

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Сулаймонова Г.Т.¹, Амонов М.К.², Рахмонова К.Э.³

Email: Sulaymonova6102@scientifictext.ru

¹Сулаймонова Гулноза Тулкинжановна - ассистент;

²Амонов Мухаммад Комил угли - ассистент;

³Рахмонова Камила Эркиновна – ассистент,
кафедра факультетской и госпитальной терапии,
Бухарский государственный медицинский институт,
г. Бухара, Республика Узбекистан

Аннотация: скрининг - это мероприятие вторичной профилактики, направленное на выявление определенного заболевания в доклинической стадии. При скрининге проводится массовое обследование контингента из определенных групп риска, которые не считают себя больными, не обращаются за врачебной помощью и соответственно не получают специфического лечения. Основная цель скрининга – выявить болезнь раньше, чем проявляются специфические клинические симптомы, и полностью излечить патологию. В бессимптомно текущих стадиях ХБП и при отсутствии клинически явной протеинурии исследование мочи на микроальбуминурии позволяет диагностику в ранних стадиях хронического повреждения почек. Достоверным значением протеинурии является определение ее количества на суточный сбор мочи обследуемых, который составляет больше 0,5 г/сутки, что обычно соответствует МАУ ≤ 300 мг в сутки.

Ключевые слова: скрининг, микроальбуминурия, хроническая болезнь почек, факторы риска, профилактика.

FREQUENCY OF DETECTIBILITY OF RISK FACTORS FOR CHRONIC KIDNEY DISEASE IN RURAL POPULATION

Sulaymonova G.T.¹, Amonov M.K.², Rakhmonova K.E.³

¹Sulaymonova Gulnoza Tulkinjanovna - Assistant;

²Amonov Muhammad Komil ugli - Assistant;

³Rakhmonova Kamila Erkinovna – Assistant,

DEPARTMENT OF FACULTY AND HOSPITAL THERAPY,
BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE,
BUKHARA, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: screening is a secondary prevention activity aimed at identifying a specific disease in the preclinical stage. During screening, a mass examination of the contingent from certain risk groups is carried out, who do not consider themselves sick, do not seek medical help and, accordingly, do not receive specific treatment. The main goal of screening is to identify the disease before specific clinical symptoms appear and to completely cure the pathology. 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.

Keywords: screening, microalbuminuria, chronic kidney disease, risk factors, prevention.

УДК 616.61-009.7(613.6.02)

Актуальность. Скрининг - это мероприятие вторичной профилактики, направленное на выявление определенного заболевания в доклинической стадии [1, 4, 20]. При скрининге проводится массовое обследование контингента из определенных групп риска, которые не считают себя больными, не обращаются за врачебной помощью и соответственно не получают специфического лечения. Основная цель скрининга – выявить болезнь раньше, чем проявляются специфические клинические симптомы, и полностью излечить патологию [8-15].

Нужно подчеркнуть, что работы, приводимые скрининг исследованиями в сельской местности нашей республики, редки. В связи с этим мы сочли целесообразным проведение обследования населения, постоянно проживающего в сельской местности для раннего выявления ХБП [16-20]. Одной из необходимых и важных задач профилактического направления нефрологии является выделение и стратификация факторов риска развития и прогрессирования ХБП [3-7].

В концептуальной модели ХБП выделяют ряд групп факторов риска:

- факторы риска развития и прогрессирования ХБП;

- модифицируемые и не модифицируемые факторы;
- традиционные и не традиционные.

Однако классификация факторов представляется спорным. Особенно трудно провести границу между факторами развития и прогрессирования ХБП [2, 18]. В настоящее время доказано, что большинство из традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний одновременно являются и факторами риска ХБП [6, 10, 17]. К ним относятся артериальная гипертензия, сахарный диабет, дислипотеидемия, анемия, метаболический синдром, возраст и др.

Материалы и методы. Основным критерием выбора явилось микроальбуминурия (МАУ >10 мг/л), который сохранялся 3 месяца и более, считая этот параметр диагностическим предиктором развития ХБП. Среди обследованных этот критерий ХБП выявлен у 317 лиц (29,2%) из 1087, отметим – женщин было в 2,2 раза больше, чем мужчин – соответственно 218 (68,8%) и 99 (31,2%). Данный факт указывает, что наши данные отличаются от других авторов, которые указывают принадлежность фактора риска развития ХБП к мужскому полу [1, 3, 5].

Обсуждение результатов. На основе клинических материалов, параметров лабораторно-инструментальных исследований был установлен диагноз у некоторых обследуемых. Количество обследованных и выявленных нозологических единиц отличались между собой так, как у 1 обследованного человека иногда приходилось по 2 или 3 установленному диагнозу заболевания. Так у 210 больных с диагнозами, установленными на основании данных амбулаторных карт, приходилось 351 заболеваний (1,67 нозологии на 1 обследованного). У контингента с диагнозом установленный после нашего обследования (n=107) приходилось 167 нозологий – 1,56 на 1 обследованного соответственно, данные таблицы 1. подсчитаны из общего количества выявленных нозологических единиц.

Таблица 1. Показатели частоты встречаемости разных патологий, которые выступали факторами риска развития хронической болезни почек

Нозологические единицы	Диагноз				χ^2	P
	установленный на основании амбулаторных карт (n=351)		установленный после обследования (n=167)			
	абс.	%	абс.	%		
Артериальная гипертензия	148	42,2	56	33,5	3,53	>0,05
Ишемическая болезнь сердца	54	15,4	26	15,6	0,00	>0,05
Сахарный диабет	31	8,8	8	4,8	2,65	>0,05
Ревматологические заболевания	27	7,7	7	4,2	2,26	>0,05
Анемия различной степени	25	7,1	6	3,6	2,51	>0,05
Эндемический зоб	10	2,8	4	2,4	0,09	>0,05
Ожирение	5	1,4	31	18,6	51,40	<0,001
Заболевания мочевыводящих путей	51	14,5	29	17,4	0,70	>0,05

Среди установленных диагнозов и на основании амбулаторных карт, и после обследования часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы, при этом артериальная гипертензия соответственно 148 (42,2%) и 56 (33,5%), ишемическая болезнь сердца соответственно 54 (15,4%) и 26 (15,6%), первичные заболевания мочевыводящих путей соответственно 51 (14,5%) и 29 (17,4%). Другие установленные диагнозы встречались реже – сахарный диабет соответственно 31 (8,8%) и 8 (4,8%); ревматические заболевания соответственно 27 (7,7%) и 7 (4,2%); анемия соответственно 25 (7,1%) и 6 (3,6%); эндемический зоб соответственно 10 (2,8%) и 4 (2,4%); ожирение соответственно 5 (1,4%) и 31 (18,6%).

Можно сказать, что среди выше указанных заболеваний уровень диагностики ожирения, как нозологическая единица очень низкая – разница между группами составляет 6,2 раза. Это указывает, что медицинские работники не оценивают ожирение как неблагоприятный фактор риска развития и различных патологических состояний, в том числе ХБП. Учитывая важность заболеваний мочевыводящих путей, как факторов риска развития ХБП частоту встречаемости этих нозологических единиц мы решили привести отдельно (табл. 2).

Таблица 2. Показатели частоты встречаемости заболеваний мочевыводящих путей, как факторов риска развития ХБП у обследованного сельского контингента

Нозологические	Диагноз	χ^2	P
----------------	---------	----------	---

единицы	установленный на основании данных амбулаторных карт (n=51)		установленный после обследования (n=29)			
	абс.	%	абс.	%		
Пиелонефрит	24	47,1	16	55,2	0,49	>0,05
Цистит (острый и хронический)	18	35,3	7	24,1	1,07	>0,05
Мочекаменная болезнь	7	13,7	6	20,7	0,66	>0,05
Гломерулонефрит	2	3,9	0	0	1,17	>0,05

Нужно указывать, что среди обследованных с установленным диагнозом на основании данных амбулаторных карт, установление диагноза ХБП, как нозологическая единица не выявлена. После обследования этот диагноз установлен у 21 (29,1%) респондентов из числа общих обследуемых. В наших исследованиях, роль каждой по отдельности нозологических единиц приведенных в таблице 2, как фактора риска развития ХБП незначительна, поэтому решили использовать общую группу заболеваний мочевыводящих путей для определения групп по риску развития ХБП.

Проведенные научные исследования доказывают, что гипертоническая болезнь, сахарный диабет и ожирение являются традиционными факторами развития ХБП [6]. Однако при развитии хронического повреждения почек большое значение имеют не традиционные факторы развития ХБП. Результаты наших исследований показывают, что к этим факторам относятся: место жительства (город или село), этнические обычаи народа, образ и уровень жизни населения, эффективность проводимых профилактических мероприятий силами лечебно-профилактических учреждений широко распространенных неинфекционных хронических заболеваний, употребление не-доброкачественной питьевой воды, нарушение правил рационального питания, постоянное употребление высококалорийной пищи населением.

По данным А. Valerie и R. Kathrin (2017) проведены исследования в Швейцарии, многие указанные нами факторы были основными причинами распространения ХБП, среди населения.

Таким образом, установлено, что имеется достоверная разница между установленными диагнозами на основе амбулаторных карт сельских семейных поликлиник и после нашего обследования. Кроме того, на 1-го больного с диагнозом, установленным на основании амбулаторных карт, приходилось 1,67 нозологий, а после проведенных нами исследований этот показатель составил 1,56 нозологий. Среди часто встречающихся заболеваний были и заболевания мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит, мочекаменная болезнь, гломерулонефрит) – 16,1% (51 из 317 обследованных). Выявлено, что каждая по отдельности роль этих нозологий, как факторов риска развития ХБП была незначительной. Недостаточно выявленными по первичной и повторной обращаемости пациентов за врачебной помощью были артериальная гипертония, сахарный диабет, ожирение и заболевания мочевыводящих путей, которые являлись одними из основных факторов риска развития ХБП.

Исходя из этого для определения частоты встречаемости управляемых факторов риска, влияющие на развития и прогрессирования ХБП методом интегрирования проанализированы следующие факторы:

- злоупотребление нефротоксическими лекарствами, которые обычно продаются без рецепта в нашей стране – анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), некоторые антибиотики;
- злоупотребление соленых и горьких пищевых продуктов;
- вредные привычки – табакокурение, прием алкоголя;
- не контролируемые патологические состояния и заболевания отягощённым анамнезом (протеинурия, дизурия, нефропатия беременных, артериальная гипертония беременных, острые аллергические реакции, острое кровотечение с гиповолемией);
- хронические очаги инфекции – хронический тонзиллит, хронический средний отит, кариес зубов.

При анализе частоты встречаемости этих факторов мы обращали внимание на уровень определения и/или устранения этих факторов, как причину развития других заболеваний (табл. 3).

Среди управляемых факторов риска развития ХБП часто встречались злоупотребление нефротоксических лекарств (анальгетики, НПВП, антибиотики) соответственно $58,57 \pm 4,92\%$ (n=123) и $62,61 \pm 4,83\%$ (n=67); наличие хронических очагов инфекции, из них в большом количестве выявлен кариес зубов $58,57 \pm 4,92\%$ (n=123) и $64,48 \pm 4,78\%$ (n=69), и на следующем месте хронический тонзиллит $31,90 \pm 4,66\%$ (n=67) и $38,31 \pm 4,86\%$ (n=41); среди обследуемых женщин постоянно проживающих в сельской местности из не традиционных факторов развития ХБП выявлена нефропатия беременных в анамнезе, соответственно $60,90 \pm 4,87\%$ (n=81) и $60,0 \pm 4,89\%$ (n=51). Анализ результатов показывает, что

указанные выше факторы недооцениваются как фактор риска развития ХБП, а эффективность профилактических мер неинфекционных хронических заболеваний среди сельского населения достаточно низкая.

Другие изученные факторы, такие как: острые аллергические реакции в анамнезе ($2,38 \pm 1,52\%$, $n=5$ и $13,08 \pm 3,37\%$, $n=14$); хронический средний отит из неинфекционных хронических очагов инфекции ($1,90 \pm 1,36\%$, $n=4$ и $5,60 \pm 2,29\%$, $n=6$); острое кровотечение или гиповолемический шок в анамнезе ($2,85 \pm 1,66\%$, $n=6$ и $4,67 \pm 2,10\%$, $n=5$).

Таблица 3. Частота встречаемости управляемых факторов риска развития ХБП среди обследованных лиц

Нетрадиционные факторы		Респонденты амбулаторных карт, n=210		«Условно здоровое население», n=107		χ^2	P
		abc	%	abc	%		
Злоупотребление нефротоксическими лекарствами		123	58,6	67	62,6	0,48	>0,05
Злоупотребление солеными и горькими пищевыми продуктами		71	33,8	45	42,1	2,08	>0,05
Вредные привычки		45	21,4	44	41,1	13,61	<0,001
Протеинурия в анамнезе		44	21,0	41	38,3	10,89	<0,001
Дизурия не ясной этиологии в анамнезе		92	43,8	42	39,3	0,60	>0,05
Нефропатия беременных*		81	60,9	51	60,0	0,02	>0,05
Артериальная гипертония при беременности*		52	39,1	34	40,0	0,02	>0,05
Острые аллергические реакции в анамнезе		5	2,4	14	13,1	14,41	<0,001
Острое кровотечение или гиповолемический шок в анамнезе		6	2,9	5	4,7	0,70	>0,05
Наличие хронических очагов инфекции	Хронический тонзиллит	67	31,9	41	38,3	1,30	>0,05
	Хронический средний отит	4	1,9	6	5,6	3,18	>0,05
	Кариес зубов	123	58,6	69	64,5	1,04	>0,05

Заключение. Таким образом, частота встречаемости управляемых (модифицирующих) факторов риска развития ХБП среди обследуемых разная, которая колеблется от $1,90 \pm 1,36\%$ (хронический средний отит) до $58,57 \pm 4,92\%$ (злоупотребление нефротоксическими лекарствами). Из 10 изученных этих факторов риска наиболее значимыми в группе больных установление диагноза на основании данных амбулаторных карт были: злоупотребление нефротоксическими лекарствами ($58,57\%$), дизурия неясной этиологии ($43,80\%$), злоупотребление солеными и горькими пищевыми продуктами ($33,40\%$), вредные привычки ($21,42\%$), протеинурия в анамнезе ($20,95\%$) и нефропатия беременных в анамнезе среди женщин ($60,90\%$). Практически такая же тенденция встречаемости управляемых факторов риска была и в группе с установленными диагнозами при скрининг обследовании. Из выясненного следует: во-первых, у населения, постоянно проживающего в сельской местности, в основном встречаются одинаковые не традиционные факторы риска развития ХБП; во-вторых, достаточное большое количество не установленных патологических состояний, связанных с почками с теми же факторами риска. На каждого выявленного больного приходится 0,51 не выявленных условно больных лиц с одинаковыми управляемыми факторами риска развития ХБП. Выявляемость управляемых факторов риска на одного больного равно соответственно от 3,40 до 4,58 факторов риска. Из указанного выше следует, что проведение скрининг исследований по выявлению ХБП среди сельского населения оправдывает себя. Кроме того, по-видимому, является основой первичной профилактики ХБП и основанием разработки вторичной профилактики ХБП среди сельских жителей.

Список литературы / References

1. *Абдуллаев Р.Б., Ахмедова Н.Ш.* Значение определения микроальбуминурии как предиктор диагностики хронической болезни почек // «Актуальные вопросы медицины» XXV Научно-теоретическая конференция молодых ученых. Хорезм. 27 апреля 2018 г. С. 452-453.
2. *Абдуллаев Р.Б., Ахмедова Н.Ш., Болтаев К.Ж.* Оценка факторов риска, ассоциированных с альбуминурией, влияющих на развитие хронической болезни почек // Международная научно-практическая конференция "Тенденции в науке и технологиях". Варшава, Польша, 2018. Август. № 2. С. 24-27.
3. *Авезова З.Б., Латипова Н.С., Болтаев К.Ж., Ахмедова Н.Ш.* Поражение почек при вирусных гепатитах В и С // Инфекция, иммунитет и фармакология, 2017. № 2. С. 16-19.
4. *Ахмедов Ф.К., Шаджанова Н.С., Исмаева М.Н., Тиллаева Ш.Ш.* Функциональное состояние почек и некоторых показателей гомеостаза у женщин с легкой преэклампсией // Журнал: Вестник СМУС, 2015. № 4. С. 10-14.
5. *Ахмедова Н.Ш.* Особенности скрининга почечной функции в амбулаторных условиях // Международный медицинский научный журнал, 2019. № 2 (26). С. 17–22.
6. *Ахмедова Н.Ш.* Оценка функционального состояния почек у пациентов с избыточной массы тела и ожирением // Проблемы биологии медицины. Самарканд, 2018. № 4 (104). С. 15-18.
7. *Ахмедова Н.Ш.* Особенности скрининга почечной функции в амбулаторных условиях // MEDICUS (International medical journal). Волгоград, 2019. № 2(26). С. 17-21.
8. *Ахмедов Ф.К., Аваков В.Е., Негматуллаева М.Н.* Функциональное состояние почек при беременности, осложненной преэклампсией // Клиническая нефрология, 2017. - №1. С. 23-26.
9. *Ахмедов Ф.К., Курбанова З.Ш.* Изучение особенностей функционального состояния почек у женщин с тяжелой преэклампсией // IX Регионального научно-образовательного форума «Мать и Дитя» 28–30 июня 2016 года. Сочи. С. 7-8.
10. *Бахронов Ж.Ж., Тешаев Ш.Ж.* Морфометрическая характеристика частей нефрона почек крыс в норме и при воздействии антисептика – стимулятора дорогова фракции 2 на фоне хронической лучевой болезни // Проблемы биологии и медицины, 2020. № 4. Том. 120. С. 138-140. DOI: <http://doi.org/10.38096/2181-5674.2020.4.00208>.
11. *Болтаев К.Ж., Ахмедова Н.Ш., Махмудова Л.И.* Особенности изменения показателей тромбоцитарного гемостаза у больных с хроническими поражениями почек // Проблемы биологии и медицины, 2015. № 4. С. 37.
12. *Гадаев А.Г., Халилова Ф.А., Элмурадов Ф.Х., Тошева Х.Б.* Структурно-функциональные изменения почек и сердца у больных ХСН // Терапевтический вестник, 2018. № 1. С. 100-104.
13. *Исмаева М.Н., Мухамеджанова М.Х., Нурханова Н.О., Мукимов И.И.* Взаимосвязь между клинико-лабораторными показателями и структурными изменениями в почках при каждой морфологической форме хронического гломерулонефрита, сопровождающейся нефротическим синдромом // Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Пермь. – 2016. – С. 73-76.
14. *Солыева Н.К.* Функциональное состояние почек и некоторые показатели гомеостаза у женщин с юных первородящих // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2016. - №5-1. С. 80-82.
15. *Ражабова Г.Б., Хамидова З.Х.* Артериальная гипертензия и поражение почек у женщин фертильного возраста (обзорная статья) // Наука молодых, 2016. № 4. С. 890-897.
16. *Тешаев Ш.Ж., Хусейнова Г.Х.* Сравнительная характеристика морфометрических параметров почек при различных фазах черепно-мозговой травмы. // Тиббиётда янги кун, 2020. № 2/1(29/1). С. 101.
17. *Тешаев Ш.Ж. и др.* Взаимосвязь антропометрических показателей с объёмом яичек и сперматогенезом юношей призывного возраста Бухарской области // Врач-аспирант, 2006. № 1. С. 84-87.
18. *Хамзаев К.А., Шарипов А.М.* Значение протеинурии в прогнозировании развития хронической болезни почек при IgA нефропатии у детей // Проблемы биологии и медицины, 2020. № 3. Том. 119. С. 128-132. DOI: <http://doi.org/10.38096/2181-5674.2020.3.00158>.
19. *Хасанов Б.Б., Султонова Д.Б.* Влияние экстрагенитальной патологии матери на становление печени и почек потомства // Университетская наука: взгляд в будущее» Сб. научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 85-летию Курского Государственного медицинского университета, 2020. С. 657–659.
20. *Хасанов Б.Б.* Искусственное вскармливание и особенности развития потомства и становление надпочечников в раннем постнатальном онтогенезе // Проблемы биологии и медицины, 2020. № 3. Том. 119. С. 160-164. DOI: <http://doi.org/10.38096/2181-5674.2020.3.00165>.
21. *Хасанов Б.Б., Султанова Д.Б.* Конференция. “Влияние экстрагенитальной патологии матери на постнатальное становление печени и почек потомства” // Материалы Международной научной конференции, 2020. С. 657-659.

22. *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.