

ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК**Н. Ш. Ахмедова**

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Ключевые слова: ХБП, факторы риска, ранняя диагностика, профилактика, микроальбуминурия.**Таянч сўзлар:** БСК, хавф омиллари, эрта таъхис қўйиш, профилактика, микроалбуминурия.**Keywords:** CKD, risk factors, early diagnosis, prevention, microalbuminuria.

Одной из необходимых и важных задач профилактического направления нефрологии является выделение и стратификация факторов риска развития и прогрессирования хронической болезни почек (ХБП). Однако классификация факторов представляется спорной. Особенно трудно провести границу между факторами развития и прогрессирования ХБП. В настоящее время доказано, что большинство из традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний одновременно являются и факторами риска ХБП.

БУЙРАК СУРУНКАЛИ КАСАЛЛИГИНИ РИВОЖЛАНИШИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ**Н. Ш. Ахмедова**

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Нефрологиянинг профилактика йўналишининг зарур ва муҳим вазифаларидан бири бу БСК ривожланиши ва ривожланиши учун хавф омилларини аниқлаш ва табақалаштиришдир. Бирок, омиллар таснифи мунозарали бўлиб туюлади. БСК ривожланиш ва ривожланиш омиллари орасидаги чегарани чизиш айниқса қийин. Ҳозирги кунда юрак-қон томир касалликлари учун аънавий хавф омилларининг аксарияти БСК учун хавф омиллари эканлиги исботланган.

PREVENTION OF CHRONIC KIDNEY DISEASE PROGRESSION**N. Sh. Akhmedova**

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

One of the necessary and important tasks of the preventive direction of nephrology is the identification and stratification of risk factors for the development and progression of chronic kidney disease (CKD). However, the classification of the factors seems to be controversial. It is especially difficult to draw the line between the factors of development and progression of CKD. It has now been proven that most of the traditional risk factors for cardiovascular disease are also risk factors for CKD.

Введение. Повсеместно на сегодняшний день хроническая болезнь почек (ХБП) является общемедицинской проблемой, имеющая глубокие социально-медицинские и экономические последствия, связанные с ее широкой распространенностью среди населения, утратой трудоспособности, смертности вследствие развития терминальной стадии заболевания [1,3].

Материалы и методы исследования. Одной из необходимых и важных задач профилактического направления нефрологии является выделение и стратификация факторов риска развития и прогрессирования ХБП.

В концептуальной модели ХБП выделяют ряд групп факторов риска:

- факторы риска развития и прогрессирования ХБП;
- модифицируемые и немодифицируемые факторы;
- традиционные и нетрадиционные.

Однако классификация факторов представляется спорной. Особенно трудно провести границу между факторами развития и прогрессирования ХБП. В настоящее время доказано, что большинство из традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний одновременно являются и факторами риска ХБП. К ним относятся артериальная гипертензия, сахарный диабет, дислипидемия, анемия, метаболический синдром, возраст и др.

Результаты исследования. Основным критерием выбора явилась микроальбуминурия (МАУ > 10 мг/л), которая сохранялась 3 месяца и более, считая этот параметр диагностическим предиктором развития ХБП. Среди обследованных этот критерий ХБП выявлен у 317 лиц (29,2%) из 1087, отметим – женщин было в 2,2 раза больше чем мужчин – соответственно 218 (68,8%) и 99 (31,2%).

На основе клинических материалов, параметров лабораторно-инструментальных исследований был установлен диагноз у некоторых обследуемых. Количество обследованных и выявленных нозологических единиц отличались между собой так, как у 1 обследованного человека иногда приходилось по 2 или 3 установленному диагнозу заболевания. Так у 210 больных с диагнозами, установленными на основании данных амбулаторных карт приходилось 351 заболевание (1,67 нозологии на 1 обследованного). У контингента с диагнозом установленный после нашего обследования (n=107) приходилось 167 нозологий – 1,56 на 1 обследованного соответственно, данные таблицы 1 подсчитаны из общего количества выявленных нозологических единиц.

Таблица 1.

Показатели частоты встречаемости разных патологий, которые выступали факторами риска развития хронической болезни почек.

Нозологические единицы	Диагноз				χ^2	P
	установленный на основании амбулаторных карт (n=351)		установленный после обследования (n=167)			
	абс.	%	абс.	%		
Артериальная гипертония	148	42,2	56	33,5	3,53	>0,05
Ишемическая болезнь сердца	54	15,4	26	15,6	0,00	>0,05
Сахарный диабет	31	8,8	8	4,8	2,65	>0,05
Ревматологические заболевания	27	7,7	7	4,2	2,26	>0,05
Анемия различной степени	25	7,1	6	3,6	2,51	>0,05
Эндемический зоб	10	2,8	4	2,4	0,09	>0,05
Ожирение	5	1,4	31	18,6	51,40	<0,001
Заболевания мочевыводящих путей	51	14,5	29	17,4	0,70	>0,05

Среди установленных диагнозов и на основании амбулаторных карт, и после обследования часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы, при этом артериальная гипертония соответственно 148 (42,2%) и 56 (33,5%), ишемическая болезнь сердца соответственно 54 (15,4%) и 26 (15,6%), первичные заболевания мочевыводящих путей соответственно 51 (14,5%) и 29 (17,4%).

Другие установленные диагнозы встречались реже – сахарный диабет соответственно 31 (8,8%) и 8 (4,8%); ревматические заболевания соответственно 27 (7,7%) и 7 (4,2%); анемия соответственно 25 (7,1%) и 6 (3,6%); эндемический зоб соответственно 10 (2,8%) и 4 (2,4%); ожирение соответственно 5 (1,4%) и 31 (18,6%).

Можно сказать, что среди выше указанных заболеваний уровень диагностики ожирения, как нозологическая единица очень низкая – разница между группами составляет 6,2 раза. Это указывает, что медицинские работники не оценивают ожирение как неблагоприятный фактор риска развития и различных патологических состояний, в том числе ХБП.

Учитывая важность заболеваний мочевыводящих путей, как факторов риска развития ХБП частоту встречаемости этих нозологических единиц мы решили привести отдельно (табл. 2)

Нужно указывать, что среди обследованных с установленным диагнозом на основании данных амбулаторных карт, установление диагноза ХБП, как нозологическая единица не выявлена. После обследования этот диагноз установлен у 21 (29,1%) респондентов из числа общих обследуемых.

В наших исследованиях, роль каждой по отдельности нозологических единиц приведенных в таблице 3, как фактора риска развития ХБП незначительна, поэтому решили использовать общую группу заболеваний мочевыводящих путей для определения групп по

Таблица 2.

Показатели частоты встречаемости заболеваний мочевыводящих путей, как факторов риска развития ХБП у обследованного сельского контингента

Нозологические единицы	Диагноз				χ^2	P
	установленный на основании данных амбулаторных карт (n=51)		установленный после обследования (n=29)			
	абс.	%	абс.	%		
Пиелонефрит	24	47,1	16	55,2	0,49	>0,05
Цистит (острый и хронический)	18	35,3	7	24,1	1,07	>0,05
Мочекаменная болезнь	7	13,7	6	20,7	0,66	>0,05
Гломерулонефрит	2	3,9	0	0	1,17	>0,05

рisku развития ХБП.

Проведенные научные исследования доказывают, что гипертоническая болезнь, сахарный диабет и ожирение являются традиционными факторами развития ХБП. Однако при развитии хронического повреждения почек большое значение имеют не традиционные факторы развития ХБП. Результаты наших исследований показывают, что к этим факторам относятся: место жительства (город или село), этнические обычаи народа, образ и уровень жизни населения, эффективность проводимых профилактических мероприятий силами лечебно-профилактических учреждений широко распространенных неинфекционных хронических заболеваний, употребление недоброкачественной питьевой воды, нарушение правил рационального питания, постоянное употребление высококалорийной пищи населением.

По данным A. Valerie и R. Kathrin (2017) проведены исследования в Швейцарии, многие указанные нами факторы были основными причинами распространения ХБП, среди населения.

Таким образом, установлено, что имеется достоверная разница между установленными диагнозами на основе амбулаторных карт сельских семейных поликлиник и после нашего обследования. Кроме того, на 1-го больного с диагнозом, установленным на основании амбулаторных карт приходилось 1,67 нозологий, а после проведенных нами исследований этот показатель составил 1,56 нозологий. Среди часто встречающихся заболеваний были и заболевания мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит, мочекаменная болезнь, гломерулонефрит) – 16,1% (51 из 317 обследованных). Выявлено, что каждая по отдельности роль этих нозологий, как факторов риска развития ХБП была незначительной. Недостаточно выявленными по первичной и повторной обращаемости пациентов за врачебной помощью были артериальная гипертония, сахарный диабет, ожирение и заболевания мочевыводящих путей, которые являлись одними из основных факторов риска развития ХБП.

Исходя из этого для определения частоты встречаемости управляемых факторов риска, влияющие на развития и прогрессирования ХБП методом интегрирования проанализированы следующие факторы:

- злоупотребление нефротоксическими лекарствами, которые обычно продаются без рецепта в нашей стране – анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), некоторые антибиотики;
- злоупотребление соленых и горьких пищевых продуктов;
- вредные привычки – табакокурение, прием алкоголя;
- не контролируемые патологические состояния и заболевания отягощённым анамнезом (протеинурия, дизурия, нефропатия беременных, артериальная гипертония беременных, острые аллергические реакции, острое кровотечение с гиповолемией);
- хронические очаги инфекции – хронический тонзиллит, хронический средний отит, кариес зубов.

При анализе частоты встречаемости этих факторов мы уделяли внимание на уровень

определения и/или устранения этих факторов, как причину развития других заболеваний (табл. 3).

Среди управляемых факторов риска развития ХБП часто встречались злоупотребление нефротоксических лекарств (анальгетики, НПВП, антибиотики) соответственно $58,57 \pm 4,92\%$ ($n=123$) и $62,61 \pm 4,83\%$ ($n=67$); наличие хронических очагов инфекции, из них в большом количестве выявлен кариес зубов $58,57 \pm 4,92\%$ ($n=123$) и $64,48 \pm 4,78\%$ ($n=69$), и на следующем месте хронический тонзиллит $31,90 \pm 4,66\%$ ($n=67$) и $38,31 \pm 4,86\%$ ($n=41$); среди обследуемых женщин постоянно проживающих в сельской местности из не традиционных факторов развития ХБП выявлена нефропатия беременных в анамнезе, соответственно $60,90 \pm 4,87\%$ ($n=81$) и $60,0 \pm 4,89\%$ ($n=51$).

Анализ результатов показывает, что указанные выше факторы недооцениваются как фактор риска развития ХБП, а эффективность профилактических мер неинфекционных хронических заболеваний среди сельского населения достаточно низкая.

Другие изученные факторы, такие как: острые аллергические реакции в анамнезе ($2,38 \pm 1,52\%$, $n=5$ и $13,08 \pm 3,37\%$, $n=14$); хронический средний отит из неинфекционных хронических очагов инфекции ($1,90 \pm 1,36\%$, $n=4$ и $5,60 \pm 2,29\%$, $n=6$); острое кровотечение или гиповолемический шок в анамнезе ($2,85 \pm 1,66\%$, $n=6$ и $4,67 \pm 2,10\%$, $n=5$).

Таким образом, частота встречаемости управляемых (модифицирующих) факторов риска развития ХБП среди обследуемых разная, которая колеблется от $1,90 \pm 1,36\%$ (хронический средний отит) до $58,57 \pm 4,92\%$ (злоупотребление нефротоксическими лекарствами). Из 10 изученных этих факторов риска наиболее значимыми в группе больных установление диагноза на основании данных амбулаторных карт были: злоупотребление нефротоксическими лекарствами ($58,57\%$), дизурия неясной этиологии ($43,80\%$), злоупотребление солеными и горькими пищевыми продуктами ($33,40\%$), вредные привычки ($21,42\%$), проте-

Таблица 3.

Частота встречаемости управляемых факторов риска развития ХБП среди обследованных лиц

Нетрадиционные факторы	Респонденты амбулаторных карт, n=210		«условно здоровое население», n=107		χ^2	P	
	абс	%	абс	%			
Злоупотребление нефротоксическими лекарствами	123	58,6	67	62,6	0,48	>0,05	
Злоупотребление солеными и горькими пищевыми продуктами	71	33,8	45	42,1	2,08	>0,05	
Вредные привычки	45	21,4	44	41,1	13,61	<0,001	
Протеинурия в анамнезе	44	21,0	41	38,3	10,89	<0,001	
Дизурия не ясной этиологии в анамнезе	92	43,8	42	39,3	0,60	>0,05	
Нефропатия беременных*	81	60,9	51	60,0	0,02	>0,05	
Артериальная гипертензия при беременности*	52	39,1	34	40,0	0,02	>0,05	
Острые аллергические реакции в анамнезе	5	2,4	14	13,1	14,41	<0,001	
Острое кровотечение или гиповолемический шок в анамнезе	6	2,9	5	4,7	0,70	>0,05	
Наличие хронических очагов инфекции	Хронический тонзиллит	67	31,9	41	38,3	1,30	>0,05
	Хронический средний отит	4	1,9	6	5,6	3,18	>0,05
	Кариес зубов	123	58,6	69	64,5	1,04	>0,05

Примечание: * – показатели рассчитаны по количеству обследованных женщин в группах соответственно $n=133$ и $n=85$

инурия в анамнезе (20,95%) и нефропатия беременных в анамнезе среди женщин (60,90%). Практически такая же тенденция встречаемости управляемых факторов риска была и в группе с установленными диагнозами при скрининг обследовании. Из выясненного следует: во-первых, у населения, постоянно проживающего в сельской местности, в основном встречаются одинаковые не традиционные факторы риска развития ХБП; во вторых, достаточное большое количество не установленных патологических состояний, связанных с почками с теми же факторами риска.

На каждого выявленного больного приходится 0,51 не выявленных условно больных лиц с одинаковыми управляемыми факторами риска развития ХБП. Выявляемость управляемых факторов риска на одного больного равно соответственно от 3,40 до 4,58 факторов риска.

Из указанного выше следует, что проведение скрининг исследований по выявлению ХБП среди сельского населения оправдывает себя. Кроме того по-видимому, является основой первичной профилактики ХБП и основанием разработки вторичной профилактики ХБП среди сельских жителей.

Следующим этапом исследований были клинико-лабораторные исследования у выявленного нами контингента с целью установления ранней диагностики ХБП с помощью простых, дешевых, надежных и эффективных методов лабораторной диагностики с использованием анализа мочи обследованных.

Всем обследуемым проводили анализ мочи с помощью тест-полосок Combina 13 (“Human GmbH”, Germany). Эти диагностические тест-полоски предназначены для определения полуколичественного измерения концентрации микроальбумина в моче. Тест для измерения микроальбуминурии основан на принципе изменения цвета индикатора под влиянием белков.

Функцию почек оценивали по показателю скорости клубочковой фильтрации (СКФ). В норме СКФ составляет ≥ 120 мл/мин. Распространенность ХБП оценивали по уровню МАУ > 10 мг/л и СКФ < 90 мл/мин/1,73 м².

Среди обследуемых лиц (n=317) ХБП выявлено у 28,70±4,52% (n=91).

Распределение ХБП по стадиям было следующим: ХБП I-стадии у 7,69±2,669% (n=7), ХБП II-стадии у 73,62±4,4% (n=67), ХБП IIIA-стадии 14,28±3,49% (n=13) и ХБП IIIB-стадии 4,39±2,09% (n=4); ХБП IV и V стадии среди обследуемых лиц не обнаружено.

Выводы. При анализе результатов исследования были выявлены некоторые особенности связанные с возрастом и полом обследованных, постоянно проживающих в сельской местности.

Первой особенностью явилось то, что с увеличением возраста обследованных достоверно возрастает, и частота встречаемости ХБП. В группе больных с возрастом старше 60 лет заболеваемость была на 2,6 раза достоверно ($p < 0,05$) больше, чем у лиц с возрастом от 20 до 40 лет. Между обследованными в возрасте от 40 до 60 лет и старше 60 лет – это разница была меньше (в 1,4 раза), однако показатели были достоверно больше в пользу лиц старше 60 лет ($p < 0,05$).

Второй особенностью является половое различие, где частота встречаемости ХБП была в 2,2 раза больше у женщин ($p < 0,05$) по сравнению с мужчинами. Исследования показали, что этот факт в основном связан с наличием в анамнезе женщин нефропатий и артериальной гипертензии беременных. При этом выявляемость нефропатии беременных у женщин в анамнезе составляет соответственно 60,90±4,87%, (n=81) и 60,0±4,89%, (n=51); выявляемость артериальной гипертензии беременных составила соответственно 39,09±4,87%, (n=52) и 40,0±4,89%, (n=34) в группах исследования.

Третьей особенностью явилось то, что практически все обследованные сельские женщины, которые перенесли нефропатию и/или артериальную гипертензию при беременности не наблюдались по месту жительства (в первичном звене здравоохранения) после выписки из родильных комплексов или перинатальных центров. Это обстоятельство, также является

одним из важных факторов риска, проводящих к развитию ХБП у женщин.

Использованная литература:

1. Гулов М.К., Абдуллаев С.М., Рафиев Х.К. Качество жизни пациентов с хронической болезнью почек // Российский медико-биологический вестник имени академика И.Л. Павлов. 2018, № 4. - С. 493–499.
2. Стаценко М.Е., Туркина И.А. Висцеральное ожирение как маркер риска полиорганного поражения // Вестник ВолгГМУ. - 2017, №1. - С.10-14.
3. Швецов М.Ю. Хроническая болезнь почек как общемедицинская проблема: современные принципы нефропрофилактики и нефропротективной терапии. Consilium Medicum. 2014, № 07 – С. 51–64.
4. Akhmedova N.Sh. Features of screening of renal function in an outpatient setting // MEDICUS (International medical journal). –Volgograd, 2019, No. 2 (26). - С 17-21 (IF - 0.23).
5. Akhmedova N.Sh. The importance of proteinuria as a predictor of diagnosis and a factor for the development of chronic kidney disease // European science review. –Vienna, – 2018.–№ 7-8 P. 84-85(14.00.00. №19).
6. James M.T., Hemmelgarn B.R., Tonelli M.: Early recognition and prevention of chronic kidney disease // Lancet 375:2010 – P. 1296–1309.
7. Maksimov Zh.I., Maksimov D.M. Screening: a modern perspective on early diagnosis and prevention of chronic non-communicable diseases // Archive of Internal Medicine, Ural, 2014 - pp. 52–56.
8. Shvetsov M.Yu. Chronic kidney disease as a general medical problem: modern principles of nephroprophylaxis and nephroprotective therapy // Zh. Consiliummedicum. - 2014, T. 16, No. 7. - P. 51–64.