

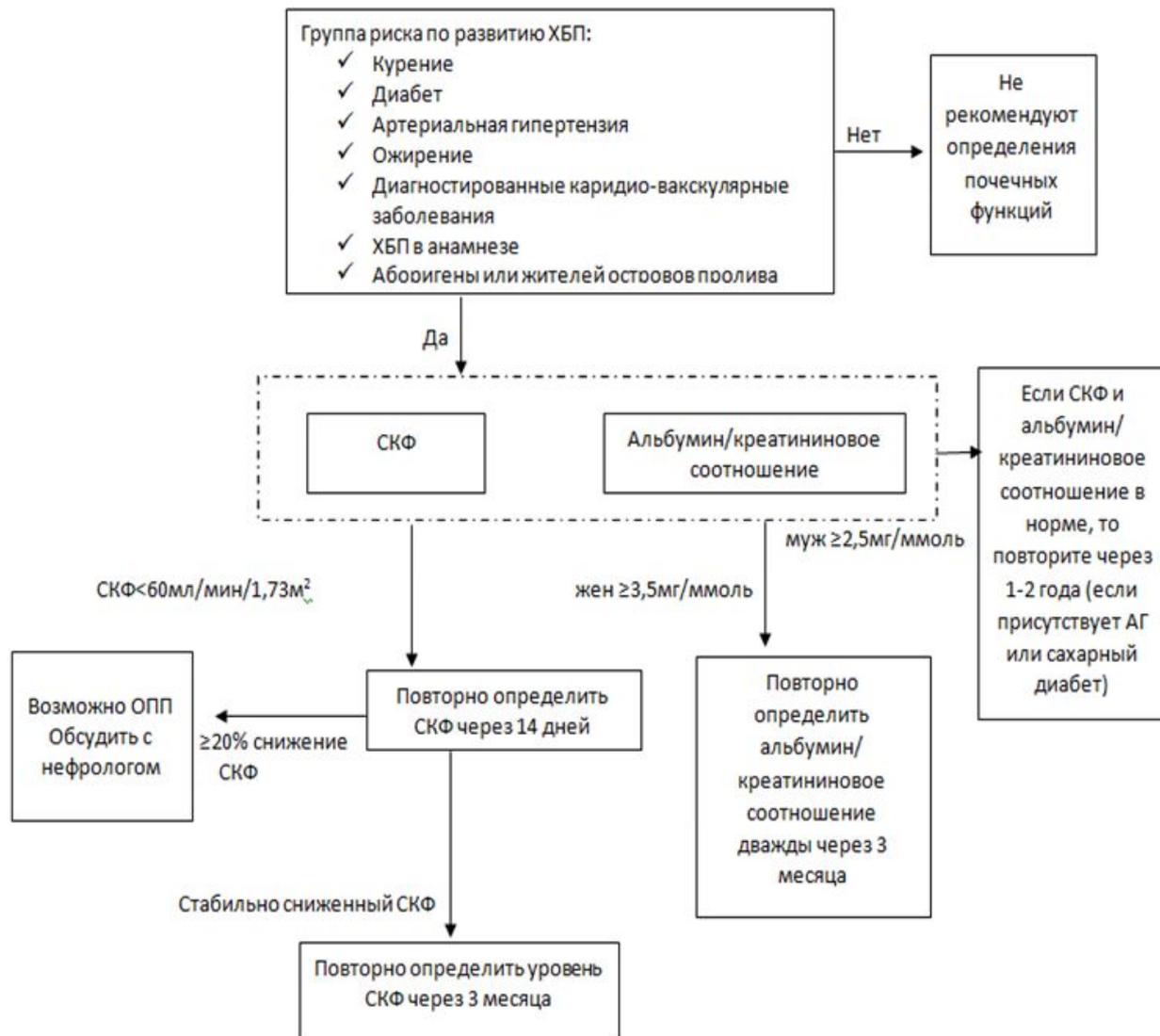
АО «Медицинский Университет Астана»
Кафедра внутренних болезней интернатуры

СРС

Тема: Клинические рекомендации пациенту с заболеванием мочеполовой системы. Тактика ведения пациента на уровне ПМСП. Основные вопросы МСЭ. Рекомендации и стандарты обследования при установлении инвалидности.

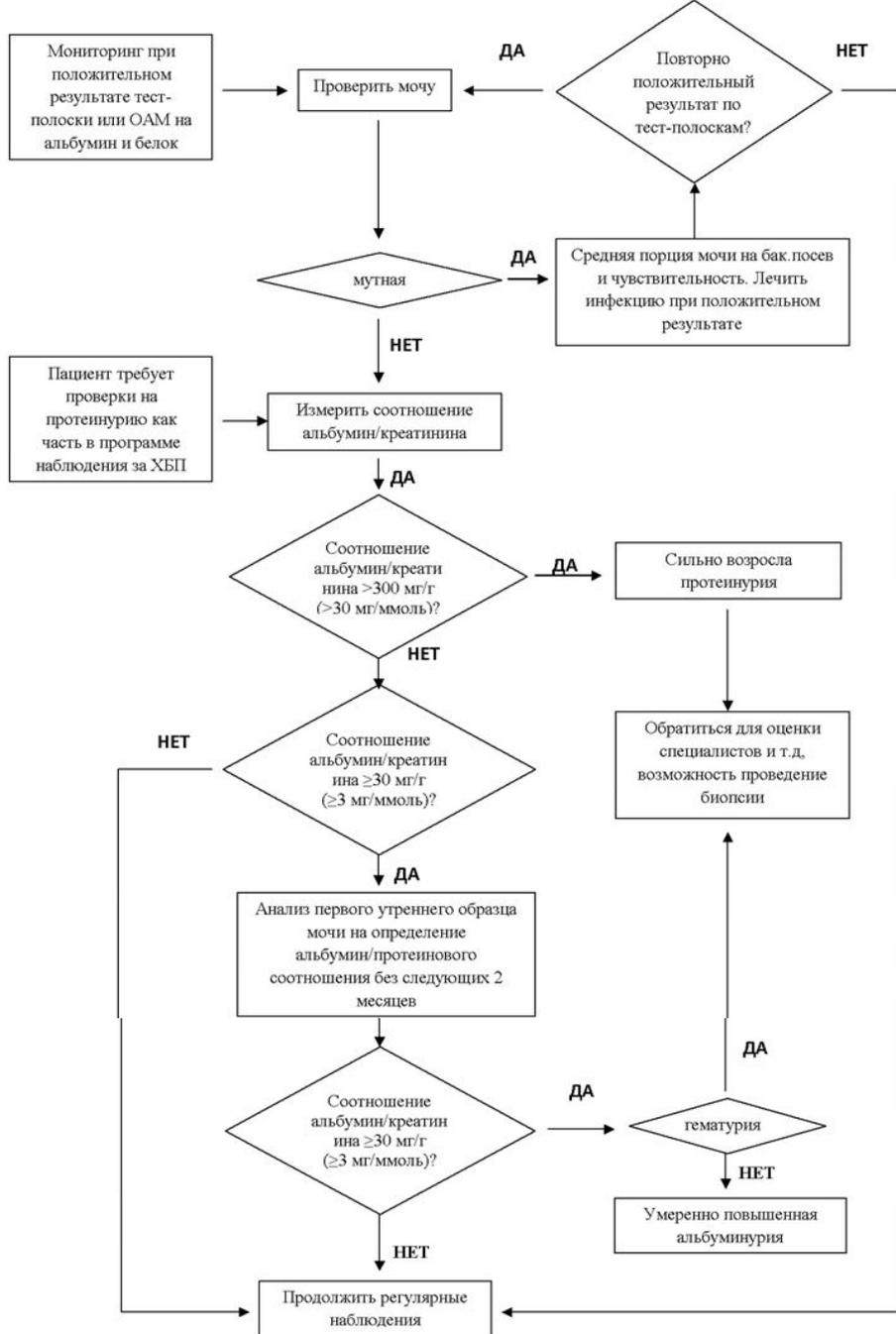
Подготовили: Абуова А.
Тулеутемир Д.
726 ВБ

Астана 2018 г.



Алгоритм диагностики ХБП на уровне ПМСП

- На уровне ПМСП всем пациентам с сахарным диабетом и артериальной гипертензией проводится скрининг на ХБП.



Алгоритм диагностики протеинурии (альбуминурии)

Диагностические критерии

Диагноз ХБП следует устанавливать на основании следующих критериев:

- выявление любых клинических маркеров повреждения почек, подтвержденных на протяжении периода длительностью не менее 3 месяцев;
- наличие маркеров необратимых структурных изменений органа, выявленных однократно при прижизненном морфологическом исследовании органа или при его визуализации;
- снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м², сохраняющееся в течение трех и более месяцев, вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек.

Лечение на амбулаторном уровне

Тактика лечения:

- лечение основного заболевания приведшего к нарушению почечной функции;
- предотвратить или замедлить прогрессирование заболевания почек;
- предупреждение развития сердечно - сосудистой патологии при ХБП;
- выбор и подготовка к заместительной почечной терапии.

- **Для пациентов с ХБП 1-3 стадиями** - замедление прогрессирования ХБП путем лечения основного заболевания, приведшего к ХБП, предупреждение и лечение осложнений ХПН.

Для пациентов с ХБП 4-5 стадиями - подготовка к заместительной почечной терапии, проведение адекватной диализной терапии: от начала вводного диализа до достижения целевых показателей, лечение осложнений ХПН и диализной терапии.

Немедикаментозное лечение

Режим: режим пациентов с ХБП в условиях зависит от тяжести состояния.

Диета:

Диета позволяет улучшить самочувствие, у некоторых больных — замедлить прогрессирование хронической болезни почек.

· в начальную стадию ХПН — стол № 7, при выраженной ХПН — № 7а или № 7б. У пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе, диета практически не отличается от рациона здоровых — стол № 11;

· необходимо адекватное поступление калорий за счёт жиров (предпочтительны полиненасыщенные жиры) и углеводов;

· следует снизить потребление белка;

· при гиперкалиемии (олигурия, анурия) — ограничение продуктов, содержащих соли калия (урюк, изюм, картофель);

· снижение потребления фосфора (ограничение молочных продуктов при концентрации креатинина в сыворотке крови более 150 мкмоль/л) и магния (зерновые и бобовые продукты, отруби, рыба, творог);

· объём потребляемой жидкости определяют с учётом содержания натрия в крови, ОЦК, диуреза, наличия артериальной гипертензии и сердечной недостаточности. Обычно объём потребляемой жидкости должен превышать суточный диурез на 500 мл. При полиурии иногда необходимо употреблять до 2–3 л жидкости в сутки;

· ограничение поваренной соли до 1,5–3 г/сут; при гиповолемии и/или повышенной экскреции натрия с мочой ограничивать потребление соли не следует (поликистозная болезнь почек, интерстициальный нефрит) [8];

· диета должна способствовать регулярному ежедневному опорожнению кишечника;

· восполнение энергетических потребностей с ХБП должно рассчитываться в зависимости от возраста и стадии ХБП (додиализная, диализная) [9];

· при плохом питании, а также при лечении диализом, следует принять во внимание возможность дополнительного назначения витаминов (фолиевой кислоты, витаминов группы В, С) [10];

· коррекция нутритивного нарушения незаменимыми аминокислотами [11];

· при ацидозе - пероральный прием бикарбоната натрия (пищевая сода) из расчета 1-3 ммоль/кг/сут

- **Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне**
 - гемодиализ амбулаторный (ГД, ГДФ)
– Приложение - 1. «Гемодиализ»;
 - перитонеальный диализ амбулаторный (ПАПД, АПД) – Приложение -2. «Перитонеальный диализ».

Показания для консультации специалистов: при наличии сопутствующей патологии.

- **Мониторинг состояния пациента:**

- непрерывный регулярный контроль у врача ПМСП при ХБП I-III стадиях, особенно при наличии СД и АГ и/или в тесном контакте с нефрологом за функциональным состоянием почек при ХБП IV-V стадиях;
- контроль АД в домашних условиях с ведением дневниковых записей;
- подготовка к заместительным видам почечной терапии при прогрессировании почечной недостаточности: трансплантация почки и диализ;
- наблюдение пациентов, получающих амбулаторный перитонеальный диализ согласно алгоритму: осмотр патронажной медсестры 1р в неделю, контроль анализов крови и адекватности перитонеального диализа 1 раз в месяц, проведение теста функции брюшины 1 раз в 6 месяцев;
- оказание психосоциальной помощи.

- **Профилактические мероприятия:**
 - предотвращение осложнений;
 - обучение пациента диете, профилактике инфекционных осложнений;
 - до начала заместительной почечной терапии, пациенты должны обследоваться на наличие вирусных гепатитов (В и С);
 - пациенты, ранее не привитые и неинфицированные вирусными гепатитами должны быть привиты от вирусного гепатита В до начала программного диализа.

Рекомендации по профилактике и ведению ХБП в зависимости от ее стадии

Стадия ХБП	Описание
I	Регулярный скрининг по выявлению рисков и мероприятие по ее снижению. Диагностика и этиотропное лечение основного заболевания, коррекция общих патогенетических факторов риска ХПБ с целью замедления темпов прогрессирования. Диагностика состояния сердечно-сосудистой системы, контроль факторов риска и коррекция их осложнений.
II	Мероприятия по стадии I, + оценка скорости прогрессирования и коррекция терапии
III (a-b)	Мероприятия по стадии II, + выявление, профилактика и лечение системных осложнений, дисфункции почек (анемия, нарушение водно-электролитного и фосфорно-кальциевого обмена, гиперпаратиреоз, недостаточность питания и др.), строгий контроль по применению нефротоксических препаратов, мероприятие по профилактике контраст индуцированной нефропатии, назначение препаратов с учетом СКФ.
IV	Мероприятия по стадии III, + подготовка к заместительной почечной терапии, охрана мест доступа к диализной терапии, совместно врач/пациент определять дорожную карту по выбору метода заместительной почечной терапии.
V	Заместительная почечная терапия. Диагностика, профилактика и лечение системных осложнений почечной недостаточности (анемия, нарушение водно-электролитного и фосфорно-кальциевого обмена, гиперпаратиреоз, недостаточность питания и др.). Контроль адекватности диализной терапии, осложнений диализа и снижение смертности от сердечно-сосудистых событий.

- **Показания к плановому переводу на программный гемодиализ**
 - **СКФ < 15 мл/мин** при наличии одного и более симптомов уремии: неконтролируемая гипергидратация и отеки, неконтролируемая гипертензия, прогрессирующее нарушение нутритивного статуса и кислотно-основного состояния;
 - **СКФ ≤ 6 мл/мин**, если даже отсутствуют признаки уремии и проводится оптимальное лечение в преддиализном периоде;
 - у пациентов высокого риска, (например неконтролируемые отеки при диабетической нефропатии и нефротическом синдроме) может быть эффективным раннее начало диализа при достижении уровня **СКФ ≤ 20 мл/мин**;
 - чтобы гарантировать, что диализ был начат до того как СКФ снизится до 6мл/мин, необходимо стремиться к началу диализа при **СКФ 8-10 мл/мин**.

- **Программа гемодиализа**

Рекомендации EBPГ:

- стандартная доза диализа – 3 раза в неделю по 4 часа, даже если стандартная адекватная доза выраженная Kt/V достигнута;
- продолжительность и кратность процедур гемодиализа могут быть увеличены у пациентов с гемодинамической нестабильностью и сердечно-сосудистыми проблемами;
- независимо от применяемых программ общий Kt/V должен соответствовать или быть больше недельного стандартного значения, т.е $Kt/V=1,2$ для 4 часового 3 кратного в неделю диализа, или $Kt/V=0,4-0,3$ для ежедневного диализа.

Перечень основных диагностических мероприятий при ХПН

- - общий анализ крови (6 параметров);
- - общий анализ мочи;
- - анализ мочи по Зимницкому;
- - проба Реберга;
- - определение остаточного азота;
- - определение креатинина, мочевины, интактный Парат-гормон, КЩС;
- - определение калия/натрия.
- - определение кальция;
- - определение хлоридов;
- - определение магния;
- - определение фосфора;
- - уровень сывороточного ферритина и сывороточного железа, коэффициента насыщения трансферрина железом;
- - УЗИ органов брюшной полости;
- - УЗДГ сосудов.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- - определение глюкозы, свободного железа, числа гипохромных эритроцитов;
- - коагулограмма 1 (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, АЧТВ, фибринолитическая активность плазмы, гематокрит);
- - определение АЛТ, АСТ, билирубин, тимоловая проба;
- - ИФА маркеры ВГ;
- - определение общих липидов, холестерина и фракций липидов;
- - компьютерная томография;
- - консультация офтальмолога.

- **Профилактические мероприятия:**
- - строгая диета, ограничение жидкости;
- - охранительный режим;
- - санация очагов хронической инфекции;
- - вакцинация против гепатита В;
- - постоянный прием ингибиторов АПФ под контролем АД;
- - контроль уровней интактного паратгормона, Са и Р в крови;
- - избегать состояний, приводящих к дегидратации.

Дальнейшее ведение ХПН:

- контроль фильтрационной, концентрационной функций почек, анализов мочи, артериального давления, УЗИ почек, нефросцинтиграфия почек, вакцинация против вирусного гепатита В;
- при СКФ 30 мл/мин. - формирование артериовенозной фистулы либо решение вопроса о превентивной трансплантации почки;
- при уровне СКФ менее 15 мл/мин. – заместительная почечная терапия (перитонеальный диализ, гемодиализ, трансплантация родственной/живой донорской/трупной почки).

- Трудоспособными признаются больные с доазотемической и начальной ХПН при отсутствии осложнений основного заболевания и значимых клинических признаков уремии, работающие в непротивопоказанных видах и условиях труда.

Показания для направления в бюро МСЭ.

Направляются все больные с терминальной ХПН (креатинин сыворотки выше 0,45 ммоль/л клубочковая фильтрация ниже 20% от должной сохраняются более 3 мес.), получающие диализ, или с пересаженной почкой; больные с доазотемической и начальной ХПН при наличии противопоказанных видов и условий труда.

Необходимый минимум исследований.

- Дополнительно при диализе: биохимические показатели адекватности (Kt/V , содержание мочевины и крови до и после диализа; гемоглобин и альбумин крови; содержание калия, кальция, фосфора сыворотки до и после диализа), рентгенограммы костей.
Дополнительно после нефротранс-плантации: функция трансплантата, показатели иммунологического статуса, концентрация сандиммуна, УЗИ трансплантата.

Противопоказанные виды и условия труда.

- Больным с доазотемической и начальной ХПН противопоказан тяжелый физический труд; работа на конвейере; в постоянно заданном темпе, в положении стоя; в неблагоприятных производственных условиях (перепады высоких и низких температур, запыленность, задымленность, повышенная влажность, сквозняки); связанная с токсическими веществами, воздействием вибрации, токов высокой частоты и других генерируемых излучений; не нормированная и сверхурочная работа; в ночные смены; связанная с высоким нервно-психическим напряжением.

Критерии инвалидности.

I группа инвалидности определяется больным с терминальной ХПН при крайне тяжелых нарушениях функций органов и систем; при прогрессировании признаков азотемии и уремии на фоне диализа и нефротрансплантации, наличии тяжелых (в течение месяцев), развитии необратимых осложнений уремии, диализа, нефротрансплантации и сопутствующих заболеваний, обуславливающих ограничение способности к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности 3 ст.

Больные нуждаются в постоянной посторонней помощи в течение более чем 50% дневного времени.

II группа инвалидности определяется больным с терминальной ХПН при нарушениях функций органов и систем II ст.; отсутствии признаков прогрессирования уремии и азотемии на фоне диализа или трансплантации почки в течение 1-2 лет, отсутствии необратимых осложнений уремии, диализа, нефротрансплантации, основного и сопутствующих заболеваний, ограничении способности к самообслуживанию, передвижению II ст., трудовой деятельности II ст. В отдельных случаях больным определяется трудовая рекомендация для работы в специально созданных производственных условиях или на дому.

III группа инвалидности определяется больным с доазотемической и начальной ХПН при отсутствии тяжелых осложнений основного заболевания (нефротический синдром с отеками, гипоальбуминемией; белковоэнергетическая недостаточность 2 ст.; АГ 3 степени по классификации ВОЗ - МОАГ; обострение инфекции мочеполовых путей, макрогематурия с выраженной сопутствующей анемией), с легкими и умеренными нарушениями функций различных органов и систем; при наличии противопоказаний в характере и условиях труда. У больных определяются ограничения способности к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности 1 ст.