

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК**Н. Ш. Ахмедова, М. К. Амонов**

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

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

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. На основе интерпретации полученных данных был использован методический подход ряда исследователей, применявших его для оценки различных факторов. В данном случае для анализа был выбран 21 фактор, который занимал определенное место в возникновении и развитии ХБП.

БУЙРАК СУРУНКАЛИ КАСАЛЛИГИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ АНИҚЛАШ ВА ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИНИ МУКАММАЛЛАШТИРИШ**Н. Ш. Ахмедова, М. К. Амонов**

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Бугунги кунда ҳамма жойда сурункали буйрак касаллиги (СБК) - бу касалликнинг сўнгги босқичи ривожланиши туфайли аҳоли орасида кенг тарқалиши, ногиронлик, ўлим билан боғлиқ чуқур ижтимоий-тиббий ва иктисодий оқибатларга олиб келадиган умумий тиббий муаммо. Олинган маълумотларнинг талқини асосида турли хил омилларни баҳолаш учун уни қўллаган бир қатор тадқиқотчилар томонидан услубий ёндашув қўлланилган. Бундай ҳолда, таҳлил қилиш учун 21 омил танланган бўлиб, улар СБК пайдо бўлиши ва ривожланишида маълум бир жойни эгаллаган.

IDENTIFICATION OF RISK FACTORS AND OPTIMIZATION OF EARLY DIAGNOSTICS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE**N. Sh. Akhmedova, M. K. Amonov**

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

Everywhere today, chronic kidney disease (CKD) is a general medical problem with profound socio-medical and economic consequences associated with its widespread prevalence among the population, disability, mortality due to the development of the terminal stage of the disease. Based on the interpretation of the data obtained, a methodological approach was used by a number of researchers who applied it to assess various factors. In this case, 21 factors were selected for analysis, which occupied a certain place in the onset and development of CKD.

Введение. Многочисленные клинические и эпидемиологические исследования, проведенные в мире за последние годы, показывают, что распространенность ХБП высока и не уступает распространенности таких социально значимых заболеваний, как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность [2,4,5]. ХБП отмечается у 12–28% населения в странах с разным этническим составом и экономическим развитием, признаки хронической болезни почек стадий С3–С5 среди жителей составляет 5,9–8,1%, в Японии до 18,7%, в США этот показатель составляет 15,7% [6,7].

Материалы и методы исследования. На основе интерпретации полученных данных был использован методический подход ряда исследователей, применявших его для оценки различных факторов.

В данном случае для анализа был выбран 21 фактор, который занимал определенное место в возникновении и развитии ХБП.

Результаты исследования. К ним относили: возраст больного старше 60 лет; избыточная масса тела; ожирение; артериальная гипертония; ишемическая болезнь сердца; сахарный диабет; ревматические заболевания; гиперлипидемия; патология мочевыводящих путей; ишемическая болезнь сердца у родственников прямой линии; гипертоническая болезнь у родственников прямой линии; сахарный диабет у родственников прямой линии;

Таблица 1.

Частота встречаемости факторов риска у обследованных с критерии хронической болезни почек (M±m)

Факторы риска	Количество обследованных, у которых имелись критерии ХБП (n=317)	
	абс	%
Возраст старше 60 лет	88	27,8
Избыточная масса тела	171	53,9
Ожирение	52	16,4
Артериальная гипертония	204	64,4
Ишемическая болезнь сердца	81	25,6
Сахарный диабет	51	16,1
Ревматологические заболевания	27	8,5
Гиперлипидемия	193	60,9
Патология мочевыводящих путей	63	19,9
Артериальная гипертония у родственников прямой линии	169	53,3
Ишемическая болезнь сердца у родственников прямой линии	122	38,5
Сахарный диабет у родственников прямой линии	67	21,1
Нефропатия беременных у женщин в анамнезе	132	58,4
Гипертензия беременных у женщин в анамнезе	88	27,8
Протеинурия в анамнезе	91	28,7
Дизурия неясной этиологии	120	37,9
Вредные привычки (табакокурение, прием алкоголя)	110	34,7
Злоупотребление лекарственными препаратами	179	56,5
Наличие хронических очагов инфекции	290	91,5
Острые аллергические реакции в анамнезе	19	6,0
Острое кровотечение или гиповолемический шок в анамнезе	11	3,5

нефропатия беременных у женщин в анамнезе; гипертония беременных у женщин в анамнезе; протеинурия в анамнезе; дизурия неясной этиологии в анамнезе; вредные привычки – табакокурение и приём алкоголя; злоупотребление лекарственными препаратами (НПВП и антибиотики, анальгетики); наличие хронической инфекции; острые аллергические реакции в анамнезе; острое кровотечение и/или гиповолемический шок в анамнезе (табл. 1).

Как видно из таблицы наиболее значимыми факторами риска, которые выявлялись чаще остальных (более 50% случаев), были следующие: артериальная гипертония 204 (64,4%); гиперлипидемия 193 (60,9%); наличие хронической инфекции 290 (91,5%); избыточная масса тела 171 (53,9%); злоупотребление лекарственными препаратами 179 (56,5%); гипертоническая болезнь у родственников прямой линии 169 (53,3%); нефропатия беременных женщин в анамнезе 132 (58,4%).

Наименее значимыми факторами риска у обследованных, были следующие: острое кровотечение и/или гиповолемический шок в анамнезе 11 (3,5%); острые аллергические реакции в анамнезе 19 (6,0%); ревматические заболевания 27 (8,5%).

Полученные результаты показывают, что данные материалы не дают полного представления о влиянии факторов риска на формирование и развитие ХБП.

В связи с этим все больные были разделены на 2 группы – по уровню микроальбуминурии и функциональному состоянию почек.

Все выбранные 317 обследованных были распределены на следующие группы по уровню МАУ:

1 группа – обследованные (n=91) с МАУ>30 г/мл (выше границы нормы) с нарушением фильтрационной функции почек (СКФ<120 мл/мин/1,73 м²). В эту группу

включены больные с параметрами микроальбуминурии от 30 до 80 мг/л (средний уровень) и от 80 до 150 мг (высокий уровень);

2 группа – обследованные (n=226) с МАУ>30 г/мл (выше границы нормы) с сохранением фильтрационной функции почек (СКФ ≥ 120 мл/мин/1,73 м²). В эту группу включены обследованные, у которых показатели микроальбуминурии на границе нормы (МАУ=10 мг/л), но альбумин/креатининовое отношение (ACR) с патологическим отклонением (Abnormal – патология и High abnormal – выраженная патология), которое имеет диагностическое значение при раннем определении ХБП.

Результаты исследований по определению частоты встречаемости факторов риска формирования и развития ХБП приведены в таблице 2.

Результаты исследования показывают, что количество наиболее значимых факторов риска увеличивается у обследованных 1-й группы и доходит до 8 факторов: протеинурия в анамнезе (48,35±4,99, n=44); злоупотребление лекарственными препаратами (50,55±4,99, n=46); избыточная масса тела (53,84±4,98, n=49); дизурия неясной этиологии в анамнезе

Таблица 2.

Сравнительная частота встречаемости факторов риска у обследованных с повышенной микроальбуминурией

Факторы риска	МАУ>30 с нарушением фильтрационной функции почек, n=91		МАУ>30 с сохранением фильтрационной функции почек, n=226		χ^2	P
	абс	%	абс	%		
Возраст старше 60 лет	56	61,5	32	14,2	72,62	<0,001
Избыточная масса тела	69	75,8	102	45,1	24,60	<0,001
Ожирение	25	27,5	27	11,9	11,40	0,001
Артериальная гипертензия	82	90,1	122	54,0	36,91	<0,001
Ишемическая болезнь сердца	27	29,7	54	23,9	1,14	0,286
Сахарный диабет	20	22,0	31	13,7	3,28	0,070
Ревматологические заболевания	8	8,8	19	8,4	0,01	0,912
Гиперлипидемия	83	91,2	110	48,7	49,29	<0,001
Патология мочевыводящих путей	19	20,9	44	19,5	0,08	0,776
Артериальная гипертензия у родственников прямой линии	63	69,2	177	78,3	2,91	0,088
Ишемическая болезнь сердца у родственников прямой линии	30	33,0	74	32,7	0,00	0,9694
Сахарный диабет у родственников прямой линии	22	24,2	49	21,7	0,23	0,6299
Нефропатия беременных у женщин в анамнезе	72	79,1	60	26,5	73,79	<0,001
Гипертензия беременных у женщин в анамнезе	32	35,2	56	24,8	3,49	0,0618
Протеинурия в анамнезе	44	48,4	47	20,8	24,07	<0,001
Дизурия неясной этиологии	48	52,7	72	31,9	12,03	<0,001
Вредные привычки	42	46,2	66	29,1	8,30	<0,01
Злоупотребление лекарственными препаратами	66	72,5	113	50,0	13,39	<0,001
Наличие хронических очагов инфекции	91	100,0	199	88,1	11,88	<0,001
Острые аллергические реакции в анамнезе	6	6,6	13	5,8	0,08	0,775
Острое кровотечение или гиповолемический шок в анамнезе	3	3,3	8	3,5	0,01	0,915

(52,75±4,99, n=48); гиперлипидемия (69,23±4,61, n=63); артериальная гипертония у родственников прямой линии (69,23±4,61, n=63); артериальная гипертония (79,12±4,06, n=72); наличие хронических очагов инфекции (90,11±2,98, n=82).

Во 2-й группе картина несколько иная, так как наиболее значимых факторов было 6 и они следующие: избыточная масса тела 122 (54,0%); гиперлипидемия 130 (57,5%); артериальная гипертония 132 (58,4%); злоупотребление лекарственными препаратами 133 (58,9%); наличие хронических очагов инфекции 208 (92,0%).

Между 1 и 2 группами совпадения или повторения наиболее значимых факторов риска было по следующим параметрам: артериальная гипертония, гиперлипидемия, избыточная масса тела, злоупотребление лекарственными препаратами, наличие хронических очагов инфекции (рис. 1).

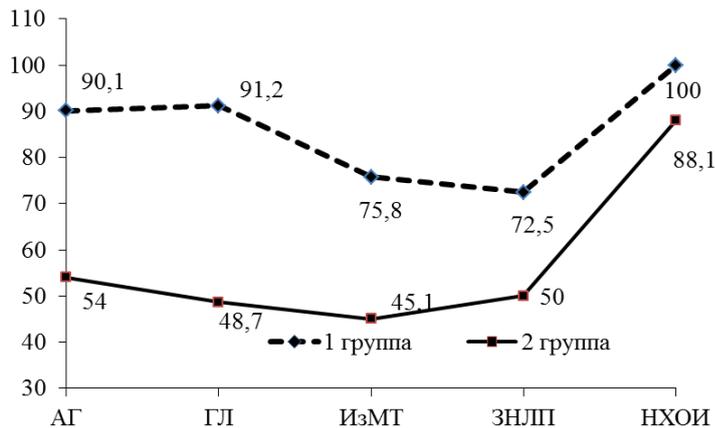


Рис. 1. Сравнительные показатели наиболее значимых факторов риска в обеих исследуемых группах (%).

Таким образом, нами были выявлены наиболее значимые факторы риска формирования и развития ХБП у обследованных; отмечены повторения некоторых параметров (n=5), что повторяет судить о важности выявления данных факторов риска для диагностики и прогноза ХБП у взрослых обследованных. Для надежности и эффективности диагностики и прогноза ХБП мы предлагаем 10 факторов риска выявленные в 1-й группе.

Ранее нами были приведены результаты исследований по

распространенности ХБП у лиц постоянно проживающие в сельской местности, определены основные факторы риска развития и прогрессирования, а также доказаны взаимосвязь между развитием ХБП и избыточной массы тела и ожирения, разработан программный продукт «Программа для раннего определения хронической болезни почек среди населения входящих в группу риска» (ЭВМ № DGU 05593 от 24 августа 2018 года).

Следующим этапом наших исследований было проведение оптимизации тактики раннего выявления и путей профилактики прогрессирования ХБП.

Также нами установлено, что основным инструментом оптимизации тактики раннего выявления ХБП является скрининг, который является наиболее современным методом выявления факторов риска и их действия на развитие ХБП, позволяет оптимизировать процесс раннего выявления ХБП среди населения, особенно среди сельских жителей.

Проведение скрининга позволило выявить больных ХБП на 28,7% больше чем при первичной обращаемости населения в первичное звено здравоохранения (p<0,01). Среди мужчин этот параметр составил 24,2%, а у женщин 75,8%.

Особенностью наших исследований были в том, что скрининг сочетали с интервьюированием населения сельской местности с учетом что вопросы анкеты были установлены максимально приближенными к условиям жизни сельской местности, и как следствие в результате исследований практически были решены два вопроса: оптимизация тактики ранней диагностики ХБП и выявление основных факторов риска развития ХБП у лиц постоянно проживающих в сельской местности.

Таким образом установлено, что скрининг населения сельской местности является эффективным, надежным способом раннего выявления развития ХБП, одновременное проведение анкетирования (интервьюирование) населения позволяет выявить и основные факторы риска развития и прогрессирования ХБП. Тем самым одновременное проведение

скрининга и анкетирования (интервьюирование) определяет не только тактику раннего выявления ХБП, но и стратегию проведения профилактических мероприятий.

Своевременно проведенные меры первичной и вторичной профилактики ХБП в условиях первичного звена здравоохранения в сельской местности, являются надежными и эффективными мерами снижения заболеваемости и улучшения качества жизни больных с ХБП.

На основе проведенных исследований нами разработаны и предложены для практического здравоохранения следующие этапы первичной и вторичной профилактики ХБП:

1. Этапы первичной профилактики развития ХБП среди сельского населения:

- подготовка к скрининговым исследованиям (определение сельских пунктов населения с наиболее высоким уровнем заболеваемости, по официальным документам органов здравоохранения; изучение образа и условий жизни населения; разработка специальных анкет или использование существующих; установление количество привлекаемого к скринингу населения по методам генеральной и выборочной совокупности; подготовка персонала проводящего скрининг исследования и источники финансирования);

- проведение скрининг обследования сельского взрослого населения для выявления факторов риска и определения групп риска ХБП с включением возрастных особенностей;

- информирование пациентов или выявленных лиц постоянно проживающих в сельской местности, которые были включены в группу риска развития ХБП о нарушении функции почек и о факторах риска развития у них ХБП;

- создание информационного листа в амбулаторных картах, который содержит полную информацию о нетрадиционных факторах риска развития и прогрессирования ХБП (индекс массы тела, ОТ, ОБ, вредные привычки, часто применяемые лекарства, наличие хронических очагов инфекции, заболевания родственников прямой линии) и систематичное (каждые 3 месяца) обновление данных врачом общей практики данного участка для определения эффективности проведенных профилактических и/или лечебных мероприятий;

- учитывая установленное диагностическое значение микроальбуминурии для раннего выявления развития и прогрессирования ХБП, целесообразно определить параметр диагностики ХБП 1 раз в год у лиц включенных в группу риска в ходе скрининга в амбулаторных условиях.

Учитывая трудности и нецелесообразности скрининга населения для раннего выявления ХБП, а также высокую стоимость и трудоемкость проведения лабораторных исследований при проведении массовых обследований среди сельского населения рекомендуется ограничиться проведением анкетирования (интервьюирование) среди взрослого населения сельских районов для выявления прогностически значимых факторов риска ХБП силами работников первичного звена здравоохранения, исследователей и волонтеров с высшим медицинским образованием. При этом специалисты, заполняющие анкету проходят инструктаж о причинах развития и клинических симптомах ХБП. Это дает следующие преимущества: во-первых, повышение медицинского образования и санитарной культуры населения, во-вторых пропаганда здорового образа среди сельских жителей.

Этапы вторичной профилактики развития и прогрессирования ХБП:

- создание электронного регистра сельского населения, включенных в группы развития ХБП в ходе скрининг исследований;

- создание школы нефрологического пациента с определенной программой обучения для групп сельского населения, имеющие высокий риск развития и прогрессирования ХБП, у которых диагностирован ХБП выше 3Б стадии. Сельские жители, включенные в группу риска, приобретают знания о диетических особенностях, правилах приема лекарственных препаратов, образе жизни, получение своевременной терапии для сохранения и преодоления ранних этапов ХБП, юридических моментах получения лечения, в том числе

стационарного;

- проведение повторных анализов крови и мочи у данных лиц, с определением креатинина и мочевины, расчета СКФ, микроальбумина в моче у женщин переносящие нефропатию и гипертонию во время беременности 1 раз в год;

- целесообразное планирование консультации специалистов – нефрологов 1 или 2 раза в год для сельского контингента входящих в группу риска для своевременного и эффективного выявления и лечение ХБП на ранних стадиях.

Выводы:

- наиболее значимыми факторами риска развития ХБП явились – артериальная гипертония, гиперлипидемия, избыточная масса тела, злоупотребление лекарственными препаратами (НПВП и антибиотики), наличие хронических очагов инфекции;

- для ранней диагностики и вторичной профилактики требуется определение диапазонов риска и границ отделяющих группу больных с риском развития ХБП;

- выявлена прямая тесная взаимосвязь между индексом риска ХБП и микроальбуминурией у обследованных больных.

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.