



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (78) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (78)

2025

апрель

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.61 - 06 - 074/.78

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ФАКТОРЫ РИСКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ 1-3 СТАДИИ

Холиков А.Ю. <https://orcid.org/0000-0002-9927-2350>
Абдрахимов А.Р. E-mail: abdrahimovalisher@gmail.com

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии имени академика Ё. Х. Туракулова, 100125, г. Ташкент, Мирзо Улугбекский район, ул. Мирзо Улугбека, 56 тел: +998 (71) 262-27-02 www: endomarkaz.uz
E-mail: info@endomarkaz.uz

²Ферганский филиал Научно-Практический Медицинский Центр Эндокринологии имени акад. Ё.Х. Туракулова Минздрава Республики Узбекистан, Ферганская область, Фергана, ул. Истиклол 9 tel: +998(73)226-84-76

✓ Резюме

Цель исследования – изучить клинико-лабораторную характеристику и факторы риска диабетической нефропатии 1-3 стадии.

Материал и методы. Исследование проведено на базе Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Эндокринологии МЗ РУз, г. Ташкент.

В исследование были включены 65 пациентов с СД 2 типа и ДН 1-3 стадии, которые были разделены на 2 группы:

Первая группа – пациенты с ХБП 3 ст. с СКФ от 59 до 45 мл/мин/1,73 м², n= 27 больных (С3а)

Вторая группа – пациенты с ХБП 3 ст. с СКФ от 44 до 30 мл/мин/1,73 м², n= 26 больных (С3б).

Третья группа - пациенты с СД 2 типа, без ХБП, n= 20 больных.

Результаты исследования. Во 2 группе пациентов имело место достоверность различий в сравнении с 1 группой по всем параметрам: средний возраст, САД, ДАД, частота АГ 1, 2 и 3 ст (артериальная гипертензия), НО по СД 2, избыточный вес, ожирение, ИБС, депрессия, гиподинамия, курение, злоупотребление анальгетиками ($p < 0.005$).

Во 2 группе пациентов имело место достоверность различий в сравнении с 1 группой по всем параметрам: средний возраст, САД, ДАД, частота АГ 1, 2 и 3 ст (артериальная гипертензия), НО по СД 2, избыточный вес, ожирение, ИБС, депрессия, гиподинамия, курение, злоупотребление анальгетиками ($p < 0.005$).

Выводы: Наиболее часто встречающимися факторами риска развития ХБП в нашем исследовании были артериальная гипертония, ожирение, гиподинамия, депрессия ($p < 0.0001$).

Ключевые слова: диабетическая нефропатия 1-3 ст, лаборатория, показатели.

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF DIABETIC NEPHROPATHY STAGES 1-3

Kholikov A.Yu. <https://orcid.org/0000-0002-9927-2350>
Abdrahimov A.R. E-mail: abdrahimovalisher@gmail.com

¹Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology named after Academician Y. Kh. Turakulov, 100125, Tashkent, Mirzo Ulugbek district, st. Mirzo Ulugbek, 56
Tel: +998 (71) 262-27-02 www: endomarkaz.uz E-mail: info@endomarkaz.uz

²Fergana branch Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology named after academician E.Kh. Turakulov of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Fergana region, Fergana, Istiklol street 9 tel: +998(73)226-84-76

✓ **Resume**

The purpose of the study is to study the clinical and laboratory characteristics and risk factors for diabetic nephropathy stages 1-3

Material and research methods. The study was conducted on the basis of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent.

The study included 65 patients with type 2 diabetes and stages 1-3 DN, who were divided into 2 groups:

The first group – patients with stage 3 CKD. with GFR from 59 to 45 ml/min/1.73 m², n= 27 patients (C3a)

The second group – patients with stage 3 CKD. with GFR and from 44 to 30 ml/min/1.73 m², n= 26 patients (C3b).

The third group - patients with type 2 diabetes, without CKD, n = 20 patients.

Research results. In group 2 of patients, there were significant differences in comparison with group 1 in all parameters: average age, SBP, DBP, frequency of hypertension 1, 2 and 3 (arterial hypertension), hereditary burden for DM 2, overweight, obesity, coronary artery disease, depression, physical inactivity, smoking, abuse of analgesics ($p < 0.005$).

In group 2 of patients, there were significant differences in comparison with group 1 in all parameters: average age, SBP, DBP, frequency of hypertension 1, 2 and 3 (arterial hypertension), hereditary burden for DM 2, overweight, obesity, coronary artery disease, depression, physical inactivity, smoking, abuse of analgesics ($p < 0.005$).

Conclusions. The most common risk factors for the development of CKD in our study were arterial hypertension, obesity, physical inactivity, and depression ($p < 0.0001$).

Key words: diabetic nephropathy grade 1-3, laboratory, indicators

DABETİK NEFROPATIYA 1-3 BOSHQACHALARINING KLINIK-LABORATORIY XUSUSIYATLARI VA XAVF OMILLARI

*Kholikov A. Yu. <https://orcid.org/0000-0002-9927-2350>
Abdrahimov A.R. E-mail: abdrahimovalisher@gmail.com*

¹Akademik X. Turaqulov nomidagi respublika ixtisoslashtirilgan endokrinologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi. 100125, Toshkent shahri, Mirzo Ulug'bek tumani, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 56 tel: +998 (71) 262-27-02 www: endomarkaz.uz

E-mail: info@endomarkaz.uz

²Farg'ona filiali akad. X. To'raqulov nomidagi Endokrinologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi. Farg'ona viloyati, Farg'ona, Istiqlol ko'chasi 9 tel: +998 (73)226-84-76

✓ **Rezyme**

Tadqiqotning maqsadi diabetik nefropatiyaning 1-3 bosqichlari uchun klinik va laboratoriya xususiyatlarini va xavf omillarini o'rganishdir.

Materiallar va tadqiqot usullari. O'rganish O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Respublika ixtisoslashtirilgan endokrinologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazida o'tkazildi.

Tadqiqot 2-tur qandli diabet va 1-3 DN bosqichlari bo'lgan 65 nafar bemorni o'z ichiga oldi, ular 2 guruhga bo'lingan: Birinchi guruh - 3-bosqich CKD bilan og'riqan bemorlar. GFR bilan 59 dan 45 ml / min / 1,73 m² gacha, n = 27 bemor (C3a)

Ikkinchi guruh - 3-bosqich CKD bilan og'riqan bemorlar. GFR bilan va 44 dan 30 ml/min/1,73 m² gacha, n= 26 bemor (C3b).

Uchinchi guruh - 2-tur qandli diabet bilan og'riqan bemorlar, CKD bo'lmagan, n = 20 bemor.

Tadqiqot natijalari. Bemorlarning 2-guruhida barcha ko'rsatkichlar bo'yicha 1-guruh bilan solishtirganda sezilarli farqlar mavjud edi: o'rtacha yosh, SQB, DQB, gipertenziya 1, 2 va 3 (arterial gipertenziya), irsiy yuk qandli diabetda 2, ortiqcha vazn, semizlik, koronar arteriya. kasallik, depressiya, jismoniy harakatsizlik, chekish, analjeziklarni suiiste'mol qilish ($p < 0,005$).

Bemorlarning 2-guruhida barcha ko'rsatkichlar bo'yicha 1-guruh bilan solishtirganda sezilarli farqlar mavjud edi: o'rtacha yosh, SQB, DQB, gipertenziya 1, 2 va 3 (arterial gipertenziya), irsiy yuk qandli diabetda 2, ortiqcha vazn, semizlik, koronar arteriya. kasallik, depressiya, jismoniy harakatsizlik, chekish, analjeziklarni suiiste'mol qilish ($p < 0,005$).

Xulosa: Bizning tadqiqotimizda CKD rivojlanishining eng keng tarqalgan xavf omillari arterial gipertenziya, semizlik, jismoniy harakatsizlik va depressiya edi ($p < 0,0001$).

Kalit so'zlar: diabetik nefropatiya 1-3 daraja, laboratoriya, ko'rsatkichlar

Актуальность

Знание предикторов развития и прогрессирования терминальной стадии ХБП при СД 2 типа имеет решающее значение в качестве первого шага к её профилактике. Среди обычно измеряемых переменных анализ мочи с помощью тест-полоски (протеинурия, гематурия), артериальное давление, сывороточный креатинин, индекс массы тела (ИМТ) и сывороточная мочевая кислота являются значимыми предикторами терминальной ХБП (т-ХБП).

По данным японских авторов, протеинурия была наиболее надежным предиктором развития СД; скорректированный относительный риск (95% ДИ) составил 1,90 (1,14–3,17). Ожирение, как таковое, также признано фактором риска развития протеинурии. Чем выше ИМТ, тем выше риск развития ХПН [1; с. 2-6]. Они отметили, что, помимо избыточного веса (ИМТ = 25,0 кг/м², привычка курить была значимым предиктором развития протеинурии. Авторы подчеркнули, что, возможно, влияние ожирения и осложнений СД 2 типа различается среди рас и этнических групп.

Результаты метаанализа литературы, выполненные в многоцентровом исследовании британскими авторами показали, что единственные выявленные первичные исследования, включавшие измерение тяжести, были для СД 2, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и хронической болезни почек (ХБП) при СН. Известными показателями тяжести и изменения были гликозилированный гемоглобин (HbA1c) для СД 2 и объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1) для ХОБЛ. Структура для измерения функции почек и изменения в исследованиях СН была основана на рСКФ или креатинине (Кр). Более широкий термин «почечная дисфункция» (ПД) может также включать нормальные или субпороговые уровни функции почек без фоновой и установленной ХБП. Таким образом, на основании руководств [2; с.98-106;3; с. 629-34] «любая почечная дисфункция» была определена как рСКФ <60мл/мин/1,73м², степень тяжести определяется как легкая (60–89), средняя (30–59) и тяжелая (<30мл/мин) по сравнению с контрольной категорией. Умеренное изменение тяжести определялось как увеличение креатинина (Cr) $\geq 0,3$ мг/дл от исходного уровня в больнице до определенной конечной точки исследования и резкое увеличение тяжести при увеличении Cr $\geq 0,5$ мг/дл. В этом систематическом обзоре представлены текущие прогностические данные в невыбранных популяциях СН о влиянии не-ССЗ коморбидности и тяжести на смертность и результаты госпитализации. Кроме того, из 68 исследований СН не было выявлено ни одного прогностического исследования коморбидности СН и результата качества жизни с использованием критериев включения в исследование, несмотря на то, что СН связана с низким качеством жизни [4,5], которое ухудшается по мере прогрессирования заболевания [6].

Большинство текущих данных касается распространенной сопутствующей патологии при СН, к которой относятся ПД, СД 2 или ХОБЛ и пять других состояний, в том числе: артрит, деменция, рак, другие заболевания легких или заболевания печени.

Длительный латентный период между воздействием коморбидности и результатом, а также динамический статус воздействия коморбидности приводят к гипотезе о том, что подходы к прогнозированию, которые фиксируют *изменение* статуса воздействия, могут дать лучшую прогностическую оценку.

По данным, на сегодняшний день нет единой точки зрения на то, какой должна быть стратегия выявления ХБП. На протяжении последних нескольких лет мировое медицинское сообщество рекомендует скрининг хронической болезни почек, в связи с чем были предложены различные стратегии по ее выявлению [7, 8].

В последнее время, учитывая, что 3 стадия ХБП неоднородна по скорости прогрессирования и риску осложнений, было предложено делить ее на 2 подстадии (С3а и С3б) [9]. Такое разделение целесообразно, поскольку почечный и сердечно-сосудистый прогнозы неодинаковы в группах лиц с ХБП 3 ст. с СКФ от 59 до 45 мл/мин/1,73 м² и от 44 до 30 мл/мин/1,73 м². Если в подгруппе

лиц с СКФ от 59 до 45 мл/мин/1,73 м² весьма высоки сердечно-сосудистые риски при умеренных темпах прогрессирования ХБП, то у пациентов с градацией СКФ в пределах от 44 до 30 мл/мин/1,73 м² риск развития ТПН оказывается выше, чем риск летальных сердечно-сосудистых осложнений [10, 11]. Целесообразность градации 3 стадии ХБП на две подстадии была обоснована в «Рекомендациях Научно-исследовательского института нефрологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова: определение, классификация, диагностика и основные направления профилактики хронической болезни почек у взрослых», опубликованных в 2008 г. [12].

Позже необходимость такого подхода была поддержана другими отечественными специалистами [13]. Кроме того, на представительной конференции в октябре 2009 г. в Лондоне эксперты KDIGO также пришли к консенсусу по этому вопросу. 5 стадия соответствует терминальной почечной недостаточности. Если такой пациент получает лечение диализом, используются обозначения ХБП 5 Д (т.е. диализ), либо ХБП 5 ГД (т.е. гемодиализ, ХБП 5 ПД (т.е. перитонеальный диализ). Для больных с трансплантированной почкой стадия ХБП индексируется в зависимости от функции трансплантата (от С1 до С5), а в конце добавляется буква Т.

Вышеуказанное послужило причиной для настоящего исследования.

Цель исследования – изучить распространенность диабетической нефропатии в Республике Узбекистан за период с 2016 по 2023 гг.

Материал и методы

Исследование проведено на базе Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Эндокринологии МЗ РУз, г. Ташкент, отделение нефропатии.

В исследование были включены 56 человек с СД 2 типа и ДН 1-3 ст (37 мужчин и 18 женщин), которые были разделены на 2 группы:

Первая группа – пациенты с ХБП 3 ст. с СКФ от 59 до 45 мл/мин/1,73 м², n= 27 больных (С3а)

Вторая группа – пациенты с ХБП 3 ст. с СКФ и от 44 до 30 мл/мин/1,73 м², n= 28 больных (С3б).

Третья группа - пациенты с СД 2 типа, без ХБП, n= 20 больных.

В исследовании пациентов применялись следующие методы: эпидемиологические, клинические, биохимические, инструментальные и статистические.

Оценивали антропометрические показатели: рост, вес, рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) по формуле Kettle: $ИМТ (кг/м^2) = \frac{масса (кг)}{рост(м)^2}$. В зависимости от ИМТ (в соответствии с классификацией ВОЗ 1997г.) выделяли: нормальную массу тела - при ИМТ 18,5-24,9 кг/м², избыточный вес – при ИМТ 25-29,9 кг/м², ожирение I- при ИМТ 30-34,9 кг/м²; ожирение II при ИМТ 35-39,9 кг/м²; ожирение III - при ИМТ ≥ 40 кг/м².

Артериальное давление (АД) измеряли в утренние часы, в положении пациента сидя (после периода адаптации не менее 15 минут для достижения им состояния относительного покоя) не менее 3 раз, с расчетом среднего значения САД и ДАД. Критериями АГ считали систолическое АД ≥ 140 мм рт.ст. и диастолическое АД ≥ 90 мм рт.ст., или нормальный уровень АД на фоне постоянного приема антигипертензивных препаратов. Тяжесть АГ определяли 39 согласно классификации гипертонии по рекомендациям ВНОК [14]: 1 степень АГ – 130-159 и/или 80-100 мм рт.ст., 2 степень – 160-180 и/или 100-109 мм рт.ст., 3 степень – 180 и/или 100 мм рт.ст. и выше.

Для оценки связи ХБП с сердечно - сосудистыми заболеваниями нами предложен индекс кардиологической коморбидности (ИКК), который определял число ССЗ, выявленное у данного пациента на момент обследования.

В соответствии с рекомендациями KDIGO и Научного Общества Нефрологов России [115] распространенность АУ как наиболее раннего и чувствительного маркера ХБП оценивали по следующей шкале: <10 мг/л – оптимальная или незначительное повышение, 11-29 мг/л – умеренное повышение, 30-300 мг/л – высокий уровень и > 300 мг/л – очень высокий уровень АУ. АУ ≥ 30 мг/л расценивалась как наличие ХБП

Результат и обсуждения

В таблице 1 дана общая характеристика больных, включенных в исследование

Как видно из таблицы 1, во 2 группе пациентов имело место достоверность различий в сравнении с 1 группой по всем параметрам: средний возраст, САД, ДАД, частота АГ 1, 2 и 3 ст (артериальная гипертензия), НО по СД 2, избыточный вес, ожирение, ИБС, депрессия, гиподинамия, курение, злоупотребление анальгетиками ($p < 0.005$).

При оценке индекса кардиологической коморбидности показано, что при наличии у пациентов ХБП ИКК выше, чем у пациентов без хронической болезни почек, что подтверждает связь ХБП с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Следующим этапом исследования нами были изучены факторы риска развития ХБП в изучаемой когорте больных (таблица 2).

Таблица 1.

Общая характеристика больных, включенных в исследование

Категория	Первая группа n= 27	Вторая группа n= 28	контроль n= 20
Мужчины	18 (66,7%)	19 (67,9%)	10.0
Женщины	9 (33,3%)	9 (32,1%)	10.0
Возраст, лет	48.7±7,2	59,6±8,2*	46.7±9.3
САД, мм.рт.ст	142.4±12,7	157,5±12,5*	133.8±8.5
ДАД, мм.рт.ст	88.6±8,5	98,5±10,4*	82.7±9.8

Примечание: * - достоверность различий, где $p < 0.005$, НО по СД – наследственная отягощенность по сахарному диабету 2 типа, АГ - Артериальная Гипертензия

Таблица 2. Факторы риска развития и прогрессирования ХБП

Категория	Первая группа n= 27	Вторая группа n= 28	контроль n= 20
Возраст, лет	48.7±7,2	59,6±8,2*	46.7±9.3
ИМТ, кг/м ²	33.7±8, 4*	38.7±8, 4*	29.6±8.5
НО по СД 2	35.7	57.1*	-
НО по ССЗ	33.3	60.7*	-
НО по ЗП	17.9	51.9*	-
АГ, %	48.1	51.9*	-
Депрессия, %	29.6	66.7**	-
Избыточный вес	40,7	55,0*	10.0%
Ожирение 1-2 ст	33.3	82.1**	2.0
АГ 1 ст, %	48.1	51.9*	-
АГ 2 ст, %	17.9	82.1*	-
АГ 3 ст, %	10.7	89.3**	-
ИБС, %	40,7	57.1*	-
Гиподинамия, %	29.6	70.3**	-
Курение, %	25.9	53.6*	5.0
Злоупотребление анальгетиками, %	14.8	60.7*	-
Дислипидемия, %	25.9	53.6*	-

Примечание: * - достоверность различий, где $p < 0.005$, НО по СД – наследственная отягощенность по сахарному диабету 2 типа, НО по ССЗ - наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям, НО по ЗП - наследственная отягощенность по заболеваниям почек, АГ - Артериальная Гипертензия

Как видно из таблицы 2, во 2 группе пациентов имело место достоверность различий в сравнении с 1 группой по всем параметрам: средний возраст, частота АГ 1, 2 и 3 ст (артериальная гипертензия), НО по СД 2, по ССЗ, по ЗП, избыточный вес, ожирение, ИБС, депрессия, гиподинамия, курение, злоупотребление анальгетиками, дислипидемия ($p < 0.005$).

У людей, принимающих анальгетики, как минимум, раз в неделю, АУ ≥ 30 мг/л встречалась достоверно чаще, чем у тех, кто не принимает анальгетические препараты или принимает редко (46,5% и 33,8% соответственно, $p < 0,001$).

При наличии изменений почек по данным ультразвуковых исследований (УЗИ), проводившихся в прошлом, частота АУ ≥ 30 мг/л составила 53,6%; у лиц без изменений в почках при УЗИ частота АУ ≥ 30 мг/л была 38,7%. Достоверно чаще высокая АУ встречалась у людей, прямые родственники которых по данным анкеты имели заболевания почек.

Известно, что существует несколько путей выявления ХБП, среди которых – определение маркеров ХБП у пациентов, проходящих обследование по поводу различных заболеваний. Однако диагностика ХБП не учитывает современные методы, а именно определение альбуминурии (АУ), снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ), что приводит к гиподиагностике хронической болезни почек.

Таким образом, уточнение распространенности ХБП и ее факторов риска как основа разработки оптимального подхода к ранней диагностике, первичной и вторичной профилактике ХБП представляется актуальным.

Выводы

Наиболее часто встречающимися факторами риска развития ХБП в нашем исследовании были артериальная гипертензия, ожирение, гиподинамия, депрессия ($p < 0.0001$).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Iseki K. Predictors of diabetic end-stage renal disease in Japan. // *Nephrology (Carlton)*. 2005 Oct;10:2-6. doi: 10.1111/j.1440-1797.2005.00447.x
2. Rushton CA, Satchithananda DK, Jones PW, Kadam UT. Non-cardiovascular comorbidity, severity and prognosis in non-selected heart failure populations: A systematic review and meta-analysis. // *Int J Cardiol*. 2015 Oct 1;196:98-106. doi: 10.1016/j.ijcard.2015.05.180.
3. Egger M, Davey Smith G, Schneider M, Minder C. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. // *BMJ*. 1997 Sep 13;315(7109):629-34. doi: 10.1136/bmj.315.7109.629.
4. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Portenoy RK, Tennstedt SL. Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. // *J Pain Symptom Manage*. 2008 Jun;35(6):594-603. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.06.007
5. Carson P, Tam SW, Ghali JK, Archambault WT, Taylor A, Cohn JN, Braman VM, Worcel M, Anand IS. Relationship of quality of life scores with baseline characteristics and outcomes in the African-American heart failure trial. // *J Card Fail*. 2009 Dec;15(10):835-42. doi: 10.1016/j.cardfail.2009.05.016.
6. Azevedo A, Bettencourt P, Alvelos M, Martins E, Abreu-Lima C, Hense HW, Barros H. Health-related quality of life and stages of heart failure. // *Int J Cardiol*. 2008 Sep 26;129(2):238-44. doi: 10.1016/j.ijcard.2007.07.091.
7. Bang H., Vupputuri S., Shoham D., Klemmer P. et al. SCreening for Occult REnal Disease (SCORED). A Simple Prediction Model for Chronic Kidney Disease // *Arch Intern Med*. 2007;167:374-381.
8. Berthoux F., Jones E., Gellert R. et al. Epidemiological data of treated endstage renal failure in the European Union (EU) during the year 1995; Report of European Renal Association Registry and the National Registries // *Nephrol. Dial. Transplant*. 1999;14:2332-2342.
9. Смирнов А.В., Добронравов В.А., Каюков И.Г. и др. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. Национальные рекомендации // *Нефрология*. 2012;16(1):89-115.
10. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization // *N Engl J Med*. 2004;351:1296-1305.
11. Levey AS, de Jong PE, Coresh J et al. The definition, classification and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report // *Kidney Int*. 2010. <http://www.kidney-international.org>
12. Смирнов А.В., Каюков И.Г., Есаян А.М., Кучер А.Г. и др. Проблема оценки скорости клубочковой фильтрации в современной нефрологии: новый индикатор – цистатин С // *Нефрология*. 2005;9(3):16-27.
13. Швецов МЮ, Бобкова ИН, Колина ИБ, Камышова ЕС. Современные принципы диагностики и лечения хронической болезни почек: методическое руководство для врачей. Шилов ЕМ, ред. // Саратов. – 2011.
14. Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2008;7(6):2.
15. Singh A., Satchell S. Microalbuminuria: causes and implications // *Pediatr Nephrol*. 2011;26(11):1957-1965.

Поступила 20.03.2025