

АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Сулаймонова Г.Т., Рахматуллаева М.Ж.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Аннотация: *Хронические заболевания почек (ХБП) среди хронических неинфекционных заболеваний занимают важное место из-за значительной распространенности, резкого снижения качества жизни, высокой смертности, которая приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии, таких как гемодиализ и пересадка почек. Это требует уточнения значения известных и потенциальных факторов риска в отношении развития и прогрессирования ХБП и определения критериев диагностики ранних, обратимых стадий ХБП.*

Ключевые слова: *ХБП, ранняя диагностика, микроальбуминурия*

В последние годы мировое сообщество столкнулось с глобальной проблемой, имеющей не только медицинское, но и огромное социально-экономическое значение – пандемией хронических болезней, которые ежегодно уносят миллионы жизней, приводят к тяжелым осложнениям, связанным с потерей трудоспособности и необходимостью высоко затратного лечения [3,5]. Патология почек среди хронических неинфекционных болезней занимает важное место из-за значительной распространенности, резкого снижения качества жизни, высокой смертности и приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии в терминальной стадии – диализа и пересадки почки [1,2,7].

Распространенность ХБП сопоставима с такими социально значимыми заболеваниями, как гипертоническая болезнь и сахарный диабет, а также ожирение и метаболический синдром. Признаки повреждения почек и/или снижение скорости клубочковой фильтрации выявляют, как минимум, у каждого десятого представителя общей популяции. При этом сопоставимые цифры были получены как в индустриальных странах с высоким уровнем жизни, так и в развивающихся странах со средним и низким доходом населения [3,4].

Здоровье населения является индикатором социально-экономического развития и благосостояния государства, при этом высокую медико-социальную значимость имеет распространённость хронических заболеваний [7].

Необходимость улучшения жизни местного населения, проблемы оздоровления взрослых и детей, разработка мер медицинской помощи и профилактики заболеваемости, делают данную проблему актуальной, привлекая постоянное внимание ученых и государственных деятелей.

Часто заболевание почек начинают, и длительное время протекают без выраженных клинических симптомов. Хронизация процесса на фоне малосимптомных и латентных форм заболеваний почек является частой причиной развития грозного осложнения. Хроническая болезнь почек (ХБП) [6, 9], разной этиологии, все шире признается как глобальная проблема общественного здравоохранения и ключевая детерминанта неблагоприятных исходов для здоровья человека. Имеются убедительные доказательства того, что ущерб от нераспознанной и не леченной ХБП достаточно велик. Распространенность ХБП сопоставима с такими социально значимыми заболеваниями, как гипертоническая болезнь и сахарный диабет, а также ожирение и метаболический синдром [1,6,8].

Для оценки ситуации, связанной с хронической почечной заболеваемостью, необходимы современные сведения о ней, как по данным официальной статистической отчетности, так и по результатам специально проводимых эпидемиологических исследований среди населения. Недостаточная полнота и детализация этих сведений на данный момент не позволяет представить целостную картину об хронической почечной заболеваемости, поэтому необходимо продолжение и расширение исследований и изучение не только наиболее значимых (т. е. часто встречающихся) почечных заболеваний, таких как пиелонефрит, гломерулонефрит, но и других заболеваний который грозным осложнением является хроническое заболевание почек (ХБП), имеющих не меньшую актуальность.

Цель исследования является, выявление путем анкетирования среди сельского населения наличия факторов риска ХБП, определение у них частоты микроальбуминурии (МАУ) как маркер хронических заболеваний почек, оценить её связи с факторами риска, позволяющей рассчитывать риск развития ХБП и определять показания к проведению теста на МАУ в первоочередном порядке в амбулаторных условиях.

Материалы и методы

Обследовано 570 человек – в возрасте 18-71 лет. (средний возраст 48,3 лет), Из них мужчины составили 44,1% (251 человек) и женщины 55,9% (319 человек). В исследование были включены лица проживающие на территорию ССП №2 (Дехожи) Бухарского района Бухарской области.

Всем обследуемым проводилось анкетирование, которое включало в себя вопросы, касающиеся возраста, место работы, наличия сопутствующих заболеваний и состояний, приверженность здоровому образу жизни, антропометрических данных- рост, вес- рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) по формуле Kettle, в зависимости от чего выделяли нормальную массу тела- при $ИМТ < 25$, избыточный вес $ИМТ = 25-30$, ожирение $ИМТ > 30$. Измерено артериальное давление. Выясняли наличие в настоящем или прошлом сахарного диабета или эпизодов повышения сахара, холестерина, изменений в анализах мочи, артериальная гипертония, нефропатия беременных у женщин и заболеваний почек у прямых родственников.

Проведено ряд специальных исследований, направленных на выявление ХБП и факторов риска её развития.

Всем обследуемым определяли концентрацию альбумина и креатинина в моче. Анализ мочи проводили с помощью тест полосок URINE -2AC производства компании Cypress Diagnostics (Белгия). Тест для измерения МАУ в моче основан на принципе изменения цвета индикатора под влиянием белков. Уровень МАУ определяли по следующей шкале: до 10 мг/л норма, 10-30 мг/л начальное повышение, 30-80 мг/л среднее повышение, 80-150 мг/л высокий уровень.

Распространенность ХБП оценивали по уровню МАУ и скорости клубочковой фильтрации (СКФ), которую определяли по уровню креатинина крови на основе 4-компонентной формулы MDRD.

Результаты и обсуждения: Изучение нефрологического анамнеза показало, что на момент анкетирования АУ ≥ 30 мг/л встречалась значительно чаще у тех, у кого в прошлом в общем анализе мочи определялись изменения в виде повышенной концентрации белка. При наличии других изменений в анализах мочи в прошлом АУ ≥ 30 мг/л составила 57,1%; у лиц без изменений в анализах мочи в прошлом частота АУ ≥ 30 мг/л была 48,5%, АУ ≥ 30 мг/л была также ассоциирована с диагнозом ХБП у прямых родственников.

Наиболее распространенной причиной ХБП был артериальная гипертония (42,5%), за которым следуют сахарный диабет (24%), нефропатия беременных (12,5%) и нефротический синдром (8,6%). А у 12,4% обследованных частые этиологии включают значение лекарств (самолечение с НПВП и антибиотиками).

У людей, принимающих анальгетики, как минимум, раз в неделю, АУ ≥ 30 мг/л встречалась достоверно чаще (60,0%), чем у тех, кто не принимает анальгетические препараты или принимает редко (47,4%, $p < 0,05$). Низкая физическая активность также была связана с повышением АУ (табл.3.12). При занятиях физическими упражнениями не менее 40-60 минут в неделю частота АУ ≥ 30 мг/л составила – 46,4%, у тех, кто занимался физическими упражнениями эпизодически или не занимался вообще, частота АУ ≥ 30 мг/л была 61,8% ($p < 0,05$).

Микроальбуминурия у 156 (27,3%) из 570 обследованных носила стойкий характер, сохранившаяся, в течение 3 месяцев, позволила рассматривать их как имеющих хроническую болезнь почек. Для 83 (53,2%) из них фильтрационная функция почек была нормальной. У 52 (33,3%) СКФ 60-80 мл/мин/1,73м², СКФ менее 60 мл/мин/1,73м² у 13,5%.

При определении МАУ у обследованных больных с нормальными показателями фильтрационной функции почек 83 (53,2%) была получены следующие данные:

МАУ до 10 мг/л (норма) у 24 %, 10-30 мг/л (начальное повышение) у 53,3%, 30-80 мг/л (среднее повышение) – 33,7%, 80-150 мг/л (высокий уровень)-8%. Микроальбуминурия выше 30 мг/л при нормальной СКФ составил 22,7% ($p < 0,05$).

Заключение: Определение МАУ и СКФ (по MDRD) имеет диагностическую значение, позволяет ранее выявленные больных разных группах риска с ХБП. Использование определения МАУ в амбулаторных условиях приведет раннему выявлению и профилактику ХБП среди населения. Снизить процент инвалидизации и финансовые затраты на лечение больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Климонтов В.В., Корбут А.И., Фазуллина О.Н., Виноградов И.В., Романов В.В. Клинико-лабораторная характеристика вариантов хронической болезни почек у больных сахарным диабетом 2 типа. Сахарный диабет. 2019;22(6):515-525.

2. Нагайцева С. С Факторы риска повышения альбуминурии как раннего маркера хронической болезни почек в разных возрастных группах. // Нефрология. 2013 (Т. 17, № 4. 2013 С. 58-62.

3. Сулаймонова Г.Т., Амонов М.К., Рахмонова К.Э. Частота выявляемости факторов риска хронической болезни почек у сельского населения. // Вестник науки и образования № 24(102). Часть 2. 2020. Стр 79-85.

4. Шестакова М.В., Шамхалова М.Ш., Ярек-Мартынова И.Я., Клефтортова И.И., Сухарева О.Ю., Викулова О.К., Зайцева Н.В., Мартынов С.А., Кварацхелия М.В., Тарасов Е.В., Трубицына Н.П. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек: достижения, нерешенные проблемы и перспективы лечения. Сахарный диабет. 2011;14(1):81-88.

5. Akhmedova N Sharipovna, & Tulkinzhanovna, Sulaimonova & Hayatovna, Mukhammedzhanova & Odiljonovna, Giyosova. (2021). Analysis of the Results of a Study on the Frequency of Occurrence and Prevalence of Risk Factors for Chronic Kidney Disease. International Journal of Current Research and Review. 13. 127-131. 10.31782/IJCRR.2021.13232.

6. International Diabetes Federation atlas (7th edition update). Brussels, Belgium. International Diabetes Federation; 2015. Available from: <http://www.diabetesatlas.org>

7. Jim B, Ghanta M, Qipo A et al. Dysregulated nephrin in diabetic nephropathy of type 2 diabetes: A cross Sectional study. PLoS ONE 2012; 7(5): e36041. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036041>

8. Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int 2013; 3 (1): 1-150.

9. Liam Manns, Nairne Scott-Douglas. A Population-Based Analysis of Quality Indicators in CKD // Clinical Journal of the American Society of Nephrology// May-2017- P 727-733

10. Yoshitaka Hashimoto, Muhei Tanaka, Hiroshi Okada and oth. Metabolically Healthy Obesity and Risk of Incident CKD // Clinical Journal of the American Society of Nephrology// April, 2015/ P-578-583