

**ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО**

УДК: 616.61-036-036.2(471.12)

**АБДУЛЛОЕВ
САИДХОДЖА МУРТАЗОЕВИЧ**

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14.02.02 – эпидемиология

Душанбе, 2019

Работа выполнена на кафедре эпидемиологии ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино»

Научный руководитель:

д.м.н., профессор Рафиев Х.К.

Научный консультант:

Гулзода М.К. – д.м.н., профессор кафедры общей хирургии №1 ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты:

Талабов М.С. – доктор медицинских наук, декан медицинского факультета ГОУ «Национального университета Таджикистана»

Мирзоев А.С. – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой эпидемиологии, гигиены и охраны окружающей среды ГОУ «Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Оппонирующая организация: ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Защита диссертации состоится «1» июля 2019 г. в «13:00» часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-010 при Таджикском государственном медицинском университете им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке (734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139) и на официальном сайте (www.tajmedun.tj) Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино.

Автореферат разослан «_____» _____ 2019 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета
к.м.н., доцент**

Саидмурадова Г.М.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Хроническая почечная болезнь (ХБП) симптомо-комплекс, характеризующийся постепенным необратимым нарушением экскреторной функции почечной ткани, приводящий к нарастанию азотемии и разным нарушениям гомеостаза [Шабалова Н.И., 2014]. Согласно данным современных эпидемиологических исследований она встречается у 11,2-30,9 человек среди 100000 населения и имеет тенденцию к ежегодному увеличению [Герасимова О.Ю. и соавт., 2016; Камышникова Л.А. и соавт., 2017]. В России и некоторых европейских странах, в структуре смертности населения хроническая болезнь почек занимает 9-12 место. При этом, более половины пациентов из числа лиц молодого трудоспособного возраста (1,2-17,6% случаев) являются инвалидами I-II группы [Кузнецова В.М., 2012].

В настоящее время достигнуты определённые успехи в изучении механизмов развития ХБП, а также путей её профилактики и лечения. Нельзя не согласиться с мнением некоторых исследователей, считающих, что «уремический синдром является обширным и достаточно неизученным» и остается много неясного в развитии, характере обменных нарушений при почечной недостаточности и в вопросах эпидемиологии и прогрессирования ХБП.

В последнее время в большинстве стран мира проводится изучение эпидемиологии терминальной стадии почечной недостаточности, а также разработка путей профилактики всех её стадий. Это обусловлено тем, что до 75% пациентов, имеющих последние стадии ХБП, страдают различными тяжелыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, смерть от которых в 20 раз выше, чем в общей популяции [Litovkina et al., 2014]. Однако, в Республике Таджикистан данные исследования не были проведены и остаются неизученными частота распространения и особенности течения нефропатий различных стадий [Шокиров Ю.А., Чуклина Е.О., 2017].

По нашему мнению, изучение особенностей распространения и течения ХБП в различных территориальных зонах республики способствует установлению региональной потребности в заместительной почечной терапии и прогнозированию развития нефрологической службы.

Актуальным также считается разработка путей замедления процессов прогрессирования ХБП, а также уменьшение влияния факторов агрессии на функции почечной ткани. Также малоизученным остаётся качество жизни пациентов как с ХБП, так и, находящихся на программном диализе, перенесших трансплантацию почек.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с научными проектами

Диссертационное исследование было проведено в рамках Плана реализации «Перспектив профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013 - 2023 годы».

Цель исследования. Оценка распространения, причин, факторов развития, течения качества жизни у пациентов с хронической болезнью почек в Республике Таджикистан.

Задачи исследования:

1. Изучить эпидемиологию хронической почечной болезни в Республике Таджикистан по данным официальных статистических отчётных документаций.
2. Определить распространённость и факторы риска развития хронической болезни почек по данным скрининга среди общего населения.
3. Оценить состояние свёртывающей системы крови, липопероксидации и антиоксидантной защиты в зависимости от стадии хронической болезни почек.
4. Изучить качество жизни пациентов с хронической болезнью почек I-IV стадий пациентов, находящихся на гемодиализе и перенёсших трансплантацию почки.
5. Разработать алгоритм мероприятий, направленный на раннее выявление и замедление прогрессирования хронической болезни почек в Республике Таджикистан.

Научная новизна.

В условиях Республики Таджикистан впервые изучены распространённость и клинико-эпидемиологические особенности различных стадий хронической болезни почек, увеличение и прогрессирование которых в основном зависело от пола и возраста населения.

Впервые был проведён скрининг различных стадий хронической болезни почек среди резидентов с использованием современных методов диагностики, что позволило получить реальные данные о встречаемости почечных дисфункций среди общего населения.

Выявлено, что у лиц, находящихся на гемодиализе и с I-IV стадией хронической почечной дисфункции на фоне активации перекисного окисления липидов и накопления продуктов метаболизма отмечается уменьшение антиоксидантной защиты, высокий уровень эндотоксинемии и нарушение свёртывающей и противосвёртывающей систем крови с тенденцией к гиперкоагуляции.

Доказано, что при ХБП качество жизни пациентов и его отдельные компоненты значительно ухудшаются. При терминальной ее стадии по ряду показателей (интенсивность боли, общее здоровье, физическое здоровье, социальное функционирование) качество жизни пациентов, получающих программный гемодиализ, хуже в отличие от пациентов, перенёсших трансплантацию почки.

На основании проведённого анализа разработан комплекс мероприятий, направленный на раннюю диагностику, адекватное лечение и замедление прогрессирования хронической болезни почек у населения Республики Таджикистан.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Распространённость хронической болезни почек в Таджикистане составляет 18,7-21,9 случаев среди 100000 населения, с тенденцией к увеличению в некоторых регионах республики среди лиц мужского пола и преклонного возраста (75 и выше лет).
2. Экономически приемлемым методом скрининга различных стадий ХБП среди населения является качественное и количественное определение уровня альбумина в моче и скорости клубочковой фильтрации по уровню эндогенного креатинина, позволившие диагностировать ранние стадии почечной дисфункции у 9,9% резидентов.

3. У пациентов с хронической болезнью почек имеет место дисбаланс свёртывающей и противосвёртывающей систем крови с преобладанием процессов гиперкоагуляции, патологическая активация процессов липопероксидации и снижение антиоксидантной защиты организма, степень тяжести которых напрямую зависит от стадии заболевания.
4. Выраженное снижение качества жизни пациентов и его отдельных компонентов при терминальной стадии ХБП отмечалось у лиц, находящихся на программном диализе по сравнению с пациентами, перенесших трансплантацию почек.
5. Повсеместное клиническое внедрение предлагаемого алгоритма позволяет улучшить результаты ранней выявляемости, адекватного лечения и замедления прогрессирования хронической болезни почек, позволяя тем самым снизить потребность пациентов в проведении заместительной почечной терапии.

Апробация результатов исследования. Основные положения диссертационной работы были апробированы и обсуждены на: научно-практических конференциях молодых учёных и студентов с международным участием в ТГМУ им. Абуали ибни Сино (2018); годовых научно-практических конференциях ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (2018); Конгрессе кардиологов и терапевтов Азии и СНГ (Душанбе, 2019).

Высокая частота распространённости ХБП в Таджикистане диктует потребность в пересмотре некоторых стратегических и тактических задач нефрологической помощи и службы заместительной почечной терапии в Таджикистане.

Широкое применение тестов на альбуминурию и определение СКФ позволяют с высокой точностью определить ранние стадии снижения функционального почечного резерва, как среди общего населения, так и у лиц входящих в группу риска. С целью улучшения качества жизни пациентов с ХБП необходима индивидуальная психологическая их поддержка.

Опубликование результатов диссертации. По материалам диссертационной работы опубликовано 10 научных работ, в том числе 4 статьи в рецензируемых научных журналах, входящих в реестр рекомендуемых ВАКом при Президенте Республики Таджикистан.

Личный вклад соискателя учёной степени. Автор принимал личное участие в сборе исходных данных для проведения научного исследования, в проведении сравнительного ретроспективного и клинического анализов заболеваемости ХБП с данными материалов официальной отчётности ЛПУ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Автор самостоятельно провёл сбор, обработку и анализ доступной литературы, некоторые клинико-эпидемиологические исследования среди населения. Диссертант лично участвовал в апробации результатов исследования, обработке и интерпретации данных, а также их статистического анализа. Автор провёл анализ существующей системы комплекса профилактических мероприятий возникновения и прогрессирования ХБП в Республике Таджикистан.

Объём и структура диссертации. Диссертация изложена на 132 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследования, глав собственных исследований, обсуждения полу-

ченных результатов, заключения и списка литературы. Диссертация иллюстрирована 34 рисунками и 15 таблицами. Список литературы включает 190 источников, в том числе 105 отечественных и стран СНГ и 85 зарубежных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Диссертационная работа выполнялась в соответствии с основным планом НИР ТГМУ им. Абуали ибни Сино, имеющим народно-хозяйственное значение. Дизайн исследования включал в себя как изучение ежегодных статистических отчётов Центра статистики при Президенте РТ в период 2011- 2017 годы, так и скрининга ХБП среди 374 лиц, проходивших профилактические осмотры в 2017 году во всех лечебных учреждениях города Душанбе. Также проводилось исследование качества жизни 319 лиц с ХБП (121 пациентов с I-IV стадии ХБП; 109 пациентов, находившихся на программном гемодиализе и 89 пациентов, перенёвших трансплантацию почки) и 103 человека, которых можно считать относительно здоровыми (контрольная группа) по опроснику SF-36. Во всех случаях протокол исследования пациентов был одобрен Комитетом по этике при ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Включённые в исследование пациенты и группа относительно здоровых лиц подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

Была изучена распространённость ХБП как по отдельности у населения трёх областей страны (Согдийская, Хатлонская, Горно-Бадахшанская автономная области), районов республиканского подчинения (РРП) и города Душанбе, так и по совокупности у населения всей республики. В этом направлении были определены следующие эпидемиологические показатели ХБП:

- распространённость ХБП всех стадий (общее количество лиц, страдающих ХБП, и их доля в расчете на 100000 населения);
- общее число лиц с ХБП, находившихся на программном диализе и перенёвших трансплантацию почки, а также их доля в расчете на 100000 населения;
- динамика изменения количества больных с ХБП по годам, в зависимости от пола и возраста как по отдельности по регионам, так и в масштабе республики;
- регистрация новых случаев заболеваемости населения с ХБП всех стадий, а также лиц, получающих заместительную почечную терапию, как по отдельности по регионам, так и в масштабе республики.

Критериями включения в исследование служили:

- снижение скорости клубочковой фильтрации ниже 30 мл/мин, определённое более двух раз;
- перенесённые в анамнезе любые заболевания почек и мочевыводящих путей, на почве которых отмечалось снижение СКФ ниже 30 мл/мин.;
- лица, находившиеся на заместительной почечной терапии и перенёвшие трансплантацию почки, у которых также отмечалось уменьшение СКФ.

Скрининг ХБП проводился среди 374 лиц при прохождении плановых профилактических осмотров в 2017 году в Центрах здоровья города Душанбе. Возраст обследованных варьировал от 27 до 82 лет, составляя в среднем $55,2 \pm 12,3$ лет. Из них 201 (53,7%) явились лицами женского пола, 173 (46,3%) - мужского. Средний вес обследованных составил $85,9 \pm 11,2$ кг, рост - $168,3 \pm 6,92$ см, а ИМТ - $30,4 \pm 3,75$. Все вышеперечисленные данные были получены из медицинских карт граждан, хранившихся в лечебных учреждениях.

Главным диагностическим критерием ХБП явилось определение СКФ (СКФ с порогом >60 мл/мин/1,73м²), позволяющее с высокой точностью оценить гломерулярную ультрафильтрацию. В настоящей диссертационной работе определение СКФ проводилось при помощи формулы Кокрофта – Гольта, выглядящей следующим образом:

$$\text{СКФ} = 1,23 \times \frac{(140 - \text{возраст (годы)}) \times \text{масса тела (кг)}}{\text{креатинин крови} \left(\frac{\text{мкмоль}}{\text{л}} \right)}$$

Определение альбуминурии проводили при помощи тест-полосок, имеющих иммобилизованный человеческий альбумин, который путём связывания антител, выступает в реакцию с альбумином, который может присутствующим в моче. Для проведения теста использовали только первую утреннюю порцию мочи. При наличии альбумина в моче изменялся цвет полоски в зоне золотой линии теста, и при её отсутствии исследование считалось положительным.

Для определения уровня эндогенного креатинина проводился забор венозной крови из кубитальной вены, объёмом 10-15 мл натощак в утренние часы, от которой отделяли сыворотку и по методике Яффе на биохимическом анализаторе «StatSoft» определяли его концентрацию.

После получения результатов определения креатинина и альбумина нами проводился расчёт показателя Альбумин-Креатининового соотношения (ACR), который при 15 мг/г и ниже считается нормоальбуминурией, от 15 до 29 мг/г – пограничной альбуминурией, от 30 до 299 мг/г микроальбуминурией и 300 мг/г и более – макроальбуминурией.

Изучение показателей свёртывающей системы крови проводилось 319 пациентам с ХБП и 103 людям, которых можно считать относительно здоровыми людьми (контрольная группа), которые были сопоставимы между собой и отличались всего лишь по получаемой терапии. Были изучены: время свёртывания крови, время рекальцификации плазмы, концентрация фибриногена и тромбинового времени.

Изучение состояния перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты было проведено у 60 обследованных пациентов с ХБП и 20 здоровых лиц, которые были сопоставимы по полу, возрасту и ИМТ. Были изучены показатели малонового диальдегида, диеновых конъюгатов, супероксиддисмутаза и аскорбиновой кислоты. Все эти исследования выполнены с соблюдением стандартных протоколов на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Также, во всех случаях у лиц, среди которых проводился скрининг ХБП, а также пациентов из группы здоровых людей, у которых было изучено качество жизни, проводилось исследование других биохимических показателей крови, в частности показателей общего белка, альбуминов, глобулинов, холестерина, липопротеидов высокой и низкой плотности, сахара крови, мочевины стандартными методиками.

Изучение качества жизни пациентов проводилось с применением опросника SF-36 путём анкетирования 319 пациентов с ХБП и 103 здоровых лиц. Путём сравнительной оценки были исследованы следующие показатели качества жизни: физическое и ролевое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья, состояние физического здоровья, жизненная активность и социальное функционирование пациента, а также психическое и психологическое здоровье.

Статистический анализ полученных данных проводился с помощью программы SPSS версии 21 и MS Excel 2010. Описательная статистика включала в себя, в основном, частоту для номинальных и порядковых переменных; среднее, диапазон и стандартное отклонение были рассчитаны для непрерывных и дискретных переменных. Частота и проценты рассчитывались для категориальных переменных. Критерий «Хи-квадрат» использовался для номинальных переменных для определения взаимосвязи между переменными. Для углубленного изучения статистических взаимосвязей и прогнозирования был применён метод регрессии. Результаты, которые показали, что значение P меньше или равно 0,05, считались статистически значимыми.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Эпидемиологический анализ ХБП показал, что в 2011 году в масштабах республики различные её стадии были зарегистрированы у 918 человек (477 мужчин, 441 женщин), что составило 18,7 случаев на 100000 взрослого населения (общее число взрослой популяции в 2011 году составило 4906700) (таблица 1). В последующие годы этот показатель имел тенденцию к значимому увеличению ($p=0,0003$) по всей республике и в 2017 году встречался у 1256 лиц (среди 5733200 взрослого населения), что составило 21,9 случаев на 100000 населения.

Изучение эпидемиологических показателей ХБП в отдельности у населения конкретного региона республики также показало, что из года в год имела тенденция увеличения заболеваемости населения различными стадиями ХБП. Так, у населения Хатлонской области в 2011 году ХБП имел место у 332 человек (172 мужчин, 160 женщин), что составило 19,95 случаев среди 100000 населения. В последующие годы отмечалось некое увеличение доли населения с ХБП, которая в 2017 году составила 451 случаев (233 мужчин, 218 женщин) или 22,91 случаев среди 100000 населения.

Такие данные были получены у жителей ГБАО, РРП и города Душанбе, которые отражены в таблице 1. Как видно из таблицы 1. у жителей ГБАО также отмечается некое увеличение частоты обнаружения ХБП, не носящее значимый характер. Однако надо отметить, что по сравнению с населением других обла-

стей и регионов республики, у жителей ГБАО хроническая почечная дисфункция встречается немного меньше и в 2011 году составила всего лишь 25 случаев среди 148600 населения.

Таблица 1. Динамика изменения количества больных по годам

Территория	Год	Общая частота ХБП	Общее количество взрослой популяции	Частота ХБП на 100000 населения	X ²	p
Хатлонская область	2011	332	1 664 100	19,95	3,67	0,0553
	2017	451	1 968 200	22,91		
Согдийская область	2011	256	1 507 100	16,99	7,50	0,0062
	2017	363	1 709 900	21,23		
РРП	2011	221	1 092 800	20,22	1,50	0,2203
	2017	295	1 308 100	22,50		
ГБАО	2011	25	148 600	16,82	0,66	0,4164
	2017	33	158 200	20,86		
г. Душанбе	2011	84	494 100	17,00	0,82	0,3655
	2017	114	588 800	19,36		
Республика Таджикистан	2011	918	4 906 700	18,71	13,24	0,0003
	2017	1256	5 733 200	21,91		

Примечание – статистическая значимость различия заболеваемости в 2011 и в 2017 годах (по критерию X²).

Показатель встречаемости ХБП у населения РРП в 2011 году среди 100000 населения составил 20,22 случаев, а в 2017 году он увеличился до 22,50 случаев, и значимых различий в этом направлении не было отмечено ($p > 0,05$).

Различные стадии ХБП у жителей столицы в 2011 году имели место в 84 наблюдениях среди взрослого населения, что из расчёта на 100000 населения составило 20,22 случаев. В 2017 году эта цифра увеличилась до 114 или же 19,36 случаев на 100000 населения. Однако необходимо подчеркнуть, что из-за увеличения количества жителей города Душанбе в 2017 году отмечается некое снижение встречаемости хронической почечной дисфункции, по сравнению с 2015-2016 годами ($p > 0,05$).

При анализе эпидемиологических данных ХБП у жителей Согдийской области были получены иные результаты. Так, в 2017 году по сравнению с 2011 годом (256 случаев или 17,71 случаев на 100000 населения), распространённость ХБП у жителей этого региона имела тенденцию к значимому увеличению и составила 363 случаев или же 21,23 случаев при расчете на 100000 населения ($p = 0,0062$).

При изучении динамики изменения встречаемости ХБП у лиц обоих полов в исследуемый период по республике было выявлено, что по сравнению с 2011 годом, в 2017 году отмечалось значительное их увеличение среди лиц женского пола ($p = 0,0086$). Однако, этот показатель по отдельности для каждого региона республики значимых различий не имел (таблица 2). Другие данные были получены при изучении эпидемиологии ХБП среди лиц мужского пола, как в масштабах республики, так и по отдельности по регионам (таблица 3). Согласно им, как по республике, так и по Согдийской области в 2017 году, по

сравнению с 2011 годом, происходило значительное увеличение частоты ХБП среди мужчин, что доказывает более частую встречаемость факторов риска развития ХБП среди них. По другим регионам республики не имелось значимого различия по встречаемости ХБП в анализируемый период у лиц мужского пола ($p > 0,05$).

Таблица 2. Динамика изменения количества женщин с ХБП по годам

Территория	Год	Общая частота ХБП среди женщин	Общее количество взрослой популяции женского пола	Частота ХБП на 100000 населения женского пола	χ^2	p
Хатлонская область	2011	160	828 722	19,31	1,96	0,1618
	2017	218	976 227	22,33		
Согдийская область	2011	122	750 536	16,26	3,84	0,0501
	2017	174	849 820	20,47		
РРП	2011	108	538 750	20,05	0,65	0,4193
	2017	143	643 585	22,22		
ГБАО	2011	13	72 665	17,89	0,33	0,5684
	2017	17	77 043	22,07		
г. Душанбе	2011	38	238 650	15,92	0,64	0,4237
	2017	53	280 858	18,87		
Республика Таджикистан	2011	441	2 429 324	18,15	6,91	0,0086
	2017	605	2 827 534	21,40		

Примечание - p – статистическая значимость различия заболеваемости в 2011 и в 2017 годах (по критерию χ^2).

Таблица 3. Динамика изменения количества больных мужчин по годам

Территория	Год	Общая частота ХБП среди мужчин	Общее количество взрослой популяции мужского пола	Частота ХБП на 100000 населения мужского пола	χ^2	p
Хатлонская область	2011	172	835 378	20,59	1,72	0,1897
	2017	233	991 973	23,49		
Согдийская область	2011	134	756 564	17,71	3,85	0,0497
	2017	190	860 080	22,09		
РРП	2011	114	554 050	20,58	0,83	0,3632
	2017	153	664 515	23,02		
ГБАО	2011	13	75 935	17,12	0,14	0,7052
	2017	16	81 157	19,71		
г. Душанбе	2011	44	255 450	17,22	0,63	0,4280
	2017	62	307 942	20,13		
Республика Таджикистан	2011	477	2 477 376	19,25	6,74	0,0094
	2017	654	2 905 666	22,51		

Примечание - p – статистическая значимость различия заболеваемости в 2011 и в 2017 годах (по критерию χ^2).

Изучение динамики изменения населения с ХБП в зависимости от возраста показало, что имеется значимое различие ($p=0,0393$) ее встречаемости среди

лиц пожилого возраста в масштабах республики (таблица 4). Вместе с тем, необходимо подчеркнуть, что при изучении данного показателя по отдельности у населения каждого региона республики значимых различий не отмечалось.

Таблица 4. Динамика изменения количества больных по годам в зависимости от возраста

Возраст	Год	Общая частота ХБП	Общее количество взрослой популяции	Частота ХБП на 100000 населения	X ²	p
18-44	2011	138	3 187 702	4,33	2,26	0,1331
	2017	189	3 690 648	5,12		
45-59	2011	326	834 026	39,09	0,99	0,3197
	2017	445	1 058 837	42,03		
60-74	2011	267	265 330	100,63	0,08	0,7838
	2017	365	354 796	102,88		
75-90	2011	187	93 996	198,94	4,25	0,0393
	2017	257	106 022	242,40		

Примечание - p – статистическая значимость различия заболеваемости в 2011 и в 2017 годах (по критерию X²).

Таким образом, проведённое нами эпидемиологическое исследование по распространённости ХБП в Республике Таджикистан, показывает, что в масштабе республики и в некоторых её регионах в период 2011-2017 годов наблюдается значимое увеличение частоты встречаемости различных стадий ХБП как среди общего населения, особенно лиц преклонного возраста (75 лет и выше), так и среди лиц мужского пола.

Клинические особенности распространённости и встречаемости ХБП по Республике Таджикистан

На основании официальных данных Центра статистики при Президенте Республики Таджикистан, нами получены медицинские документации, содержащие полную информацию о 1199 от 1256 лиц, страдающих ХБП, что составило 95,5%. Среди 1199 пациентов ХБП II стадия имела место у 42 человек (мужчин - 18, женщин - 24), III стадия - у 77 (мужчин – 36, женщин 41) лиц, IV стадия - у 498 пациентов (мужчин - 295, женщин - 203) и V стадия - у 581 (мужчин - 364, женщин - 217) больных. Из них 714 (59,5%) являлись лицами мужского пола, 485 (40,5%) - женского. Между лицами обоих полов имела значимая разница частоты встречаемости различных стадий ХБП, которая составила 59,5% и 40,5% соответственно (p<0,05).

Исследование показало, что среди пациентов всё чаще были зарегистрированы терминальные стадии ХБП, что в последующем потребовало заместительную почечную терапию - проведение программного диализа или трансплантацию почки. Вместе с тем, как IV, так и V стадии ХБП были зарегистрированы у лиц старшего и преклонного возраста обоих полов (рисунок 1), что имело высокую статистическую связь (X²=24,840, СС=1, P=0,016).

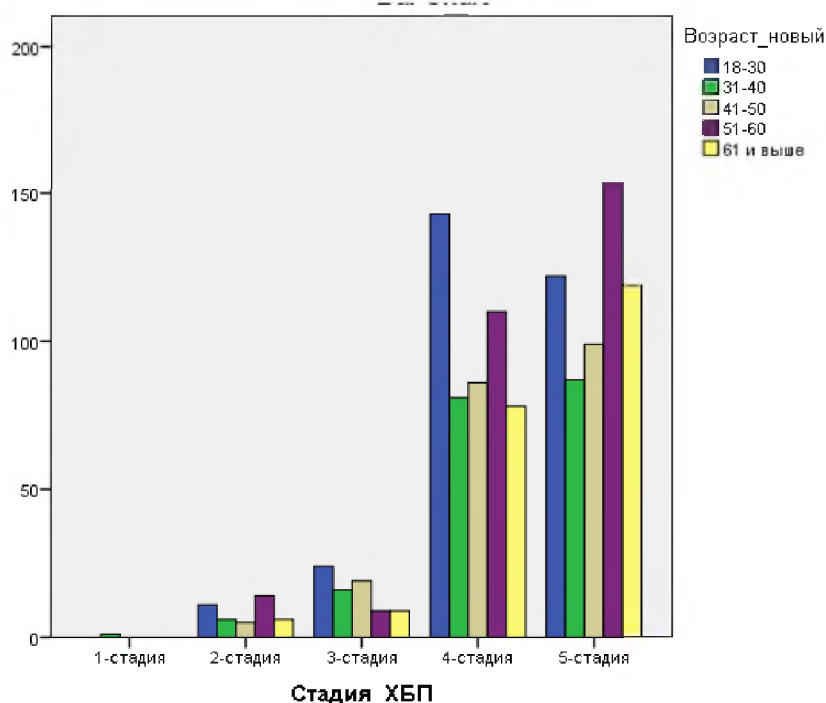


Рисунок 1. Частота встречаемости различных стадий ХБП в зависимости от возраста

Причиной развития ХБП у 424 (35,4%) пациентов являлся хронический гломерулонефрит, у 199 (16,6%) - хронический пиелонефрит, у 295 (24,6%) - диабетическая нефропатия и в 109 (9,1%) случаях - артериальная гипертензия. В 172 случаях (14,3%) у пациентов имели место сразу два и более факторов, приводящих к ХБП.

Хронический гломерулонефрит в 15 случаях явился причиной 2 стадий ХБП, в 45 случаях - 3 стадии, в 208 - 4 стадии и в 236 наблюдениях - 5 стадий почечной дисфункции. Таким образом, почти у половины случаев основной причиной развития ХБП явился хронический прогрессирующий гломерулонефрит.

Хронический прогрессирующий пиелонефрит как причина 1 стадии ХБП был в одном наблюдении, 2 стадии - в 9, 3 стадии - в 16, 4 и 5 стадии - 69 и 94 случаях каждой стадии соответственно. Таким образом, у каждого пятого пациента (16,5%) ХБП явилась следствием хронического прогрессирующего пиелонефрита.

Среди 1199 пациентов, включённых в наше исследование, диабетическая нефропатия как этиологический фактор ХБП была отмечена в 295 (24,6%) наблюдениях. Так, среди лиц со 2 стадией ХБП, она имела место в 17 наблюдениях, с 3 стадией - в 16 случаях, 4 стадией - в 74 и 5 стадией в 188 наблюдениях. Как видно из представленной гистограммы, чаще всего диабетическая нефропатия приводила к 4 и 5 стадиям ХБП, и она явилась причиной почечной дисфункции у каждого третьего пациента. Вместе с тем, анализ гликемического профиля показал, что среди 420 пациентов с диабетической нефропатией субили декомпенсированный сахарный диабет с повышенным уровнем глюкозы крови выше нормы имелся среди 269 из них.

Другой причиной развития ХБП явилось постоянное высокое артериальное давление, приводящее к прогрессирующему нарушению экскреторной функции почек. Так, АГ как причина 2 стадии ХБП служила в 6 наблюдениях, 3 стадии в 9 наблюдениях, 4 и 5 стадий по 28 и 66 наблюдениях соответственно. Анализ данных показал, что у каждого двенадцатого пациента ХБП развилась на фоне постоянно повышенной артериальной гипертензии.

Результаты скрининга ХБП среди популяции

Как нами было указано выше, скрининг ХБП проводился среди 374 лиц при прохождении плановых профилактических осмотров в 2017 году в Центрах здоровья города Душанбе. Возраст обследованных варьировал от 18 до 90 лет, составляя в среднем $55,2 \pm 12,3$ лет. Из них 201 (53,7%) являлись лицами женского пола, 173 (46,3%) - мужского. Средний вес обследованных составил $85,9 \pm 11,2$ кг, рост $168,3 \pm 6,92$ см, а ИМТ $30,4 \pm 3,75$. Необходимо отметить, что у 47,3% обследованных лиц имелась избыточная масса тела, наиболее часто первая степень ожирения (137 случаев), в основном среди возрастной категории 18-74 лет.

Скрининг различных стадий ХБП нами проводился путём применения альбуминового теста, определения СКФ, ультразвукового исследование почек и общего анализа мочи.

Среди обследованного контингента положительный тест альбуминурии отмечался у 63 (16,8%) пациентов (рисунок 2), наиболее часто среди лиц в возрасте 45-74 лет – в 46 (73,0%) случаях. Среди лиц в возрасте 18-44 лет альбуминурия выявлена в 9 (14,3) случаях, а у гериатрических пациентов - в 8 (12,7%) наблюдениях. Пограничная альбуминурия (15-29 мг/г) имела место у 34 (53,9%) человек, микроальбуминурия (30-299 мг/г) – у 26 (41,3%) и макроальбуминурия (≥ 300) - у 3 (4,8%) обследованных.

По половому признаку положительный тест на альбуминурию отмечался у 29 (46,0%) мужчин и 34 (54,0%) женщин. При подсчёте частоты положительных тестов по отношению к общему числу обследованных лиц, доля позитивных ответов теста альбуминурии среди мужчин и женщин не имела разницу и встречалась с одинаковой частотой - 16,8% среди мужчин и 16,9% среди женщин.

Результаты теста альбуминурии в зависимости от ИМТ показали, что среди лиц, имеющих нормальный вес, положительный тест отмечен в 14 (22,2%) наблюдениях, среди обследованных с первой степенью ожирения в 34 (54,0%) случаях, при 2 степени ожирения - у 11 (17,5%) и при 3 степени ожирения - у 4 (6,3%) пациентов. Таким образом, анализ данных показывает, что часто альбуминурия имела место среди лиц, имеющих 1 и 2 степень ожирения, женского пола в возрасте 45-74 лет.

Курение, как один из факторов риска развития альбуминурии, имело место у 4 (6,3%) лиц с альбуминурией, тогда как у лиц с негативным результатом альбуминового теста (n=311) табачные изделия использовали 32 (10,3%) человека. Аналогичные данные получены и при изучении влияния алкоголя на развитие альбуминурии. Так, у лиц с положительным тестом альбуминурии злоупотреблением алкоголем занимались 6 (9,5%) человек, тогда как среди обследованных

дованных, не имеющих альбуминурию, частота встречаемости употребления алкоголя составила 35 (11,3%) случаев.

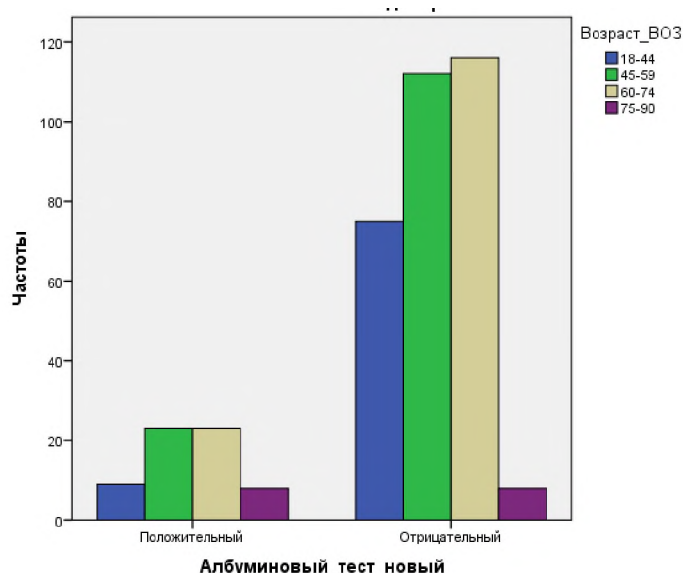


Рисунок 2. Распределение обследованных лиц по результатам теста на альбуминурию

Также у 5 (7,3%) пациентов, имеющих альбуминурию, был диагностирован сахарный диабет второго типа, имеющий компенсированный тип течения, при этом средний уровень глюкозы натощак составил $7,1 \pm 0,8$ ммоль/л.

В 9 (14,3%) случаях у лиц старшей возрастной категории с альбуминурией имела место ишемическая болезнь сердца - стенокардия 1 функционального класса у 5 (55,6%) человек, 2 класса - у 3 (33,3%) и 3 класса - у 1 (11,1%) обследованного.

У 5 респондентов имелась мочекаменная болезнь, не носящая обструктивный характер, а среди лиц с отрицательным тестом она наблюдалась в 25 наблюдениях. В связи с этим не имелось четкой прямой зависимости альбуминурии от мочекаменной болезни.

Одной из основных причин альбуминурии считается повреждение клубочков нефронов при гломерулонефрите, который имелся у 3 (4,8%) человек, страдающих альбуминурией. Однако это патология также имелась у 25 (8,0%) обследованных с отрицательным тестом альбуминурии ($p > 0,05$). Необходимо подчеркнуть, что среди лиц с альбуминурией длительность течения гломерулонефрита в среднем составила $8,2 \pm 1,4$ лет, тогда как в других случаях гломерулонефрит был диагностирован впервые и не имел прогрессирующий характер ($p = 0,001$).

Другой причиной, приводящей к ХБП и альбуминурии, являлось воспалительно-дистрофическое изменение почечной паренхимы вследствие пиелонефрита, который среди пациентов с альбуминурией выявлен в 5 (7,9%) случаях, а у лиц с отрицательным альбуминовым тестом в 15 (4,8%) наблюдениях ($p = 0,06$). Как в случаях при гломерулонефрите среди лиц, страдающих альбуминурией длительность течения пиелонефрита была значимо больше ($p = 0,001$),

чем у лиц с отрицательным альбуминовым тестом, у которых признаки пиелонефрита были диагностированы впервые.

Как было указано выше, повышение уровня креатинина в венозной крови было выявлено у 37 пациентов, у которых также отмечалась альбуминурия (рисунок 3).

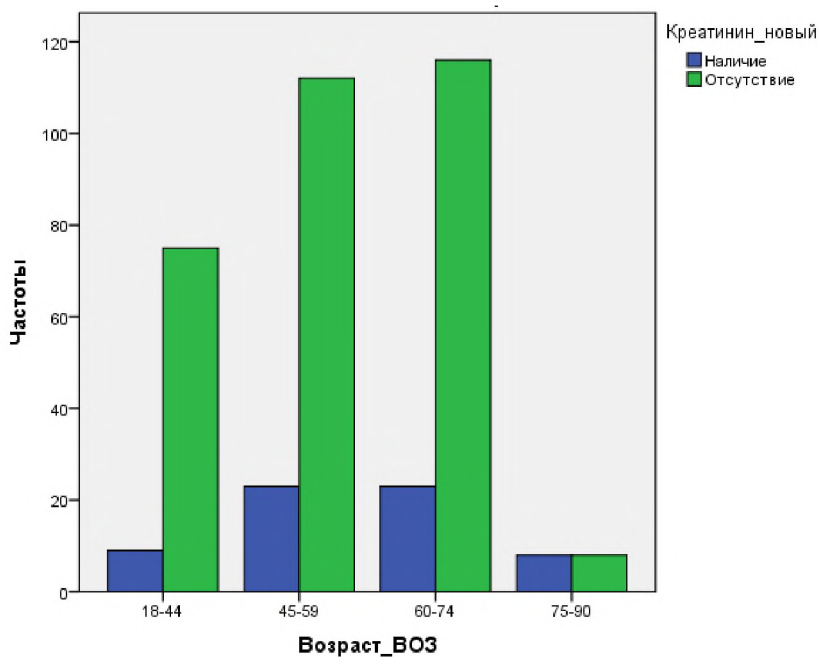


Рисунок 3. Распределение обследованного контингента с повышенным уровнем креатинина по возрасту

Уровень креатинина в венозной крови у всех лиц, имеющих альбуминурию, был повышенным и составил в среднем $165,5 \pm 52,5$ мкмоль/л. У остального контингента обследованных он варьировал от 54,2 мкмоль/л до 97,6 мкмоль/л, составляя в среднем $78,2 \pm 1,4$ мкмоль/л. В зависимости от возраста, повышенный уровень креатинина отмечался в основном среди лиц в возрасте 45-74 лет (23 случая), а среди населения в возрасте 18-44 лет и 75-90 лет он был выявлен в 9 и 5 случаях соответственно.

На основании определения уровня эндогенного креатинина нами была определена скорость клубочковой фильтрации, которая была в различной степени снижена у 63 обследованных лиц, которые также имели альбуминурию и азотемию. В зависимости от возраста обследованных, снижение СКФ имело место в основном среди лиц в возрасте 45-74 лет (23 случая), а среди населения в возрасте 18-44 лет и 75-90 лет она была выявлена в 9 и 5 случаях соответственно.

В зависимости от пола обследованных, снижение СКФ было выявлено у 18 (9,9% от общего числа обследованных; 48,6% - среди лиц со сниженным СКФ) мужчин и 19 (9,9% - от общего числа обследованных; 51,4% - среди лиц со сниженным СКФ) женщин.

Таким образом, популяционный скрининг ХБП, основанный на результатах определения альбуминурии, уровня эндогенного креатинина и скорости

клубочковой фильтрации, а также других факторов риска, из 63 случаев положительного результата альбуминурии 37 - имели различные стадии ХБП, что составило 9,9%.

Первая стадия ХБП имела у 8 (21,6%) пациентов, вторая - у 15 (40,5%), третья - у 12 (32,4%), четвёртая стадия у 2 (5,4%) человек. Необходимо отметить, что терминальная стадия ни в одном наблюдении не была выявлена.

В зависимости от возраста, ХБП в основном была констатирована среди лиц в возрасте 45-74 лет ($n=23$; 62,1%). У лиц молодого возраста в возрасте 18-44 лет она имела место у 9 (24,3%) обследованных, среди населения старческого возраста (75-90 лет) в 5 (13,5%) наблюдениях.

В зависимости от пола обследованных, различные стадии ХБП имели место у 18 (48,6%) мужчин и 19 (51,4%) женщин, что имело прямую корреляционную связь с женским полом. Частота диагностики ХБП среди общей популяции у мужчин составила 15,03%, у женщин – 18,4%.

Таким образом, при проведении скрининга среди общей популяции различные стадии ХБП (кроме терминальной), были выявлены у 9,9% обследованных, которые чаще всего отмечались у лиц в возрасте 45-74 лет и женского пола.

Показатели свёртывающей системы крови, перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы

Изучение состояния свёртывающей системы крови у 319 пациентов с ХБП и 103 относительно здоровых лиц (контрольная группа) показало, что у больных с I-V стадией ХБП имеется тенденция к тромбообразованию (таблица 5).

Таблица 5. Показатели свёртывающей системы крови

Показатели свёртывающей системы крови	Относительно здоровые люди	Пациенты с ХБП		
		I-IV стадии	на гемодиализе	после трансплантации почки
Тромбиновое время (с)	30,1±1,2	31,4±1,9	21,3±3,1	29,7±1,1
Фибриноген (г/л)	2,79±0,11	3,88±0,09	6,14±0,19	4,11±0,21
Время рекальцификации плазмы (с)	110,2±5,2	108,7±5,1	67,1±2,5	106,9±3,1
Время свёртывания крови (с)	491,6±18,3	460,3±11,7	360,0±10,1	427,5±15,9

Такие же показатели были получены у лиц с терминальной почечной недостаточностью, находящихся на программном диализе, несмотря на применение различных видов антикоагулянтов и антиагрегантов (варфарин, аспирин). Более нормальные показатели коагулограммы были получены среди пациентов после трансплантации почек, где было выявлено значимое различие, как времени свёртывания крови, так и некоторых компонентов коагуляционной системы по сравнению с больными, находящимися на программном гемодиализе. Как

видно из таблицы, по отношению к группе здоровых людей, у всех остальных трёх групп обследованных пациентов с ХБП имеются значимые различия показателей свёртывающей системы крови. Это было обусловлено как синдромом эндогенной интоксикации на почве азотемии, так и ограниченным употреблением воды, что возможно приводило к сгущению крови.

Изучение состояния ПОЛ и АОС у 60 обследованных из числа пациентов с ХБП (20 пациентов с I-IV стадии ХБП, 20 пациентов, находящихся на программном диализе и 20 пациентов после трансплантации почки) и 20 здоровых лиц, показало, что у пациентов с I-IV стадией ХБП уровень эндотоксинемии значительно больше по сравнению с группой здоровых людей. Так, на фоне развития ХБП отмечалась интенсификация процессов ПОЛ, что выражалось в значимом увеличении показателей малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК) в венозной крови в 1,5-2 раза (таблица 6).

На фоне активации перекисного окисления липидов и накопления продуктов метаболита отмечалось уменьшение антиоксидантной защиты, выражающееся в снижении показателей супероксиддисмутазы и аскорбиновой кислоты. Приблизительно такие показатели были получены у пациентов с ХБП, находящихся на программном диализе и перенёвшие трансплантацию почки.

Таблица 6. Показатели перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы в плазме крови

Показатели ПОЛ и АОС	Относительно здоровые люди	Пациенты с ХБП		
		I-IV стадии	на гемодиализе	после трансплантации почки
МДА (мкмоль/л)	3,36±0,15	8,1±0,6	6,1±0,5	6,2±0,5
Диеновые конъюгаты (нмоль/мл)	18,8±3,7	3,2±0,5	13,4±1,9	14,6±2,8
Супероксиддисмутаз (Ед/мг белка)	18,48±0,17	26,3±0,7	49,2±1,8	46,3±1,1
Аскорбиновая кислота (мг/%)	2,6±1,1	0,9±0,1	0,69±0,001	0,81±0,03

Таким образом, у пациентов с различными стадиями ХБП имеются значимые нарушения свёртывающей системы крови, процессов липопероксидации со снижением системы антиоксидантной защиты организма, что необходимо учесть при проведении лечения.

Качество жизни у пациентов, страдающих хронической болезнью почек

Изучение качества жизни (КЖ) у 319 пациентов с ХБП (из них мужчин – 188, 58,9%) и 103 здоровых лиц (контрольная группа), показало, что при прогрессировании ХБП отмечается значимое ухудшение различных параметров качества жизни (таблица 7). При этом, физическое и ролевое функционирование не достигало различий у пациентов с ХБП, находящихся на гемодиализе, и

у пациентов после трансплантации. Пациенты, перенёвшие трансплантацию почки, оценивали общее состояние своего здоровья на достаточно высоком уровне (отсутствие статистически значимых различий с группой относительно здоровых лиц). Однако такой параметр, как физическое здоровье, всё же продемонстрировал значимые различия между 3-й и 4-й группами пациентов ($p < 0,001$).

Такой значимый параметр, как жизненная активность, также не различался между группой пациентов с ХБП I-IV стадии и перенёвшими трансплантацию почки ($p > 0,05$). Необходимо отметить и то, что в нашем исследовании психическое и психологическое здоровье во всех группах пациентов с ХБП всё же не достигало нормальных показателей (уровня группы контроля, $p < 0,001$), но при этом не отличалось у пациентов, находящихся на гемодиализе, и после трансплантации ($p > 0,05$).

Таблица 7. Анализ результатов опросников SF-36 в исследуемых группах

Шкала	Группы исследуемых пациентов				p
	Здоровые (n =103)	ХБП (I-IV) (n =121)	На диализе (n =109)	Пост транспл. (n =89)	
PF (физическое функционирование)	80,0 [75,0; 90,0]	80,0 [65,0; 85,0] $p_1 < 0,01$	55,0 [40,0; 70,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	65,0 [50,0; 70,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 > 0,05$	<0,001
RP (ролевое функционирование от физ.)	80,0 [70,0; 85,0]	55,0 [50,0; 65,0] $p_1 < 0,001$	45,0 [30,0; 60,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,01$	45,0 [35,0; 50,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 > 0,05$	<0,001
BP (интенсивность боли)	94,0 [92,0; 97,0]	70,0 [65,0; 74,0] $p_1 < 0,001$	43,0 [40,0; 46,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	65,0 [62,0; 68,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$ $p_3 < 0,001$	<0,001
GH (общее здоровье)	66,0 [59,0; 72,0]	45,0 [41,0; 49,0] $p_1 < 0,001$	31,0 [28,0; 33,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	61,0 [55,0; 65,0] $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001
RH (физическое здоровье)	53,9 [51,0; 55,8]	48,5 [46,0; 50,6] $p_1 < 0,001$	41,9 [37,6; 48,1] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	49,0 [46,1; 51,5] $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$ $p_3 < 0,001$	<0,001
VT (жизненная активность)	75,0 [65,0; 80,0]	50,0 [40,0; 55,0] $p_1 < 0,001$	60,0 [40,0; 85,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	45,0 [40,0; 50,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$ $p_3 < 0,001$	<0,001

SF (социальное функционирование)	80,0 [75,0; 84,0]	69,0 [64,0; 75,0] $p_1 < 0,001$	33,0 [31,0; 36,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	57,0 [50,0;62,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001
RE (ролевое функционирование от эм.)	92,0 [89,0; 96,0]	61,0 [55,0; 67,0] $p_1 < 0,001$	21,0 [17,0; 29,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	15,0 [12,0;18,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,01$	<0,001
MH (психическое здоровье)	65,0 [60,0; 71,0]	50,0 [40,0; 60,0] $p_1 < 0,001$	40,0 [30,0; 48,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	43,0 [36,0;49,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 > 0,05$	<0,001
MH (психологическое здоровье)	44,0 [41,2; 46,2]	30,3 [26,8; 32,3] $p_1 < 0,001$	15,7 [11,0; 25,2] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	14,4 [11,3;16,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 > 0,05$	<0,001

Примечание – р – статистическая значимость различий показателей между всеми группами (Н-критерий Крускала-Уоллиса); p_1 – статистическая значимость различий показателей по сравнению с таковыми в группе здоровых; p_2 – статистическая значимость различий показателей по сравнению с таковыми в группе с ХБП (I-IV); p_3 – статистическая значимость различий показателей по сравнению с таковыми в группе пациентов с диализом (p_1 - p_3 – U-критерий Манна-Уитни).

Таким образом, оценку качества жизни следует рассматривать как обязательный компонент анализа качества и эффективности ведения пациентов с ХБП, в том числе, на терминальной стадии. Полученные данные объективно продемонстрировали, что при прогрессировании ХБП качество жизни пациентов и его отдельные компоненты значительно ухудшаются. Вместе с тем, при терминальной стадии ХБП качество жизни по ряду показателей (интенсивность боли, общее здоровье, физическое здоровье, социальное функционирование) оказались хуже у больных, получающих программный гемодиализ в отличие от пациентов, у которых была выполнена трансплантация почки.

Совершенствование системы эпидемиологического надзора и ранней выявляемости хронической болезни почек среди населения

Как показали наши исследования, основанные на результатах скрининга ХБП среди общей популяции, ранние её стадии встречаются в 9,9% случаях, что является более высоким по сравнению с показателями литературы. В связи с этим, нами был разработан алгоритм, направленный на совершенствование системы эпидемиологического надзора и ранней выявляемости ХБП как в региональных лечебных учреждениях, так и в областных и республиканских специализированных медицинских центрах (рисунок 4). Так, при обследовании населения с различными заболеваниями являющимися факторами риска развития ХБП или же при прохождении плановых медицинских осмотров в региональных

центрах здоровья, семейный врач должен определить уровень эндогенного креатинина натощак и на основании его результатов посчитать скорость клубочковой фильтрации при помощи формулы Кокрофта-Гольта.

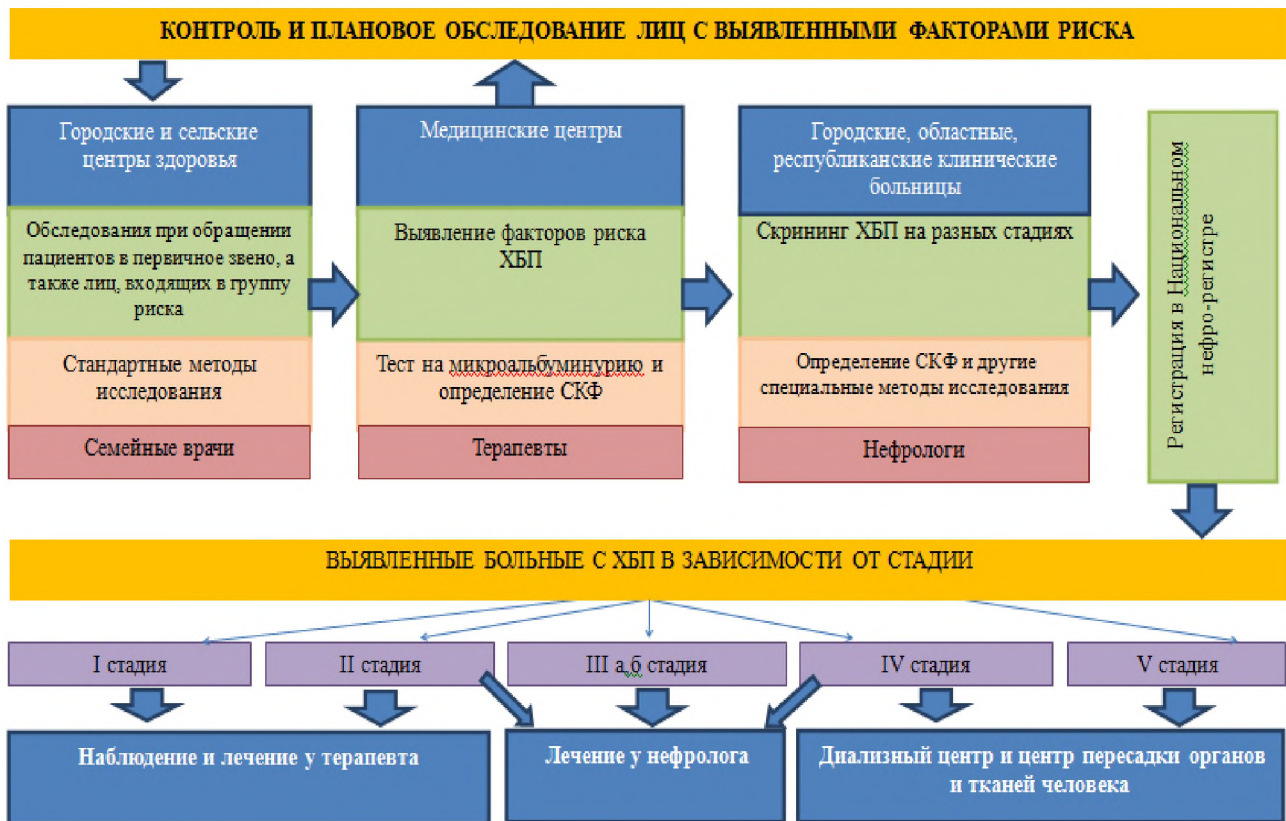


Рисунок – 4. Алгоритм выявления и введения больных с ХБП.

В последующем при выявлении повышенного уровня креатинина и снижения СКФ необходимо направить пациентов для проведения тестов на альбуминурию и выполнение других дополнительных методов исследования с консультацией терапевтов или нефрологов.

При положительном тесте на альбуминурию, снижении СКФ и результатов других дополнительных методов исследования пациент должен консультироваться с нефрологом, который должен определить стадию ХБП и рекомендовать соответствующее лечение. Также в последующем пациент должен встать на учёт, и его данные должны быть занесены в регистр пациентов с хронической болезнью почек. В этом направлении также необходимо ежеквартальное обследование пациента и определение динамики прогрессирования ХБП, а также уменьшение воздействия факторов агрессии на почечную ткань.

Таким образом, предлагаемый алгоритм, направленный на совершенствование как региональной, так и центральной системы профилактики и лечения ХБП, позволяет адекватно провести эпидемиологический надзор за этими пациентами и провести адекватное своевременное лечение как самой ХБП, так и её основных осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. Распространённость различных стадий хронической болезни почек в Республике Таджикистан составляет от 20,4 до 31 случаев на 100000 взрослого населения, и в последние годы имеет тенденцию к увеличению [1-А; 4-А].

2. При проведении скрининга среди респондентов Республики Таджикистан признаки почечной дисфункции в виде патологической альбуминурии и снижения скорости клубочковой фильтрации обнаруживаются в 22,5% и 35,2% случаев, соответственно; различные стадии хронической болезни почек выявлены у 9,9% резидентов [3-А].

3. У больных с терминальной, тяжёлыми стадиями ХБП из-за повышенного накопления конечных продуктов метаболизма, происходит активация процессов липопероксидации, снижение системы антиоксидантной защиты организма, а также нарушение свёртывающей системы крови с тенденцией к гиперкоагуляции [8-А].

4. Оценка качества жизни является необходимым компонентом эффективности ведения пациентов с хронической болезнью почек при всех её стадиях, в том числе после трансплантации почек. При терминальной стадии хронической болезни почек качество жизни по ряду важнейших показателей ниже у больных, получающих программированный гемодиализ по сравнению с пациентами, перенёвших трансплантацию почки [1-А; 7-А].

5. Разработанный алгоритм выявления и ведения больных с ХБП в различных группах населения с учётом диагностических возможностей лечебно-профилактических учреждений позволяет систематизировать подход к раннему выявлению пациентов с ХБП путём целенаправленного обследования в группах высокого риска, что способствует экономии времени врача и уменьшению финансовых затрат [6-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

Высокая частота распространённости ХБП в Таджикистане диктует пересмотр некоторых стратегических и тактических задач нефрологической помощи и службы заместительной почечной терапии в Таджикистане.

Необходимо внедрить в практику разработанный алгоритм, что способствует раннему выявлению и профилактике прогрессирования больных с ХБП. В этом направлении необходимо разработать Национальный регистр пациентов с ХБП с целью повышения ранней выявляемости пациентов с почечными дисфункциями в условиях региональных лечебных учреждений.

Подходы к первичной профилактике ХБП неотделимы от мероприятий по её скринингу и выявлению факторов риска. Основой первичной профилактики ХБП является периодическое наблюдение за представителями групп риска, разработка и внедрение Национального регистра, что позволяет рассматривать состояние больных как отдельно, так и в совокупности. Данный подход способствует целесообразному лечению и предотвращению прогрессирования.

Для ранней диагностики ХБП, учитывая доступность и достоверность методов определения альбуминурии при помощи тест-полосок и подсчёт СКФ с определением эндогенного креатинина, можно рекомендовать данные показатели для массового обследования.

В исследованиях было выявлено, что психическое и психологическое состояние больных с ХБП не улучшалось даже после трансплантации почки, в связи с этим в комплексную терапию больных с ХБП необходимо включить медико-психологическую помощь.

Список публикаций соискателя учёной степени работ по диссертации

Статьи в рецензируемых журналах:

- 1 А. Гулов М.К. Качество жизни больных, страдающих хронической болезнью почек / М.К. Гулов, С.М. Абдуллоев, Х.К. Рофиев // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. - 2018. - Т. 26, № 4. – С. 493-499.
- 2 – А. Гулов М.К. Эпидемиологические факторы риска и диагностики хронической почечной недостаточности / М.К. Гулов, Х.К. Рофиев, С.М. Абдуллоев // Вестник Авиценны. – 2018. – Т. 20, № 2-3. - С. 190-196.
- 3 – А. Гулов М.К. Скрининг хронической болезни почек у жителей Таджикистана / М.К. Гулов, С.М. Абдуллоев // Вестник Авиценны. 2019. – № 1. – С. 119-125.
- 4 – А. Абдуллоев С.М. Клинико-эпидемиологические особенности и факторы риска развития хронической болезни почек в Республики Таджикистан / С.М. Абдуллоев, М.К. Гулов // Здоровоохранение Таджикистана. 2019. – № 1. – С. 7-12.

СТАТЬИ И ТЕЗИСЫ В СБОРНИКАХ КОНФЕРЕНЦИЙ:

- 5 – А. Абдуллоев С.М. Распространённость факторов риска хронической болезни почек на территории Республики Таджикистан / С.М. Абдуллоев / Сборник материалов XII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2017. – С. 389
- 6 – А. Абдуллоев С.М. Морфология тканевых структур почек белых крыс при острой алкогольной интоксикации в эксперименте / С.М. Абдуллоев, Б.И. Сафаров, Н.Б. Бораджабова / Сборник материалов XII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2017. – С. 392
- 7 – А. Абдуллоев С.М. Оценка медико – социального статуса больных с хронической болезнью почек / С.М. Абдуллоев / Сборник материалов XIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2018. – С. 8
- 8 – А. Абдуллоев С.М. Оценка качества жизни больных хронической болезнью почек / С.М. Абдуллоев / Сборник материалов XIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2018. – С. 128-129
- 9 – А. Абдуллоев С.М. Алгоритм мероприятий по профилактике и борьбе прогрессирования хронической болезни почек в Республике Таджикистан / С.М.

Абдуллоев / Сборник материалов XIV научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2019. – С. 460

- 10 – А. Абдуллоев С.М. Распространённость и факторы риска развития хронической болезни почек по данным скрининга среди общего населения / Х.Р. Махмудов, С.М. Абдуллоев / Сборник материалов XIV научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2019. – С. 557-558

Список сокращений

АГ	–	Артериальная гипертензия
АД	–	Артериальное давление
АСР	–	Альбумин-креатининовое соотношение
КЖ	–	Качество жизни
ПГ	–	Программный диализ
СКФ	–	Скорость клубочковой фильтрации
ХБП	–	Хроническая болезнь почек
ПОЛ	–	Переокисное окисление липидов
АОС	–	Антиоксидантная система

**ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН
БА НОМИ АБӮАЛӢ ИБНИ СИНО**

УДК: 616.61-036-036.2(471.12)

**АБДУЛЛОЕВ
САИДХОҶА МУРТАЗОЕВИЧ**

**ВИЖАГИҲОИ КЛИНИКӢ-ЭПИДЕМИОЛОГӢ ВА ОМИЛҲОИ
ХАТАРИ АВҶГИРИИ БЕМОРИИ МУЗМИНИ ГУРДА ДАР
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи
илмии номзади илмҳои тиб

аз рӯи ихтисоси 14.02.02 – эпидемиология

Душанбе-2019

Таҳқиқот дар кафедраи эпидемиологияи МТД “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ:

д.и.т., профессор **Рофиев Ҳ.Қ.**

Мушовири илмӣ:

Гулзода М.Қ. – д.и.т., профессори кафедраи ҷарроҳии умумии №1-и МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Муқарризони расмӣ:

Талабов М.С.

– доктори илмҳои тиб, декани факултети тиббии МДТ «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»

Мирзоев А.С. – номзади илмҳои тиб, мудири кафедраи эпидемиология, экология ва ҳифзи муҳити зисти МДТ «Дониш-кадаи баъдидипломи соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Муассисаи тақриздиханда: МД «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-тадқиқотии тиббӣ-профилактикӣ» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Ҳимояи диссертатсия «1» июли соли 2019 соати 13:00 дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.КOA-010 Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино баргузор мегардад. Бо диссертатсия дар Суроға: 734003, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139 шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ соли 2019 ирсол гардид.

Котиби илмии Шӯрои диссертатсионӣ
н.и.т., дотсент

Саидмурадова Г.М.

МУҚАДДИМА

Бемории музмини гурда (БМГ) симптомокомплексе мебошад, ки бо ихтилолоти тадричию баргаштнопазири функцияи экскретории бофтаи гурда тавсиф ёфта, боиси афзоиши азотемия ва ихтилолоти гуногуни гомеостаз мебошад [Шабалова Н.И., 2014]. Мувофиқи маълумоти таҳқиқотҳои муосири эпидемиологӣ, он дар 11,2-30,9 одам бар сари ҳар 100000 аҳоли дучор омада, майл ба афзоиши солона дорад [Герасимова О.Ю. и соавт., 2016; Камышникова Л.А. ва ҳаммуаллиф, 2017]. Дар Россия ва баъзе кишварҳои аврупоӣ дар сохтори ғавти аҳоли бемории музмини гурда ҷойҳои 9-ум то 12-умро ишғол мекунад. Зимнан беш аз нима беморон, ки ба шахсони ҷовони синнашон қобили қор (1,2-17,6% ҳолатҳо) тааллуқ доранд, маъюбони гурӯҳи I-ум ва II-юм ба ҳисоб мераванд [Кузнецова В.М., 2012].

Дар айни ҳол перомуни омӯзиши механизмҳои рушди БМГ инчунин роҳҳои профилактикаю муолиҷаи он дастовардҳои муайяне ҳосил шудааст. Мо наметавонем, ки бо андешаи баъзе муҳаққон муҳолифат варзем аз хусуси он, ки чунин фармудаанд: «синдроми уремиявӣ вусъатёфта буда, ба қадри кофӣ омӯхта нашудааст» ва дар мавриди авҷгирӣ, хусусияти ихтилолоти мубодилавӣ ҳангоми мавҷуд будани нокифоягии гурда, афзун бар ин дар мавриди масъалаҳои эпидемиология ва авҷгирии БМГ нуқтаҳои норавшани зиёде вучуд дорад. Солҳои охир дар бисёр кишварҳои дунё омӯзиши эпидемиологияи марҳалаи терминалии нокифоягии гурда, инчунин таҳияи роҳҳои профилактикаи ҳамаи давраҳои он омӯхта мешаванд. Сабаби ҳолати мазкур дар он аст, ки то 75% -и пациентҳое, ки гирифтори марҳалаи ниҳии БМГ аз бобати беморҳои вазнину гуногуни дилу рағҳо ранҷ бурда, дараҷаи ғавт аз онҳо 20 маротиба аз популятсияи умумӣ бештар мебошад [Litovkina et al., 2014]. Аммо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳқиқотҳои мазкур амалӣ нагашта, басомади интишор ва вижагии ҷараёни марҳилаҳои гуногуни нефропатия берун аз доираи омӯзиш қарор гирифтанд [Шокиров Ю.А., Чуклина Е.О., 2017].

Ба андешаи мо, омӯзиши махсусияти интишор ва ҷараёни БМГ дар ғӯшаҳои мухталифи ҷумҳурӣ ба истиқрори талаботи минтақавӣ дар баробари терапияи инвазии гурда ва пешбинии рушди ҳадамоти нефрологӣ мусоидат мекунад.

Ҳамчунин таҳияи роҳҳои сустгардонии равандҳои авҷи БМГ ва инчунин коҳиши таъсири омилҳои ҳамла ба функцияи бофтаи гурда мубрам ба ҳисоб меравад. Гузашта аз ин сифати зиндаги ҳам пациентҳои мубтало ба БМГ ва ҳам пациентҳое, ки таҳти диалези барномавӣ қарордошта, трансплантатсияи гурдаро аз сар гузарониданд, камтар ба доираи таҳқиқ қашида шудааст.

ТАВСИФИ УМУМИИ ДИССЕРТАТСИЯ

Робитаи рисола бо лоиҳаҳои илмӣ

Таҳқиқоти илмӣ дар доираи Лоиҳаи амалишавии «Дурнамои профилактика ва назорати беморҳои ғайрисироятӣ ва травматизм дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2013 - 2023» гузаронида шуд.

Мақсади таҳқиқот: арзёбии интишор, сабабҳо, омилҳои рушд, чараҳои сифати зиндагии пациентҳои мутбалло ба бемории музмини гурда дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯхтани эпидемиологияи музмини гурда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ҳуҷҷатгузори расмӣ омурию ҳисоботӣ.
2. Муайян намудани дараҷаи интишор ва омилҳои хатар дар мавриди рушди бемории музмини гурда ба асоси маълумотҳои скрининге, ки дар миёни тамоми аҳоли анҷом ёфтааст.
3. Арзёбии ҳолати системаи лахтбандикунандаи хун, липопероксидсия ва ҳифзи антиоксидантӣ вобаста ба марҳилаҳои бемории музмини гурда.
4. Омӯхтани сифати зиндагии пациентҳои гирифта ба марҳалаҳои I-IV бемории музмини гурда, пациентҳои таҳти гемодиализ ва инчунин таҳаммулкунандаи трансплантатсияи гурда.
5. Таҳияи алгоритми чорабинӣ, ки барои ошкорсозии бармаҳал ва сустгардонии авҷи бемории музмини гурда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон равона гаштаанд.

Навгонии илмӣ таҳқиқот. Бори аввал дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон дараҷаи интишор ва махсусияти клиникӣ-эпидемиологии марҳалаҳои гуногуни бемории музмини гурда дар сартосари ҷумҳурӣ омӯхта шуд, ки афзоишу авҷи он асосан аз чинсу синни аҳоли вобаста буд.

Бори аввал бо истифода аз усулҳои муосири ташхис дар миёни резидентҳо скрининги марҳилаҳои гуногуни бемории музмини гурда амалӣ гардонид шуд, ки нуктаи мазкур ба даст овардани маълумотҳои гуногунро аз бобати дараҷаи дучоршавии дисфунксияи гурда дар миёни тамоми аҳоли имконпазир гардонд.

Ҳамчунин ошкор гашт, ки дар мавриди шахсони таҳти гемодиализ қарордошта, гирифтори марҳилаҳои аз I-ум то IV-уми дисфунксияи музмини гурда мебошанд, ба асоси фаъолгардии оксидшавии пероксидии липидҳо ва анбошташавии маҳсулотҳои метаболизм коҳиши ҳифзи антиоксидантӣ, сатҳи баланди эндотоксинемия ва ихтилоли системаи лахтбандию зиддилахтбандии хун, ки ба гиперкоагулясия тамоюл дорад, мушоҳида гашт.

Исбот шудааст, ки зимни БМГ сифати зиндагии пациентҳо ва ҳузурҳои алоҳидаи он ба маротиба бад мегардад. Зимни марҳалаи интиҳои он аз рӯйи баъзе нишондиҳандаҳо (шиддати дард, вазъи умумии саломатӣ, солимии ҳисмонӣ, амалқарди иҷтимоӣ) сифати зиндагии пациентҳо, ки гемодиализи барномавиро қабул мекунанд, назар ба пациентҳо, ки трансплантатсияи гурдаро аз саргузарондаанд, бадтар мебошад.

Ба асоси таҳлили амалишуда маҷмӯи чораю тадбирҳои таҳия гардид, ки барои ташхиси бармаҳал, муолиҷаи муносиб ва сустгардонии авҷи бемории музмини гурда равона шудаанд.

Нуктаҳои асосии барои ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Паҳншавии бемории музмин дар Тоҷикистон, дар байни 100 000 аҳоли 18,7-21,9 ҳодисаро ташкил дода, дар баъзе манотиқи ҷумҳурӣ дар миёни мардони солхӯрда (75-сола ва боло) тамоюли рӯ ба афзоиш дорад.

2. Усулҳои иқтисодии қобили қабули скрининги марҳилаҳои мухталифи БМГ, дар байни аҳоли, ба таври микдорӣ ва сифатӣ муайян намудани сатҳи албумин дар пешоб ва суръати филтратсияи калобагӣ мувофиқи креатини эндогенӣ ба ҳисоб меравад, ки таъхиси марҳилаи барвақтии ҳалалёбии функцияи гурдaro дар мавриди 9,9% резидентҳо имконпазир мегардонад.
3. Дар беморони гирифтори бемории музмини гурдаҳо ҳалалёбии мувозинати системаи лахтабандӣ ва зиддилахтабандии хун бо бартарияти равандҳои гиперкоагулятсия ба назар мерасад. Фаъолнокии патологияи равандҳои липопероксидатсия ва камшавии ҳифозати зиддиоксидантии организм, дараҷаи вазнинии беморӣ мустақиман аз марҳилаҳои беморӣ вобастагӣ дорад.
4. Коҳиши зухурёфтаи сифати зиндагии беморон ва ҷузъҳои алоҳидаи он, зимни марҳилаи ниҳоии БМГ, дар ашхосе мушоҳида гардид, ки қиёсан ба беморони трансплантатсияи гурдaro аз сар гузаронида дар диализи нақшавӣ қарор доштанд.
5. Дар ҳама ҷо татбиқ намудани алгоритми эҳтимоли барои беҳтар намудани натиҷаи ошқорсозии барвақтӣ, муолиҷаи мувофиқ ва ба таъхир андохтани афзоиши бемории музмини гурдaro дар баамалории муолиҷаи ивазии гурда мусоидат менамояд.

Тасвиби таҳқиқот. Нуктаҳои асосии рисола дар конференсияҳои илмӣ-амалии олимону донишҷӯён бо иштироки намояндагони байналмилалӣ дар ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (2018), конференсияи солонаи илмӣ-амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (2018), Конгресси кардиолог ва терапевтҳои Осие ва ИДМ (Душанбе 2019) пешниҳод ва муҳокима шудаанд.

Басомади баланди паҳншавии БМГ дар Тоҷикистон, талаботи баррасии баъзе стратегия ва вазифаҳои тактиқии ёрии нефрологӣ ва ҳадамоти муолиҷаи ивазии гурдaro дар Тоҷикистон тақозо менамояд.

Ба таври васеъ ба қор бурдани тестҳо дар мавриди муайян кардани албуминурия ва СФК барои бо дақиқияти баланд зоҳир кардани марҳилаи барвақтии камшавии захираи функционалии гурда, ҳам дар байни аҳоли ва ҳам дар миёни ашхоси ба гурӯҳи хатар шомил, шароит фароҳам меорад. Ба мақсади беҳтар намудани сифати зиндагии беморони гирифтори БМГ дастгирӣ равонии фардӣ зарур аст.

Наشري натиҷаҳои рисола. Аз рӯи маводи рисола 10 кори илмӣ, аз ҷумла 2 мақола дар маҷаллаҳои илмӣ тақризшавандаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр гардидааст.

Саҳми шахсии унвонҷӯ барои дарёфти дараҷаи номзади илмӣ. Муаллиф дар ҷамъоварии маълумотҳои аввалия барои гузаронидани таҳқиқоти илмӣ, гузаронидани таҳлили муқоисавии ретроспективӣ ва клиникаи гирифторшавӣ ба БМГ, бо маълумоти маводҳои ҳисоботи расмӣ МТП-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ иштирок намудааст. Муаллиф ба таври мустақилона дар ҷамъоварӣ, коркард ва таҳлили адабиёти дастрас, баъзе тадқиқотҳои клиникӣ-эпидемиологӣ дар байни аҳоли

иштирок намудааст. Диссертант шахсан дар пешдифои натиҷаҳои таҳқиқот, коркард ва шарҳи маълумотҳо, инчунин таҳлили омории онҳо ширкат намудааст. Муаллиф таҳлили системаҳои мавҷудаи комплекси чорабиниҳои пешгирикунандаро дар пайдоиш ва афзоиши БМГ дар ҚТ анҷом додааст.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Диссертатсия дар 132 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, мавод ва усулҳои таҳқиқот, боби таҳқиқоти шахсӣ, муҳокимаи натиҷаҳои ҳосилшуда, хулоса ва тавсияҳо оид ба истифодаи амалии онҳо, рӯйхати адабиёт иборат мебошад. Рисола бо 14 расм ва 27 ҷадвал ороиш дода шудааст. рӯйхати адабиёт аз 190 сарчашма, аз ҷумла 105 адабиёти ватанӣ ва мамолики ИДМ, 85 муаллифони хориҷиро дар бар мегирад.

МУҲТАВОИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот.

Диссертатсия мувофиқи лоиҳаи КИТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ки барои хочагии халқ аҳамият дорад, таълиф шудааст. Дизайни таҳқиқот омӯзиши ҳисоботи омории солони Маркази омории назди Президенти ҚТ дар давраи солҳои 2011-2017 ва скрининги БМГ-ро дар байни 374 н. шахсони дар соли 2017 дар тамоми муассисаҳои таъбиати ш. Душанбе аз муоинаи профилактикӣ гузаронидашударо дар бар мегирад.

Инчунин оид ба сифати ҳаёти 319 н. шахсони гирифтори БМГ (121 нафар дар марҳилаи I-IV-и БМГ; 109 н. нафарон дар гемодиализи барномавӣ қарордошта ва 89 н. нафарон дар пайвандсозии гурдари аз сар гузаронида) ва 103 н. шахсоне, ки онҳоро вобаста ба пурсиши SF-36 нисбатан солим шуморидан мумкин аст, таҳқиқот гузаронида шуд. Дар ҳама ҳолатҳо протоколи таҳқиқоти нафарон аз тарафи Кумитаи этикаи назди Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино дастгирӣ ёфтааст. Нафарон ба таҳқиқот шомилбуда ва гурӯҳи шахсони нисбатан солим барои иштирок дар таҳқиқоти мазкур розигии худро ба таври хаттӣ тасдиқ намудаанд.

Паҳншавии бемориҳои музминӣ гурда ҳам дар алоҳидагӣ дар байни аҳолии се вилояти кишвар (Суғд, Хатлон, Бадахшонӣ Кӯҳӣ) ноҳияҳои тобеи марказ (НТМ) ва шаҳри Душанбе, инчунин ба таври умумӣ дар байни тамоми аҳолии ҷумҳурӣ мавриди омӯзиш қарор дода шуд. Дар ин самт нишондодҳои зерини эпидемиологии БМГ муайян карда шуданд:

- паҳншавии БМГ-и ҳамаи марҳилаҳо (шумораи умумии шахсоне, ки аз БМГ азият мекашанд ва саҳми онҳо вобаста ба 100000 аҳоли);
- миқдори умумии шахсони мубталои БМГ, ки таҳти диализи барномавӣ қарор доранд ва пайвандсозии гурдари аз сар гузаронидаанд, инчунин саҳми онҳо вобаста ба 100000 аҳоли;
- динамикаи тағйирёбии шумораи беморони мубталои БМГ вобаста ба солҳо аз рӯи ҷинс, синну сол ҳам дар алоҳидагӣ аз рӯи минтақаҳо, ҳам вобаста ба миқёси ҷумҳурӣ;

- бақайдгирии ҳодисаҳои нави дучоршавии аҳоли ба БМГ –ҳамаи марҳилаҳо инчунин шахсоне, ки дар алоҳидагӣ вобаста ба минтақаҳо ва умуман дар микёси чумхурӣ терапияи ивазии гурда мегиранд.

Меъёрҳои таҳқиқот аз инҳо иборатанд:

- коҳиш додани суръати филтратсияи калобагӣ камтар аз 30 мл/дақ. зиёда аз ду маротиба муайян шудааст;

- шахсони дар анамнезашон ҳама гуна бемориҳои гурда ва роҳҳои пешобро аз сар гузаронида, ки дар таркиби он коҳишёбии СФК камтар аз 30 мл/дақ. мушоҳида шудааст;

- шахсоне, ки дар терапияи ивазии гурда қарор доранд ва пайвандсозии гурдаро аз сар гузаронидаанд, ки дар онҳо низ коҳишёбии СФК ба назар мерасад;

Скрининги БМГ дар байни 374 н. шахсони дар соли 2017 дар марказҳои саломатии шаҳри Душанбе ҳангоми гузаштани муоинаи нақшавии профилактикӣ ба роҳ монда шуд. Синну соли шахсони муоинашавандаҳо, аз 27 то 82-соларо фаро гирифта, ба ҳисоби миёна $55,2 \pm 12,3$ -ро ташкил медод, аз онҳо 201н. (53,7%)-ро занҳо, 173 н. (46,3%)-ро мардҳо ташкил медоданд. Вазни миёнаи муоинашавандагон $85,9 \pm 11,2$ кг буда, дарозии қад $168,3 \pm 6,92$ см, индекси массаи бадан аз $30,4 \pm 3,75$ иборат аст.

Меъёри асосии таҳлили БМГ муайян кардани СФК (СФК бо мабдаи >60 мл/дақ./ $1,73\text{м}^2$) ба ҳисоб меравад, ки барои бо дақиқияти баланд арзёбӣ намудани ултрафилтратсияи гломерулярӣ имконият фароҳам меорад. Дар рисолаи мазкур СФК бо ёрии формулаи Кокрофт – Голт муайян карда мешавад:

$$\text{СКФ} = 1,23 \times \frac{(140 - \text{синну сат (солҳо)}) \times \text{вазни бадан (кг)}}{\text{қурра тиллоии хун} \left(\frac{\text{мкмол}}{\text{л}} \right)}$$

Муайян намудани албуминурия ба воситаи тест-рахча гузаронида шуд, ки таркиби он албумини тасбитшудаи одам дошт. Он бо роҳи бастани подтан бо албумин ба реаксия рафта, метавонад дар таркиби пешоб мавҷуд бошад. Барои гузаронидани санҷиш танҳо ҳиссаи пешоби пагоҳирӯзиро истифода кардем. Ҳангоми мавҷуд будани албумин дар пешоб ранги рахчаҳои доираи самти тиллоии тест дигар шуд ва ҳангоми набудани он таҳқиқот мусбӣ шуморида мешуд.

Барои муайян кардани сатҳи клиногенҳои эндогенӣ хуни варид аз варидаи кубиталӣ бо ҳаҷми 10-15 мл соатҳои пагоҳирӯзӣ дар шиками наҳор, ки аз он хуноба аз рӯи усули Яффе дар анализатори биохимиявии «StatSoft» концентратсияи он муайян карда шуд. Пас аз ба даст овардани натиҷаҳои муайянкунии креатинин ва албумин мо нишондиҳандаҳои таносуби Албумин-Креатининро (ACR) ҳисоб кардем, ки ҳангоми 15мг/г ва аз он пастбудан нормаалбуминурия, аз 15 то 29мг/г-албуминурияи сарҳадӣ, аз 30 то 299мг/г микроалбуминурия ва 300мг/г ва аз он бештар макроалбуминурия ба ҳисоб мераванд.

Омӯзиши нишондиҳандаҳои системаи лахташавии хун дар байни 319 патсиентҳои мубталои БМГ ва 103 нафар шахсоне, ки онҳоро метавон солим шуморид (гурӯҳи назоратӣ), гузаронида шуд, онҳо бо ҳамдигар муқоиса карда шуданд ва танҳо аз муолиҷаи гирифташон тафовут доштанд. Вақти лахтабандии хун, рекалсификатсияи плазмаҳо, концентратсияи фибриноген ва вақти тромбин омӯхта шуд.

Ҳолати оксидшавии перекисии липидҳо ва ҳифзи зиддиоксидантӣ дар байни 60 патсиентҳои муоинашудаи мубталои БМГ ва 20н. шахсони солим аз шумори гурӯҳҳои пешина, ки аз рӯйи чинсият, синну сол ва ИМД муқоиса шуда буданд. Нишондиҳандаҳои малоновогодиалдегид, диенових-конъюгатҳо, супероксиддисмутазаҳо ва кислотаи аскорбин таҳқиқ карда шудааст. Таҳқиқоти мазкур дар базаи Омӯзишгоҳи марказии илмӣ-таҳқиқотии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино амалӣ карад шудааст.

Инчунин дар ҳама ҳолатҳо байни шахсоне, ки скрининги БМГ, ҳамчунин патсиентҳо ва гурӯҳи одамони солим, ки сифати ҳаёташон омӯхта шудааст, таҳқиқоти нишондиҳандаҳои биохимиявии хун, дар алоҳидагӣ нишондиҳандаҳои умумии сафеда, албуминҳо, глобулинҳо, холестерин, липопроteidҳои зичиашон баланд ва паст, қанди хун, карбамид бо методикаи стандартӣ гузаронида шуд.

Омӯзиши сифати ҳаёти патсиентҳо бо истифода аз саволномаи SF – 36 бо роҳи анкетагузаронии 319 патсиенти дорои БМГ ва 103 нафар шахси солим гузаронида шуд. Бо роҳи арзёбии муқоисавӣ ин нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт баррасӣ гаштанд: фаъолияти ҷисмонӣ ва нақшӣ, шиддати дард, ҳолати саломатии ҷисмонӣ, фаъолнокии ҳаётӣ ва фаъолияти иҷтимоии патсиент, ҳамчунин солимии рӯҳӣ ва психологӣ

Таҳлили омории маълумотҳои ба даст овардашуда бо ёрии барномаи SPSS, версияи 21 ва MS Excel 2010 анҷом дода шуд. Натиҷаи маълумотҳои оморӣ бо истифодаи чадвалу арқом дар маҷмӯъ ба кор бурда шуданд. Маълумотҳои аз таърихҳои беморӣ ҷудо ва рақамҳои мушаххас ба таври дахлдор рамзнок гардонида шуданд. Омори шарҳдиҳанда асосан аз басомади тағйиротҳои номиналӣ ва тартибӣ иборат буд; дуршавиҳои миёна, диапазон ва стандартӣ барои тағйиротҳои муттасил ва дискретӣ ба ҳисоб гирифта шудааст. Барои инъикоси маълумотҳо гистограмма ё диаграммаи мудаввар ба кор бурда шуд. Басомад ва саддарсадӣ барои тағйиротҳои категориявӣ ба ҳисоб гирифта шудааст. Меъёри «Хи-квадрат» барои тағйиротҳои номиналии муайян кардани алоқаи дучониба байни тағйиротҳо истифода гардид. Барои омӯзиши амиқи алоқаи омории дучониба ва пешгӯии усули регрессия ба кор бурда шуд. натиҷаҳо, ки қимати P кам ё баробари 0,05 нишон доданд, аз ҷиҳати оморӣ муҳим дониста шуданд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Таҳлили эпидемиологии БМГ нишон дод, ки с.2011 дар миқёси ҷумҳурӣ марҳалаҳои гуногуни БМГ дар 918н. (477н. мардҳо, 441н. занҳо), ки 18,7 ҳолатҳо дар 100000 аҳолии калонсолро ташкил медиҳад (шумораи

умумии популятсияи калонсол дар соли 2011, 4906700-ро ташкил дод) (чадв. 1) ба қайд гирифта шудааст Тавре аён гардид, нишондиҳандаи басомади дучоршавии марҳилаҳои гуногуни **БМГ** солҳои баъдина дар тамоми ҷумхури тамоюл ба зиёдшави ($p=0,0003$)-ро дошт ва дар соли 2017 1256 ҳодисаро дар байни аҳолии калонсол (5733200 одам) ташкил дод, ки ба ҳар 100 000 нафар 21,9 ҳодиса рост омад.

Омӯзиши нишондиҳандаҳои эпидемиологии **БМГ** дар алоҳидагӣ зимни аҳолии ҳар ноҳияи мушаххаси ҷумхури дар поён оварда шудааст. Аз таҳлили омӯзишҳо бармеояд, ки тамоюли беморшавии аҳоли, ба марҳилаҳои гуногуни **БМГ**, сол ба сол рӯ ба афзоиш дорад. Дар аҳолии вилояти Хатлон дар соли 2011 **БМГ** дар 332н. (172 мардҳо, 160 занҳо), ки 19,95 ҳолатҳоро байни аҳолии 100000 нафар ташкил медиҳад. Солҳои минбаъда зиёдшавии **БМГ** дар байни аҳоли ба назар мерасад, ки дар соли 2017 451 ҳолат (233 мард, 218 зан) ё 22,91 ҳодиса байни 100000 нафар аҳоли ба назар мерасид.

Ҷадвали 1. – Динамикаи тағйирёбии теъдоди беморон аз рӯи солҳо

Минтақа	Сол	Басомади умумии БМГ	Теъдоди умумии популятсияи калонсолон	Басомади БМГ ба ҳар сари 100000 аҳоли	χ^2	p
Вилояти Хатлон	2011	332	1 664 100	19,95	3,67	0,0553
	2017	451	1 968 200	22,91		
Вилояти Суғд	2011	256	1 507 100	16,99	7,50	0,0062
	2017	363	1 709 900	21,23		
НТМ	2011	221	1 092 800	20,22	1,50	0,2203
	2017	295	1 308 100	22,50		
ВМКБ	2011	25	148 600	16,82	0,66	0,4164
	2017	33	158 200	20,86		
ш. Душанбе	2011	84	494 100	17,00	0,82	0,3655
	2017	114	588 800	19,36		
Ҷумхурии Тоҷикистон	2011	918	4 906 700	18,71	13,24	0,0003
	2017	1256	5 733 200	21,91		

Эзоҳ – арзиши омории вобаста ба фарқияти дараҷаи беморшавӣ дар солҳои 2011 ва 2017 (аз рӯи меъёри χ^2)

Чунин маълумотҳо аз сокинони ВМКБ, НТЧ ва шаҳри Душанбе гирифта шудааст, ки дар ҷадвали №1 инъикос ёфтааст. Маълум мегардад, ки дар сокинони ВМКБ афзоиш ёфтани басомади **БМГ** ба назар мерасад. Бо вучуди ин, бояд қайд кард, ки дар муқоиса бо аҳолии дигар ноҳияҳо ва минтақаҳои ҷумхури дар сокинони ВМКБ дисфунксияи музмини гурда кам дида мешавад ва дар соли 2011 танҳо 25 ҳолат дар байни 148600 аҳолиро ташкил медиҳад.

Нишондиҳандаҳои **БМГ** дар аҳолии НТЧ дар соли 2011 байни 100000 аҳоли 20,22 ҳолатро ташкил дод, дар соли 2017 то 22,50 ҳолат афзудааст, фарқияти назаррас дар ин самт ($p>0,05$) қайд нашудааст.

Мархилаҳои гуногуни БМГ дар байни сокинони пойтахт дар соли 2011 дар 84 мушоҳидаҳо байни аҳолии калонсол, аз 100000 аҳоли 20,22 ҳодисаро ташкил дод. Дар соли 2017 ин рақам то 114, ё 19,36 ҳодиса дар 100 000 нафар аҳоли афзоиш ёфт. Бо вучуди ин, бояд қайд кард, ки бо сабаби зиёд шудани шумораи истиқоматкунандагони шаҳри Душанбе дар соли 2017, дар муқоиса бо солҳои 2015-2016 ($p > 0.05$) дисфунксияи музмини гурда ба мушоҳида мерасад.

Ҳангоми таҳлили маълумотҳои эпидемиологии БМГ аз сокинони вилояти Суғд, натиҷаҳои дигар ба даст овардем. Ҳамин тавр, дар соли 2017 дар муқоиса ба соли 2011 (256 ҳолат ё 17,71 ҳолат дар 100,000 нафари аҳоли) паҳншавии БМГ дар байни сокинони ин минтақа ба таври назаррас зиёд шуда, 363 ҳодиса ё 21,23 ҳодисаи ҳар 100 000 нафарро ташкил медоданд ($p = 0.0062$).

Ҳангоми омӯзиши динамикаи тағйироти БМГ дар байни ҳар ду чинс дар давраҳои таҳқиқотӣ, дар ҷумҳурӣ муайян карда шуд, ки дар муқоиса ба солҳои аз 2011 то 2017 афзоиши ин беморӣ дар байни занон бештар ба назар мерасад ($p = 0.0086$). Аммо ин нишондиҳанда дар алоҳидагӣ барои ҳар як минтақаи ҷумҳурӣ фарқияти назаррас надошт (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2 – Динамикаи тағйироти теъдоди занони мубталои БМГ аз рӯи солҳо

Минтақа	Сол	Басомади умумии БМГ дар байни занон	Теъдоди умумии популятсияи калонсолони чинси зан	Басомади БМГ ба ҳар сари 100000 аҳолии чинси зан	χ^2	p
Вилояти Хатлон	2011	160	828 722	19,31	1,96	0,1618
	2017	218	976 227	22,33		
Вилояти Суғд	2011	122	750 536	16,26	3,84	0,0501
	2017	174	849 820	20,47		
НТМ	2011	108	538 750	20,05	0,65	0,4193
	2017	143	643 585	22,22		
ВМКБ	2011	13	72 665	17,89	0,33	0,5684
	2017	17	77 043	22,07		
ш. Душанбе	2011	38	238 650	15,92	0,64	0,4237
	2017	53	280 858	18,87		
Ҷумҳурии Тоҷикистон	2011	441	2 429 324	18,15	6,91	0,0086
	2017	605	2 827 534	21,40		

Эзоҳ – арзиши омории вобаста ба фарқияти дараҷаи беморшавӣ дар солҳои 2011 ва 2017 (аз рӯи меъёри χ^2)

Маълумотҳои дигар ҳангоми таҳқиқи эпидемиологии БМГ дар байни мардон, ҳам дар саросари ҷумҳурӣ ва ҳам дар алоҳидагӣ гирифта шудааст (ҷадвали 3).

Ҳамин тариқ, ҳам дар ҷумҳурӣ ва ҳам дар вилояти Суғд дар соли 2017 дар муқоиса ба соли 2011 афзоиш ёфтани сатҳи БМГ дар байни мардон, ки пайдоиши пайдарпаии омилҳои хавф барои рушди БМГ дар онҳо

исбот шудааст. Дар дигар минтақаҳои ҷумҳури БМГ дар давраи таҳлил дар байни мардон тағйироти назаррасие вучуд нашофт ($p > 0.05$).

Ҷадвали 3 – Динамикаи тағйироти теъдоди мардҳои мубталои БМГ аз рӯи солҳо

Минтақа	Сол	Басомади умумии БМГ дар байни занон	Теъдоди умумии популятсияи калонсолони ҷинси зан	Басомади БМГ ба ҳар сари 100000 аҳолии ҷинси зан	X ²	p
Вилояти Хатлон	2011	172	835 378	20,59	1,72	0,1897
	2017	233	991 973	23,49		
Вилояти Суғд	2011	134	756 564	17,71	3,85	0,0497
	2017	190	860 080	22,09		
НТМ	2011	114	554 050	20,58	0,83	0,3632
	2017	153	664 515	23,02		
ВМКБ	2011	13	75 935	17,12	0,14	0,7052
	2017	16	81 157	19,71		
ш. Душанбе	2011	44	255 450	17,22	0,63	0,4280
	2017	62	307 942	20,13		
Ҷумҳурии Тоҷикистон	2011	477	2 477 376	19,25	6,74	0,0094
	2017	654	2 905 666	22,51		

Эзоҳ – арзиши омории вобаста ба фарқияти дараҷаи беморшавӣ дар солҳои 2011 ва 2017 (аз рӯи меъёри X²)

Омӯзиши динамикаи тағйирёбии аҳолии БМГ вобаста ба синну сол нишон дод, ки дар байни аҳолии калонсол дар саросари ҷумҳури (ҷадвали 4) фарқияти назаррас дида намешавад. Қайд кардан зарур аст, ки хангоми омӯзиши нишондиҳандаи мазкур дар алоҳидагӣ дар байни аҳолии ҳар як ноҳияи ҷумҳури фарқияти назаррас дида намешуд ($p=0,0393$).

Ҷадвали 4 – Динамикаи тағйироти теъдоди беморон аз рӯи солҳо вобаста аз синну сол

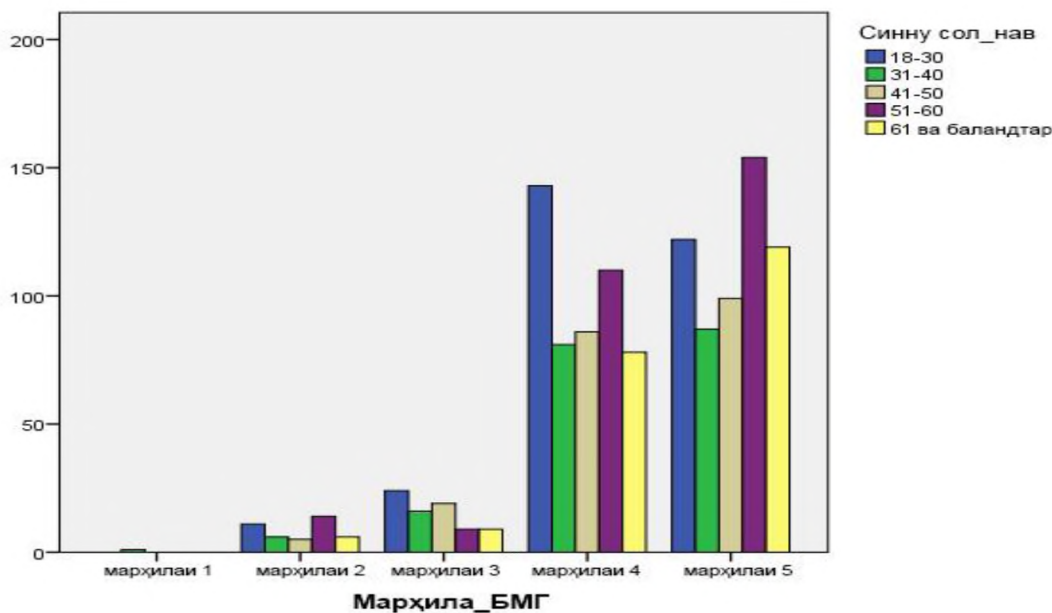
Синну сол	Сол	Басомади умумии БМГ	Теъдоди умумии популятсияи калонсолон	Басомади БМГ ба ҳар сари 100000	X ²	p
18-44	2011	138	3 187 702	4,33	2,26	0,1331
	2017	189	3 690 648	5,12		
45-59	2011	326	834 026	39,09	0,99	0,3197
	2017	445	1 058 837	42,03		
60-74	2011	267	265 330	100,63	0,08	0,7838
	2017	365	354 796	102,88		
75-90	2011	187	93 996	198,94	4,25	0,0393
	2017	257	106 022	242,40		

Эзоҳ – арзиши омории вобаста ба фарқияти дараҷаи беморшавӣ дар солҳои 2011 ва 2017 (аз рӯи меъёри X²)

Ҳамин тарик, таҳқиқоти анҷомдодаи мо оид ба дараҷаи паҳншавии БМГ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон нишон медиҳад, ки ба вусъати ҷумҳурӣ ва баъзе минтақаҳои он тайи давраи 2011-2017 афзоиши чашмраси басомади дучоршавии марҳалаҳои гуногуни БМГ ҳам дар миёни тамоми аҳоли, махсусан шахсони калонсол (75-сола ва болотар аз он), ҳам дар миёни шахсони марбут ба ҷинси мард мушоҳида мегардад.

Вижагиҳои клиникалии дараҷаи паҳншавӣ ва дучоршавии БМГ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон

Дар асоси маълумотҳои расмӣ Маркази омили назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, мо асноди тиббиеро дастрас намудем, ки фарогири маълумотти комил дар бораи 1199 пациент аз миёни 1256 шахси гирифта ба БМГ буда, он 95,5%-ро ташкил хоҳад дод. Аз ҷумлаи 1199 пациенти мубтало ба БМГ марҳалаи II танҳо хоси 42 нафар (мардҳо — 18 нафар, занҳо — 24 нафар), марҳалаи III хоси 77 нафар (мардҳо — 36 нафар, занҳо — 41 нафар), марҳалаи IV хоси 489 нафар (мардҳо — 295 нафар, занҳо — 203 нафар) ва марҳалаи V хоси 581 нафар буд. Аз ин ҷумла 714 нафар (59,5 %) ба ҷинси мард тааллуқ дошта, 485 нафари боқимонда (40,5%) ба ҷинси зан марбутанд. Тавре ки аз натиҷаи таҳқиқот маълум гашт, басомади вобаста ба дараҷаи дучороии марҳалаҳои гуногуни БМГ дар байни намоёндагони ҳар ду ҷинс дорои фарқи назаррас буда, мутаносибан 59,5% ва 40,5%-ро ташкил дод ($p < 0,05$).



Расми 1 - Басомади дучороии марҳалаҳои гуногуни БМГ вобаста аз синну сол

Таҷқиқот нишон дод, ки дар байни пациентон, марҳилаҳои терминалии БМГ ба қайд гирифта шудааст, ки баъдтар муолиҷаи ивазии гурдaro

талаб мекард – гузаронидани диализи барномавӣ ё пайвандсозии гурда. инчунин, марҳилаҳои IV ва V-и БМГ да шахсони калонсоли ҳарду чинс ба қайд гирифта шуд (расми 1), ки дорои робитаи баланди омори мебошад ($X^2=24,840$, $CC=1$, $P=0,016$).

Сабаби инкишофи БМГ дар 424 (35,4%) пациентон гломерулонефрити музмин мебошад, дар 199 (16,6%) пиелонефрити музмин, дар 295 (24,6%) нефропатияи диабетӣ ва дар 109 (9,1%) ҳолат фишорбаландии шараёнӣ. Дар 172 ҳолат (14,3%) якбора ду ва ё зиёда омилҳо хатари дучоршавӣ ба БМГ дида мешуд.

Гломерулонефрити музмини авчгиранда дар 15 ҳолат сабаби марҳилаи 2 БМГ буд, дар 45 ҳолат марҳилаи 3, дар 208 ҳолат марҳилаи 4 ва дар 236 мушоҳидаҳо марҳилаи 5 дисфунксияи гурдаҳо. Ҳамин тавр, қариб дар нисфи ҳолатҳо сабаби асосии инкишофи БМГ гломерулонефрити музмини гурда ба шумор меравад.

Пиелонефрит музмини авчгиранда чун сабаби марҳилаи 1-и БМГ дар як мушоҳида ба назар расид, марҳилаи 2 дар 9 мушоҳидаҳо, дараҷаи 3 дар 16 н. одам, дараҷаҳои 4 ва 5 дар 69 ва 94 ҳолат мутаносибан ба назар расид. Ҳамин тавр, дар ҳар як панҷум пациент (16,5%) БМГ натиҷаи пиелонефрити музмини авчгиранда ба шумор мерафт.

Дар байни 1199 пациентон ба таҳқиқоти мо фарогирифташуда нефропатияи диабетӣ чун омилҳои этиологии БМГ дар 295 (24,6%) ҳолат мушоҳида шуд. Ҳамин тавр, дар байни онҳое, ки мубталои марҳилаи 2 БМГ ҳастанд, дар 17 ҳолат, марҳилаи 3 дар 16 ҳолат, марҳилаи 4 дар 74 ва марҳилаи 5 дар 188 мушоҳидаҳо ба назар расид. Тавре ки аз гистограммаи пешниҳодшуда дида мешавад, нефропатияи диабетӣ аз марҳилаи 4 ба 5-и БМГ гузашта, сабаби дисфунксияи гурда дар ҳар як сеюм пациент ба шумор меравад. Таҳлили соҳаи гликемӣ нишон дод, ки дар байни 420 нафар пациенти мубталои нефропатияи диабетӣ, бо сатҳи баланди қанди хун диabetи қанд, ки сатҳи баландтарини глюкоза хун баланд аст, танҳо дар байни 269 нафар буд.

Сабаби дигари афзоиши БМГ фишорбаландии шараёнӣ мебошад, ки боиси ихтилоли таъҷилии функсияи гурда мегардад. Ҳамин тарик, ФШ-ро ҳамчун сабаби марҳилаи 2 БМГ дар 6 мушоҳида, марҳилаи 3 дар 9 мушоҳида, марҳилаҳои 4 ва 5, 28 ва 66 мушоҳидаҳо мутаносибан ба назар расид. Таҳлили маълумотҳо нишон дод, ки дар ҳар як 12 нафар пациентон зимни фишорбаландии шарёнӣ БМГ афзоиш ёфтааст.

Натиҷаи скрининги БМГ дар миёни популятсия

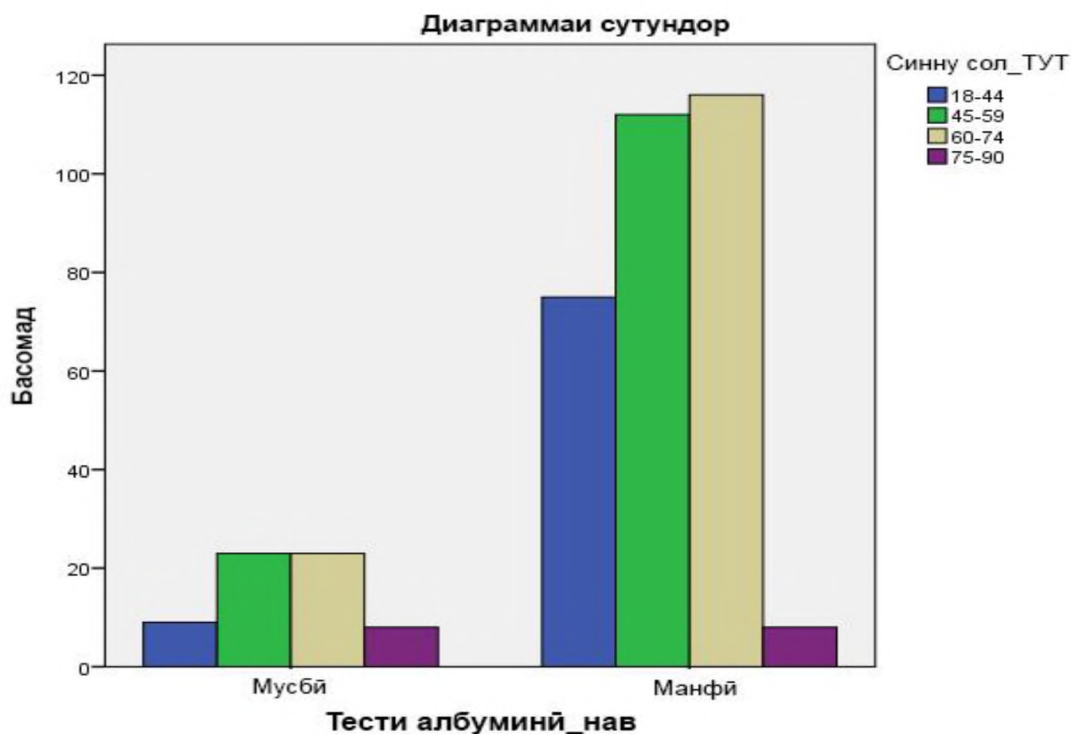
Ҳамон тавре ки мо пештар ишора намудем, скрининги БМГ дар миёни 374 шахс хангоми таҳти муоинаи нақшавию профилактикӣ қарор гирифтанишон тайи соли 2017 дар Марказҳои саломатии шаҳри Душанбе ба амал бароварда шуд. Синну соли муоинашудагон аз 18 то 90 даққа хӯрда, ба ҳисоби миёна $55,2 \pm 12,3$ солро ташкил дод. Аз ин миён 201 нафар (53,7%) шахсони мутааллиқ ба чинси зан буда, 173 нафранишон (26,3%) -ро мардон ташкил доданд. Ҳисоби миёнаи вазни муоинашудагон баробари $85,9 \pm 11,2$ кг буда,

кадашон муодили $168,3 \pm 6,92$ см аст, аммо ИМБ дар ҳадди $30,4 \pm 3,75$ кг/м² қарор дорад. Лозим ба ёдорварист, ки дар мавриди 47,3% муоинашудагон вазни зиёдати ҷой дошт, аксаран фарбеҳии дараҷаи якум (137 ҳолат), асосан дар байни синну соли 18-74 сола мебошанд.

Марҳилаҳои гуногуни БМГ бо истифода аз тести албуминӣ, муайян-кунии СФК, таҳқиқоти ултрасадоии гурда таҳлили пешоб гузароинда шуд.

Дар байни контингенти муоинашуда тести мусбии албуминурӣ дар 63 (16,8%) пастиентҳо (расми 2), бештар дар байни шахсони синн 45-74-сола – 46 (73,0%) ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд. Байни шахсони синни 18-44-сола албуминурия дар 9 (14,3) ҳолатҳо ва дар пастиентони гериастрӣ дар 8 (12,7%) мушоҳидаҳо муайян карда шуд. Албуминурияи сарҳадӣ (15-29 мг/г) дар 34 (53,9%) одам, микроалбуминурия (30-299 мг/г) дар 26 (41,3%) мушоҳидаҳо ва макроалбуминурия (≥ 300) дар 3 (4,8%) дида мешуд.

Аз рӯи нишонаи чинсият тести мусбӣ барои ошкорсозии албуминурия дар мавриди 29 мард (46,9%) ва 34 зан (54,0%) ба мушоҳида расид (расми 3.20). Бо вучуди ин, агар басомади тести мусбиро дар мавриди шумораи умумии шахсони муоинашуда ҳисоб кунем, он гоҳ ҳиссаи ҷавоби мусбӣ ба иртиботи тести албуминурия дар миёни мардону занон чандон тафовут нашофта, бо басомади якхела, яъне 16,8% дар миёни мардон ва 16,9% дар миёни занон ба мушоҳида мерасад.



Расми 2 – Тақсимооти шахсони муоинашуда аз рӯи натиҷаи тести албуминурия

Натиҷаҳои тести албуминурия вобаста аз ИМБ нишон дод, ки байни шахсони дорои вазни меъёрии тести мусбӣ дар 14 (22,2%) мушоҳидаҳо, байни муоинашудагони фарбеҳии марҳилаи як дар 34 (54,0%) ҳолатҳо,

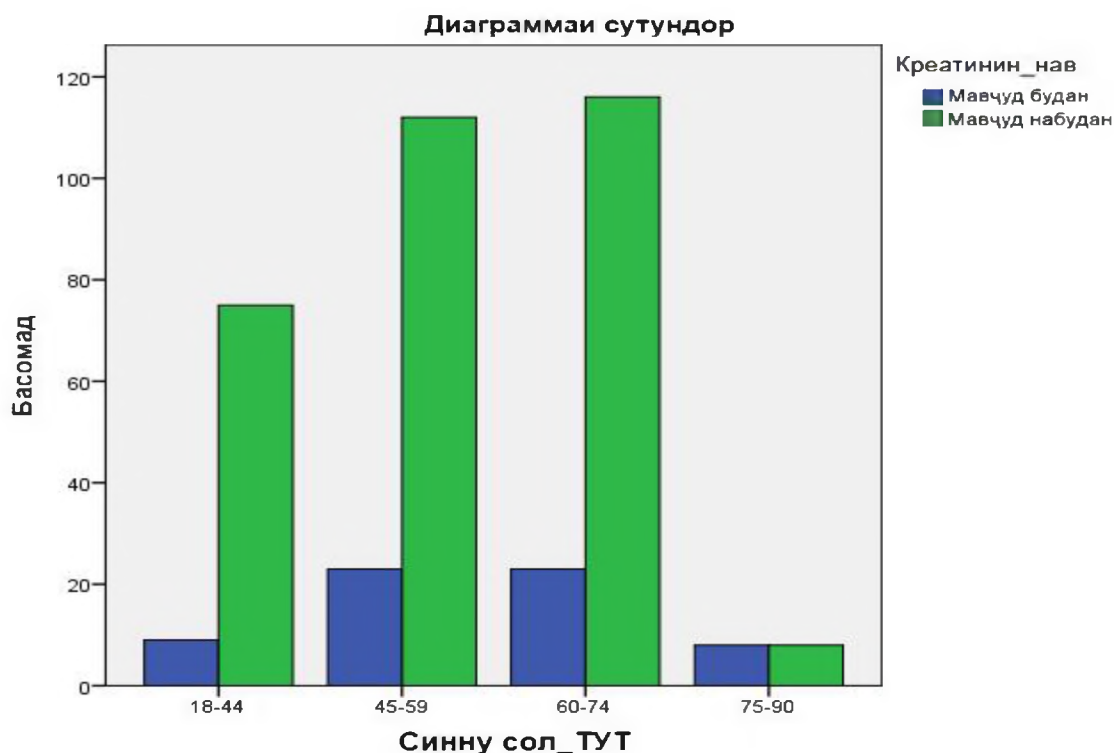
ҳангоми марҳилаи 2 фарбеҳӣ дар 11 (17,5%) ва ҳангоми марҳилаи 3-ми фарбеҳӣ дар 4 (6,3%) пациентҳо қайд карда шуд. Ҳамин тавр, таҳлили маълумотҳо нишон медиҳад, ки баъзан албуминурия низ байни марҳилаҳои 1 ва 2 –и фарбеҳии ҷинси зан синни 45-75- сола ҷой дорад.

Инчунин дар 5н. (7,3%) пациентҳои мубталои албуминурия, ташхиси диабети канд намуди дуҷум, сатҳи миёнаи глюкозаҳо дар шиками гурусна $7,1 \pm 0,8$ ммол/литрро ташкил дод.

Дар 9 (14,3%) ҳолат дар шахсони калонсоли мубталои албуминурия бемории ишемии дил дида мешуд - стенокардия 1ум гурӯҳи функционалӣ дар 5 (55,6%) одам, 2-юм гурӯҳ дар 3 (33,3%) ва 3-юм гурӯҳ у 1 (11,1%) муоинашудагон.

Дар 5 респондентҳо бемории санги пешоб, ки дорои хусусияти обструктивӣ нестанд, дида мешуд, дар байни шахсони дорои тести манфӣ дар байни 25 мушоҳидаҳо назорат карда мешуд. Дар робита ба ин, вобастагии бевосита аз албуминурия дар бемории санги пешоб дида намешуд.

Яке аз сабабҳои асосии албуминурия ихтилоли калобачаҳои нефронҳо ҳангоми гломерулонефрит ба шумор меравад, ки дар 3 (4,8%) одамони аз бемории албуминурия азияткашанда дида мешавад. Бо вуҷуди ин, ин патология инчунин дар 25 (8.0%) муоинашудагон бо тести манфии албуминурия ($p > 0.05$) ба назар расид. Қобили қайд аст, ки дар байни шахсони мубталои бемории албуминурия давомнокии гломерулонефрит тақрибан $8,2 \pm 1,4$ солро ташкил дода, дар дигар ҳолатҳо гломерулонефрит аввалин маротиба ташхис карда шуд ва хусусияти прогрессивӣ надошт ($p=0,001$).



Расми 3 – Тақсимои контингенти муоинашуда бо сатҳи баланди креатинин аз рӯи синну сол

Сабаби дигаре, ки ба БМГ ва албуминурия оварда мерасонад, тағйироти илтиҳобӣ-дистрофикии паренхимаҳои гурда дар натиҷаи пиелонефрит аст, ки дар байни пациентони мубталои албуминурия муайян карда шудааст, дар 5 (7,9%) ҳолат, шахсони тести албуминурия дар 15 (4,8%) мушоҳидаҳо ($p=0,06$) ба назар расид.

Дарачаи креатинин дар хуни вариди шахсони мубталои албуминурия баланд буд ва тақрибан $165,5 \pm 52,5$ мкмол/л.-ро ташкил дод. Дар контингенти боқимонда шахсони муоинашуда аз 54,2 мкмол/л то 97,6 мкмол/л тақрибан $78,2 \pm 1,4$ мкмол/л.-ро ташкил медод, тағйир додааст. Вобаста аз синну сол дараҷаи баланди креатинин аслан байни синну соли 45-74 (23 ҳодисаҳо), дар байни аҳолии синну соли 18-44 ва 75-90 сол, мутаносибан дар 9 ва 5 ҳолат ошкор карда шуд.

Дар асоси муайян кардани дараҷаи креатинини эндогенӣ, мо филтратсияи суръати колбачаҳо муайян намудем, ки марҳилаҳои гуногуни пастшавӣ дар 63 н. шахсони муоинашуда, ки инчунин мубталои бемории албуминурия ва азотемия мебошанд, мушоҳида карда шуд. Вобаста аз синну соли онҳое, ки ба назар гирифта шудаанд, коҳишҳои GFR асосан дар байни одамони аз 45 то 74-сола (23 ҳолат) ва дар байни аҳолии синни 18-44-сола ва 75-90-сола, вай дар 9 ва 5 ҳолатҳои фавқулодда пайдо шуда буд.

Вобаста аз ҷинсиат дар шахсони муоинашуда паст шудани СФБ дар 18 (9,9% аз теъдоди умумии шахсони муоинашуда; 48,6% дар байни шахсони сатҳи пасти СФБ) мардҳо ва 19 (9,9% аз теъдоди умумии шахсони муоинашуда; 51,4% дар байни шахсони сатҳи пасти БМГ) занҳо ошкор карда шуд.

Ҳамин тавр, скрининги популятсионии БМГ, ки дар заминаи натиҷаҳои муайян кардани албуминурия, сатҳи креатинини эндогенӣ ва суръати филтратсияи калобачаҳо, инчунин дигар омилҳои хатар асос ёфтааст, аз 63 ҳолати натиҷаҳои мусбати албуминурия 37 ҳолат дорои сатҳҳои гуногуни БМГ буданд, ки 9,9%-ро ташкил медиҳад.

Марҳилаи якуми БМГ дар 8 (21,6%) пациентҳо, марҳилаи дуюм дар 15 (40,5%) одам, марҳилаи сеюм дар 12 (32,4%) мушоҳидаҳо, марҳилаи чорум дар 2 (5,4%) мушоҳидаҳо дида мешуд. Бояд қайд кард, ки марҳилаи терминалӣ дар ягон мушоҳидаҳо ошкор нашудааст.

БМГ аз рӯи синну сол асосан дар миёни шахсони синнашон аз 45 то 74-сола ($n=23$; 62,1%) тасдиқ ёфт. Дар миёни ашхоси синнашон ҷавон, ки муодили давраи аз 18 то 44-солагӣ мебошанд, он танҳо дар миёни 9 шахси муоинашуда (24,3%) ҷой дошт. Дар байни пиронсолон (75-90-сола) дар 5 (13,5%) дида шуд.

Вобаста аз ҷинсиат шахсони муоинашудаи дараҷаҳои гуногуни БМГ дар 18 (48,6%) мардҳо ва 19 (51,4%) занҳо, ки дорои робитаи коррелятсионии БМГ буданд, мушоҳида карда шуд. Зичии ташҳиси БМГ дар байни популятсияи умумии мардҳо 15,03% ва дар занҳо – 18,4%-ро ташкил дод.

Ҳамин тавр, хангоми гузаронидани скрининг дар байни популятсияи умумии марҳилаҳои гуногуни БМГ (ғайр аз терминалӣ) дар 9,9% шахсони муоинашуда, бештар дар синни 45 то 74-солаи чинси зан ошкор карда шуд.

Нишондиҳандаҳои системаи хуни лахтбандӣ, оксидшавии перекиси липидҳо ва системаи антиоксидантӣ

Омӯхтани ҳолати лахтбандии системаи хун дар 319 пацсенти гирифтор ба БМГ ва 103 шахсе, ки онҳоро нисбатан солим шумурдан имконпазир аст (онҳо шомили гурӯҳи санчишӣ буданд), нишон дод, ки дар беморони марҳилаи I-V-и БМГ тамоюл ба пайдошавии тромб вучуд дорад (ҷадв. 5).

Ҷадвали 5 - Нишондиҳандаҳои системаи хуни лахтбандӣ

Нишондиҳандаҳои системаи хуни лахтбандӣ	Одамони нисбатан солим	Пацсентҳои мубталои БМГ		
		Марҳилаҳои I-IV	Дар гемодиализ	Баъд аз пайвандсозии гурдаҳо
Замони тромбшавӣ (с)	30,1±1,2	31,4±1,9	21,3±3,1	29,7±1,1
Фибриноген (г/л)	2,79±0,11	3,88±0,09	6,14±0,19	4,11±0,21
Замони рекалсификация ва плазма (с)	110,2±5,2	108,7±5,1	67,1±2,5	106,9±3,1
Замони лахтбандии хун	491,6±18,3	460,3±11,7	360,0±10,1	427,5±15,9

Чунин нишондиҳандаҳо дар шахсони мубталои норасоии терминалии гурда тахти назорати диалези барномавӣ қарор дошта, сарфи назар аз истифодаи навъҳои гуногуни антикоагулянту антиагрегантҳо (варфарин, аспирин), ҳамин гуна нишондиҳандаҳо дар мавриди шахсони гирифтор ба нокифоягии интиҳои гурда, ки тахти барномаи диалез қарор доштанд, ба даст омад. Нишондиҳандаҳои наздик ба ҳадди меъёри коагулограмма дар миёни беморони пас аз трансплантатсияи гурда ба даст омад, ки зимнан фарқи назаррасе ҳам ба иртиботи замони лахтбандии хун, ҳам ба иртиботи баъзе ҷузъҳои системаи коагулятсионӣ дар қиёс бо беморони тахти гемодиалези барномавӣ ошкор гардид. Тавре ки аз ҷадвали вобаста ба гурӯҳи шахсои солим бармеояд, дар робита бо ҳамаи се гурӯҳи боқимондаи пацсентҳои муоинашудаи гирифтор ба БМГ тафовутҳои назаррасе дар заминаи нишондиҳандаҳои системаи хуни лахтбандӣ ҷой дорад. Ҳолати мазкур ҳам ба сабаби синдроми интоксикацияи эндогенӣ бар пояи азотемия, ҳам ба иллати истеъмоли маҳдуди об иттифок афтод, ки эҳтимолан бояд боиси ғализшавии хун гашта бошад.

Омӯзиши ҳолати ОПЛ ва САО дар мавриди 60 фарди муоинашуда аз ҳисоби пацсентҳои дорои БМГ (20 пацсенти дорои марҳалаҳои I-IV БМГ; 20 пацсенти тахти диалези барномавӣ; 20 пацсенти дигар пас аз трансплантатсияи гурда) ва 20 шахси солим омӯхта шуданд (ҷадвали 6).

Чунончи, дар заминаи рушди БМГ интесификацияи равандҳои ОПЛ қайд гардид, ки ба сурати афзоиши назарраси диалдегиди малонӣ (ДАМ)

ва конюгатҳои диени (КД)-и мавҷуд дар хуни варида ба андозаи 1,5-2 маротиба ба зухур расид (ҷадвали 6)

Зимни фаъолгардии оксидшавии пероксидии липидҳо ва ҷамъ шудани маҳсулотҳои метаболити коҳиши ҳифзи антиоксидантӣ ба мушоҳида расида, он ба сурати коҳиши нишондиҳандаҳои супероксиддисмутазаҳо ва кислотаи аскорбин зоҳир шуд. Тақрибан ҳамин гуна нишондиҳандаҳо аз ҳисоби он беморони гирифтор ба БМГ ба даст омад, ки таҳти диализи барномавӣ қарор дошта, трансплантатсияи гурдаро аз сар гузарондаанд.

Ҷадвали 6 - Нишондиҳандаҳои оксидшавии пероксидии липидҳо ва системаи антиоксидантӣ дар плазмаи хун

Нишондиҳандаҳои ОПЛ ва САО	Одамони нисбатан солим	Беморони мубталои ба БМГ		
		Марҳилаҳои I-IV	Шахси таҳти гемодиализ	Пас аз трансплантатсияи гурда
МДА (мкмол/л)	3,36±0,15	8,1±0,6	6,1±0,5	6,2±0,5
Конюгатҳои диенӣ (нмол/мл)	18,8±3,7	3,2±0,5	13,4±1,9	14,6±2,8
Супероксид-дисмутаза (Воҳид/мг сафеда)	18,48±0,17	26,3±0,7	49,2±1,8	46,3±1,1
Кислотаи аскорбин (мг/%)	2,6±1,1	0,9±0,1	0,69±0,001	0,81±0,03

Ҳамин тариқ, дар мавриди беморони гирифтор марҳалаҳои гуногуни БМГ ихтилолотии назаррасии системаи лахтбандии хун ва раванди липопероксидатсия бо коҳиши системаи ҳифзи антиоксидантӣ вуҷуд дорад, ки нуқтаи маъқула бояд ҳангоми амалигардонии таъбиқ дар мадди назар гирифта шавад.

Сифати ҳаёти беморони гирифтори бемории музмини гурда

Омузиши сифати ҳаёти 319 беморони гирифтори БМГ (мардохо 188, 58, 9%) ва 103 шахси солим (гурӯҳи назоратӣ) нишон дод, ки ҳангоми пешравии БМГ бад шудани параметрҳои гуногуни сифати ҳаёт ба назар мерасад (ҷадвали 7). Дар ин маврид, фаъолияти ҳисмонӣ ва нақшиҷрокунии беморони дорои БМГ-и дар гемодиализбуда ва беморони солим, ки дар онҳо трансплантатсияи гурдаҳо иҷро карда шуда буд, фарқи назаррас ба мушоҳида нарасид. Бемороне, ки трансплантатсияи гурдаҳо аз сар гузаронидаанд, ҳолати умумии саломатии худро дар сатҳи баланд арзёбӣ мекарданд (вуҷуд надоштани фарқи назаррас аз ҷиҳати омӯри муҳим аз гурӯҳи шахси нисбатан солим). Аммо чунин параметр, мисли солимии ҳисмонӣ, ба ҳар ҳол дар байни гурӯҳҳои 3-юм ва 4-уми беморон ($P < 0,001$) фарқи назаррасии муҳимро нишон дод.

Чунин параметрҳои муҳим ҳамчун фаъолнокии ҳаётӣ дар байни гурӯҳи беморони марҳилаи I-IV БМГ ва пайвандсозии гурдаҳо тафовут надошт ($p > 0,05$).

Ҷадвали 7 – Таҳлили натиҷаҳои пурсишномаи SF-36 дар гурӯҳҳои таҳқиқшуда

Шкала	Гурӯҳи пастиентҳои таҳқиқшуда				p
	Солим (n =103)	Марҳилаи (I-IV) БМГ (n =121)	Дар диализ (n =109)	Баъд аз трансп-я (n =89)	
PF (фаъолияти ҳисмонӣ)	80,0 [75,0; 90,0]	80,0 [65,0; 85,0] p ₁ <0,01	55,0 [40,0; 70,0] p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	65,0 [50,0; 70,0] p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05	<0,001
RP (фаъолияти нақши аз ҳисмонӣ)	80,0 [70,0; 85,0]	55,0 [50,0; 65,0] p ₁ <0,001	45,0 [30,0; 60,0] p ₁ <0,001 p ₂ <0,01	45,0 [35,0; 50,0] p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05	<0,001
BP (шиддатнокии дард)	94,0 [92,0; 97,0]	70,0 [65,0; 74,0] p ₁ <0,001	43,0 [40,0; 46,0] p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	65,0 [62,0; 68,0] p ₁ <0,001 p ₂ >0,05 p ₃ <0,001	<0,001
GH (солимии умумӣ)	66,0 [59,0; 72,0]	45,0 [41,0; 49,0] p ₁ <0,001	31,0 [28,0; 33,0] p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	61,0 [55,0; 65,0] p ₁ >0,05 p ₂ <0,001 p ₃ <0,001	<0,001
RH (солимии ҳисмонӣ)	53,9 [51,0; 55,8]	48,5 [46,0; 50,6] p ₁ <0,001	41,9 [37,6; 48,1] p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	49,0 [46,1; 51,5] p ₁ <0,001 p ₂ >0,05 p ₃ <0,001	<0,001
VT (фаъолнокии ҳаётӣ)	75,0 [65,0; 80,0]	50,0 [40,0; 55,0] p ₁ <0,001	60,0 [40,0; 85,0] p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	45,0 [40,0; 50,0] p ₁ <0,001 p ₂ >0,05 p ₃ <0,001	<0,001
SF (фаъолияти иҷтимоӣ)	80,0 [75,0; 84,0]	69,0 [64,0; 75,0] p ₁ <0,001	33,0 [31,0; 36,0] p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	57,0 [50,0; 62,0] p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ <0,001	<0,001
RE (фаъолияти нақшӣ аз эмотс)	92,0 [89,0; 96,0]	61,0 [55,0; 67,0] p ₁ <0,001	21,0 [17,0; 29,0] p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	15,0 [12,0; 18,0] p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ <0,01	<0,001
MH (солимии психологӣ)	65,0 [60,0; 71,0]	50,0 [40,0; 60,0] p ₁ <0,001	40,0 [30,0; 48,0] p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	43,0 [36,0; 49,0] p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05	<0,001
MH (солимии психологӣ)	44,0 [41,2; 46,2]	30,3 [26,8; 32,3] p ₁ <0,001	15,7 [11,0; 25,2] p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	14,4 [11,3; 16,0] p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05	<0,001

Эзоҳ: P – ифодаи омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни ҳамаи гурӯҳҳо (H – меъёри Крускал - Уоллис); P₁ – ифодаи омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамаи гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи шахси солим; P₂ – ифодаи омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамаи гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи дорои БМГ (I - IV);

P₃ – ифодаи омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамаи гуна нишондиҳандаҳо бо гурӯҳи бо диализ (P₁ – P₃ – ифодаи меъёри Манн-Уит).

Бояд қайд кард, дар таҳқиқоти мо солимии равонӣ ва психологӣ дар ҳамаи гурӯҳҳои пацсиентҳои мушталои БМГ ба нишондиҳандаҳои хуб ноил нагашт (сатҳи гурӯҳи назоратӣ, $p < 0,001$), вале аз пацсиентоне, ки таҳти назорати гемодиализ ва пас аз пайвандсозии гурдаҳо буданд, тафовут надошт ($> 0,05$).

Ҳамин тавр, баҳодихии сифати ҳаётро ҳамчун компоненти ҳатмии таҳлили сифат ва самаранокии кор бо пацсиентони дорои бемориҳои мушмини гурда, аз ҷумла дар марҳилаи терминалӣ ҳисобидан мумкин аст. Маълумотҳои ба дастмадаи дар ҳақиқат исбот намуданд, ки ҳангоми хурӯчи бемориҳои мушмини гурда сифати ҳаёти пацсиентон ва ҷузъиётҳои алоҳидаи он хеле коҳиш меёбад. Дар баробари ҳамин ҳангоми марҳилаи терминалии бемориҳои мушмини гурда сифати ҳаёт аз рӯи як қатор нишондодҳо (шиддатнокии дард, ҳолати умумии солимӣ, солимии ҷисмонӣ, функцияҳои иҷтимоӣ) нисбат ба бемороне, ки тибқи барнома гемодиализ қабул менамоянд ва онҳо пайвандсозии гурдаро аз сар гузаронидаанд, хеле коҳиш меёбад.

Такмили системаи назорати эпидемиологӣ ва ошкорсозии барвақтии бемориҳои мушмини гурда дар байни аҳоли

Чӣ тавре ки таҳқиқотҳои дар асоси натиҷаҳои скрининги БМГ, дар байни популятсияи умумии марҳилаи барвақтии бемориҳои мушмини гурда гузаронидашудаи мо нишон медиҳанд, дар марҳалаи барвақти он 9,9% ҳолатҳо мушоҳида мешавад, ки ин нисбат ба нишондодҳои адабиётҳо хеле баланд аст. Аз ҳамин сабаб мо алгоритмери пешниҳод менамоем, ки ба такмили системаи назорати эпидемиологӣ ва ошкорсозии барвақтии БМГ дар муассисаҳои табобатии минтақаҳо, ҳам дар марказҳои тиббии махсусгардонидашудаи вилоятӣ ва ҷумҳуриявӣ равона шудаанд (расми 4.)



Расми – 4. Алгоритми ошкорсозӣ ва мураккабии беморони мушталои БМГ

Ҳамин тавр, ҳангоми муоинаи аҳолии гирифтори бемориҳои гуногуни дорои омилҷои инкишофи хатарии БМГ, ё ки ҳангоми гузаштани муои-

наи тиббии нақшавӣ дар марказҳои саломатии минтақавӣ табиби оилавӣ бояд дараҷаи креатининиэндогениро дар ҳолати шиками гурусна гузаронида, дар асоси натиҷаҳои он суръатнокии филтратсияи калобагиरो бояд бо ёрии формулаи Кокрофт-Голт ҳисоб намояд.

Минбаъд, ҳангоми ошкорсозии дараҷаи афзоиши креатинин ва коҳишҳои СФК пациентҳоро барои гузаронидани тест ба албуминурия ва иҷрои усулҳои дигари таҳқиқоти иловагӣ бо машварати терапевтҳо ва нефрологҳо раван кардан лозим аст.

Ҳангоми натиҷаи тести мусбат ба албуминурия, коҳишҳои СФК ва натиҷаҳои усулҳои дигари таҳқиқотҳои иловагӣ пациент бояд аз машварати нефролог гузарад, ки ӯ марҳилаи БМГ-ро муайян намуда, барои таъбиқоти тавсияи дахлдор медиҳад. Инчунин пациент минбаъд бояд зери назорат қарор гирад ва маълумотҳои ӯ ба рӯйхати пациентҳои дорои бемориҳои музминии гурда сабт карда шавад. Дар ин самт инчунин муоинаи семоҳаи пациент ва муайянкунии динамикаи инкишофи БМГ ба роҳ монда шуда, коҳишҳои таъсири омилҳои хатар ба бофтаҳои гурда бояд муайян карда шаванд.

Ҳамин тавр, алгоритми пешниҳодшаванда, ки ба тақмили системаҳои минтақавӣ ва марказии профилактика ва таъбиқоти БМГ равана шудааст, имкон медиҳад, ки дар чунин пациентҳо назорати эпидемиологӣ мақсаднок ва комил ба роҳ монда шуда, барои таъбиқоти саривақтии ҳам БМГ ва ҳам оризаҳои асосии он таъбиқоти комил муайян карда шавад.

ХУЛОСА

НАТИҶАҲОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИССЕРТАТСИЯ

1. Паҳншавии марҳалаҳои гуногуни БМГ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 20,4 то 31 ҳолат ба 1000000 нафар аҳолии калонсолро ташкил медиҳад ва солҳои охир рӯ ба афзоиш дорад [1 – А; 4 – А].

2. Ҳангоми гузаронидани скрининг дар миёни респондентҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон, нишонаҳои дисфунксияи гурда ба сурати албуминурияи патологӣ ва коҳиши суръати филтратсияи калобавӣ мутаносибан дар 22,5% ва 35,2% ҳодисаҳо ошкор гашт; марҳилаҳои гуногуни бемории музминии гурда дар мавриди 9,9% резидентҳо ба мушоҳида расид [3-А].

3. Дар беморони гирифтори марҳилаҳои интиҳоию вазнини БМГ ба сабаби чамъшавии аз ҳад зиёди маҳсулотҳои ниҳии метабализм фаъолшавии равандҳои липопероксидатсия, коҳиши системаи ҳифзи антиоксидантии организм, инчунин ихтилоли системаи хун бо тамоюл ба қониби гиперкоагулятсия ба амал меояд [8-А].

4. Арзёбии сифати зиндагӣ қузӣ ногузири самаранокии мураккаби пациентҳои гирифтори бемории музминии гурда зимни ҳамаи марҳилаҳои он, аз ҷумла пас аз трансплантатсияи гурда ба ҳисоб меравад. Ҳангоми мавҷудияти марҳилаи интиҳоии бемории музминии гурда сифати ҳаёт аз рӯйи як қатор нишондиҳандаҳои муҳим поёнтар аз беморони қабулқунандаи гемодиализи барномавӣ дар қиёс бо пациентҳои мебошад, ки трансплантатсияи гурдаро аз сар гузаронидаанд [1-А; 7-А].

5. Алгоритми таҳияшуда дар заминаи ошкорсозӣ ва мураккаби беморони гирифтори БМГ дар миёни гурӯҳҳои гуногуни аҳоли бо дар назардошти зарфиятҳои ташхисии муассисаҳои таъбиқоти профилактикӣ имконияти муназзамсозии роҳи равишро дар мавриди ошгардонии бармаҳали

пациентҳои гирифтор ба БМГ аз тариқи муоинаи ҳадафманд дар гурӯҳҳои тахти хатари баланд фароҳам месозад, ки ин нукта ба сарфачӯии фурсати табиб ва коҳиши харочотҳои молиявӣ мусоидат хоҳад кард [6-А].

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО

1. Басомади баланди дараҷаи паҳншавии БМГ дар Тоҷикистон зарурати бознигари баъзе вазифаҳои стратегию тактикий ёрию ҳадамоти нефрологиро тавассути терапияи ивазии гурда дар ҷумхурӣ ба миён меорад.
2. Бояд алгоритми таҳияшудаи мазкур дар амал татбиқ ёбад, ки ин нукта ба ошкорсозии бармаҳалу профилактикаи бемории авчгирандаи шахсони гирифтор ба БМГ мусоидат хоҳад намуд. Дар ин самт бояд Рӯйхати миллии пациентҳои гирифтори БМГ бо максуди баланд бардоштани дараҷаи ошкоршавии бармаҳали пациентҳои дорои дисфунксияи гурда дар шароити муассисаҳои табобатии минтақавӣ таҳия гардад.
3. Муносибат ба профилактикаи аввалияи БМГ аз чораю тадбирҳои вобаста ба скрининги он ва ошкорсозии омилҳои хатар ҷудонопазир аст. Мушоҳидаи пайваста аз болои намоядагони гурӯҳи хатар, инчунин таҳияву татбиқи Рӯйхати миллии асоси профилактикаи аввалияи БМГ ба ҳисоб меравад, ки ин нукта имкон фароҳам месозад, то ин ки ҳолати беморон ҳам дар алоҳидагӣ ва ҳам дар маҷмӯъ баррасӣ гашта, зимнан муносибати мазкур ба муолиҷаи ҳадафманду пешгирии авҷи беморӣ мусодат хоҳад намуд.
4. Барои ташҳиси бармаҳали БМГ бо дар назардошти дастрасу бозғаймод будани усулҳои таъйини албуминурия тавассути ёрии тест-рахҳо ва баҳисобгирии СФК аз тариқи муайян намудани креатинини эндогенӣ метавон нишондиҳандаҳои мазкурро барои муоинаи оммавӣ тавсия намуд.
5. Зимни таҳқиқот ин нукта ошкор гашт, ки ҳолати рӯҳию равонии беморони гирифтор ба БМГ ҳатто пас аз трансплантатсияи гурда беҳбуд наёфт. Ба ин муносибат зарур менамояд, ки ба терапияи комплекси беморони гирифтори БМГ ёрии тиббию равонӣ дохил карда шавад.

ФЕҲРИСТИ ИНТИШОРОТИ ДОВТАЛАБИ ДАРЁФТИ ДАРАҶАИ ИЛМӢ МАҚОЛАҲО ДАР МАҶАЛЛАҲОИ ТАҚРИЗШАВАНДА

- 1 – А. Гулов М.К. Качество жизни больных страдающих хронической болезнью почек / М.К.Гулов, С.М.Абдуллоев, Х.К.Рофиев // Российский медико-биологический вестник им. акад.И.П. Павлова. - 2018. - Т. 26, № 4. – С. 493-499.
- 2 – А. Гулов М.К. Эпидемиологические факторы риска и диагностики хронической почечной недостаточности / М.К.Гулов, Х.К. Рофиев, С.М.Абдуллоев // Вестник Авиценны. – 2018. – Т. 20, № 2-3. - С. 190-196.
- 3 – А. Гулов М.К. Скрининг хронической болезни почек у жителей Таджикистана / М.К. Гулов, С.М. Абдуллоев // Вестник Авиценны. 2019. – № 1. – С. 119-125.
- 4 – А. Абдуллоев С.М. Клинико-эпидемиологические особенности и факторы риска развития хронической болезни почек в Республики Таджикистан / С.М. Абдуллоев, М.К. Гулов // Здравоохранение Таджикистана. 2019. – № 1. – С. 7-12.

МАҚОЛАҲО ВА ТЕЗИСҲО ДАР МАҶМӯАИ КОНФЕРЕНСИЯҲО

- 5 – А. Абдуллоев С.М. Распространенность факторов риска хронической болезни почек на территории Республики Таджикистан / С.М. Абдуллоев /

- Сборник материалов XII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2017. – С. 389
- 6 – А. Абдуллоев С.М. Морфология тканевых структур почек белых крыс при острой алкогольной интоксикации в эксперименте / С.М. Абдуллоев, Б.И. Сафаров, Н.Б. Бораджабова / Сборник материалов XII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2017. – С. 392
- 7 – А. Абдуллоев С.М. Оценка медико – социального статуса больных с хронической болезнью почек / С.М. Абдуллоев / Сборник материалов XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2018. – С. 8
- 8 – А. Абдуллоев С.М. Оценка качества жизни больных хронической болезнью почек / С.М. Абдуллоев / Сборник материалов XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2018. – С. 128-129
- 9 – А. Абдуллоев С.М. Алгоритм мероприятий по профилактике и борьбе прогрессирования хронической болезни почек в Республике Таджикистан / С.М. Абдуллоев / Сборник материалов XIV научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2019. – С. 460
- 10 – А. Абдуллоев С.М. Распространённость и факторы риска развития хронической болезни почек по данным скрининга среди общего населения / Х.Р.Махмудов, С.М. Абдуллоев / Сборник материалов XIV научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2019. – С. 557-558

Рӯйхати ихтисораҳо

ГШ	–	Гипертензияи шараёнӣ
ФШ	–	Фишори шараёнӣ
ТАК	–	Таносуби албумин-креатинӣ
СҲ	–	Сифати ҳаёт
ЛЗП	–	Липопротеидҳои зичиашон паст
ДБ	–	Диализи барномавӣ
СФК	–	Суръати филтратсияи калобагӣ
БМГ	–	Бемории музмини гурда
НМГ	–	Норасоии музмини гурда
ДЮГ	–	Дастгоҳи Юксто-гломерулярӣ
ОПЛ	–	Оксидшавии перекиси липидҳо
СА	–	Системаи антиоксидантӣ
МТП	–	Муассисаҳои таъбаотию профилактикӣ
НТМ	–	Ноҳияҳои тобеи марказ
ВМКБ	–	Вилояти Мухтори Кӯхистони Бадахшон
ИМБ	–	Индекси массаи бадан
СаО	–	Системаи антиоксидантӣ
ДАМ	–	Диалдегиди малонӣ
КД	–	Конюгатҳои диени

АННОТАТСИЯИ

Абдуллоев Саидхоҷа Муртазоевич

Вижагиҳои клиникӣ-эпидемиологӣ ва омилҳои хатарӣ авҷгирии бемории музмини гурда дар
Чумҳурии Тоҷикистон»

Калимаҳои калидӣ: эпидемиология, бемории музмини гурда, омилҳои хатар

Мақсади таҳқиқот: Арзёбии паҳншавӣ, сабабҳо, омилҳои хатар давомнокии сифати ҳаёти беморони мубталои бемории музмини гурда дар шароити Чумҳурии Тоҷикистон.

Методҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда: Басомади паҳншавӣ ва дучорошавии БМГ аз рӯйи маълумотҳои солонии ҳисоботи расмӣ Маркази оморӣ назди Президенти Чумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2011- 2017, инчунин скрининги он дар байни 374 н. шахсоне омӯхта шудааст, ки аз муоинаҳои профилактикии тамоми муассисаҳои муолиҷавии ш. Душанбе дар соли 2017 гузаштаанд. Инчунин ба асоси пуршишномаи SF-36 ва нишондиҳандаҳои системаи лахтабандии хун, системаи антиоксидантӣ ва оксидшавии пероксиди липидҳо дар маҷмӯи афроди муоинашуда сифати ҳаёти 319 н. шахсони гирифтори БМГ (121 патсиенти гирифтдор ба марҳилаҳои I-IV–и БМГ; 109 н. патсиенти тахти гемодиализи барномавӣ ва 89 н. патсиентҳое, ки трансплантатсияи гурдаро аз сар гузаронидаанд) ва 103 н. шахсонро, ки онҳоро нисбатан солим шуморидан мумкин аст (онҳо гурӯҳи санҷиширо ташкил доданд), тахти омӯзиш қарор гирифтанд.

Натиҷаҳои бадастомада ва нағзҳои онҳо. Бори аввал дар шароити Чумҳурии Тоҷикистон дараҷаи интишор ва махсусияти клиникӣ-эпидемиологӣ марҳилаҳои гуногуни бемории музмини гурда омӯхта шуд, ки он аз 20,4 то 31 ҳодиса бар 100000 аҳолии калонсолро ташкил дода солҳои охир рӯй ба афзоиш дошт. Бори аввал скрининги марҳилаҳои гуногуни бемории музмини гурда дар миёни резидентҳо бо истифода аз усулҳои муосири ташхис ба амал бароварда шуда он имкон дод то ин ки дар вучуди 9,9% онҳо марҳилаҳои гуногуни дисфунксияи музмини гурда ошқор гардад. Ҳамчунин ошқор гашт, ки дар мавриди шахсоне, ки тахти гемодиализ қарор дошта, гирифтори марҳилаҳои аз I-ум то IV-уми дисфунксияи музмини гурда мебошанд, дар заминаи оксидшавии пероксидии липидҳо ва анбошташавии маҳсулотҳои метаболизм коҳиши ҳифзи антиоксидантӣ, сатҳи баланди эндотоксинемия ва ихтилолотии системаи лахтабандию зиддилахтабандии хун бо тамоюл бар гиперкоагулятсия ба мушоҳида мерасад.

Ин нукта ба исбот расид, ки зимни БМГ сифати ҳаёти патсиентҳо ва чузъҳои алоҳидаи он ба маротиб бадтар мешаванд. Зимни марҳилаҳои интиҳои он аз рӯйи як қатор нишондиҳандаҳо (шиддати дард, солими ҷисмонӣ, амалқарди иҷтимоӣ) сифати зиндагии патсиентҳое, ки гемодиализи барномавиरो қабул мекунанд, дар қиёс бо патсиентҳое, ки трансплантатсияи гурдаро аз сар гузаронидаанд, бадтар мебошад. Ба асоси таҳлили анҷомёфта маҷмӯи чораю тадбирҳое таҳия гардид, ки барои ташхиси бармаҳал, табобати ҳамсон ва сустгардонии авҷи бемории музмини гурда дар миёни аҳолии Чумҳурии Тоҷикистон нигаронида шудаанд.

Тавсияҳо барои истифода Татбиқи ҳамаҷонибаи алгоритми таҳияшуда ба иртиботи ошқорсозию муҳофизати беморони гирифтори БМГ дар миёни гурӯҳҳои гуногуни аҳоли бо дарназардошти имкониятҳои ташхисии муассисаҳои табобатӣ профилактикӣ имкон медиҳад то муносибат ба ошқорсозии бармаҳали патсиентҳои гирифтдор ба БМГ аз тариқи муоинаи ҳадафмандона дар гурӯҳҳои тахти хатар муназзам гардонидани шуда, нуктаи мазкур ба сарфачӯӣи фурсати табиб ва коҳиши харочотҳои молиявӣ мусоидат мекунад. Ҳамчунин натиҷаҳои таҳқиқот дар Маркази тиббии № 2-и ш. Душанбе ва МТД «ДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ба амал бароварда шуданд, ки дар ин маврид санади амалигардонӣ ба даст омад.

Соҳаи истифода: эпидемиология, муассисаҳои тиббӣ профилактикӣ.

АННОТАЦИЯ

Абдуллоев Саидходжа Муртазоевич

«Клинико-эпидемиологические особенности и факторы риска развития хронической болезни почек в Республике Таджикистан»

Ключевые слова: эпидемиология, хроническая болезнь почек, факторы риска, скрининг, альбуминурия.

Цель работы. Оценка распространения, причин, факторов развития, течения качества жизни у пациентов с хронической болезнью почек, в условиях Республики Таджикистан.

Методы исследования и использованная аппаратура. Изучены частота распространённости и встречаемости ХБП по данным ежегодных официальных отчетов Центра статистики при Президенте РТ в период 2011- 2017 годы, и её скрининга среди 374 лиц проходивших профилактические осмотры в 2017 году во всех лечебных учреждениях города Душанбе. Также изучалось качество жизни 319 лиц с ХБП (121 пациентов с I-IV стадии ХБП; 109 пациентов, находившихся на программном гемодиализе и 89 пациентов, перенёвших трансплантацию почки) и 103 человека, которых можно считать относительно здоровыми людьми (составили контрольную группу), по опроснику SF-36 и показатели свёртывающей системы крови, антиоксидантной системы и перекисного окисления липидов у обследованных контингентов.

Полученные результаты и новизна. Впервые в условиях Республики Таджикистан изучены распространённость и клинико-эпидемиологические особенности различных стадий хронической болезни почек, которая составила от 20,4 до 31 случаев на 100000 взрослого населения и в последние годы имеет тенденцию к увеличению. Впервые был проведён скрининг различных стадий хронической болезни почек среди резидентов с использованием современных методов диагностики, который позволил у 9,9% из них выявить различные стадии хронической почечной дисфункции. Выявлено, что у лиц, находящихся на гемодиализе и с I-IV стадией хронической почечной дисфункцией на фоне активации перекисного окисления липидов и накопления продуктов метаболизма отмечается уменьшение антиоксидантной защиты, высокий уровень эндотоксинемии и нарушение свёртывающей и противосвёртывающей систем крови с тенденцией к гиперкоагуляции.

Доказано, что при ХБП качество жизни пациентов и его отдельные компоненты значительно ухудшаются. При терминальной её стадии по ряду показателей (интенсивность боли, общее здоровье, физическое здоровье, социальное функционирование) качество жизни пациентов, получающих программный гемодиализ, хуже в отличие от пациентов, перенесших трансплантацию почки. На основании проведённого анализа был разработан комплекс мероприятий, направленный на раннюю диагностику, адекватное лечение и замедление прогрессирования хронической болезни почек у населения Республики Таджикистан.

Рекомендации по использованию: повсеместное внедрение разработанного алгоритма выявления и ведения больных с ХБП в различных группах населения с учётом диагностических возможностей лечебно-профилактических учреждений позволяет систематизировать подход к раннему выявлению пациентов с ХБП путём целенаправленного обследования в группах высокого риска, что способствует экономии времени врача и уменьшению финансовых затрат. Также результаты исследования были внедрены в работу Медицинского центра №2 г. Душанбе и ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», о чём получены акты внедрения.

Область применения: эпидемиология, лечебно-профилактические учреждения.

ANNOTATION

Abdulloev Saidkhoja Murtazoevich

“Clinical and epidemiological features and risk factors for chronic kidney disease in the Republic of Tajikistan”**Key words:** epidemiology, chronic kidney disease, risk factors, albuminuria**Objective:** Assessment of the prevalence, causes, factors of development, the flow of quality of life in patients with chronic kidney disease, in the conditions of the Republic of Tajikistan.**Research methods and equipment used:** The prevalence and incidence rates of CKD were studied according to the annual official reports of the Statistical Center under the President of the Republic of Tajikistan for the period 2011–2017, and its screening among 374 people who underwent preventive examinations in 2017 in all medical institutions in Dushanbe. The quality of life of 319 people with CKD (121 patients with stage I-IV CKD; 109 patients on programmed hemodialysis and 89 patients who underwent kidney transplantation) and 103 people who were considered relatively healthy (made up the control group) according to the SF-36 questionnaire and indicators of blood coagulation system, antioxidant system and lipid peroxidation in the examined contingents.**The results and novelty.** For the first time, in the conditions of the Republic of Tajikistan, the prevalence and clinical and epidemiological features of various stages of chronic kidney disease were studied, ranging from 20.4 to 31 cases per 100,000 adult population, and have tended to increase in recent years. For the first time, screening of various stages of chronic kidney disease among residents was carried out using modern diagnostic methods, which enabled 9.9% of them to identify various stages of chronic renal dysfunction. It was found that individuals on hemodialysis and stage I-IV with chronic renal dysfunction with activation of lipid peroxidation and accumulation of metabolic products showed a decrease in antioxidant protection, a high level of endotoxemia and a violation of the blood coagulation and anticoagulation systems with a tendency to hypercoagulation.

It has been proven that patients with CKD, the quality of life of patients and its individual components deteriorate significantly. At its terminal stage, according to a number of indicators (intensity of pain, general health, physical health, social functioning), the quality of life of patients receiving programmed hemodialysis is worse than patients undergoing kidney transplantation. Based on the analysis, a set of measures was developed aimed at early diagnosis, adequate treatment and slowing the progression of chronic kidney disease in the population of the Republic of Tajikistan.

Recommendations for use: The widespread introduction of the developed algorithm for identifying and managing patients with CKD in various population groups, taking into account the diagnostic capabilities of treatment-and-prophylactic institutions, makes it possible to systematize the approach to early detection of patients with CKD by targeted examination in high-risk groups, which saves the doctor's time and reduces financial costs. Also, the results of the study were implemented in the work of the Medical Center No. 2 in Dushanbe and the State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University” about what acts of implementation have been received**Application area:** epidemiology, health care institutions.