

Гусейнов Х.М., Бабаев Ф.Г.

АЗЕРБАЙЖАНДА ӨНӨКӨТ БӨЙРӨК ДАРТЫНЫН ТАРАЛЫШЫ

Гусейнов Х.М., Бабаев Ф.Г.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

Kh.M. Guseinov, F.G. Babaev

THE PREVALENCE OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN AZERBAIJAN

УДК: 616.61-036.12 (479.24)

Бул макалада бөйрөктүн өнөкөт начарлашына алып келүүчү оруулар иликтенип, 2004-2015 жылдарда диализ борборлорунун саны жана бөйрөктүн өнөкөт начарлашына катталган оорулуулардын саны көрсөтүлгөн. Бөйрөктүн өнөкөт начарлашы менен катталган оорулуулардын санынын өсүшү, бөйрөктүн өнөкөт оорусунун I-V стадиясынын популяциялык изилдөөнүн негизинде таралышы көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: бөйрөктүн өнөкөт ооруусу, диализ борборлорунун саны, бөйрөктүн өнөкөт начарлашы.

В данной статье на основании популяционного исследования получены данные о распространенности и заболеваемости хронической болезнью почек I-V стадий. Представлена динамика роста числа зарегистрированных больных с хронической почечной недостаточностью, количество диализных центров и число больных хронической почечной недостаточностью за 2004-2015 гг., дан анализ структуры болезней, приводящих к хронической почечной недостаточности.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, количество диализных центров, хроническая почечная недостаточность.

In this article on the basis of population research data on prevalence and incidence of a chronic illness of kidneys of the I-V stages are obtained. Dynamics of growth of number of the registered patients with a chronic renal failure, the number of the dialysis centers and number of patients with a chronic renal failure for 2004-2015 is presented, the analysis of structure of the diseases leading to a chronic renal failure is given.

Key words: chronic illness of kidneys, number of the dialysis centers, chronic renal failure.

Актуальность исследования. Реформирование здравоохранения и медицинской науки предусматривает необходимость научного обоснования и совершенствования клинико-организационных форм специализированной медицинской помощи населению, улучшения качества медицинских услуг, объемы которых соответствуют уровню заболеваемости и потребностям населения [5,6,1,3,4,10].

В настоящее время распространенность хронической болезни почек (ХБП) в популяции высока и составляет 6-16% (исследования NHANES). Заболеваемость хронической болезнью почек (ХБП) является актуальной медико-социальной проблемой вследствие значительного роста ее показателей, прогрессирующего характера с исходом в хроническую почечную недостаточность (ХПН) и числа пациентов,

нуждающихся и получающих гемодиализ и перитонеальный диализ в последние 15-20 лет [7,8,2,9].

Цель исследования. Изучение распространенности хронической болезни почек и разработка путей совершенствования диагностики и лечения.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось в 2009-2014 гг. в отделении хронического диализа Научного центра хирургии имени академика М.Топчибашева, отделения больниц города Нахичевань, Сумгаит, Гянджа.

Распространенность хронической болезни почек изучена на основании данных международных регистров и отчетов по регионам, факторы прогрессирования и неблагоприятного исхода. Разработаны критерии включения и исключения из исследования. Выполнен расчет необходимого числа участников исследования по общепринятой формуле. Необходимое количество единиц наблюдений составило 469 человек.

Таблица 1

Количество выявленных заболеваний в Азербайджане за 2009-2013 годы (на 10 000 населения)

Показатели	2009	2010	2011	2012	2013
Все заболевания, из них:	1836,3	1796,0	1787,3	1838,4	1871,2
Инфекц. и паразит. заб.	150,6	144,9	133,2	128,6	120,9
Новообразования	10,3	10,1	10,7	11,0	11,7
Заб. эндокринной системы	52,8	47,6	49,6	50,8	52,2
Психические заболевания	14,6	12,5	12,8	11,5	11,6
Заб. нервной системы	59,7	60,2	60,4	64,0	68,1
Заб. серд.-сос. системы	129,3	127,3	125,6	132,0	139,8
Заб. дых. системы	78,9	77,0	76,7	78,9	78,6
Заб. пищевар. системы	130,4	128,6	130,6	143,3	149,0
Заб. кожной системы	57,3	58,8	55,1	55,2	55,6
Заб. костно-мышечной системы и соединит. ткани	22,6	21,0	20,1	21,8	23,0
Врожденные аномалии, хромосомные патологии	3,1	3,0	2,9	3,0	3,0
Заб. мочепол. системы	80,1	81,4	85,1	88,9	96,1
Патологии беременности	161,5	158,8	170,7	165,7	193,0
Травмы и отравления	120,6	114,0	118,2	125,0	130,4

Патологии перинат. периода	625,7	601,7	529,8	465,4	411,5
Разные	12,5	12,5	11,6	11,7	10,6

На основных этапах исследования использовались методы факторного, кластерного и дискриминантного анализа, медикопсихосоциального прогнозирования и др. Статистическую обработку данных, построение моделей с последующим анализом, осуществляли на персональном компьютере с использованием прикладных программ «Excel» и «Statistica» 6.0.

По количеству выявленных болезней, по данным официальной статистики, идет тенденция снижения инфекционной и паразитарной патологии 150,6 случаев на 10 000 населения в 2009 году и 120,9 случаев соответственно в 2013 году (табл. 1). Если во всем мире идет рост заболеваемости эндокринной системы и органов дыхания, то в Азербайджане распространенность данных патологий почти одинакова за последние 5 лет, за исключением заболеваний пищеварительной системы, нервной патологии и мочеполовой системы.

Как и во многих странах, так и в Азербайджане по уровню смертности первое место занимает сердечно-сосудистая патология – 369,8 случаев на 100 000 населения (табл.3.6), затем идут новообразования (68,7) и первую тройку замыкает смертность от заболеваний пищеварительной системы (30,3 на 100 000 населения).

При анализе отчетов лечебно-профилактических учреждений городов Сумгаит, Гянджа были получены не только количественные показатели, но и определены фактические тенденции в структуре первичной заболеваемости, приводящей к почечной недостаточности и ее ориентировочные показатели.

Представленная ниже таблица 2 позволяет проследить динамику роста числа зарегистрированных больных с хронической почечной недостаточностью.

Таблица 2

Количество диализных центров и число больных ХПН за 2004-2015 гг.:

Годы	Число диализных центров	Число больных
2004	3	304
2005	4	431
2006	5	601
2007	7	738
2008	11	961
2009	15	1199
2010	19	1500
2011	21	1811
2012	24	1972
2013	29	2224
2014	32	2552
2015	34	2741

Представленные в таблице материалы позволяют отметить рост числа больных с хронической почечной недостаточностью, получающих программный гемодиализ с 2004 года по 2015 год более, чем в 9 раз, при этом число впервые выявленных больных из года в год остается достаточно стабильным. Рост фактической популяции больных позволяет говорить о формировании устойчивой кумулятивной генерации больных, получающих гемодиализное лечение. Формирование ее происходит, в основном, за счет увеличения срока жизни больных, получающих этот вид лечения.

По данным таблицы 3, диабетическая нефропатия и гломерулонефрит составляют основную часть больных с хронической почечной недостаточностью на додиализном этапе.

Таблица 3

Структура болезней, приводящих к хронической почечной недостаточности за 2010 и 2014 гг. (в %)

Наименование болезней	2010	2014
Диабетическая нефропатия	21,0 %	27,5%
Хронический гломерулонефрит	28,9 %	29,6 %
Хронический пиелонефрит	18,7%	14,9%
Гипертоническая болезнь	10,1%	12,8%
Поликистоз почек	8,4%	8,3%
Урологическая патология	6,8%	3,8%
Болезни соединительной ткани, амилоидозы	2,1%	1,3%
Другие причины	4,0 %	1,8%

Наряду с этим нами изучена динамика рассматриваемых показателей у больных с хронической почечной недостаточностью, уже получающих заместительную почечную терапию методом гемодиализа.

Доля больных с урологической патологией: мочекаменная болезнь (5,0%), хронический пиелонефрит (12,9%), кистозная болезнь почек (8,0%) составляет в среднем около 25,0%, что соответствует и международным данным. Основную же часть составляют пациенты с хроническим гломерулонефритом (62,4%). Мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит – основная причина терминальной хронической почечной недостаточности в развивающихся странах, что свидетельствует о недостаточной организации профилактической деятельности и слабой диагностической подготовке на уровне амбулаторно-поликлинического звена.

Среднее значение числа пациентов с врожденными аномалиями развития мочевой системы за исследуемый период составило 2,9% .

Среднегодовое число впервые выявленных пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности составляет 22,3 человека. Также увеличивается число впервые выявленных пациентов с консервативно не курабельной стадией хронической почечной недостаточности, требующей

незамедлительного начала гемодиализной терапии. Интенсивность роста за 3 года составляет 58,8%.

Рост данной популяции больных обуславливается снижением летальности в общей популяции диализных больных - 7,2% в 2011 году; в 2012 году - 6,8; 2013 - 6,4; 2014 -5,9 %.

Вышеприведенные результаты, безусловно, свидетельствуют о том, что внедрение регистра ХПН в структуру нефрологической службы повысило выявляемость ХБП среди жителей г. Баку и других городов, поэтому стало возможным анализировать основополагающие эпидемиологические характеристики ХПН. Распространенность ХБП 2-5 стадий примерно в 1,5 раза выше среди мужского населения г. Сумгаит, но половые различия стираются при анализе возрастных критериев: максимальная распространенность ХПН выявляется в возрастной группе 51-60 лет. Этот факт не случаен, так как известно, что пик заболеваемости доминирующими в структуре ХБП гломерулярными болезнями приходится на молодой возраст и должно пройти 1,5 -2 десятилетия, чтобы развились признаки почечной недостаточности.

Литература:

1. Бритов А.Н. Взаимосвязь артериальной гипертензии, обменных нарушений и уратной нефропатии / А.Н. Бритов Н.А., Елисеева, А.Д. Деев и др. // Терапевтический архив. - 2006. - Т. 78. - № 5. - С.41-45.
2. Гвозденко Т.А. К вопросу о липидных нарушениях у больных хроническим пиелонефритом / Т.А. Гвозденко, М.В. Антонюк, Т.П. Новгородцева // Нефрология.- 2006. - Т.10. - С.50-55.
3. Захаров Ю.М. Неэритропоэтические функции эритропоэтина / Ю.М. Захаров // Рос. физиологич. журн. им. И.М. Сеченова. 2007. - Т. 93, № 6. - С. 592-608.
4. Ковальчук Е.Н. Модель оценки эффективности урологической помощи в регионе // Моделирование. Теория, методы и средства: Сб. трудов Межд. научно-практич. конференции. - Новочеркасск, 2008. - С. 82-83.
5. Кузьмин О.Б. Дисфункция почки при хронической сердечной недостаточности: теоретические и клинические аспекты / О.Б. Кузьмин, М.О. Пугаева // Нефрология.- 2003. - Т. 7, № 2. - С.31-37.
6. Мосина Н.В. Артериальная гипертензия и протеинурия важнейшие факторы прогрессирования почечной недостаточности / Н.В. Мосина, А.М. Есаян // Нефрология. - 2004. - Т. 8, № 1. - С. 22-28.
7. Смирнов А.В. Хроническая болезнь почек: на пути к единству представлений / А.В. Смирнов, А.М. Есаян, И.Г. Каюков // Нефрология. 2002. -Т. 6, №4. - С 11-17.
8. Федорова Е.Ю. Механизмы прогрессирования поражения почек при ожирении / Е.Ю. Федорова, И.М. Кутырина//Нефрология и диализ.-2006. Т. 8, № 2.-С.102-111.
9. Andronico, G. Renal plasma flow, filtration fraction and microalbuminuria in hypertensive patients: Effects of chronic smoking / G. Andronico, M. Rome, A.L. Cicero et al. // Nephrology. 2005. - Vol. 10, № 5. - P. 483-486.
10. Barri, Y.M. Hypertension and kidney disease: a deadly connection / Y.M. Barri // Curr Cardiol Rep. 2006. - Vol. 8, № 6. - P. 411-417.

Рецензент: к.м.н., доцент Тургунбаев Т.Э.