 5 стадий:

- к 1-й стадии относят все случаи, когда ХБП проявляет себя любыми из перечисленных выше признаков при сохраненной функции почек (СКФ > 90 мл/мин/1,73 м²);

- 2-я стадия диагностируется, если признаки нефропатии сопровождаются легким снижением функции почек (СКФ 60-89 мл/мин/1,73 м²);

- 3 стадия констатируется, при умеренном снижении СКФ до 30-59 мл/мин/1,73 м²;

- 4 стадия означает тяжелое повреждение функции почек - СКФ снижена 15-29 мл/мин/1,73 м²;

- 5 стадия соответствует терминальной ХПН (СКФ <15 мл/мин/1,73 м²);

или лечение диализом).

Таким образом, формирование массива пациентов для последующего включения в регистр ХПН проводилось на основе следующих критериев:

1) повреждение почек продолжительностью >3 месяцев, которое проявляется в виде структурных или функциональных нарушений деятельности органа со снижением СКФ < 90 мл/мин/1,73 м²,

2) СКФ < 90 мл/мин/1,73 м² в течение трех месяцев, при отсутствии других признаков повреждения почек;

3) пациент получает ЗПТ.

Результаты и обсуждение

Пациенты с заболеваниями почек нуждаются в постоянном врачебном контроле. Большинству из них проводятся многомесячные курсы лечения, что предполагает длительное пребывание пациента на больничной койке или диспансерное наблюдение у нефролога поликлиники. В этих условиях необходимость осуществления преемственности в оказании помощи пациентам с заболеваниями почек является крайне актуальным.

До создания единой нефрологической службы основная масса пациентов с заболеваниями почек наблюдалась у участкового терапевта по месту

жительства. Первичная диагностика почечной патологии осуществлялась на поликлиническом уровне.

Решение о госпитализации в нефрологическое отделение или в отделение хронического гемодиализа принимал терапевт. Поступление на гемодиализ носило экстренный характер, что снижало качество лечения и не позволяло определять потребность в заместительной почечной терапии. Кроме того, наличие малого количества аппаратов «искусственная почка» резко ограничивало возможности удовлетворения потребности даже в экстренной помощи данной категории больных. Поступление новых пациентов было возможно только после смерти диализных больных в виду отсутствия трансплантации почки. Информация о пациенте на поликлиническом этапе хранилась в амбулаторной карте, а после выписки из стационара - в истории болезни. Не существовало преемственности передачи информации. Отчеты лечебно-профилактических учреждений не содержали данных о количестве пациентов ХПН, т.к. снижение функции почек относится к осложнениям, а не является отдельной нозологической единицей. Если же диагноз ХПН устанавливался, то наиболее частой причиной смерти у этих больных выступали сердечно-сосудистые осложнения, что также затрудняло определение распространенности и заболеваемости ХПН.

Разработка системы информационного обеспечения является одним из важнейших этапов повышения эффективности управления здравоохранением на территориальном уровне. На основе анализа данных удастся индивидуализировать лечебный процесс с максимальной объективизацией и персонализацией, составлять статистические отчеты, а также обеспечивать преемственность медицинской помощи. Для решения этих и многих других задач была разработана компьютерная программа «Регистр пациентов с хронической почечной недостаточностью» («Регистр ХПН»). Все данные, внесенные в программу, конвертированы в Access для более глубокой научной разработки данных. Использование компьютерных технологий позволяет регистрировать больных, создавать единые медицинские компьютерные карты, а также использовать систему данных для оптимизации организации помощи больным с ХПН.

Основной информационный компонент регистра - картотека пациентов - реализован в виде специальной электронной картотеки, которая содержит сведения обо всех пациентах и постоянно пополняется по мере поступления информации. Пациент впервые включается в регистр, если у него на амбулаторно-поликлиническом или стационарном этапе диагностируется ХБП 2-5 стадии. Данные о пациенте заносятся однократно в момент оформления.

При каждом повторном обращении проводится сверка с целью внесения возможных изменений. Для каждого пациента в картотеке содержится раздел с

описанием паспортных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения и возраст (определяется автоматически), постоянное (временное) место жительства и телефон. В разделе общих сведений указываются социальный статус (рабочий, служащий, пенсионер) сведения об инвалидности, наличие льготных категорий (участник ВОВ, ликвидатор аварии на ЧАЭС и т.п.).

Основные функции включают: ввод в регистр пациентов с ХБП с заполнением паспортной части, медицинской карты (рост, вес, группа крови и т.д., определение СКФ, уровень которой позволит автоматически определить стадию болезни). Часть полей заполняется системой автоматически (по умолчанию), например, возраст или время пребывания больного в регистре.

Документация ведется в режиме реального времени, что позволяет вводить только последнюю, актуальную информацию. При необходимости заполняется раздел под названием «история болезни», анамнестические данные, минимальный набор лабораторных анализов (с возможным графическим отображением динамики основных показателей) и варианты исходов. Данный вид электронного документа содержит текстовые поля, которые могут быть заполнены или изменены в любой момент. Пациент может посещать регистр ХПН несколько раз. Частота посещений определяется врачом регистра и может достигать до ежедневного контроля состояния. Для ведения данной категории больных существует раздел «журнал обращений», где фиксируется № амбулаторной карты, дата посещения, состояние на момент осмотра, изменения и лечение. Одной из основных функций программы является составление статистической отчетности по различным схемам (статистика по полу, возрасту, месту жительства, по первичному диагнозу, стадии ХБП, по вариантам исходов и т.д.). Важной составной частью электронной версии программы является создание поименного списка больных нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, по которому определяется потребность в ней в режиме online.

Из числа больных, находящиеся на заместительной почечной терапии формируется лист ожидания трансплантации.

Выводы

1. Разработанная модель регистра пациентов с хронической почечной недостаточностью и организационные технологии его функционирования позволили выявить эпидемиологические особенности хронической болезни почек в Азербайджане.

2. Плановое введение больных с терминальной стадией хронической болезни почек в программный гемодиализ, в условиях адекватно функционирующего регистра, повысило выживаемость в первый год лечения с 71,6 до 82,2% и через 5 лет проведения программного гемодиализа – с 51,5 до 60,6%.

Литература:

1. Земченков А.Ю. «К/ДОКИ» обращается к истокам хронической почечной недостаточности. / А.Ю.Земченков, Н.А.Томилина. // Нефрология и диализ - 2004. - Т.6. - С.204-220.
2. Каратаев М.М., Насирдин кызы Элиза. Анализ расходов и определение потребности в стационарной помощи. Центрально-Азиатский медицинский журнал, Бишкек.- 2014.- С. 347-350
3. Кучеренко В.З. и соавторы. Оценка качества стационарной медицинской помощи населению. Сборник научных трудов «перспективы развития института семейной медицины в Республике Таджикистан, Душанбе.- 2003.- С.32-37
4. Стецюк Е.А. Прощание с классическим гемодиализом и гемодиализ XXI века. / Е.А.Стецюк. Б.В.Третьяков. В.Калашников. // Нефрология и диализ. - 2003. - Том 7. - Приложение 1. - С.61 -65.
5. Томилина Н.А. Эпидемиология хронической почечной недостаточности в Москве. / Н.А.Томилина, Б.Т.Биков. // VI съезд научного общества нефрологов России. Сб. тезисов. - М.: Медицина для всех, 2005. - С. 182.
6. Locatelli F. The importance of early detection of chronic kidney disease. / F.Locatelli, Del Vecchio, P.Pozzoni. // Nephrol Dial Transplant. - 2002. - №17 [Suppl 1]J.-P.2-7.
7. Porush J. Hypertension and chronic renal failure: the use of ACE inhibitors //Am J Kidney Dis.- 1998. -Jan. №31(1). - P.177-184.

Рецензент: д.м.н., профессор Бокчубаев Э.Т.