

Бабаев Ф.Г., Гусейнов Х.М., Каратаев М.М.

**АЗЕРБАЙЖАНДА БӨЙРӨКТҮН ӨНӨКӨТ ООРУСУНУН ТАРАЛЫШЫ
ЖАНА БАШТАПКЫ ООРУСУ**

Бабаев Ф.Г., Гусейнов Х.М., Каратаев М.М.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В АЗЕРБАЙДЖАНЕ**

F.G. Babaev, Kh.M., Guseinov, M.M. Karataev

**PREVALENCE AND PRIMARY MORBIDITY OF CHRONIC
KIDNEY DISEASES IN AZERBAIJAN**

УДК: 616.61-002.2

Бул макалада Азербайжанда бөйрөктүн өнөкөт оорусунун таралышы жана баштапкы оорунун аныкталышы иликтенген, негизги демографиялык факторлордун бул оорунун таралышына тийгизген таасири көрсөтүлгөн, 2004-2006 жылдары жана 2007-2009 жылдары учетко алынган бейтаптардын жынысына жана жашына карата өзгөчөлүктөрү белгиленген. Бөйрөктүн өнөкөт начарлашынын регистри түзүлүп нефрология кызматына киргизилгенден кийин Баку, Левонкарань, Нахичевань жана республика боюнча бөйрөктүн өнөкөт оорусун табуу жакиши жакка коюлганы далилденген.

Негизги сөздөр: бөйрөктүн өнөкөт оорусу, нефрология кызматы, бөйрөктүн өнөкөт начарлашынын регистри.

В данной статье проанализированы распространенность и первичная заболеваемость хронической болезнью почек в Азербайджане, влияние основных демографических параметров на распространенность и заболеваемость ХБП 2-5 стадий, представлен сравнительный анализ половозрастных особенностей пациентов, взятых на учет между 2004-2006гг. и 2007-2009 гг. Доказано, что внедрение регистра хронической почечной недостаточности в структуру нефрологической службы повысило выявляемость ХБП среди жителей городов Баку, Левонкарань, Нахичевань и республики в целом, поэтому стало возможным анализировать основополагающие эпидемиологические характеристики ХПН.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, нефрологическая служба, регистр хронической почечной недостаточности.

This article analyzes the prevalence and primary morbidity of chronic kidney disease in Azerbaijan, the impact of the main demographic parameters on the prevalence and incidence of CKD stages 2-5, the comparative analysis of sex-age characteristics of the patients, taken on record between 2004-2006. and the years 2007-2009. It is proved that the introduction of chronic renal failure in the structure of the register nephrology services increased detection of CKD among the inhabitants of the cities of Baku, Levonkaran, Nakhichevan and the country as a whole, so it became possible to analyze basic epidemiologic characteristics of CKD.

Key words: chronic kidney disease, nephrology service, register of chronic renal failure.

Актуальность исследования.

Заболеваемость хронической болезнью почек (ХБП) является актуальной медико-социальной проблемой вследствие значительного роста ее пока-

зателей, прогрессирующего характера с исходом в хроническую почечную недостаточность (ХПН) и числа пациентов, нуждающихся и получающих гемодиализ и перитонеальный диализ в последние 15–20 лет (Рябов С.И., 2000; Смирнов А.В. с соавт., 2006; Ильичева О.Е., 2007; Караваева Л.Г., 2003; Бикбов Б.Т., Томилина Н.А., 2014). Так хроническая почечная недостаточность регистрируется с частотой 100–600 пациентов/млн. населения. Ежегодная заболеваемость: 50-100 случаев на 1 млн. населения (Ванчакова Н.П., Рыбакова К.В., Смирнов А.В., 2000; Ермоленко В.М., 2000; Мукашева С.Б., Мовчан Е.А., 2007).

Изучение эпидемиологических характеристик хронической болезни почек имеет значение для планирования специализированной помощи (числа диализных мест, объема трансплантации почки). Для получения информации осуществляется анализ статистических данных, обследование и последующее наблюдение за популяцией больных. Существующие в разных странах регистры чаще оценивают структуру и особенности пациентов на ЗПТ. Это так называемые диализные регистры и они преобладают, поэтому наиболее изученной остается терминальная стадия почечной недостаточности (ТХПН), в то время как ЗПТ подвергается лишь около 20,0% больных, а 80,0% лечатся консервативно (Тареева И.Е., 2000; Каратаев М.М., Бабаев Ф.Г., Гусейнов Х.М., 2016).

Вероятность включения больного в программу ЗПТ зависит не только от медицинских показаний, но и от многих других факторов - возраста, удаленности места проживания от центра, ресурсов ЗПТ и наличия трансплантационной программы, валового национального продукта на душу населения (Coresh J., Selvin L.A. Stevens A. et al. 2007).

Цель исследования. Изучение распространенности и первичной заболеваемости хронической болезни почек 2-5 стадий в Азербайджане и разработка путей улучшения диагностики и профилактики данной патологии.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в отделении хронического диализа клиники Научного центра хирургии имени академика М.Топчибашева, городов Левонкарань, Нахичевань Азербайджана.

Использованы клиничко-статистические, со-

циально-гигиенические методы исследования.

Результаты и обсуждение.

За 8 лет работы регистра (с 01.08.2006 по 01.08.2014 гг.) было выявлено и включено в настоящее исследование 1811 больных ХПН, удовлетворяющих критериям отбора. До 2006г. первичная заболеваемость ХПН по республике рассчитывалась

на уровне 20,6 человек на 1 млн. населения, а распространенность - 172 человека на 1 млн. населения. Динамика количества «новых» больных с ХБП 2-5 стадии и общего числа, взятых под наблюдение пациентов отражена в таблице 1.

Таблица 1

Ежегодное количество «новых» больных с ХБП 2-5 стадией в Азербайджане в разных возрастных группах за 2009-2011 и 2012-2014 годы

Возраст годы	Количество больных						
	2009-2011		2012-2014		Всего		
	Абс.	В %	Абс.	В %	S (в %)	p	t
До 20 лет	8	2,5±0,88	12	3,9±1,1	3,2±1,4	-	-
21-30	28	8,8±1,59	17	5,5±1,29	7,2±2,1	1,602	0,109
31-40	50	15,7±2,04	40	12,9±1,9	14,4±2,8	0,991	0,322
41-50	101	31,8±2,61	90	29,1±2,58	30,5±3,7	0,717	0,474
51-60	73	23,0±2,36	64	20,7±2,3	21,9±3,3	0,679	0,496
61-70	50	15,7±2,04	66	21,4±2,33	18,5±3,1	1,817	0,069
71 и ст.	8	2,5±0,88	20	6,5±1,4	4,5±1,7	-	-
Всего	318	100,0	309	100,0	-	-	-

Примечание: * - значение p<0,1.

За период работы регистра представления о заболеваемости и распространенности ХБП 2-5 ст. существенно изменились. По нашим данным, средняя распространенность составила 516 человек на 1 млн. населения. В год регистрировалось 63 «новых» случая на 1 млн. населения.

Определенный интерес представляет сравнение средней распространенности и первичной заболеваемости ХБП 2-5 стадии среди городских и сельских жителей. Распространенность и заболеваемость среди городского и сельского населения существенно различаются.

но не различалась (569 и 495; 64,4 и 61,0 человек на 1 млн. населения соответственно).

Высокие показатели распространенности ХБП 2-5 стадии (табл. 2) среди жителей г. Баку отражают значительно более низкую доступность ЗПТ для сельских жителей.

Проанализировано влияние основных демографических параметров на распространенность и заболеваемость

Таблица 2

Распространенность и заболеваемость ХБП 2-5 стадий среди городского и сельского населения за 2012 год

Место жительства	Количество больных		Распространенность (на 1 млн. нас.)	Заболеваемость (на 1 млн. нас.)
	Абс.	В %		
г. Баку	913	51,7	569	64,4
Регионы	898	48,3	495	61,0

В регистр ХПН было включено 702 (52,2%) мужчин и 643 (47,8%) женщин, т.е. соотношение мужчин и женщин равнялось 1,09. Распределение больных ХБП 2-5 стадиями по полу и возрасту представлено в табл. 3. Как следует из таблицы, число больных моложе 20 лет было минимальным (1,4-0,7%). Далее число пациентов с ХПН увеличивается с каждым десятилетием, достигая максимума

в 51- 60 лет (25,3 – 27,0%), затем вновь снижается (до 10,5 - 12,6% после 71 года). Поэтому число пожилых больных примерно в 2 раза меньше, чем лиц среднего возраста, но практически равно количеству молодых больных (до 30 лет). Значимых половых различий по возрастным группам не обнаружено.

Таблица 3

Распределение больных ХБП 2-5 стадиями по полу и возрасту в Азербайджане за 2012 год

Возраст годы	Количество больных						
	Мужчины		Женщины		Всего		
	Абс.	В %	Абс.	В %	S	p	t
До 20 лет	9	1,4±0,43	5	0,7±0,32	0,5	-	-
21-30	42	6,4±0,9	37	5,8±0,9	1,3	0,48	0,26
31-40	76	10,9±1,15	55	8,6±1,08	1,6	1,44	0,63
41-50	175	24,7±1,59	141	22,1±1,59	2,2	1,11	0,15

51-60	173	25,3±1,6	174	27,0±1,71	2,3	0,76	0,27
61-70	156	20,8±1,49	150	23,0±1,62	2,2	0,99	0,47
71 и ст.	71	10,5±1,13	81	12,6±1,28	1,7	1,26	0,32
Всего:	702	100,0	643	100,0	-	-	-

Распространенность ХБП 2-5 стадии в мужской популяции составила в среднем 797 на 1 млн. населения, а среди лиц женского пола данный показатель оказался существенно ниже – 548 на 1 млн. населения. Мужчины преобладали во всех возрастных группах, но эти различия статистически не значимы ($p > 0.05$). Кривая распространенности, как в мужской, так и женской популяции с возрастом постепенно идет вверх, достигая наивысшей точки на шестом десятилетии. В более старших возрастных группах уровень распространенности постепенно снижается, но при этом сохраняется общая тенденция к более высокой распространенности ХБП 2-5 стадии у пожилых.

Сравнительный анализ возрастных особенностей пациентов, взятых на учет между 2004-2006гг. и 2007-2009гг. существенных различий не выявил.

Обращает на себя внимание значимое увеличение пациентов старшей возрастной группы, а именно в возрасте от 61 до 70 лет с 15,7 до 21,4% ($p < 0,01$).

В возрастных группах до 20 лет и старше 70 сравнительный анализ не проводился ввиду малых выборок.

Определенный интерес представляют сведения о степени выраженности хронической почечной недостаточности на момент первичного оформления в регистр. Для сравнения мы использовали понятие «ранние» стадии, подразумевая объединенную группу больных ХБП 2-3 стадии, и «поздние» - ХБП 4-5. Точкой отсчета послужил 2006г., т.е. год создания регистра.

На момент первичной регистрации в 2006 г. ($n=120$) число пациентов с «ранними» и «поздними» стадиями ХБП было примерно одинаково ($n=58$ или 48,3% для «ранних» $n=62$ или 51,7% для «поздних») даже с некоторым преобладанием последних. Однако, вышеуказанное соотношение в 2008г. ($n=115$) изменилось следующим образом: $n=70$ или 60,9% пациентов выявлены на «ранних» стадиях ХБП, а $n=45$ или 39,1% - на «поздних». Как увеличение выявления больных ХБП 2-3 стадии, так и снижение процента ХБП 4-5 стадии было достоверным ($p < 0,05$).

Вышеприведенные результаты, безусловно, свидетельствуют о том, что внедрение регистра ХПН в структуру нефрологической службы повысило выявляемость ХБП среди жителей городов Баку, Левонкарань, Нахичевань и республики в целом, поэтому стало возможным анализировать основополагающие эпидемиологические характеристики ХПН. Распространенность ХБП 2-5 ст примерно в 1,5 раза выше среди мужского населения г. Баку, но половые различия стираются при анализе возрастных критериев: максимальная распространенность ХПН выявляется в возрастной группе 51-60 лет (1558 - 1246 человек на 1 млн. населения) 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.

Обнаруженные тенденции подтверждает и динамика регистрации «новых» больных. За последние пять лет в 2 раза уменьшилась когорта 30 - 40-летних и трехкратно увеличился процент лиц пожилого возраста. Функционирование регистра больных ХПН внесло качественные изменения в диспансеризацию при ХБП: на порядок возросла выявляемость «ранних» стадий почечной недостаточности (с 48,3 до 60,9%) и, соответственно, существенно снизилась первичная диагностика «поздней» ХПН (с 51,7 до 39,1%). При этом заболеваемость ХБП находится на одном уровне в г.Гянджа и различных по удаленности от столицы районах, что демонстрирует методологическую адекватность функционирования регистра. Выявленные демографические закономерности, данные о распространенности и заболеваемости ХБП, требуют этиологической расшифровки ХПН среди жителей всей страны.

Из 2754 больных, находящихся на диализе 1984 больных получают сеансы 3 раза в неделю, 681 больных 2 раза в неделю, остальные 89 только 1 раз (табл.4). Эта ситуация тоже косвенно влияет на нагрузку на диализные места.

Таблица 4

Распределение больных, получающих гемодиализ в зависимости от количества сеансов

Количество сеансов	Количество больных	
	Абс. число	В %
1 раз в неделю	89	3,3
2 раз в неделю	681	24,7
3 раз в неделю	1984	72,0
Итого	2754	100,0

По полу 53,0% больных - мужчины, 47,0% - женщины.

Как видно из табл. 5, число лиц, получающих гемодиализ в возрасте до 15 лет в республике составило 11 больных, 16-25 лет -153, 26-35 лет - 564, 36-45 лет - 1317, 46-59 лет - 581, 60 лет и выше-103 больных.

Таблица 5

Распределение больных, получающих гемодиализ в зависимости от возраста

Возраст больных	Количество больных	
	Абс. число	В %
До 15 лет	11	0,4
16-25	153	5,6
26-35	564	20,5
36-45	1317	47,8
46-59	581	21,1
60 лет и выше	128	4,6
Всего	2754	100,0

При анализе эффективности деятельности отделения диализа и качества медицинской реабилитации, важное значение имеет показатель плановости госпитализации больного. Если больной поступает в плановом порядке до начала заместительной почечной терапии, он наблюдается в отделении некоторое время, заранее формируется сосудистый доступ, то период первичной реабилитации в стационаре до перевода на амбулаторное лечение незначителен.

При внеплановых госпитализациях больные поступают, как правило, в крайне тяжелом состоя-

нии, со значительными осложнениями уремии и зачастую им требуются повторные операции по формированию временного и(или) постоянного доступа, значительный объем медикаментов для коррекции анемии, осложнений уремии и основного заболевания, что, в свою очередь, увеличивает период стационарного лечения, его стоимость и ухудшает прогноз заболевания. В таблице 6 представлена динамика данного показателя по г. Баку за 2012 - 2014 гг.

Таблица 6

Динамика показателя первичной госпитализации плановых и внеплановых больных с хронической почечной недостаточностью в отделения гемодиализа г. Баку за 2012 - 2014 гг. (%)

Годы	В плановом порядке	Во внеплановом порядке	Всего
2012	33,3	66,7	100,0
2013	56,4	43,6	100,0
2014	63,9	36,1	100,0

Из представленных показателей видно, что наличие свободных диализных мест позволяет достаточно эффективно, в течение относительно небольшого промежутка времени, сформировать динамически мониторируемый пул пациентов с преддиализной консервативно курабельной стадией хронической почечной недостаточности.

В дальнейшем это позволяет упорядоченно и своевременно вводить их в программу гемодиализной терапии и, таким образом, свести к минимуму

число экстренных случаев госпитализации пациентов с критически запущенным соматическим статусом вследствие своевременно не леченной хронической почечной недостаточности.

Количество новых пациентов с хронической почечной недостаточностью увеличивается как в городе Баку, так и в регионах, составляя в 2011 году 352 пациента или 48,0 % и 381 пациент или 52,0 % - соответственно (рис. 1).

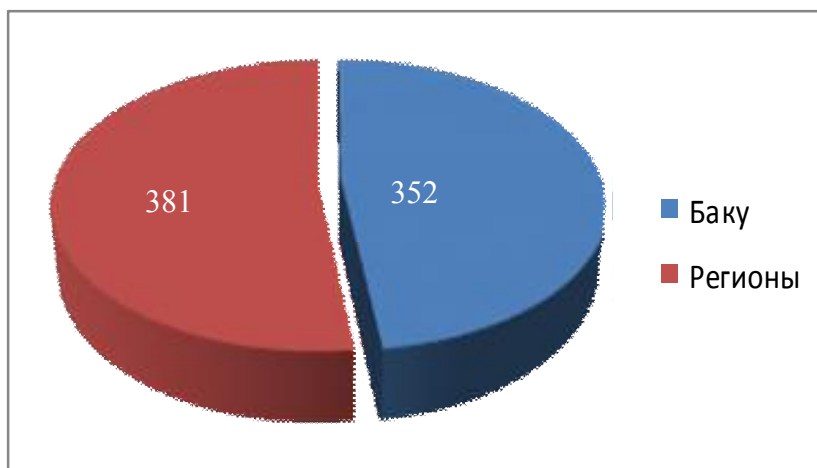


Рис. 1. Количество новых пациентов в Баку и регионах в 2011 году.

Одним из критериев, характеризующих деятельность отделения диализа и в косвенной форме позволяющих охарактеризовать рассмотренный выше показатель, служит статистика операций формирования сосудистого доступа. Кроме того, рост числа повторных операций по формированию артерио-венозного анастомоза характеризует длительность лечения больных в общей популяции (чем длительнее лечение, тем более вероятен тромбоз анастомоза и необходимость его реконструкции).

Выводы:

1. Для современного этапа развития гемодиализной помощи населению характерен рост числа больных с хронической почечной недостаточностью за 3 года в 1,6 раза, что свидетельствует о нарастающей потребности в заместительных методах лечения. Рост фактической популяции диализных больных в 1,5 раза за 2009-2014 гг. при достаточно стабильном числе впервые выявленных пациентов с хронической почечной недостаточностью позволяет говорить об образовании устойчивой кумулятивной генерации гемодиализных больных, формирование которой увеличивает общую численность гемодиализных пациентов и сокращает число свободных гемодиализных мест.

2. Хронические воспалительные заболевания почек в 30,6% случаев являются причиной ХПН, в 26,5% случаев причиной ХПН является сахарный диабет, в 12,8% к ХПН приводит артериальная гипертензия и сердечно-сосудистая патология, в 6,7% случаев причиной ХПН являются урологические заболевания, требующие оперативное вмешательство, в 1,2% случаев ХПН результат легочной патологии (туберкулез легких, экссудативная пневмония), приводящей к амилоидозу почек, в 2,0% случаев причиной ХПН являются заболевания соединительной ткани (в основном гормонозависимые системные заболевания).

Литература:

1. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2011 гг. (Отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии) // Нефрология и диализ. – 2014. - Т.16, N.1. - С. 11-127.
2. Ванчакова Н.П., Рыбакова К.В., Смирнов А.В. Нарушения поведения и негативные эмоции, у больных с ХПН, получающих гемодиализ // Нефрология. - 2000.- № 2. Т. 4. - С. 92.
3. Ермоленко, В.М. Хроническая почечная недостаточность // Ермоленко, В.М. Нефрология: руководство для врачей; под ред. И.Е. Тареевой. М.: Медицина, 2000. - Гл. 39. - С. 596-658.
4. Ильичева, О.Е. Факторы риска развития хронической сердечной недостаточности у пациентов с различными стадиями хронической болезни почек /О.Е. Ильичева // Нефрология. - 2007. - Т. 11, № 1. - С.71-78.
5. Караваева, Л.Г. Механизмы прогрессирования хронического гломерулонефрита, новые подходы к лечению / Л.Г. Караваева // Здравоохранение Урала. - 2003. - № 3(21). - С. 2-6.
6. Каратаев М.М., Бабаев Ф.Г., Гусейнов Х.М. Хронические болезни почек в сочетании с другими заболеваниями внутренних органов// Известия ВУЗов Кыргызстана.- Бишкек. - 2016. - №3. - С. 25-29.
7. Мукашева, С.Б. Прогноз и факторы риска сердечно-сосудистых осложнений при хроническом гломерулонефрите / С.Б. Мукашева, Е.А. Мовчан // Клиническая медицина. - 2007. - Т. 85, №2. - С. 36-39.
8. Рябов, С.И. Почечная недостаточность / С.И. Рябов // Нефрология: руководство для врачей / под ред. С.И. Рябова. СПб.: Спец. Лит., 2000.- Гл. 10. - С. 563-642.
9. Смирнов, А.В. Эпидемиология и социально-экономические аспекты хронической болезни почек / А.В. Смирнов, В.А. Добронравов, И.Г. Каюков и др. // Нефрология. - 2006. - Т. 10, № 1. - С.7-13.
10. Тареева, И.Е. Тубулоинтерстициальные нефропатии / И.Е. Тареева // Нефрология: руководство для врачей / под ред. И.Е. Тареевой. М.: Медицина, 2000. - С. 329-336.
11. Coresh J., Selvin E., Stevens L. et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States // JAMA. 2007. - Vol. 298, № 17. - P. 2038-2047.

Рецензент: к.м.н., доцент Кочкоров М.К.