



РИСК РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В УСЛОВИИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Даминава К.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

✓ Резюме

В статье представлены результаты наблюдения 217 больных с органами мочевого выделения, со стабильными формами ИБС и гипертонической болезни, эндокринных заболеваний и сахарным диабетом в условиях первичного звена здравоохранения. Методом анкетирования у обследованных был выявлен целый ряд факторов, ассоциированных с ХБП: наличие АГ и СД, ожирение и нарушение липидного спектра, курение, злоупотребление анальгетиками, малоподвижный образ жизни, ограничение потребления жидкости, наличие ХБП у прямых родственников.

При обследовании больных с такими заболеваниями как СД, ГБ или наличие АГ, ХСН, диффузными заболеваниями отмечается наличие ХБП и без начальных ее клинических проявлений.

Ключевые слова: Хроническая болезнь почек, факторы риска, первичное звено.

BIRINCHI BIRINCHA SAĞLIQ YO'RG'ASIDA SURUNKAL BUYRAK KASALLIKINING RIVOJLANISH VA PROGRESSIYASI XAVFI.

Daminova K.M.

Toshkent davlat stomatologiya instituti, Toshkent, O'zbekiston

✓ Rezyume

Maqolada birlamchi tibbiy-sanitariya yordamida koronar arteriya kasalliklari va gipertoniya, endokrin kasalliklar va qandli diabetning barqaror shakllari bilan og'rigan siydik chiqarish a'zolari bo'lgan 217 nafar bemorni kuzatish natijalari keltirilgan. So'rov usuli tekshirilgan bemorlarda KKH bilan bog'liq bir qator omillarni aniqladi: AH va DM ning mavjudligi, semizlik va lipid kasalliklari, chekish, og'riq qoldiruvchi vositalarni suiiste'mol qilish, harakatsiz turmush tarzi, suyuqlik iste'molini cheklash, bevosita qarindoshlarida CKD mavjudligi.

Qandli diabet, gipertenziya yoki gipertenziya, CHF, diffuz kasalliklar kabi kasalliklarga chalingan bemorlarni tekshirganda, CKD mavjudligi uning dastlabki klinik ko'rinishlarisiz qayd etiladi.

Kalit so'zlar: Surunkali buyrak kasalligi, xavf omillari, birlamchi tibbiy yordam.

RISK OF DEVELOPMENT AND PROGRESSION OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PRIMARY HEALTH CARE

Daminova K.M.

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan

✓ Resume

The article presents the results of observation of 217 patients with urinary organs, with stable forms of coronary artery disease and hypertension, endocrine diseases and diabetes mellitus in primary health care. The survey method revealed a number of factors associated with CKD in the examined patients: the presence of AH and DM, obesity and lipid disorders, smoking, abuse of analgesics, sedentary lifestyle, restriction of fluid intake, the presence of CKD in direct relatives.

When examining patients with diseases such as diabetes, hypertension or the presence of hypertension, CHF, diffuse diseases, the presence of CKD is noted without its initial clinical manifestations.

Key words: Chronic kidney disease, risk factors, primary care.

Актуальность

Хроническая болезнь почек (ХБП) является неизбежным и естественным исходом практически всех, за редким исключением, нефропатий независимо от их природы, при которых функция почек снижается на протяжении ряда лет и даже десятилетий. Многие люди вообще не догадываются о том, что их почки больны [3]. В разных странах в процессе скрининг-исследований десятков тысяч людей на основании показателей исследований мочи и функции почек было обнаружено, что примерно у каждого десятого человека наблюдается поражение почек: у некоторых более легкое, у других более серьезное, что в конечном результате может потребовать замещающее работу почек лечение – диализ, либо пересадку почки[7].

Распространенность ХБП в мире сопоставима с такими социально значимыми заболеваниями, как гипертоническая болезнь и сахарный диабет, а также ожирение и метаболический синдром [3,6]. Признаки повреждения почек и/или снижение скорости клубочковой фильтрации выявляют, как минимум, у каждого десятого представителя общей популяции.

Причинами ХБП могут быть: диабетическая нефропатия, гипертензивная нефропатия, гломерулонефрит, тубулоинтерстициальные заболевания почек, поликистозная дегенерация почек; реже ишемическая нефропатия, обструктивная нефропатия, системные заболевания соединительной ткани, саркоидоз, амилоидоз [8]. Многие годы серьезность проблемы хронической болезни почек (ХБП) недооценивалась, она оставалась в «тени» других социально значимых заболеваний. Опасность ХБП в длительном «немом» периоде, когда пациенты длительное время не испытывают изменений самочувствия, что приводит к позднему выявлению ХБП, когда возможности нефропротективной терапии исчерпаны. В этот «немой» период можно обнаружить развитие ХБП, если обратить внимание на факторы риска. Среди таких факторов риска развития ХБП выделить не-модифицируемые и потенциально модифицируемые факторы риска.

Целью нашего исследования явилось оценить качество и частоту диагностики ХБП в первичном звене здравоохранения на основании изучения не-модифицируемых и потенциально модифицируемых факторов риска.

Материал и методы

В про- и ретроспективное исследование были включены 217 больных с органами мочевого выделения, со стабильными формами ИБС и гипертонической болезни, эндокринных заболеваний и сахарным диабетом в условиях первичного звена здравоохранения. Под ХБП понимают наличие маркеров почечного повреждения (характеризующих активность заболевания) и/или снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ниже 60 мл/мин/1,73 м² (характеризующего стадию и скорость прогрессирования заболевания), сохраняющееся в течение 3 месяцев и более. Особенность проблемы ХБП заключается в преобладании вторичных нефропатий, в связи с чем пациенты длительное время наблюдаются терапевтами и специалистами - «нефрологами», а случаи ХБП как вторичного заболевания практически не учитываются официальной статистикой.

Обследование проводилось в 3 этапа. На 1 этапе всем пациентам была проведена комплексная диагностика патологии почек, выявление факторов риска, анемического синдрома, нарушений фосфорно-кальциевого обмена, состояния ССС, гемодинамики почек, исследование липидного спектра крови и агрегационной активности тромбоцитов. На 2 этапе (через 3 месяца) и 3 этапе (через 6 месяцев) было проведено клиническое и лабораторное обследование, определён темп снижения функционального состояния почек, проведен анализ развившихся осложнений и летальных исходов.

Результат и обсуждение

При первичном осмотре у 15% больных в анамнезе выставлен диагноз ХБП, у 37% больных в анамнезе имеются нарушения со стороны почек, отмечаются некоторые факторы риска, но диагноз ХБП не выставлен, у остальных больных диагноз ХБП поставлен на основании вновь выявленных маркеров после нашего исследования.

При этом по степени развития ХБП, на основе уровня СКФ, больные распределились следующим образом:

1 степень СКФ 60-89 мл/мин/ 1,73м² (n=54); 2 степень СКФ 45-59 мл/мин/ 1,73м² (n=53); 3 степень СКФ 30-44 мл/мин/ 1,73м² (n=58) и 4 степень СКФ 15 -29 мл/мин/ 1,73м² (n=52). При исследовании выявлены такие не модифицируемые факторы риска как пол, возраст, вес при рождении и группа крови. Возраст больных варьировал от 18 до 70 лет. При этом отмечается, что среди пациентов превалировал мужской пол и составил 81% обследованных (175 больной) особенно в старшей возрастной группе.

Результаты исследования показали, чем старше возрастная группа, тем увеличивается количество больных мужского пола.

Кроме того, исследование показало, что не последнюю роль играет также группа крови больных как не модифицируемый фактор риска ХБП. Большинство исследованных имели третью группу крови, что указывает на ее связь развитием ХБП как не модифицируемый фактор риска. У 12% больных наблюдалась 1 группа крови, у 26% - вторая, у 51% - третья и у 11% -4ая. Также необходимо отметить не маловажное значение наличия наследственной предрасположенности у больных. У 40% больных в анамнезе ближайших родственников отмечаются различные изменения со стороны почек, в том числе и хроническая болезнь почек, аномалии развития, нефриты, мочекаменная болезнь и другие. Также отмечена связь первоначально низкого количества нефронов, которое отмечается у больных с малым весом при рождении (больные составили 52%) с развитием патологии со стороны почек.

Для определения влияния не модифицируемых факторов на развитие и прогноз ХБП были изучены у данных больных потенциально не модифицируемые факторы риска. Методом анкетирования у обследованных был выявлен целый ряд факторов, ассоциированных с ХБП: наличие АГ и СД, ожирение и нарушение липидного спектра, курение, злоупотребление анальгетиками, малоподвижный образ жизни, ограничение потребления жидкости, наличие ХБП у прямых родственников. Среди них одним из распространенных явилось курение. Курящими были 174 человека (80,1%), некурящими - 32 (14,7%) и 11 человек (5,1%), утверждали, что бросили курить более 1 года назад.

Основными заболеваниями, по поводу которых пациенты в поликлинику, в 91 % случаев (197 чел.) была артериальная гипертензия (АГ). Второй по частоте наблюдалась ИБС у 59 % пациентов, которая нередко сочеталась с АГ, СД и другими заболеваниями. Сахарный диабет 2 типа имели 46 пациента (21,2%). Еще одним маркером постановки диагноза ХБП явилось наличие альбуминурии. Больных с наличием стойкой микроальбуминурии, без проявлений было 22%, со стойкой протеинурией 15% и с нефротическим синдромом 24%. Это может говорить о том, что начальные признаки ХБП отмечаются без клинических проявлений.

Вместе с тем можно отметить тот, факт, что у 10% больных диагноз ХБП был установлен только на основании стойкого снижения уровня СКФ менее 60 мм/мин в течение 6 месяцев, а у некоторых больных с ее ухудшением в динамике. При этом на прогрессирование ХБП влияло дополнительное наличие альбуминурии, отмечена прямая связь между длительностью альбуминурии и скоростью прогрессирования ХБП.

Анализ данных показал, что вес и наличие ожирения также играет роль как фактор риска ХБП. Диагноз ожирение выставлялся на основании изучения антропометрических данных больного, а также лабораторных данных исследования липидного спектра. На основе антропометрических данных высчитывался индекс массы тела (ИМТ). При этом больные с ИМТ выше 30 кг/м² составили 22% (I степень) обследованных, с ИМТ выше 35 кг/м² – 16% (II степень), и более 40 кг/м² – 6% (III степень). Одновременно у данных больных отмечалось повышенное содержание ЛПНП и ТГ в крови (80%) и низкое содержание ЛПВП у 75% больных. Данный факт свидетельствует о связи заболеваний ССС с почечной патологией.

Выводы

Таким образом, первичное звено здравоохранения играет важную, а иногда основную роль в диагностике ХБП. Необходимо отметить важность оценки факторов риска ХБП не только у больных с почечной патологией. При обследовании больных с такими заболеваниями как СД, ГБ или наличие АГ, ХСН, диффузными заболеваниями отмечается наличие ХБП и без начальных ее клинических проявлений. Необходимо оказывать особое внимание на больных у которых имеются сочетание как модифицируемые, так и не модифицируемые факторы риска, как маркеров наличия и прогрессирования ХБП. Для ранней профилактики развития и

прогрессирования хронической болезни почек необходимо оказывать особое внимание на факторы риска у данной категории больных еще в первичном звене здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агранович Н.В., Пустовой Д.В., Алботова Л.В. Анализ взаимосвязи развития хронической болезни почек у пациентов старших возрастных групп с сердечно-сосудистой патологией. Задачи амбулаторного звена в ранней диагностике и профилактике // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5.-С.649
2. Daminova K.M., Chronic kidney disease: risk factors, early detection // New Day in Medicine 4(32)2020 183-185 <https://cutt.ly/2l4C84e>
3. Крупнова, М.Ю. Факторы риска развития и прогрессирования хронической болезни почек / М.Ю. Крупнова, М.В. Бондаренко, В.В. Марасаев // Клиническая нефрология. - 2013.- № 5.- С. 53-59.
4. Никитин И.Г., Резник Е.В., Зайвая М.А., Эттингер О.А., Кисляков В.А., Гендлин Г.Е. Хроническая болезнь почек. / Учебное пособие. Москва-2019г.
5. Смирнов А.В., Шилов Е.М., Добронравов В.А., Каюкова И.Г., Бобкова И.Н., Швецов М.Ю. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардионефропротекции // Рос. кардиол. Журнал 2014. Т.19, №8. С.7-37.
6. Смирнов А.В., Шилов Е.М., Добронравов В.А. [и др.]. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. // Санкт-Петербург: Левша. Санкт-Петербург, 2012. - 51 с.
7. Peeters M.J., Zuilen A.D., J.A. van den Brand [et al.] Validation of the kidney failure risk equation in European CKD patients. // Nephrol Dial Transplant. – 2013.- Vol. 28(7). - P. 1773-1779.
8. Tangri N., Kitsios G.D., Inker L.A. [et al.]. Risk prediction models for patients with chronic kidney disease: a systematic review. // Ann Intern Med.- 2013.- Vol.158(8).- P. 596-603.

Поступила 09.10.2022