

**SUMMARY**  
**CRISIS SITUATIONS IN EMERGENCY CONDITION**

**B.M. Pirzhanova**  
*District psychoneurological hospital,  
 Kyzylorda c.*

This article covers the crisis situations under emergency conditions that may arise. However people often do not realize that they create their own mood by themselves, therefore they can change it also by themselves, and these changes are perfectly normal.

## УРОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

УДК 616-61-008.64:616-08-039.57

## ПРИНЦИПЫ РАННЕЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ САНИТАРНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Г.И. КАДЕЕВА, И.Т. СУЛЕЙМАНОВА, Е.В. КВАК**

*Областная клиническая больница,  
 Областной клинико-диагностический медицинский центр,  
 г. Шымкент*

**С**овременный подход к лечению хронической почечной недостаточности (ХПН) предполагает раннее начало консервативной терапии. Важнейшим условием профилактики и лечения хронической нефропатии являются раннее выявление поражения почек, адекватная нефропротективная консервативная терапия, своевременность направления больных на лечение программным гемодиализом, особенно в условиях первичной санитарно-медицинской помощи (ПСМП).

Разработка принципов оптимальной стратегии торможения ХПН и профилактики ее осложнений, реализация программы своевременной терапии почечных заболеваний позволяют значительно снизить экономические затраты и расходы на заместительную почечную терапию.

Принципы ранней терапии больных хронической болезнью почек в условиях ПСМП:

1) *Лечение основного заболевания, приведшего к развитию ХПН.* Энергичное этиотропное лечение на ранней стадии почечной недостаточности в ряде случаев дает очень хороший эффект: уменьшает выраженность явлений почечной недостаточности, позволяет замедлить ее прогрессирование. Например, антибактериальная терапия при хроническом пиелонефрите, иммуносупрессивная терапия при первичном и вторичном нефрите, максимально полная компенсация углеводного обмена при сахарном диабете.

2) *Режим.* Больному следует избегать переохлаждений, больших физических и эмоциональных нагрузок. Больной нуждается в оптимальных условиях работы и быта.

3) *Диета.* При терапии хронических болезней почек назначается стол №7. Диета при ХПН основывается на следующих принципах:

- ограничение поступления с пищей белка до 60-40-20 г в сутки в зависимости от выраженности почечной недостаточности. Имеется большое количество доказательств, что малобелковая диета замедляет развитие протеинурии и фиброза почек, а также улучшает выживаемость.

- обеспечение достаточной калорийности рациона, соответствующей энергетическим потребностям организма, за счет жиров, углеводов, полное обеспечение организма микроэлементами и витаминами;

- ограничение поступления фосфатов с пищей;
- контроль за поступлением натрия хлорида, воды и калия.

4) *Коррекция артериальной гипертензии.* Артериальная гипертензия – один из основных факторов прогрессирования нефросклероза. Целевой уровень антигипертензивной терапии – артериальное давление, не превышающее 130/85 мм рт.ст., а при протеинурии более 1 г/сут – не более 125/75 мм рт.ст. Препаратами выбора являются ингибиторы АПФ. Следует помнить о необходимости осторожного применения этих препаратов при выраженной стадии ХПН (при уровне креатинина в сыворотке крови более 300 мкмоль/л) вследствие возможного транзиторного ухудшения фильтрационной функции почек и развития гиперкалиемии. В этом случае предпочтительно назначение иАПФ с печеночным компонентом экскреции (фозиноприл). На стадии ХПН, как правило, монотерапия не приводит к стабилизации уровня гипертензии, поэтому рекомендуется комбинированная терапия антигипертензивными препаратами, относящимися к различным группам: ингибиторы АПФ + БРА (валсартан) + петлевые диуретики + антагонисты кальция + селективные β-блокаторы + препараты центрального действия. Нередко только четырехкомпонентная схема лечения артериальной гипертензии при ХПН способствует достижению желаемого уровня АД.

5) *Улучшение почечной гемомикроциркуляции.* Для улучшения реологических свойств крови активно используются антиагреганты и антикоагулянты. Рекомендуется прием пентоксифиллина 400-600 мг в сутки или дипиридамола 75 мг в сутки. Курсы антиагрегантов рекомендуется проводить в течение 1-3 месяцев 2-3 раза в год.

6) *Лечение ренальной анемии.* Основной причиной анемии при ХПН является снижение синтеза почечного эритропоэтина – гормона, обеспечивающего эритропоэз. Патогенетически обоснованным лечением почечной анемии является заместительная терапия recombinant-ным эритропоэтином человека. Лечение начинают в додиализном периоде при Hb < 110-120 г/л, Ht < 33-37%. На фоне лечения эритропоэтином усиливается дефицит железа сыворотки крови, поэтому для большего эффекта терапию эритропоэтином целесообразно сочетать с применением железосодержащих препаратов.

7) *Коррекция дислипидемии.* В последние годы доказано ренопротективное действие статинов, особенно у пациентов с заболеваниями почек, сопровождающихся гиперлипидемией (диабетическая нефропатия, нефротическая форма гломерулонефрита). Кроме назначения статинов данным больным необходима максимально антихолестериновая диета, при ожирении – уменьшение массы тела, увеличение физической активности. Снижение уровня общего холестерина должно быть минимум на 10-20%.

8) *Уменьшение задержки конечных продуктов белкового обмена (борьба с азотемией).* Применяют слабительные, энтеросорбенты, содовые клизмы, кишечный лаваж.

9) *Коррекция фосфорно-кальциевого обмена.* Нарушения фосфорно-кальциевого обмена при ХПН проявляются развитием гиперфосфатемии и гипокальциемии. Для коррекции гиперфосфатемии применяют следующие методы лечения:

- ограничение потребления продуктов, богатых фосфором (диета №7);
- введение препаратов, связывающих фосфор в кишечнике (карбонат или ацетат кальция).

Для коррекции гипокальциемии назначают препараты кальция, метаболиты витамина Д. При необходимости удаляют гиперплазированные парацистовидные железы.

#### **Вывод**

*Применение научно обоснованных принципов ранней терапии больных хронической болезнью почек в условиях ПСМП позволяют затормозить прогрессирование ХПН, снизить инвалидизацию больных от уремии, уменьшить число больных, нуждающихся в заместительной почечной терапии.*

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Ермоленко В.М. Эффекты малобелковой диеты у больных хронической болезнью почек [Электронный ресурс] / В.М. Ермоленко // Consilium medicum, 2010. – №7; 2. Милованов Ю.С. Анемия при хронической болезни почек Ю.С. Милованов // Участковый терапевт, 2010. №6. – С. 13; 3. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. // Российские рекомендации (4-й пересмотр). 2009:52; 4. Батюшин М.М. Нефрология: основы доказательной терапии // 2005. – С. 8 – 31; 5. Тареева

И.Е., Мухин Н.А. Механизмы прогрессирования гломерулонефрита // Нефрология. – М.: – Медицина, 1995. – С. 20-28; 6. Российские национальные рекомендации по диагностике и лечению анемии при хронической болезни почек // Анемия. – 2006. – №3 – С. 3-18; 7. Артериальная гипертензия как фактор прогрессирования хронических заболеваний почек // Нефрология национальное руководство, 2009. – С. 42-49; 8. Смирнов А.В., Каюков И.В., Есаян А.М. Превентивный подход в современной нефрологии // Нефрология, 2004. 8(3) 7-14; 9. Мухин Н.А., Балкаров И.М., Моисеев В.С. Хронические прогрессирующие нефропатии и образ жизни современного человека // Тер. архив, 2004 76(9): 5-10.

#### **ТҰЖЫРЫМ**

**ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ АЛҒАШҚЫ САНИТАРЛЫҚ-МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК ЖАҒДАЙЛАРЫНДА БҮЙРЕКТІҢ СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЛАРЫМЕН НАУҚАСТАРДЫ ЕРТЕ ЕМДЕУДІҢ ҚАҒИДАЛАРЫ**

*Г.И. Кадеева, И.Т. Сулейманова, Е.В. Квак*  
Облыстық клиникалық аурухана,  
Облыстық клиничко-диагностикалық  
медициналық орталық, Шымкент қ.

Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін ұйымдардың созылмалы бүйрек ауруына шалыққан науқастарды ғылыми негізделген бастапты терапиялық принциптерді қолдану созылмалы бүйрек жетпіспеушілігінің қозуын тежеуге, уремиядан мүгедектікті төмендетуге, бүйрек терапиясын алмастыруды қажет ететін аурулар санын азайтуға мүмкіндік береді.

#### **SUMMARY**

**PRINCIPLES OF EARLY THERAPY OF THE PATIENTS WITH CHRONICAL KIDNEY DISEASE IN CONDITIONS OF PRIMARY SANITARY AND MEDICAL HELP IN SOUTH KAZAKHSTANI OBLAST**

*G.I. Kadeyeva, I.T. Suleymanova, E.B. Kvak*  
District clinical hospital,  
District clinical and diagnostic  
medical center,  
Shymkent c.

Application of scientifically proved early therapy principles of chronic kidney disease patients in Primary Health Care brakes Chronic Renal Failure progressing, to reduce invalidism of uremia patients and reduce number of patients required substitution renal therapy.