

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА АССОЦИИРОВАННЫЕ С МИКРОАЛЬБУМИНУРИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Н. Ш. Ахмедова, Г. Т. Сулаймонова

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Ключевые слова: ХБП, факторы риска, ранняя диагностика, профилактика, микроальбуминурия.

Таянч сўзлар: СБК, хавф омиллари, эрта ташхис қўйиш, профилактика, микроалбуминурия.

Keywords: CKD, risk factors, early diagnosis, prevention, microalbuminuria.

Основным диагностическим методом хронической болезни почек (ХБП) является исследование мочи, где обнаруживается протеинурия и изменения осадка мочи. В бессимптомно текущих стадиях ХБП и при отсутствии клинически явной протеинурии исследование мочи на микроальбуминурию позволяет диагностировать в ранних стадиях хроническое поражение почек. Достоверное значение протеинурии является определением ее количества в суточном сборе мочи обследуемых, который составляет больше 0,5 г сутки, что обычно соответствует МАУ ≤ 300 мг в сутки.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ БИЛАН АССОЦИЯЛАНГАН ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ СОЛИШТИРМА ҲАРАКТЕРИСТИКАЛАРИ

Н. Ш. Ахмедова, Г. Т. Сулаймонова

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

СБК учун асосий диагностика усули - сийдикни таҳлил қилиш, бу протеинурия ва сийдик чўқиндисиди ўзгаришларни аниқлайди. СБКнинг асимптоматик оқим босқичларида ва клиник жихатдан аниқ протеинурия бўлмаганида, микроалбуминурия учун сийдик таҳлили буйракнинг сурункали шикастланишининг дастлабки босқичларида ташхис қўйиш имконини беради. Протеинуриянинг ишончли қиймати бу субъектларнинг кунлик сийдик йиғиш микдорини аниқлашдир, бу кунига 0,5 г дан ошади, бу одатда кунига МАУ -300 мг га тўғри келади.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF RISK FACTORS ASSOCIATED WITH MICROALBUMINURIA IN PATIENTS WITH CKD

N. Sh. Akhmedova, G. T. Sulaimonova

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

The main diagnostic method for CKD is urinalysis, where proteinuria and changes in urine sediment are detected. In asymptomatic current stages of CKD and in the absence of clinically overt proteinuria, urinalysis for microalbuminuria allows diagnosis in the early stages of chronic kidney damage. A reliable value of proteinuria is the determination of its amount per daily urine collection of the subjects, which is more than 0.5 g per day, which usually corresponds to MAU ≤ 300 mg per day.

Материалы и методы исследования. Для целей эффективной профилактики очень важно разделить все факторы риска ХБП на управляемые и неуправляемые. Также многочисленными авторами указано что, для устранения или коррекции риска развития заболевания или предупреждения обострений нужно учитывать особенности фактора риска. По характеру факторов риска ХБП имеются следующие виды:

- факторы, повышающие восприимчивость на ХБП: пожилой возраст, семейный анамнез по ХБП, низкий вес при рождении, расовые и этнические отличия;
- факторы инициации, вызывающие непосредственное повреждение почечной паренхимы: сахарный диабет, артериальная гипертензия, аутоиммунные заболевания, инфекции мочевого тракта, обструкция нижних МВП, лекарственная токсичность;
- факторы прогрессирования, которые способствуют дальнейшему повреждению почечной паренхимы и ускоряют снижение почечной функции: высокая протеинурия, не контролируемое уровня гликемии при сахарном диабете и высокое АД, гиперлипидемия.

Эффективная политика профилактики прогрессирования ХБП полагается на изучение широко распространенных факторов риска развития, своевременного выявления групп риска с использованием современных методов ранней диагностики и как следствие замедляется прогрессирование ХБП среди населения.

В последние годы по результатам научных исследований (Добронравов В.А. и соавт., 2009) доказано что микроальбуминурия, как предиктор ранней диагностики эндотелиального повреждения, одновременно является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Более того в настоящее время обсуждаются взаимоотношенности почечной и сердечно-сосудистой патологии (Gansevoort R.T., 2009; Абдуллаев Ш.С., 2013), так как большинство из традиционных факторов развития сердечнососудистых заболеваний одновременно являются и факторами риска прогрессирования ХБП.

Результаты исследования. Проведенными нами исследованиями установлено, что между частотой встречаемости факторов риска развития ХБП и определенного уровня микроальбуминурии имеется прямая пропорциональная связь (рис. 1).

Установлено, что с повышением уровня МАУ увеличивается и выявляемость факторов риска. Это доказанная взаимосвязь особенно заметна при изучении такого фактора риска как артериальная гипертония: 18,64±3,64% при МАУ=10-30 мг/л; 37,74±4,84% при МАУ=30-80 мг/л и 43,62±4,95% при МАУ>80 мг/л; кроме того такая же картина наблюдалась при встречаемости ишемической болезни сердца: 13,75±3,43% при МАУ=10-30 мг/л; 32,51±4,68% при МАУ=30-80 мг/л и 53,75±4,98% при МАУ>80 мг/л. Такие же данные получены при факторе риска злоупотребления нефротоксических лекарств 21,78±4,37% при МАУ=10-30 мг/л, 33,68±4,72% при МАУ=30-80 мг/л и 35,26±4,77% при МАУ>80 мг/л; Близкие показатели получены и при изучении наличия хронических очагов инфекции со следующими показателями: 21,78±4,37% при МАУ=10-30 мг/л; 33,68±4,72% при МАУ=30-80 мг/л и 35,26±4,77% при МАУ>80 мг/л. Особо нужно отметить и такой фактор риска как нефропатия беременных в анамнезе у женщин, где получены следующие параметры: 26,51±4,41% при МАУ=10-30 мг/л, 31,81±4,65% при МАУ=30-80 мг/л и 41,66±4,92% при МАУ>80 мг/л.

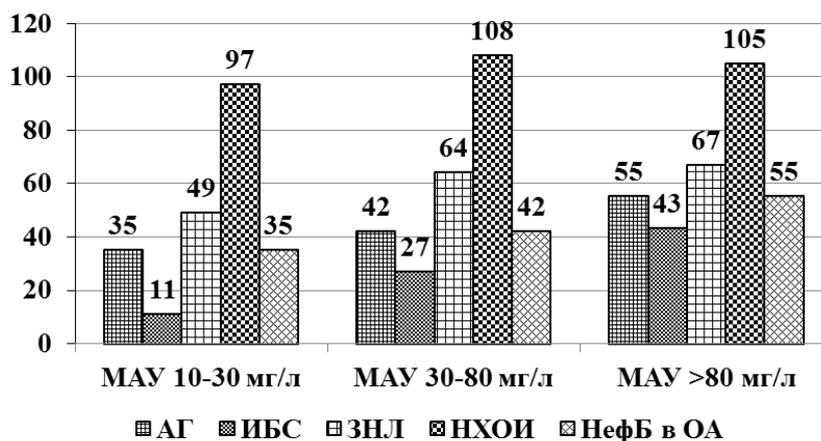


Рис. 1. Частота встречаемости факторов риска у обследованных в зависимости от уровня микроальбуминурии.

Примечание: МАУ – микроальбуминурия; АГ – артериальная гипертония; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ЗНЛП – злоупотребление нефротоксических лекарств; НХОИ – наличие хронических очагов инфекции; НефБ в А – нефропатия беременных в анамнезе.

У обследованных с уровнем МАУ в границах нормы (МАУ= 10 мг/л), но с патологическим отклонением отношений креатинина/микроальбумина (АСR – abnormal) частота выявления фактором риска развития ХБП, показали следующие параметры:

- артериальная гипертония в 18,64±3,64% (n=38) случаях;
- ишемическая болезнь сердца в 13,75±3,43% (n=10) случаях;
- злоупотребление нефротоксических лекарств в 25,87±4,37% (n=46) случаях;
- наличие хронических очагов инфекции в 18,38±3,87% (n=57) случаях;
- нефропатия беременных в анамнезе в 26,51±4,41% (n=35) случаях.

Известно, что альбуминурия используется как ранний маркер повреждения клубочкового фильтра, однако при протеинурии и/или МАУ одновременно повреждаются и почеч-

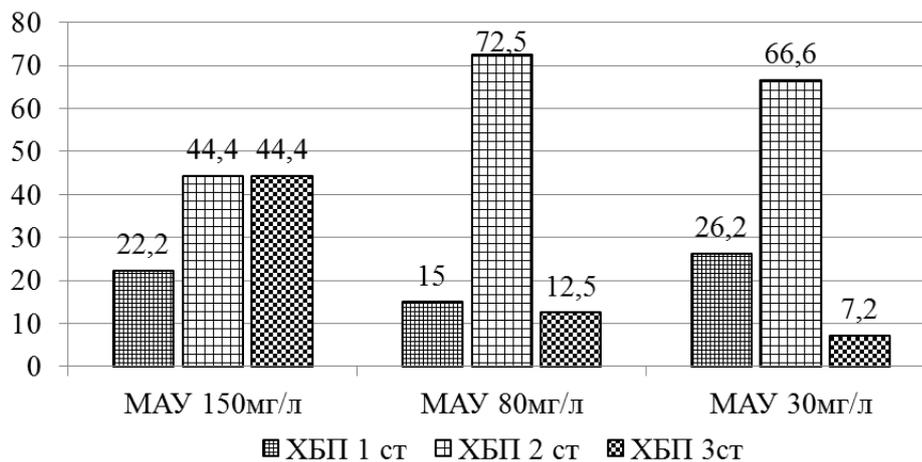


Рис. 2. Распространенность микроальбуминурии в зависимости от стадии ХБП у обследованных

ные каналы. Белки попадающие в первичную мочу оказывают токсическое воздействие на клетки канальцевого эпителия и активируют развитие тубулоинтерстициального фиброза (Нац. реком. ХБП, РФ, 2012).

Для определения значения МАУ как фактора риска развития и/или прогрессирования ХБП, нами проанализирована взаимосвязь уровня микроальбуминурии и стадии ХБП (рис. 2).

Среди обследуемых лиц (n=317) с установленным диагнозом ХБП выявлено у 28,7±4,52%. Распределение МАУ по стадиям ХБП было следующим: при начальном повышении МАУ (30 мг/л) встречаемость ХБП 3-стадии было в 7,14±2,57% случаях, на 2-й стадии в 66,66±4,71% и на 1-й стадии в 26,19±4,39% случаях (p<0,001).

Среди обследованного контингента с повышением уровня МАУ до 80 мг/л встречаемость ХБП 3-й стадии составило 12,5±3,3%; 2-й стадии 72,5±4,96% и 1-й стадии 15,0±3,5% (p<0,01); при уровне МАУ более 150 мг/л 3-й стадии ХБП установлено у 38,9±4,87%, 2-й стадии у 38,9±4,87%; 1-й стадии ХБП у 22,22±4,15% (p<0,01) обследованных.

Основным диагностическим методом ХБП является исследование мочи, где обнаруживается протеинурия и изменения осадка мочи. В бессимптомно текущих стадиях ХБП и при отсутствии клинически явной протеинурии исследование мочи на микроальбуминурию позволяет диагностировать в ранних стадиях хроническое повреждение почек.

Определение протеинурии в суточной моче требует особых условий для сбора мочи. В настоящее время в клинической лаборатории широко используется система тест-полосок для анализа мочи, содержащие в себе одновременно возможность определения микроальбумина и креатинина в моче обследуемых лиц.

Для уточнения вероятности МАУ определили альбумин/креатининовое отношение (ACR). Это отношение оценивали по следующей шкале: Normal – нормальное; Abnormal – патология; High abnormal – выраженная патология.

Начальное повышение микроальбуминурии (МАУ=10-30 мг/л) определено в 46,33±4,98% (n=147), среднее повышение (30–80 мг/л) в 23,03±4,20% (n=73) и высокий уровень МАУ (80–150 мг/л) в 2,84±1,66% (n=9) случаях (рис. 3).

Таким образом, частота выявления МАУ>30 мг/л у женщин была больше (68,6±4,64%), чем у мужчин (46,6±4,98%). При анализе выявления частоты МАУ>30мг/л в разных возрастных группах было установлено, что у лиц старшего возраста (<60 лет) МАУ встречалась чаще (40,6±4,91%), чем у среднего (29,8±4,57%) и молодого (13,8±3,44%) возраста контингента (p<0,001).

Таким образом, определение МАУ имеет диагностическое значение и позволяет более ранее выявление больных разных групп риска с ХБП. Определение МАУ в амбулаторных условиях позволит проводить раннюю диагностику ХБП, кроме того этот метод позволит провести эффективную первичную и вторичную профилактики. Микроальбуминурия, явля-

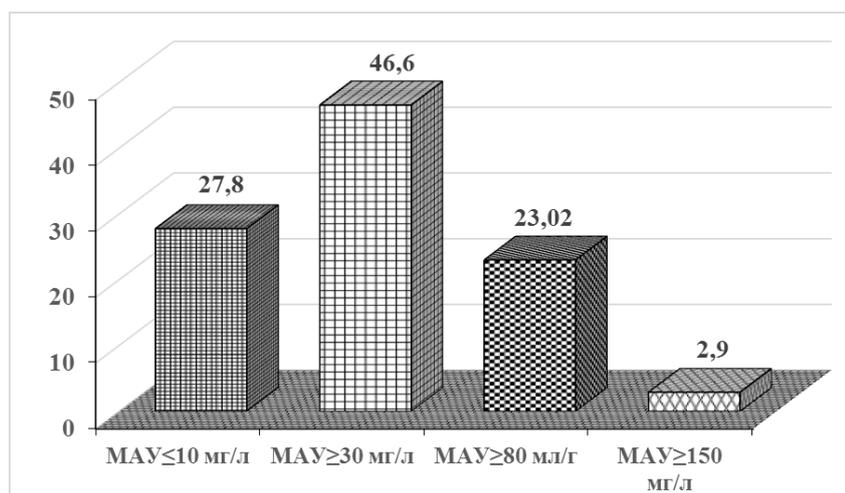


Рис. 3. Распространенность альбуминурии у обследованных в зависимости от степени МАУ (в %).

яющая предиктором ранней диагностики ХБП, одновременно является фактором риска развития ХБП. Повышение уровня протеинурии/микроальбуминурии ухудшает прогноз течения ХБП. Учитывая тесную, прямую связь между количеством выделяемого альбумина с мочой и степени развития ХБП можно прийти к выводу об особом значении МАУ в развитии и прогрессировании ХБП у обследованных.

Выводы. Из перечисленного выше можно сделать заключение, что раннее определение МАУ в скрининг обследованиях имеет несколько особенностей:

- во-первых, микроальбумин является ранним диагностическим предиктором, при определении его в моче, которая на 8–10 лет раньше позволит диагностировать ХБП до проявления специфических клинических симптомов повреждения почки. Кроме того, в этом смысле МАУ имеет большое значение как, прогностический фактор риска для ХБП, сердечно-сосудистых патологий и сахарного диабета;
- во-вторых, раннее определение МАУ позволит определить ХБП при начальных стадиях, что улучшает качество жизни больных и снижает затраты на проведение ЗПТ при ТПН;
- в-третьих, определение МАУ позволит проводить вторичную профилактику ХБП и снижает вероятность прогрессирования ХБП.

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.