

УДК 616.61

С.М. Абдуллоев, М.К. Гулов

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

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Абдуллоев Саидходжа Муртазовевич – соискатель кафедры эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино; e-mail: saidxoja@gmail.com; тел.: +992900339924

Цель исследования. Изучить эпидемиологию хронической почечной болезни в Республике Таджикистан по данным официальных статистических отчетных документов.

Материал и методы исследования. Проводился ретроспективный анализ ежегодных отчетов Центра статистики при Президенте Республики Таджикистан в период 2011-2017 годы, по различным заболеваниям почек и мочевыводящих путей у взрослого населения в возрасте 18-90 лет. Была изучена распространенность хронической почечной болезни как по отдельности у населения трех областей страны (Согдийский, Хатлонский, Горно-Бадахшанский), районов республиканского подчинения и города Душанбе, так и по совокупности у населения всей республики

Результаты исследования и их обсуждение. В 2011 году в масштабах республики ХБП различной стадии зарегистрированы у 918 человек (477 мужчин, 441 женщин), что составила 18,7 случаев на 100000 взрослого населения (общее число взрослой популяции в 2011 году составило 4906700).

Динамика изменения частота встречаемости ХБП у лиц обоих полов в исследуемый период, показал, что в 2011 году ХБП имели место у 441 женщин, то в 2017 году этот показатель составил 605 случаев ($p=0,0086$). 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 у них.

Заключение. Распространенность хронической болезни почек составила 18,7-21,9 случая среди 100000 населения. В некоторых регионах республики из года в год отмечается значимое увеличение различных стадий ХБП, особенно среди лиц преклонного возраста (75 и выше) и мужского пола. Высокая частота распространенности ХБП в Таджикистане диктует пересмотра некоторых стратегических и тактических задач нефрологической помощи и службы заместительной почечной терапии.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, эпидемиология, факторы риска

S.M. Abdulloev, M.K. Gulov

CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL FEATURES AND RISK FACTORS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Abdulloev Saidhoja Murtazoevich - Applicant at the Department of Epidemiology of the Avicenna Tajik State Medical University; e-mail:saidxoja@gmail.com; Tel.: +992900339924

Aim. To study the epidemiology of chronic kidney disease according to official statistic reports in the Republic of Tajikistan.

Material and methods. Retrospective analysis of the yearly reports of Statistics Center under the President of the Republic of Tajikistan of a 2011-2017 period on different kidney and urinary ways diseases of the adult population of 18-90 years old was conducted. Study of the morbidity of chronic kidney disease was conducted separately for all regions of the country (Sogd, Khatlon, Gorno-Badakhshan) including regions of republican subordination and Dushanbe as well as for the population of the Republic in general.

Results. On a scale of the Republic, Chronic Kidney Disease of different stages was found in 918 people (477 man and 441 women), which made 18,7 cases for 100000 of the adult population (general number of population for 2011 was 4906700) in 2011.

Dynamics of the change of morbidity in both genders for the studied period showed that in 2011, 441 women had chronic kidney disease, while in 2017 the number increased to 605 cases ($p=0,0086$). In the Sogd region as well as

in the Republic in general, the significant increase of chronic kidney disease was found in the period of 2011-2017 in man. That shows a higher rate of risk factors for chronic kidney disease for this sector.

Conclusion. The spread of the chronic kidney disease for 100000 population made 18,7-21,9. In some regions of the Republic, year by year, a significant increase of different stages of chronic kidney disease is observed, especially in elderly (75 and older) and male population. A high rate of chronic kidney disease in Tajikistan shows the necessity of revision of some strategic tasks of the nephrology service and the renal replacement therapy service.

Keywords: chronic kidney disease, epidemiology, risk factors

Актуальность. В последние три десятилетия отмечается стремительный рост числа пациентов с хронической почечной болезнью (ХБП), обусловленный, как увеличением повреждающих почечную ткань факторов, типа артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД), так и увеличением продолжительности жизни населения, и появлением новых методов заместительной почечной терапии (ЗПТ) [1, 4, 6, 8].

Особо актуальна проблема в плане ранней диагностики, где первая и вторая стадии хронической болезни почек распознаются крайне редко, а пациенты с третьей и четвёртой стадиями заболевания зачастую поздно обращаются на консультацию и лечение [3, 5, 10]. По данным О.Ю. Герасимовой и соавт. (2016) более 50% первично обратившихся пациентов уже имеют финальные стадии ХБП, которое возможно обусловлена, как неудовлетворительными материально-социальными условиями пациентов, так и увеличением числа повреждающих факторов, в частности токсические лекарственные препараты и отравления различными химическими веществами [1].

В большинстве исследований, посвящённых эпидемиологии ХБП, приводятся данные относительно 3-5 стадий ХБП, при которых шансы на замедление процессов прогрессирования почечной недостаточности уменьшаются на 25-50% [7, 8, 9]. При этом единственным методом позволяющие несколько увеличить продолжительность жизни является заместительная почечная терапия, в том числе программный гемодиализ [3, 6].

Таким образом, исследование направленные на определение частоты распространенности ХБП в различных зонах являются актуальными и нерешенными. Только широкомасштабное изучение распространённости ХБП позволяет разрабатывать пути их профилактики, а также уменьшение факторов агрессии в прогрессировании почечной дисфункции. Согласно мнению некоторых исследователей только выявление этиологических факторов позволяет успешно лечить или же провести профилактику хронических заболеваний почек [2, 4]. Такого мнения придерживаются и ряд от-

ечественных и зарубежных авторов, рекомендуя провести эпидемиологические исследования патологий и факторов, конечной точкой которой является ХБП [1, 9, 12].

Вместе с тем, социальная значимость ХБП обусловлено тем, что вследствие хронических почечных дисфункций отмечается потеря как репродуктивного потенциала, так и рабочей силы, увеличивается материальные затраты на лечение пациентов, а риск фатальных последствий увеличивается в десятки раз [7, 8].

Экономическая значимость проблемы обусловлено тем, что проведение ЗПТ требуют колоссальных затрат финансовых ресурсов здравоохранения, как на проведение самой процедуры диализа, так и на организации диализных центров.

В Таджикистане точных данных по эпидемиологии ХБП не имеется, а информация из сводных годовых отчётов учреждений здравоохранения республики не может полноценно отразить реальное состояние проблемы ХБП в стране [4]. В связи с этим, изучение эпидемиологии ХБП в различных регионах республики, а также разработка Национального регистра почечных заболеваний будут способствовать повышению уровня оказания квалифицированной помощи населению, прогнозированию и планированию финансовых затрат здравоохранения на лечение пациентов с ХБП [3].

Цель исследования: Изучить эпидемиологию хронической почечной болезни в Республике Таджикистан по данным официальных статистических отчетных документаций.

Материал и методы исследования. Проводился ретроспективный анализ ежегодных отчетов Центра статистики при Президенте Республики Таджикистан в период 2011-2017 годы, по различным заболеваниям почек и мочевыводящих путей у взрослого населения в возрасте 18-90 лет. Была изучена распространенность ХБП как по отдельности у населения трех областей страны (Согдийский, Хатлонский, Горно-Бадахшанский), районов республиканского подчинения (РРП) и города Душанбе, так и по совокупности у населения всей республики. В этом направлении были

определены следующие эпидемиологические показатели ХБП:

– распространенность ХБП всех стадий (общее количество лиц, и 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.

Критериями включения в исследование служили:

– снижение скорости клубочковой фильтрации ниже 30 мл/мин, определенное более двух раз;

– перенесенные 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 перенесшие трансплантацию почки, у которых также отмечалось уменьшение СКФ.

Реализация исследования осуществлялась посредством применения комплекса исследователь-

ских методов по следующим этапам:

Кабинетное исследование – для сбора и оценки официальных статистических отчетов по заболеваемости ХБП населения республики;

Качественное исследование – глубинные исследования и клинические исследования – позволили изучить проблему с точки зрения причинно-следственных связей;

Статистический анализ данных, который был применен в исследовании это статистический пакет для социальных наук (SPSS) версии 21 и MS Excel (2010).

Результаты и их обсуждение. При анализе официальных годовых отчетов в период 2011-2017 годов были получены следующие данные. Так в 2011 году в масштабах республики ХБП различной стадии зарегистрированы у 918 человек (477 мужчин, 441 женщин), что составила 18,7 случаев на 100000 взрослого населения (общее число взрослой популяции в 2011 году составило 4906700) (табл. 1).

В последующие годы показатель частоты

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

встречаемости различных стадий ХБП имел тенденцию к значимому увеличению (p=0,0003) по всей республике и в 2017 году составил 1256 случаев среди взрослого 5733200 населения, что составляет 21,9 случаев на 100000 населения.

Изучение эпидемиологических показателей ХБП в отдельности у населения конкретного региона республики приведено ниже, где также из года в год отмечается тенденция к увеличению

заболеваемости населения различными стадиями ХБП. Так, среди населения Хатлонской области в 2011 году ХБП была у 332 человек (172 мужчины, 160 женщины), что составило 19,95 случаев среди 100000 населения. В последующие годы отмечается 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 при изучении распространенности ХБП у жителей ГБАО, РРП и города Душанбе, которые отражены в табл. 1. У жителей ГБАО также отмечается некое увеличение частоты обнаружения ХБП, не носящий значимый характер. Однако надо отметить, что по сравнению с населением других областей и регионов республики у жителей ГБАО хроническая почечная дисфункция встречается немного меньше и в 2011 году составила всего лишь 25 случаев среди 148600 населения.

Эпидемиологические показатели ХБП у населения РРП, также как в других регионах республики, были высокими, и в 2011 году встречаемость ХБП на 100000 населения составила 22,22 случаев, тогда как в 2017 году она составила 22,50 случаев, и значимых различий в этом направлении не отмечены.

По показателям частоты распространенности ХБП у жителей столицы в 2011 году отмечено 84 случая взрослого населения, что из расчета на 100000 населения составило 17,0 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.

Вместе с тем, 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 же

17,71 случаев на 100000 населения) распространенность ХБП у жителей этого региона имела тенденцию к значимому увеличению и составила 363 случаев или же 21,23 случаев при расчете на 100000 населения ($p=0,0062$).

Нами также были изучены динамика изменения частота встречаемости ХБП у лиц обоих полов в исследуемый период, т.е. с 2011 по 2017 годы (табл. 2).

Как видно из представленной таблицы в масштабах республики по сравнению с 2011 годом в 2017 году отмечается значимое увеличение частоты ХБП у лиц женского пола. Так, если различные стадии ХБП в 2011 году имели место у 441 женщин, то в 2017 году этот показатель составил 605 случаев ($p=0,0086$). Однако, изучение данного показателя по отдельности для каждого региона республики показало, что отмечается тенденция некоторого увеличения случаев встречаемости ХБП, без значимых различий.

Другие данные получены при изучении эпидемиологии ХБП среди лиц мужского пола, как в масштабах республики, так и по отдельности по регионам (табл. 3).

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 у мужчин. По другим регионам республики не имелось значимого различия по встречаемости ХБП в анализируемый период у лиц мужского пола.

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	X 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 X²).

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	X 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 X²).

Таким образом, эпидемиологические данные показывают, что в Республике Таджикистан в исследуемый период отмечается значимое увеличение распространенности различных стадий ХБП как среди населения в целом, так и среди лиц муж-

ского пола, в частности.

Нами также была изучена динамика изменения количества больных с ХБП в исследуемый период в зависимости от возраста пациентов (табл. 4), которая показывает на значимое различие встре-

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).

чаемости ХБП среди населения различных возрастных категорий по масштабу республики.

Как видно из представленной таблицы в исследуемый период имеется значимое различие частоты встречаемости ХБП только у лиц преклонного возраста, т.е. в возрасте 75 лет и выше. Так, если в 2011 году среди населения в возрасте 75 лет и старше различные стадии ХБП имели место у 187 человек, то в 2017 году из-за увеличе-

ния средней продолжительности жизни населения число возросло до 257 случаев (p=0,0393). Вместе с тем, необходимо подчеркнуть, что при изучении данного показателя по отдельности у населения каждого региона республики значимых различий не отмечалось.

Изучение показателей частоты встречаемости ХБП в 2011-2017 годы в зависимости от пола показало, что как у женщин, так и у мужчин, как

по масштабу республики, так и по отдельности в каждом регионе нет прямой корреляционной связи. Так, из таблиц 5 и 6 видно, что у лиц как женского, так и мужского пола во всех возрастных категориях отмечается некая тенденция увеличения

частоты выявляемости ХБП, однако она носит не корреляционный характер, и не имеет статистической значимости.

Таким образом, проведенное нами эпидемиологическое исследование по распространенности

Таблица 5

Динамика изменения количества больных женщин по годам в зависимости от возраста

Возраст (лет)	Год	ХБП (кол-во женщин)	Население (женщин)	ХБП (на 100 000 женщин)	X ²	p
18-44	2011	67	1 577 912	4.25	1,04	0,3086
	2017	91	1 819 489	5,00		
45-59	2011	156	412 843	37.79	0,60	0,4386
	2017	214	522 007	41,00		
60-74	2011	128	131 338	97.46	0,06	0,8214
	2017	175	174 914	100.05		
75-90	2011	90	46 528	193.43	2,37	0,1238
	2017	125	52 269	239.15		

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

Таблица 6

Динамика изменения количества больных мужчин по годам в зависимости от возраста

Возраст (лет)	Год	ХБП (кол-во мужчин)	Население (мужчин)	ХБП (на 100 000 мужчин)	X ²	p
18-44	2011	72	1 609 790	4.47	1,04	0,3087
	2017	98	1 871 159	5.24		
45-59	2011	169	421 183	40.12	0,54	0,4940
	2017	232	536 830	43.22		
60-74	2011	138	133 992	102.99	0,06	0,8213
	2017	190	179 882	105.62		
75-90	2011	98	47 468	206.45	2,02	0,1550
	2017	134	53 753	249.29		

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

ХБП в Республике Таджикистан показывает, что в масштабе республики и в некоторых ее регионов 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.

Структура ХБП по Республике Таджикистан также изучалась на основании официальных данных центра статистики при Президенте Республики Таджикистан. Однако в полученных данных полная информация о причинах и факторов риска ХБП имело место у 1199 из 1256 лиц, что составило 95,5%. Приводим короткую их характеристику. Среди 1199 пациентов ХБП II стадии имела место у 42 человек (мужчины - 18, женщины - 24), III стадии у 77 (мужчины – 36, женщины 41) лиц, IV стадии у 498 пациентов (мужчины - 295, женщины - 203) и V стадии в 581 (мужчины - 364, женщины - 217) случаях. Из них 714 (59,5%) являлись ли-

цами мужского пола, 485 (40,5%) - женского. Как показали результаты исследования частота встречаемости различных стадий ХБП между лицами обоих полов имела значимую разницу и составила 59,5% и 40,5% соответственно (p<0,05).

Необходимо отметить, что из-за отсутствия ярких клинических проявлений при начальной стадии ХБП, отмечался только один случай выявления пациента с данной стадией ХБП. Вторая и третья стадии ХБП чаще встречались у лиц женского пола, тогда как IV и V стадии ХБП чаще всего были зарегистрированы среди мужчин.

Исследование показало, что среди пациентов все чаще были регистрированы терминальные стадии ХБП, что в последующем потребовало заместительную почечную терапию - проведение программного диализа или трансплантацию почки. Вместе с тем, как IV, так и V стадия ХБП были регистрированы у лиц старшего и преклонного возраста обоих полов (рис. 1).

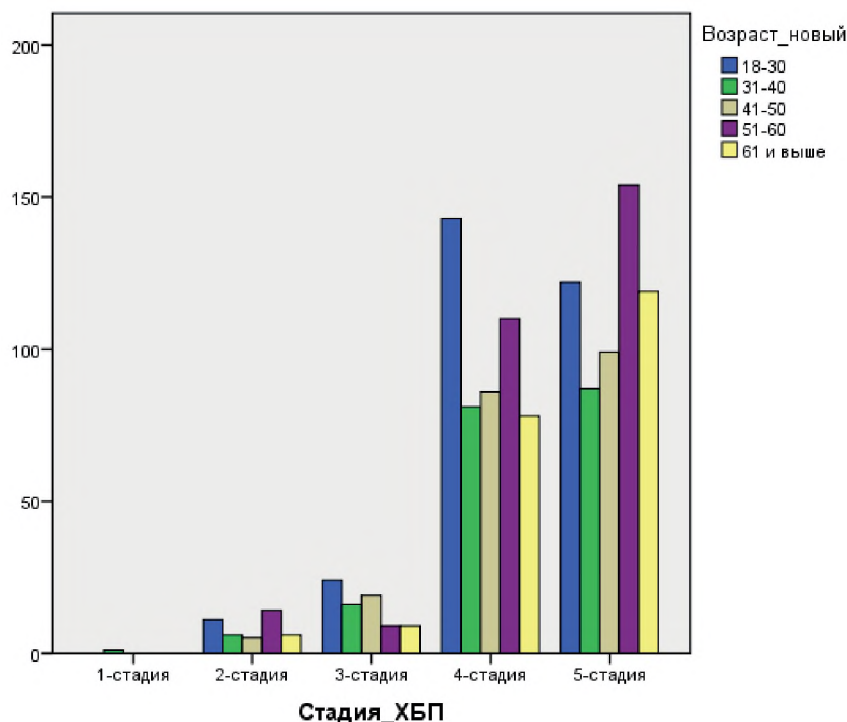


Рисунок 1. Частота встречаемости различных стадий ХБП в зависимости от возраста

Так, из гистограммы по распределению возрастной группировки по стадиям ХБП, видно, что между двумя переменными существует высокая статистическая связь ($X^2=24,840$, $CC=1$, $P=0,016$). Так, частота выявления V стадии ХБП в большей степени встречалась у лиц в возрасте 75-90 лет. Однако, обратный показатель показывает, что менее половины людей в возрасте 18-44 страдают 4 степенью ХБП, что свидетельствует о наличии прямой статистической корреляции. Стоит отметить, что тенденция заболевания в большей степени зависит от возраста и имела нарастающий характер.

При изучении причин развития ХБП нами выявлено, что у 424 (35,4%) пациентов имело место 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, приводящие к ХБП.

Показатели частоты встречаемости хронического гломерулонефрита как причина ХБП приведены на рисунке 2. Как видно в 15 случаях она явилась причиной 2 стадии ХБП, в 45 случаях 3 стадии, в 208 случаев 4 стадии и в 236 наблюдений 5 стадии 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 наблюдениях, 3 стадии - у 16 человек, 4 и 5 стадии 69 и 94 случаев каждой стадии соответственно. Таким образом, у каждого пятого пациента (16,5%) ХБП явилась следствием хронического прогрессирующего пиелонефрита.

Среди 1199 пациентов, включенных 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. Вместе с тем, анализ гликемического профиля показал, что не у всех пациентов страдающих диабетической нефропатией имеется повышенный сахар крови. Так, у пациентов с ХБП 1 стадии повышение глюкозы в венозной крови имело место в 1 наблюдении, 2 стадии в 12 случаев, 3 стадии у 24 обследованных, в 4 стадии у 122 и 5 стадии у 109 пациентов. Таким образом, среди 420 пациентов с диабетической нефропатией суб- или декомпенсированный сахарный диабет с повышенным уровнем глюкозы крови выше нормы имелось только среди 269 из них.

Другой причиной развития ХБП явилось постоянное высокое артериальное давление, приводящее к прогрессирующему нарушению экс-

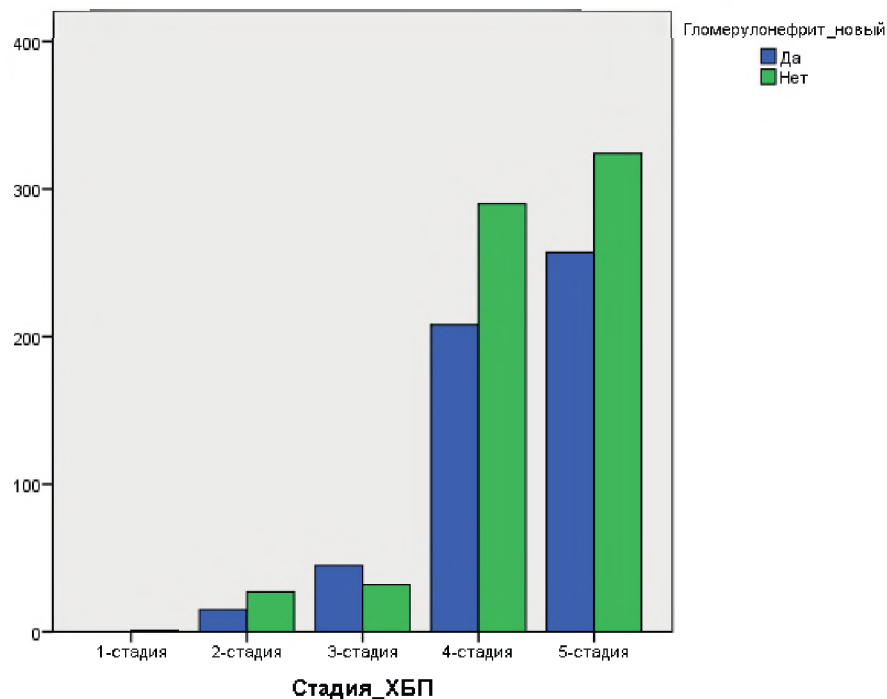


Рисунок 2. Частота хронического гломерулонефрита как основная причина развития ХБП

креторной 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 наблюдениям соответственно. Анализ данных показал, что у каждого двенадцатого пациента ХБП развилась на фоне постоянно повышенной артериальной гипертонии.

Заключение. Проведенное исследование является одним из первых в условиях нашей республики позволившее изучить распространенность хронической болезни почек, которая составила 18,7-21,9 случая среди 100000 населения. В некоторых регионах республики из года в год отмечается значимое увеличение различных стадий ХБП, особенно среди лиц преклонного возраста (75 и выше) и мужского пола. Высокая частота распространенности ХБП в Таджикистане диктует пересмотра некоторых стратегических и тактических задач нефрологической помощи и службы заместительной почечной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

(ш. 6-12 см. в REFERENCES)

1. Герасимова О.Ю. Эпидемиология хронических болезней почек и организация медицинской помощи больным при хронической почечной недостаточности / О.Ю. Герасимова, Л.Н. Семченко, С.С. Ременец // Южно-Уральский медицинский журнал. – 2016. – №4. – С. 4-9.
2. Гулов М.К. Качество жизни у пациентов, страдающих хронической болезнью почек / М.К. Гулов,

С.М. Абдуллоев, Х.К. Рофиев // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2018. – Т.26, №4. – С. 493-499. doi:10.23888/PAVLOVJ2018264493-499

3. Икромов Т.Ш. Гемодиализ, как предоперационный компонент интенсивной терапии у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек / Т.Ш. Икромов [и др.] // Здоровоохранение Таджикистана. - 2017. - №1. - С. 25-33.

4. Одинаев А.А. Причины хронической почечной недостаточности у детей в Республике Таджикистан / А.А. Одинаев, Т.Ш. Икромов // Здоровоохранение Таджикистана. - 2017. - №1. - С. 45-49.

5. Хубутия М.Ш. Прогностическая ценность факторов риска, влияющих на длительность выживания больных и трансплантатов после родственной пересадки почки / М.Ш. Хубутия [и др.] // Вестник Авиценны. – 2016. – №3. – С. 7-13.

REFERENCES

1. Gerasimova O. Yu. Epidemiologiya khronicheskikh bolezney pochek i organizatsiya meditsinskoj pomoshchi bolnym pri khronicheskoy pochechnoy nedostatochnosti [Epidemiology of chronic kidney disease and organization of medical care for patients with chronic renal failure]. O. Yu. Gerasimova, L. N. Semchenko, S. S. Remenets. Yuzhno-Uralskiy meditsinskiy zhurnal - South Ural medical journal, 2016, No. 4, pp. 4-9.
2. Gulov M. K. Kachestvo zhizni u patsientov, stradayushchikh khronicheskoy boleznyu pochek [Quality of life in patients with chronic kidney disease]. M. K. Gulov, S. M. Abdulloev, Kh. K. Rofiev. Rossiyskiy mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova - Russian medical and

biological herald named after academician I. P. Pavlov, 2018, Vol. 26, No. 4, pp. 493-499.

3. Ikromov T.Sh. Gemodializ, kak predoperacionnyj komponent intensivnoj terapii u detej s urolitiazom, oslozhnennym xronicheskoj boleznju pochek [Hemodialysis as a preoperative component of intensive care in children with urolithiasis complicated by chronic kidney disease]. T.Sh. Ikromov [i dr.]. Zdravooxranenie Tadjikistana - Healthcare of Tajikistan. 2017. No. 1. pp. 25-33.

4. Odinaev A.A. Prichiny xronicheskoj pochechnoj nedostatochnosti u detej v Respublike Tadjikistan [Causes of chronic renal failure in children in the Republic of Tajikistan]. A.A. Odinaev, T.Sh. Ikromov. Zdravooxranenie Tadjikistana - Healthcare of Tajikistan. 2017. No. 1. pp. 45-49.

5. Khubutiya M. Sh. Prognosticheskaya tsennost faktorov riska, vliyayushchikh na dlitelnost vyzhivaniya bolnykh i transplantatov posle rodstvennoy peresadki pochki [The predictive value of risk factors affecting the duration of survival of patients and transplants after a related kidney transplant]. M. Sh. Khubutiya [i dr.]. Vestnik Avitsenny - Herald of Avicenna, 2016, No. 3, pp. 7-13.

6. Biljak V.R., Aakre K.M., Yucel D., Bargnoux A.S., Cristol J.P., Pièroni L. A Pathway to National Guidelines for Laboratory Diagnostics of Chronic Kidney Disease – Examples from Diverse European Countries. Electronic Journal of the International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, 2017, Vol. 28, No 4, pp. 289-301.

7. Deo R., Khodneva Y.A., Shlipak M.G., Soliman E.Z., Judd S.E., McClellan W.M., Brown T.M., Rhodes J.D., Gutiérrez O.M., Shah S.J., Albert C.M., Safford M.M. Albuminuria, kidney function and sudden cardiac death: findings from the Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study. Heart Rhythm, 2017, Vol. 14, No 1, pp. 65-71. doi: org/10.1016/j.hrthm.2016.08.004.

8. Kang H.T., Lee J., Linton J.A., Park B.J., Lee Y.J. Trends in the prevalence of chronic kidney disease in Korean adults: the Korean National Health and Nutrition Examination Survey from 1998 to 2009. Nephrology Dialysis Transplantation, 2013, Vol. 28, No 4, pp. 927-936. doi: 10.1093/ndt/gfs535

9. Lin M.Y., Chiu Y.W., Lee C.H., Yu H.Y., Chen H.C., Wu M.T., Hwang S.J. Factors associated with CKD in the elderly and nonelderly population. Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 2013, Vol. 8, No 1, pp. 33-40.

10. Seck S.M., Doupa D., Guéye L., Ba I. Chronic Kidney Disease Epidemiology in Northern Senegal: a Cross-sectional Study. Iranian journal of Kidney Diseases, 2014, Vol. 8, No 4, pp. 286-291

11. Tomson C.R., Foley R.N., Li Q., Gilbertson D.T., Xue J.L., Collins A.J. Race and end-stage renal disease in the United States Medicare population: the disparity persists. Nephrology (Carlton), 2008, Vol. 13, No 7, pp. 651-656.

12. Wan E.Y.F., Fong D.Y.T., Fung C.S.C., Yu E.Y.T., Chin W.Y., Chan A.K.C., Lam C.L.K. Prediction of new onset of end stage renal disease in Chinese patients with type 2 diabetes mellitus – a population-based retrospective cohort study. BMC Nephrology, 2017, Vol. 18, No 1, pp. 257. doi: 10.1186/s12882-017-0671-x.

ХУЛОСА

С.М. Абдуллоев, М.К. Гулов

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ- ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОМИЛҲОИ ХАТАРИ ИНКИШОФИ БЕМОРИҲОИ МУЗМИНИ ГУРДА ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши эпидемиологияи бемориҳои музмини гурда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи маълумотҳои ҳуҷҷатҳои расмии оморӣ ҳисоботӣ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили ретроспективӣ ҳисоботи ҳарсолаи Маркази омор, ки дар назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷаъолият дорад, дар давраи солҳои аз 2011 то 2017 аз рӯйи бемориҳои мухталифи гурдаҳо ва пешоброҳа дар мавриди аҳолии калонсоли синни аз 18 то 90 сола гузаронида шуд. Паҳншавии бемориҳои музмини гурдаҳо дар алоҳидагӣ ҷӣ дар аҳолии се вилояти кишвар (Суғд, Хатлон, Бадахшони Қӯҳӣ), ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ ва шаҳри Душанбе ва ҷӣ дар маҷмӯъ, зимни аҳолии тамоми сокинони кишвар маври омӯзиш қарор дода шуд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Соли 2011 дар ҳудуди ҷумҳурӣ БМГ дар марҳилаҳои гуногун зимни 918 нафар (477 мард ва 441 зан) ба қайд гирифта шуд, ки он 18,7 ҳодиса ба 100 000 ҳазор аҳолии калонсол (шумораи умумии популятсияи калонсол дар соли 2011 4 906 700 нафарро ташкил меод) рост меомад.

Динамикаи тағйироти басомади гирифтورشавӣ ба БМГ, дар намояндагони ҳар ду ҷинс зимни марҳилаи таҳқиқотӣ нишон дод, ки БМГ соли 2011 дар мавриди 441 зан ба қайд гирифта шудааст ва нишондиҳандаи мазкур соли 2017 то ба 605 ҳодиса расид ($p=0,0086$). Соли 2017 ҳам дар ҷумҳурӣ ва ҳам дар вилояти Суғд, қиёсан ба соли 2011, басомади гирифтورشавии БМГ дар байни мардҳо хеле боло рафт, ки далели дучоршавии омилҳои хатари инкишофи БМГ дар онҳо ба шумор меравад.

Хулоса. Паҳншавии бемории музмини гурдаҳо дар миёни аҳоли 18,7-21,9 ҳодиса ба 100 000-ро ташкил меод. Сол ба сол дар баъзе манотиқи ҷумҳурӣ ба таври зиёд боло рафтани марҳилаҳои гуногуни БМГ, хусусан дар байни ашхоси миёнсол (75 ва боло) ва мардҳо ба назар мерасад. Басомади зиёди паҳншавии БМГ дар Тоҷикистон баррасии баъзе вазифаҳои стратегӣ ва тактикий ёрии нефрологӣ ва хизматрасонии муолиҷаи ивазкунандаи гурдаро тақозо менамояд.

Калимаҳои калидӣ: бемории музмини гурдаҳо, эпидемиология, омилҳои хатар