

*Гусейнов Х.М., Мамбетов М.А.***ӨНӨКӨТ БӨЙРӨК ООРУЛАРЫН КҮЧӨТҮҮДӨГҮ ООРУНУН
ТОБОКЕЛ ФАКТОРЛОРУН ТҮЗГӨН ДАРТТАР***Гусейнов Х.М., Мамбетов М.А.***ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК***Kh.M. Guseynov, M.A. Mambetov***BACKGROUND DISEASES AS RISK FACTORS OF DEVELOPMENT
OF CHRONIC DISEASE KIDNEYS**

УДК: 618.146:616-002.2/616.61

Бул макалада өнөкөт бөйрөк оорулары менен ооруган бейтаптардын оорунун тобокел факторлорун иштеп чыгуу коркунучу бар экендигин каралат, алар 2013-жылдан 2017-жылга чейинки мезгилде М.Топчибашев атындагы хирургия клиникасы өнөкөт диализ Илимий борборунун бөлүмүндө байкалган. Өнөкөт бөйрөк оорулары менен ооруган бейтаптардын жынысына жана курагына жасалган талдоо көрсөттү, алардын кыйла салыштырма салмагы аялдарга (34,0%) караганда, эркектерде (66,0%) көп экендигин. Эркектердин ири курактык топтогу үлүшү 51-60 (32,8%), аялдар 41-50 жашта (10,9%). Ал эркектер жана аялдар арасында жаш курактык топ 21-30 жаш (2,1-3,8% тиешелүүлүгүнө жараша) боюнча бейтаптарды кабыл алганын белгилей кетүү керек. Эң негизги оорулууларда өнөкөт бөйрөк оорусу болгон себеби өнөкөт гломерулонефрит (80,6±2,5), өнөкөт пиелонефрит (55,0±3,2), диабет нефропатия (53,9±3,2). Оорулууларда өнөкөт гломерулонефриттин таралышы менен эрте өнөкөт бөйрөк оорусу 40,7±3,1 калды, орточо баскычта - 28,5±2,9, $p < 0,01$ жана айыкпас - 11,3±2,0, $p < 0,001$. Оорулууларда өнөкөт күчөш жыштыгы пиелонефрита күчөш жыштыгы менен эрте өнөкөт бөйрөк оорусу 30,2±2,9 калды, орточо баскычта - 17,2±2,4, $p < 0,001$ жана айыкпас - 17,5±1,7, $p < 0,05$. Өнөкөт бөйрөк оорулары менен баштапкы стадиясы диабет нефропатии учурлары 6,3±1,5 калды, орточо баскычта - 5,4±1,4, $p < 0,05$ жана айыкпас - 3,8±1,2, $p < 0,05$. Биринчи үлүшүнүн оорулардын ичинен даражалуу өнөкөт бөйрөк оорулары өнүгүшүнө таасир, өнөкөт гломерулонефрит ээлеген ($R=60,8\%$, $r_{xy}=+0,78$, түздөн-түз байланыштуу, күчтүү), экинчи өнөкөт пиелонефрит ($R=50,4\%$, $r_{xy}=+0,71$, түздөн-түз байланыштуу, күчтүү), үчүнчү - диабеттик нефропатия ($R=49,0\%$, $r_{xy}=+0,70$, түздөн-түз байланыштуу, күчтүү). Негизги оорулардын жыштыгын азайтуу үчүн кескин жакшыртуу чаралары өнөкөт бөйрөк оорулары эрте диагноз коюу жана алдын алуу үчүн зарыл болгон.

Негизги сөздөр: анемия, дене салмагынын индекси, тамак-аш калориялуулугу, дисперсиялык көп өзгөрмөлүү

талдоо, протеинурия, клубочкалуу чыпкалоо баасы, өнөкөт кемтиги, коркунуч болуп саналуу, кортикостероидтер.

В данной статье рассмотрены факторы риска развития хронической болезни почек у больных, наблюдавшихся в отделении хронического диализа клиники Научного центра хирургии имени академика М. Топчибашева в период с 2013 по 2017 годы. Анализ половозрастной структуры больных с хронической болезнью почек показал, что наибольший удельный вес составили мужчины (66,0%), чем женщины (34,0%). Среди мужчин наибольший удельный вес больных приходился на возрастную группу 51-60 лет (32,8%), женщины - 41-50 лет (10,9%). Необходимо отметить, что среди мужчин и женщин встречались больные в возрастной группе 21-30 лет (2,1% и 3,8%, соответственно). Ведущими причинами развития хронической болезни почек у обследованных больных явились хронический гломерулонефрит (80,6±2,5), хронический пиелонефрит (55,0±3,2), диабетическая нефропатия (53,9±3,2). Распространенность хронического гломерулонефрита у больных с начальной стадией хронической болезни почек составила 40,7±3,1 случаев, в умеренной стадии - 28,5±2,9, $p < 0,01$ и терминальной стадии - 11,3±2,0, $p < 0,001$. Частота хронического пиелонефрита у больных в начальной стадии составила 30,2±2,9 случаев, умеренной - 17,2±2,4, $p < 0,001$, терминальной стадиях - 17,5±1,7 случаев, $p > 0,05$. Случаи диабетической нефропатии в начальной стадии хронической болезни почек составили 6,3±1,5, умеренной - 5,4±1,4, $p > 0,05$ и терминальной стадиях 3,8±1,2, $p > 0,05$. Первое ранговое место среди заболеваний по доле влияния на развитие хронической болезни почек занимали хронический гломерулонефрит ($R=60,8\%$, $r_{xy}=+0,78$, связь прямая, сильная), второе - хронический пиелонефрит ($R=50,4\%$, $r_{xy}=+0,71$, связь прямая, сильная), третье - диабетическая нефропатия ($R=49,0\%$, $r_{xy}=+0,70$, связь прямая, сильная). Отмечается необходимость совершенствование мер ранней диагностики и профилактики хронической болезни почек с целью снижения частоты фоновых заболеваний.

Ключевые слова: анемия, индекс массы тела, калорийность питания, многофакторный дисперсионный анализ, протеинурия, скорость клубочковой фильтрации, хроническая почечная недостаточность, факторы риска, кортикостероиды.

In this article risk factors of development of a chronic disease of kidneys in the patients observed in office of chronic dialysis of clinic of Scientific center of surgery of a name of the academician M.Topchibashev during the period from 2013 to 2017 are considered. The analysis of gender and age structure of patients with a chronic disease of kidneys showed that the largest specific weight was made by men (66.0%), than women (34.0%). Among men the largest specific weight of patients fell on age group of 51-60 years (32.8%), women - 41-50 years (10.9%). It should be noted that patients in age group of 21-30 years occurred among men and women (2.1% and 3.8%, respectively). Were the leading reasons of development of a chronic disease of kidneys in the examined patients chronic chronic pyelonephritis (55.0±3.2), diabetic nephropathy glomerulonefrit (80.6±2.5), diabetic nephropathy (53.9±3.2). The prevalence of the chronic glomerulonefrit at patients with an initial stage of a chronic disease of kidneys was 40.7±3.1 cases, in a moderate stage - 28.5±2.9, $p < 0.01$ and terminal stage - 11.3±2.0, $p < 0.001$. Frequency of chronic pyelonephritis at patients in an initial stage was 30.2±2.9 cases, moderated - 17.2±2.4, $p < 0.001$, terminal stages - 17.5±1.7 cases, $p > 0.05$. Cases of a diabetic nephropathy in an initial stage of a chronic disease of kidneys made 6.3±1.5, moderated - 5.4±1.4, $p > 0.05$ and terminal stages 3.8±1.2, $p > 0.05$. The first rank place among diseases on a share of influence on development of a chronic disease of kidneys was taken chronic glomerulonefrit ($R=60.8\%$, $r_{xy} = 0.78$, communication direct, strong), the second - chronic pyelonephrit ($R=50.4\%$, $r_{xy} = 0.71$, communication direct, strong), the third - a diabetic nephropathy ($R=49.0\%$, $r_{xy}=0.70$, communication direct, strong). Improvement of measures of early diagnostics and prevention of a chronic disease of kidneys for the purpose of decrease in frequency of background diseases is noted need.

Key words: anemia, body mass index, food caloric content, multiple-factor dispersive analysis, proteinuria, speed of glomerular filtration, chronic renal failure, risk factors, corticosteroids.

Актуальность исследования. В современных социально-экономических условиях хроническая болезнь почек является одной из актуальных не только медицинских, но и социальных проблем. Отмечается прогрессирующий рост заболеваемости с переходом в хроническую почечную недостаточность и увеличение числа больных, нуждающихся в гемодиализе [1, 2, 3, 4, 5, 7, 8].

Многочисленные исследования посвящены анализу распространенности нутритивных нарушений у больных на гемодиализе с диабетической нефропатией и гипертензивным нефросклерозом [1, 2, 5, 6]. Малоизученными остаются вопросы по исследованию причин хронической болезни почек, обусловленных хроническими гломерулонефритом и пиелонефритом.

В настоящее время необходима совершенствование мероприятий по оказанию медицинской помощи больным с хронической болезнью почек.

Цель исследования. На основе многофакторного анализа факторов риска развития хронической болезни почек разработать меры по совершенствованию ранней диагностики и профилактики.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились больные, наблюдавшиеся в отделении хронического диализа клиники Научного центра хирургии имени академика М. Топчибашева Республики Азербайджан в период с 2013 по 2017 годы.

Для определения репрезентативности объема выборки больных применялся метод основного массива, при этом объем числа наблюдений определялся по общепринятой методике с известным числом генеральной совокупности. При этом, число наблюдений (n) составило 238 единиц.

С целью углубленного изучения особенностей влияния факторов риска на развитие хронической болезни почек использован многофакторный дисперсионный анализ. Определены критерии достоверности Фишера (F_b), коэффициенты детерминации (R) и корреляционного отношения (H/h).

При обработке материалов исследования производилось вычисление показателей относительной величины (интенсивный, экстенсивный, показатель правдоподобия). Достоверность различий между группами определяли с помощью параметрического критерия Стьюдента (t – критерия достоверности или доверительного коэффициента), ошибки репрезентативности ($\pm m$), вычисление « r » - критерия достоверности безошибочного прогноза $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$ (95,0%, 99,0%, 99,9%).

Весь объем информации обработан на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты исследования. Проведен анализ половозрастной структуры больных с хронической болезнью почек (табл. 1). Наибольший удельный вес составили мужчины (66,0%), женщин было меньше в 1,8 раз (34,0%). Среди мужчин наибольший удельный вес больных приходился на возрастную группу 51-60 лет (32,8%).

Больные возраста 41-50 лет составили 14,3%, 31-40 лет – 9,7%. На другие возрастные группы приходился незначительный удельный вес (61-70 лет – 5,0%, 21-30 и 71-80 лет по 2,1%, соответственно). У женщин наибольшее число больных приходилось на возрастную группу 41-50 лет (10,9%), на 51-60 лет – 8,8%, 31-40 лет – 4,6%, соответственно. Незначительный удельный вес составили больные в возрасте 61-70 лет (4,2%), 21-30 (3,8%) и 71-80 лет (1,7%).

Таблица 1

Возрастная структура больных с хронической болезнью почек (n=238)

№ пп	Возрастная группа	Пол			
		мужчина		женщина	
		абс. число	удельный вес (%)	абс. число	удельный вес (%)
1.	21-30	5	2,1	9	3,8
2.	31-40	23	9,7	11	4,6
3.	41-50	34	14,3	26	10,9
4.	51-60	78	32,8	21	8,8
5.	61-70	12	5,0	10	4,2
6.	71-80	5	2,1	4	1,7
	Всего	157	66,0	81	34,0

Таким образом, среди больных с ХБП преобладали мужчины (66,0%), чем женщины (34,0%). У мужчин преобладали больные в возрастных группах 51-60 лет (32,8%), 41-50 лет (14,3%) и 31-40 лет (9,7%). Среди женщин в 41-50 лет (10,9%), 51-60 лет (8,8%) и 31-40 лет (4,6%). Следует отметить, что как среди мужчин, так и среди женщин встречались больные в возрастной группе 21-30 лет (2,1% и 3,8%, соответственно).

Проведен анализ частоты распространенности заболеваний, способствующих развитию хронической болезни почек у обследованных больных, наблюдавшихся в отделении хронического диализа клиники Научного центра хирургии имени академика М.Топчибаева в период с 2013 по 2017 годы (табл. 2).

Таблица 2

Распространенность заболеваний, способствующих развитию хронической болезни почек (n=238) на 100 больных

№ пп	Заболевание	Абсолютное число	Частота заболеваний (P±m)
1.	Хронический гломерулонефрит	192	80,6±2,5
2.	Аутоиммунные заболевания	46	19,3±2,5
3.	Хронический пиелонефрит	131	55,0±3,2
4.	Врожденные аномалии почек	13	5,4±1,4
5.	Гипертоническая болезнь	37	15,5±2,3
6.	Диабетическая нефропатия	124	53,9±3,2
7.	Неуточненная этиология	17	7,1±1,6

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности.

Ведущими причинами развития хронической болезни почек являлись хронический гломерулонефрит ($80,6 \pm 2,5$), хронический пиелонефрит ($55,0 \pm 3,2$), диабетическая нефропатия ($53,9 \pm 3,2$), аутоиммунные заболевания ($19,3 \pm 2,5$), гипертоническая болезнь ($15,5 \pm 2,3$) и врожденные аномалии почек ($5,4 \pm 1,4$). Хроническая болезнь почек неуточненной этиологии встречалась в $7,1 \pm 1,6$ случаев.

Рассмотрена распространенность наиболее ведущих заболеваний (хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит и диабетическая нефропатия), влияющих на развитие хронической болезни почек по стадиям (табл. 3).

Таблица 3

Распространенность ведущих заболеваний, влияющих на развитие хронической болезни почек на 100 больных (n=238)

№ пп	Заболевание	Хроническая болезнь почек по стадиям						Всего	
		начальная		умеренная		терминальная		абс. число	P±m
		абс. число	P±m	абс. число	P±m	абс. число	P±m		
1.	Хронический гломерулонефрит	97	40,7±3,1	68	28,5±2,9*	27	11,3±2,0**	192	80,6±2,5
2.	Хронический пиелонефрит	72	30,2±2,9	41	17,2±2,4**	18	7,5±1,7***	131	55,0±3,2
3.	Диабетическая нефропатия	15	6,3±1,5	13	5,4±1,4***	9	3,8±1,2***	37	15,5±2,3

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, *p<0,01, ** - p<0,001, *** - p>0,05.

Так, распространенность хронического гломерулонефрита у больных с начальной стадией хронической болезни почек составила $40,7 \pm 3,1$ случаев. В умеренной стадии - $28,5 \pm 2,9$, p<0,01, в терминальной стадии – $11,3 \pm 2,0$, p<0,001.

Распространенность хронического пиелонефрита у больных в начальной стадии составила $30,2 \pm 2,9$ случаев, умеренной – $17,2 \pm 2,4$, p<0,001, терминальной стадиях ХБП – $17,5 \pm 1,7$ случаев, p>0,05.

Случаи диабетической нефропатии в начальной стадии ХБП составили $6,3 \pm 1,5$, умеренной – $5,4 \pm 1,4$, p>0,05 и терминальной стадиях $3,8 \pm 1,2$, p>0,05.

Таким образом, в большинстве случаев фоновым заболеванием является хронический гломерулонефрит, приводящий к хронической почечной недостаточности. Высокая частота случаев хронического гломерулонефрита, хронического пиелонефрита и диабетической нефропатии приходится на начальную и умеренную стадии хронической болезни почек. Следует отметить, что в терминальной стадии отмечаются случаи хронической болезни почек с незначительной частотой фоновых заболеваний.

Изучено влияние заболеваний, как факторов риска, на развитие хронической болезни почек с применением многофакторного анализа (табл. 4).

Таблица 4

Многофакторный анализ влияния заболеваний на развитие хронической болезни почек

№ пп	Вероятный фактор риска	Fb (критерий достоверности Фишера)	H/h (коэффициент корреляционного отношения)	R, % (коэффициент детерминации)	Ранг
1.	Хронический гломерулонефрит	82,3	+0,78	60,8	I
2.	Диабетическая нефропатия	56,7	+0,70	49,0	III
3.	Хронический пиелонефрит	65,7	+0,71	50,4	II
4.	Врожденные аномалии почек	27,3	+0,38	14,4	VI
5.	Аутоиммунные заболевания	30,4	+0,54	29,1	IV
6.	Гипертоническая болезнь	32,2	+0,45	20,2	V
7.	Неуточненная этиология	23,5	+0,29	8,4	VII

Примечание - Fb - критерий достоверности Фишера, R% - коэффициент детерминации, H/h - коэффициент корреляционного отношения.

Первое ранговое место среди заболеваний по доле влияния на развитие хронической болезни почек занимают хронический гломерулонефрит (R=60,8%, $r_{xy}=+0,78$, связь прямая, сильная), второе – хронический пиелонефрит (R=50,4%, $r_{xy}=+0,71$, связь прямая, сильная), третье – диабетическая нефропатия (R=49,0%, $r_{xy}=+0,70$, связь прямая, сильная), четвертое – аутоиммунные заболевания (R=29,1%, $r_{xy}=+0,54$, связь прямая, средней силы), пятое – гипертоническая болезнь (R=20,2%, $r_{xy}=+0,45$, связь прямая, средней силы), шестое – врожденная аномалия почек (R=14,4%, $r_{xy}=+0,38$, связь прямая, средней силы) и седьмое – заболевания почек неуточненной этиологии (R=8,4%, $r_{xy}=+0,29$, связь прямая, слабой силы).

Таким образом, по доле в большей степени на развитие хронической болезни почек влияют хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит и диабетическая нефропатия, при которых выявлена прямая, сильная корреляционная связь. Другие заболевания влияют в меньшей степени (корреляционная связь прямая, средней силы), кроме заболеваний неуточненной этиологии, когда выявлена прямая, слабая корреляционная связь.

Для повышения качества оказания медицинской помощи больным с хронической болезнью

почек необходимо совершенствование мер ранней диагностики и профилактики.

Выводы:

1. Среди больных с хронической болезнью почек преобладали мужчины (66,0%), в возрастных группах 51-60 лет (32,8%), 41-50 лет (14,3%) и 31-40 лет (9,7%).

2. Ведущими причинами развития хронической болезни почек являлись хронический гломерулонефрит (80,6±2,5), хронический пиелонефрит (55,0±3,2), диабетическая нефропатия (53,9±3,2).

3. Выявлена прямая, сильная корреляционная связь по доле влияния на развитие хронической болезни почек хронического гломерулонефрита, хронического пиелонефрита и диабетической нефропатии.

4. Необходима активизация мер первичной и вторичной профилактики.

Литература:

- Александрова И. И. Ранняя диагностика нарушений нутритивного статуса у больных хронической почечной недостаточностью, факторы риска их развития: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.29 / И. И. Александрова. - Москва, 2013. - 82 с.
- Милованов Ю.С. Нарушения нутритивного статуса и значение малобелковой диеты с применением кето-

- аналогов эссенциальных аминокислот в профилактике белково-энергетической недостаточности у больных хронической болезнью почек / Ю.С. Милованов, И.И. Александрова, И.А. Добросмыслов // Клиническая нефрология. - 2013. - №1. - С. 20-28.
3. Познянская Е.Ю. Оптимизация медико-социальной помощи больным хронической болезнью почек/А.В. Лапотников, Е.Ю. Познянская // Профилактическая и клиническая медицина. - 2011. - №1(38). - С. 341.
 4. Позднянская Е.Ю. Медико-социальное исследование больных хронической болезнью почек и оптимизации им нефрологической помощи: автореф. к.м.н.: 14.02.03 / Е.Ю. Позднянская. - Москва, 2012. - 26 с.
 5. James M.T. Early recognition and prevention of chronic kidney disease / M.T. James, B.R. Hemmelgarn, M. Tonelli // Lancet. - 2010. - V. 375. - P. 1296-1309.
 6. Levey A.S. Conceptual model of CKD: application and implicatons [Text] / A. S. Levey, L. A. Stevens, J. Coresh // Am. J. Kidney Dis. - 2009. - V.53. - C. 4-16.
 7. Levey A.S. Chronic kidney disease / A.S. Levey, J.Coresh // Lancet. - 2012. - V. 379. - P. 165-180.
 8. Hemmelgarn, B.R. Relation between kidney function, proteinuria, and adverse outcomes / [B.R. Hemmelgarn, B.J. Manns, A. Lloyd et al.] // JAMA. - 2010. - V. 303. - P. 42-429.

Рецензент: д.м.н., профессор Абилов Б.А.
