

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стратегия и тактика применения антимикробных средств в лечебных учреждениях России: Российские национальные рекомендации / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда, С.В. Яковлева. – М.: ООО «Компания БОРГЕС», 2012. – 92 с.
2. Яковлев С.В., Суворова М.П., Елисеева Е.В. Стратегические и тактические вопросы рационального применения антибактериальных препаратов в стационаре. В кн.: Рациональная антимикробная фармакотерапия: руководство для практикующих врачей / под ред. С.В. Яковлева. = 2-е изд., перераб. и доп.
3. Программа СКАТ (Стратегия Контроля Антимикробной Терапии) при оказании стационарной медицинской помощи. Российские клинические рекомендации. – Москва. 2017. 131 с.
4. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Российские практические рекомендации / под ред. С.В. Яковлева, С.В. Сидоренко, В.В. Рафальского, Т.В. Спичак. – М.: Издательство Престо, 2014 – 121 с.
5. Bratzler D.W., Dellinger E.P., Olsen K.M., et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. // Am J Health-Syst Pharm 2013; 70:195–283.
6. Gian Maria Rossolini, Fabio Arena, Patrizia Pecile, Simona Pollini. (2014). Update on the antibiotic resistance crisis // Current Opinion in Pharmacology. 18, 56–60.
7. Ventola C.L. (2015). The antibiotic resistance crisis. Part 1: causes and threats. // P.T. 40, 277–283.
8. Sultan Ayoub Meo, Saleh Ahmad Al-Asiri, Abdul Latief Mahesar, Mohammad Javed Ansari. (2017). Role of honey in modern medicine // Saudi Journal of Biological Sciences. 24, 975–978.
9. Thomas P. Van Boeckel, Charles Brower, Marius Gilbert, Bryan T. Grenfell, Simon A. Levin, et. al.. (2015). Global trends in antimicrobial use in food animals // Proc Natl Acad Sci USA. 112, 5649–5654.

УДК: 661.616-02

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

ЭГАМБЕРДИЕВА Д.А., РУЗМЕТОВА И.А., РАСУЛЕВ Ё.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

ХУЛОСА

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ ПАЙДО БЎЛИШИ ВА РИВОЖЛАНИШИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ

Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А., Расулев Ё.Э.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон

Ушбу мақолада сурункали буйрак касаллиги бўлган беморларда хавф омиллари ва прогноз кўрсаткичлари тўғрисида асосий ғойдалар келтирилган. Маълумотлар яхши намоёиш қилиш учун жадвалга гуруҳланган.

Калит сўзлари: сурункали буйрак касаллиги, хавф омиллари, авж олиш омиллари.

SUMMARY

FACTORS OF INITIALIZATION AND PROGRESSION OF CHRONIC KIDNEY DISEASE

Egamberdieva D.A., Ruzmetova I.A., Rasulev Yo.E.

Tashkent pediatric medical institute, Uzbekistan

This review article contains the main of risk factors of initialization and progression of chronic kidney disease. The data is grouped into tables for better demonstration.

Key words: chronic kidney disease; risk factors, factors of progression.

РЕЗЮМЕ

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А., Расулев Ё.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

В настоящей обзорной статье собраны основные положения о значении факторов риска инициации и прогрессирования у больных с хронической болезнью почек. Приведенные данные сгруппированы в таблицы для лучшей демонстрации.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек; факторы риска, факторы прогрессирования.

Многие годы серьезность проблемы хронической болезни почек (ХБП) недооценивалась, она оставалась в тени других социально значимых заболеваний. Всплеск интереса к данной проблеме возник в начале XXI века, когда появились данные крупных эпидемиологических исследований (NHANES и др.), показывающих высокую частоту нарушений функции почек в популяции, а также, когда стало очевидно, что диализные службы во всем мире не справляются с постоянно растущим притоком пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН) [6].

Согласно данным World Health Report 2000 и Global Burden Disease (GBD) project, заболевания почек и мочевых путей ежегодно приводят к смерти примерно 850 тыс. человек. Они занимают 12-е место среди причин смерти и 17-е среди причин стойкой утраты трудоспособности. При этом есть основания полагать, что истинная распространенность и заболеваемость хронической болезнью почек недооценена [2].

ХБП – понятие наднозологическое и в тоже время не является формальным объединением хронических почечных заболеваний различной природы в одну большую аморфную группу, подменяя этиологический принцип. Понятие ХБП, с одной стороны, отражает наличие общих факторов риска развития и прогрессирования нефропатий, универсальных механизмов формирования нефросклероза и вытекающих отсюда способов первичной и вторичной профилактики, а также наличие общего исхода – терминальной почечной недостаточности и сердечно – сосудистых осложнений [5].

В различных эпидемиологических исследованиях широкое распространение получила концепция факторов риска. Действие факторов риска на организм является сугубо индивидуальным, и вероятность развития того или иного заболевания зависит от адаптационных возможностей организма. На действие определенных факторов риска каждый индивидуум отвечает по-своему, изменяя функциональное состояние своего организма. Главной особенностью при применении концепции факторов риска в донозологической диагностике является то, что интенсивность любого фактора окружающей среды (фактора риска) может быть исследована по отношению к различным функциональным состояниям. Это позволяет при массовых обследованиях одновременно со структурой

здоровья определять основные факторы риска для каждого из функциональных состояний и, таким образом, эффективно воздействовать на структуру здоровья путем борьбы с соответствующими факторами. Факторы риска развития дезадаптации одновременно являются и факторами риска заболеваний, поскольку последние представляют собой следствие нарушения гомеостаза и срыва адаптационных механизмов. Заболевания возникают путем перехода донозологических состояний в преморбидные, а затем – в нозологические. Такой переход происходит в результате длительного воздействия факторов риска как необходимого условия развития неспецифических адаптационных реакций. Связь между факторами риска и заболеванием осуществляется через функциональные состояния, отражая напряжения и перенапряжения регуляторных механизмов с последующим нарушением гомеостаза и компенсации. [2].

В развитии ХБП наиболее важным моментом является медленное, скрытое нарушение всех почечных функций, о которых больной обычно не подозревает. Раннее обнаружение ХБП позволяет предпринять профилактические и лечебные мероприятия, направленные на предупреждение преждевременного развития терминальной стадии почечной недостаточности [3].

К основным факторам риска ХБП относятся сахарный диабет и другие нарушения обмена веществ, наличие сердечно-сосудистых заболеваний, ряд аутоиммунных и инфекционных заболеваний, новообразования, курение, пожилой возраст и мужской пол, наличие ХБП у прямых родственников и др. Особое значение имеют факторы, приводящие к развитию олигоневрии, т.е. несоответствию числа действующих нефронов потребностям организма: операции на почках, аплазия и гипоплазия почки – с одной стороны, и ожирение – с другой [7].

Нарушения обмена веществ:

- сахарный диабет;
- ожирение;
- повышение холестерина;
- нарушения пуринового обмена.

Сердечно-сосудистые заболевания:

- артериальная гипертензия;
- распространенный атеросклероз;
- сердечная недостаточность.

Демографические показатели:

- возраст старше 50 лет;
- мужской пол;
- принадлежность к этническим меньшинствам;
- низкий социальный и образовательный уровень.

Другие заболевания:

- аутоиммунные болезни;
- хронические вирусные и бактериальные инфекции;
- злокачественные опухоли;
- обструктивные заболевания мочевых путей;
- перенесенная острая почечная недостаточность, нефропатия беременных;
- перенесенные хирургические операции на почках.

Образ жизни, характер питания и вредные привычки:

- табакокурение;
- употребление наркотиков;
- злоупотребление алкоголем;
- злоупотребление обезболивающими препаратами;
- злоупотребление пищевыми добавками;
- злоупотребление белковой пищей и белковое истощение;
- профессиональные контакты с органическими растворителями, солями тяжелых металлов и др. токсинами;

- малоподвижный образ жизни.

Наследственность и нарушения развития:

- заболевания почек, сердечно-сосудистой системы и сахарный диабет у прямых родственников;
- нарушения внутриутробного развития, гипотрофия;
- аплазия, гипоплазия почки.

Очень важным фактором риска поражения почек, является злоупотребление анальгетиками и нестероидными противовоспалительными препаратами, злоупотребление пищевыми добавками (средства для снижения веса у женщин, протеиновые коктейли для наращивания мышечной массы у мужчин). Так, в виде примера можно продемонстрировать страны Европы, где после введения запрета на безрецептурную продажу анальгетиков и НПВП процент больных анальгетической нефропатией среди поступающих на диализ или трансплантацию почки снизился в несколько раз. В Российских национальных рекомендациях по ведению больных с ХБП, подготовленных Научным обществом нефрологов России, отдельно рассматриваются факторы риска развития и факторы прогрессирования ХБП, которые подразделяют на модифицируемые и немодифицируемые (таблица 1, 2) [4].

Таблица 1

Факторы риска инициации ХБП

Немодифицируемые	Модифицируемые
• Возраст (пожилой возраст); • Половые особенности (мужской пол); • Наследственные факторы (в том числе семейный анамнез по ХБП); • Расовая и этническая принадлежность; • Врожденные пороки развития и уменьшение почечных нефронов (исходно низкое число нефронов, низкая масса тела при рождении); • Генетические факторы; • Группа крови.	• Артериальная гипертензия; • Аутоиммунные болезни; • Хроническое воспаление/системные инфекции; • Инфекции и конкременты мочевых путей; • Обструкция нижних мочевых путей; • Лекарственная токсичность; • Высокое потребление белка; • Дислипотеидемия; • Гипергомоцистеинемия; • Острая урогенитальная инфекция; • Табакокурение, алкоголизм, наркомания, токсикомания; • Сопутствующие болезни (факторы): стафилококковая инфекция (ангины, фарингиты), сердечная недостаточность, ожирение, анемия, сахарный диабет, диффузные болезни соединительной ткани, затруднение оттока мочи, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, глистная инвазия; • Частая смена половых партнеров; • Особенности питания, дегидратация, высокобелковая диета; • Ятрогенные факторы (анальгетики, НПВП, рентгеноконтрастные препараты, нефротоксичные антибиотики и др.); • Осложненное течение беременности и родов; • Увеличение активности симпатической нервной системы; • Контакт с гемолитическими ядами, углеводородами, растворителями, соединениями бензола и тяжелыми металлами в ходе профессиональной деятельности.

Факторы риска прогрессирования ХБП

Немодифицируемые	Модифицируемые
• Пожилой возраст; • Мужской пол; • Исходно низкое число нефронов (низкая масса тела при рождении ≤ 1800 грамм); • Расовые и этнические особенности.	• Персистирующая активность основного патологического процесса; • Высокий уровень системного АД или протеинурии; • Плохой метаболический контроль СД Ожирение/метаболический синдром; • Дислипипротейдемия; • Табакокурение; • Анемия; • Метаболический ацидоз; • Беременность; • Нарушения кальций-фосфорного обмена (гиперпаратиреоз); • Высокобелковая диета и повышенное потребление натрия с пищей; • Позднее начало почечно-заместительной терапии; • Низкая диализная доза; • Временный сосудистый доступ; • Дегидратация, гипотензия; • Рентгеноконтрастные препараты содержащие йод; • Нефротоксические препараты; • Нарушение оттока мочи; • Острая почечная недостаточность на фоне ХПН; • Пиелонефрит с осложнениями; • Гломерулонефрит с осложнениями; • Злокачественная гипертензия; • Обострение сердечной недостаточности; • Эмболия или тромбоз почечной артерии; • Тромбоз почечных вен.

Согласно рекомендациям National Kidney Foundation и Kidney Disease Improving Global Outcomes, была создана концептуальная модель хронической болезни почек, где была предпринята попытка классифицировать факторы риска и прогрессирования ХБП [Levey A.S. и соавт., 2005]. Выделялись группы факторов риска: 1) повышающие восприимчивость почечной паренхимы к повреждающим агентам; 2) инициирующие повреждение почечной ткани; 3) способствующие прогрессированию почечного повреждения; 4) факторы тер-

минальной почечной недостаточности, имеющие значение для решения вопросов профилактики у больных, получающих заместительную почечную терапию. Однако провести четкую грань между рядом факторов ХБП (например, инициации и прогрессирования) не представляется возможным по сей день [5].

Необходимо отметить, что по данным рекомендациям K/DOQI от 2002 с модификацией 2006 года основные факторы риска представлены в следующем виде [1; 9]:

Таблица 3

Основные факторы риска ХБП (K/DOQI, 2002, 2006)

Факторы	Примеры
• Предрасполагающие	• Пожилой возраст. Семейный анамнез.
• Иницирующие	• Диабет. Артериальная гипертензия. Иммунные заболевания. Системные инфекции. Инфекции мочевыводящих путей. Мочевые камни. Обструкция нижних мочевыводящих путей. Токсичные лекарства.
• Прогрессирования	• Артериальная гипертензия. Гипергликемия. Дислипидемия. Курение. Выраженная протеинурия.

Ятрогенные факторы риска развития ХБП [2]:

- анальгетики,
- НПВП,
- рентгеноконтрастные препараты,

- нефротоксичные антибиотики.

Согласно данным международной статистики, контраст-индуцированное острое почечное повреждение, вызванное применением рентгенокон-

трастных средств (РКС), достигает 10–12% госпитальной ОПН, превышая частоту поражения почек антибиотиками группы аминогликозидов [2].

К факторам высокого риска поражения почек РКС относят [2]:

- диабетическую нефропатию,
- хроническую почечную недостаточность,
- дегидратацию,
- вид контрастного вещества и использование высоких доз контрастного вещества.

Факторы риска контраст-индуцированной нефропатии (КИН), связанные с особенностями пациента (2А) [2]:

- возраст более 75 лет;
- заболевание почек в анамнезе (альбинурия/протеинурия, стойкие изменения в осадке мочи, изменения почек при визуализирующих методах исследования);
- стойкое снижение СКФ < 60 мл/мин/1,73 м²;
- трансплантация почки, единственная почка, рак почки, операции на почке;
- сахарный диабет;
- известное или подозреваемое ОПП;
- гиповолемия, дегидратация, нестабильная гемодинамика, гипотензия, шок;
- хроническая сердечная недостаточность (NYHA класс 3–4), низкая фракция выброса левого желудочка;
- острый инфаркт миокарда (<24 ч);
- множественная миелома;
- анемия;
- конкурирующее применение нефротоксических препаратов.

Факторы риска КИН, связанные с лучевой процедурой (2С) [2].

- большой объем РКС;
- повторное введение йодсодержащего РКС за короткий промежуток времени – менее 24 часов (за исключением экстренных ситуаций) или многократное применение в течение нескольких дней;
- внутриартериальное введение РКС в сравнении с внутривенным;
- применение высокоосмолярных РКС;
- осложнения при предыдущем применении РКС.

Определенной нефротоксичностью обладают многие лекарственные препараты [1]:

- противосудорожные препараты: топирамат, фелбамат, зонисамид;
- некоторые диуретики, например, триамтерен;
- препараты для лечения заболеваний щитовидной железы;

- некоторые препараты для лечения СПИДа (индинавир);
- антибиотики (пенициллин, гентамицин, ванкомицин, циклоспорин);
- некоторые стероидные препараты;
- некоторые химиопрепараты.

Многие авторы связывают появление почечно-клеточного рака с использованием диуретических препаратов. Риск развития данной патологии у больных, получавших мочегонные средства по различным показаниям, составляет более 30%. Было установлено, что препараты, содержащие амфетамин, в значительной степени увеличивают риск развития рака почки. В литературе имеются немногочисленные сообщения о том, что прием фенацетин-содержащих анальгетических препаратов увеличивает вероятность заболевания опухолью почки [1].

Поскольку почки связаны с сердечно-сосудистой системой, то одни и те же факторы риска способствуют, с одной стороны, возникновению и прогрессированию заболеваний почек, а с другой стороны, играют роль в формировании патологии сердечно-сосудистой системы [2].

Гипертония может быть как причиной, так и следствием поражения почек. Некорректируемая артериальная гипертензия по праву считается фактором риска прогрессирования как сердечно-сосудистых событий, так и дисфункции почек. При прогрессировании хронического почечного заболевания проявляются вызванные недостаточностью работы почек симптомы, такие как анемия, остеопатия, нарушение кислотно-щелочного баланса в организме и кальцификация кровеносных сосудов или атеросклероз, которые, в свою очередь, оказывают влияние на более быстрое прогрессирование уже имеющегося почечного заболевания.

Таким образом, результаты многочисленных исследований указывают на то, что кардиоваскулярные риски, которые в кардиологии принято относить к нетрадиционным (анемия, хроническое воспаление, гипергомоцистеинемия, увеличение синтеза асимметричного диметиларгинина, оксидативный стресс, активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, стресс, гиперурикемия, натрийуретические факторы разного происхождения и др.), ассоциируются и обусловлены и/или прогрессирующей дисфункцией почек [Есаян А.М., 2002; Мухин Н.А. и соавт., 2004; Смирнов А.В. и соавт., 2005; Saito A. и соавт. 2010]. Раннее выявление факторов риска и прогрессирования ХБП является неотъемлемой частью профилактики и лечения больных с ХБП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бова А.А. // Хроническая почечная недостаточность и хроническая болезнь почек: соот-

ношение терминов. Кафедра военно-полевой терапии в ВМедФ в УО «БГМУ».

2. Волгина Г.В., Козловская Н.Л., Щекочихин Д.Ю. Клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению контраст-индуцированной нефропатии. Научное общество нефрологов России. Ассоциация нефрологов России. 2014 г.
3. Май Розенберг, Май Розенберг, Мерики Луман, Кюлли Кылвалд, Кадри Теллинг, Кадри Лилиенталь, Алексей Теор, Инга Вайнумяэ, Яна Ухлинова, Леэло Ярв. // Хроническая болезнь почек (ХБП). Руководство распространяют нефрологи и семейные врачи. ТАРТУ 2010. Издание подготовлено в 2010 году Эстонским союзом нефрологов.
4. Оленко Е.С., Кодочигова А.И., Киричук В.Ф., Лифшиц В.Б., Симонова Е.А., Субботина В.Г. Факторы риска развития хронической болезни почек. // Вестник ТГУ, т. 17, вып. 4, 2012 год.
5. Смирнов А.В., Шилов Е.М., Добронравов В.А., Какюков 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. Издательство Левша. Санкт-Петербург, 2012 г.
6. Шилова Е.М., Швецов М.Ю., Бобкова И.Н., Колина И.Б., Камышова Е.С. // Хроническая болезнь почек и нефропротективная терапия. Методическое руководство для врачей. Москва – 2012 год.
7. Appendix II // ANZDATA Registry Report / eds. S. McDonald, L. Excell, B. Livingston. Adelaide: Australia and New Zealand Dialysis and Transplant Registry, 2008. P. 1–97.
8. Clinical Practice Guidelines for the Detection, Monitoring and Care, of Patients with Chronic Kidney Disease. UK Renal Association. 5th Edition, 2009–2011.
9. Canadian Society of Nephrology. Care And Referral Of Adult Patients With Reduced Kidney Function. Position Paper. 2006.

УДК 616.155.194-08:615.27

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫМ АНТИАНЕМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ ЭРИТИМ

БАХРАМОВ С.М., СУЛЕЙМАНОВА Д.Н., БАБАДЖАНОВА Ш.А., САЛИХОВ Ш.И., ГАФУРОВА Н.Д.,
ХАМИДОВ Ш.А., ИСКАНДЕРОВА С.ДЖ.

*Ташкентский институт усовершенствования врачей,
НИИ гематологии МЗ РУз,*

Ташкентская медицинская академия, институт биоорганической химии АН РУз, Узбекистан

ХУЛОСА

ТЕМИР ТАНҚИСЛИК АНЕМИЯСИНИ МАҲАЛЛИЙ АНТИАНЕМИК ПРЕПАРАТ БИЛАН КОМПЛЕКС ДАВЛАШ

Бахрамов С.М., Сулейманова Д.Н., Бабаджанова Ш.А., Салихов Ш.И., Гафурова Н.Д., Хамидов Ш.А., Искандерова С.Дж.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, ССВ ЎзР гематология илмий текшириш институти, Тошкент тиббиёт академияси, фанлар академияси қошидаги Ўзбекистон Республикаси, биоорганик химия институти, Ўзбекистон

Темир танқислиги анемиясини (ТТА) даволашда, мамлакатимизда тайёрланган «Эритим 0,001% эритмаси» нинг фойдаси ва ўзлаштирилишини аниқлаш мақсадида, ТТА билан оғир, ўрта-оғир ва енгил касалланган 18 ёшли ва бундан катта ёшдаги 180 та аёллар текширувдан ўтказилди. Асосий гуруҳ (АГ, $n=90$) касалларига стандарт терапияга қўшимча равишда, кунига 5 томчидан 2 марта эритим сублингвально берилди, контрол гуруҳ (КГ, $n=90$) касаллари эса фақат стандарт терапия олишди. Ўтказилган 10 кунлик даволаш курси натижасида гемоглобин, эритроцитлар ва ретикулоцитларнинг ўртача суткалик миқдори юқори бўлган ва стандарт терапиянинг антианемик фойдаси эритим таъсирида, мос ҳолда, 1,5, 2,5 ва 5,8 марта кучли бўлганини кўрсатди.

Анемик синдром, КГ касалларидаги 2,0 мартага қараганда, АГ касалларида 5,4 марта камайган. Мажмуавий даволаш фойдаси $2,8 \pm 0,3$, $p < 0,05$ га нисбатан юқори ва $3,8 \pm 0,3$ баллга тенг бўлган. Эритим препарати яхши ўзлаштирилади, ҳозирги вақтгача ноҳўя таъсири кузатилмаган.

Калит сўзлар: «Эритим», темир танқислик анемияси, гемоглобин, эритроцитлар, ретикулоцитлар, антианемик таъсир, анемик синдром.