

С.М. Шукурова, И.М. Рашидов, С.Д. Косимова

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

<sup>1</sup>ГУ «НИИ Профилактической медицины»

<sup>2</sup>Кафедра терапии и кардио-ревматологии, ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Шукурова Сурайё Максудовна - член-корр. НАНТ, зав. кафедрой терапии и кардио-ревматологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ», д.м.н., профессор

**Цель исследования.** Представить клинико-функциональную характеристику хронической болезни почек на госпитальном этапе.

**Материалы и методы исследования.** Материалом для исследования послужил ретроспективный анализ медицинской документации (истории болезни, статистическая карта, индивидуальные карты) пациентов с диагнозом хронической болезни почек, поступивших в нефрологическое отделение национального медицинского центра «Шифобахи» (клиническая база кафедры внутренних болезней) г. Душанбе за период с 2018 по 2020 гг. Все пациенты проходили лабораторные и инструментальные методы исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Всего за исследуемый период госпитализировано n=680 пациентов с диагнозом хроническая болезнь почек (n=251 мужчин и n=429 женщин). Среди причин развития хронической болезни почек наиболее частой были диабетическая нефропатия – 45,9%, артериальная гипертензия – 27,9% и замыкает тройку лидерства гломерулонефриты – 18,1%. Большинство больных с хронической болезнью почек представлены возрастными категориями 60-70 лет (38,1%) и 50-60 лет (28,2%). Ожирение имели 37,1%, избыточный вес 38,7% и нормальную массу тела 24,2% больных. Артериальная гипертензия диагностирована у 63,5% обследованных больных.

**Заключение.** Ретроспективный анализ медицинской документации выявил высокую частоту стационарных больных ДН в структуре ХБП, что характеризует недостаточный метаболический контроль и низкую приверженность к сахароснижающим препаратам. Оценка ФР и сопутствующих заболеваний выявила ряд особенностей в зависимости от пола, а также наличия высокого кардиоваскулярного риска у больных ХБП.

**Ключевые слова:** хроническая болезнь почек, диабетическая нефропатия, скорость клубочковой фильтрации, альбуминурия, коморбидность

S.M. Shukurova, I.M. Rashidova, S.D. Kosimova

## CLINICAL AND LABORATORY PREDICTORS OF PROGRESSION OF CHRONIC KIDNEY DISEASE

<sup>1</sup>SI «Research Institute of Preventive Medicine»

<sup>2</sup>SEI «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan», Department of therapy and cardio- rheumatology

Shukurova Surayo Maksudovna - Doctor of Medical Sciences, Professor of the had department of therapy and cardio- rheumatology «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

**Aim.** To present the clinical and functional characteristics of chronic kidney disease at the hospital stage.

**Material and methods.** The material for the study included retrospective analysis of medical records (case histories, statistical card, individual cards) of patients with a diagnosis of CKD who were admitted to the nephrology department of the NMCShifobakhsh (clinical base of the Department of Internal Medicine) in Dushanbe for the period 2018 to - 2020. All patients underwent laboratory and instrumental examinations.

**Results.** During the study period, n=680 patients with a diagnosis of CKD (n=251 men and n=429 women) were hospitalized. Among the reasons for the development of CKD, the most frequent were diabetic nephropathy - 45.9%, Arterial Hypertension - 27.9%, and glomerulonephritis - 18.1%. The majority of patients with CKD are represented by the age categories 60–70 years (38.1%) and 50–60 years (28.2%). Obesity was observed in 37.1%, overweight in 38.7%, and normal body weight in 24.2% of patients.

**Conclusion.** A retrospective analysis of medical records revealed a high frequency of inpatients with DN in the structure of CKD, which characterizes inadequate metabolic control and low adherence to hypoglycemic drugs. Assessment of RF and comorbidities revealed several features depending on gender, as well as the presence of high cardiovascular risk in patients with CKD.

**Keywords:** chronic kidney disease (CKD), diabetic nephropathy (DN), glomerular filtration rate (GFR), albuminuria (AU), comorbidity.

**Актуальность.** В понятии хронической болезни почек (ХБП) включено структурное или функциональное поражение почек, которое существует 3 месяца и более и характеризуется маркерами поражения почек (один или более) в виде альбуминурии (уровень экскреции альбумина  $\geq 30$  мг/24 ч; соотношение альбумина к креатинину  $\geq 30$  мг/г (или  $\geq 3$  мг/ммоль)), а также снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> [8,9].

По данным крупных популяционных исследований 10-13% взрослого населения страдают ХБП и столь высокий процент связан с влиянием катастрофического нарастания артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета 2 типа, сердечной недостаточности (СН), ожирения и немаловажное значение имеет бесконтрольное использование медикаментозных средств [4-6].

ХБП приводит к ранней инвалидности и значительному снижению качества жизни. В последнем докладе ВОЗ по вопросу глобального бремени ХБП показано, что общее количество лет утраченной здоровой жизни за последние 10 лет значительно выросло с 29,3 до 35,5 тысячи. Данные цифры значительно выше, в сравнении с деменцией и болезнью Паркинсона [2, 7].

Наиболее частыми причинами ХБП имеют хронический гломерулонефрит (ГН), диабетическая и гипертензивная нефропатия, а патогенетические механизмы рассматривался практически исключительно с позиции иммунных, метаболических и гемодинамических сдвигов [1, 3, 7].

В настоящее время неоспорим вопрос высокой коморбидности у больных ХБП, которые способствуют тяжелому течению и неблагоприятным исходам [3-5]. В связи с этим особую актуальность в практике приобретает оценка сопутствующих заболеваний, которые характеризуют степень нарушения дисфункции почек [6, 7].

**Цель исследования.** Представить клинико-функциональную характеристику хронической болезни почек на госпитальном этапе.

**Материалы и методы исследования.** Материалом для исследования послужил ретроспективный анализ медицинской документации (истории

болезни, статистическая карта, индивидуальные карты) пациентов с диагнозом ХБП, поступивших в нефрологическое отделение национального медицинского центра (НМЦ) «Шифобахш» (клиническая база кафедры внутренних болезней) г. Душанбе за период с 01.01.2018 по 01.01.2020 гг.

Все пациенты проходили лабораторные и инструментальные методы исследования на: общий анализ крови и мочи; биохимические исследование крови (определение сывороточное железо в плазме крови, сахара, общий холестерин, липиды крови, триглицериды мочевого кислота, креатинин, мочевины, гликированный гемоглобин) с кратностью исследования до 5-6 раз в год; анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому; определение суточной экскреции белка; уровень альбуминурии (АУ) - определяли в суточной моче с градацией на: НАУ (<30 мг/сут), МАУ (30-299 мг), ПУ ( $\geq 300$  мг/сутки); проба Реберга; расчет скорости клубочковой фильтрации, минутного диуреза (Cockcroft-Gault) и при СКФ > 130 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> - оценивали как гиперфильтрация; ИМТ, ОТ, ОБ, соотношение ОТ/ОБ. Биохимические исследования - уровень ОХС, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, мочевого кислоты креатинина, гликированный гемоглобин. У всех больных рассчитывали индекс коморбидности по Charlson (1987, MaryCharlson) по разработанному опроснику

Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 (StatSoftInc.). Абсолютные значения представлены в виде средних величин (M) и их ошибок ( $\pm m$ ) для количественных признаков, правильного распределения, медианы (Me) и интерквартильного интервала ([25q; 75q]).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Согласно задачам исследования проведен подробный анализ историй болезней пациентов с диагнозом ХБП, поступивших в нефрологическое отделение НМЦ «Шифобахш» г. Душанбе за период с 01.01.2018 по 01.01.2020 гг. Всего за исследуемый период госпитализировано 680 пациентов. В общей группе женщины составили большую часть (n=429, 63,1%), а мужчин было меньше (n=251, 36,9%). Структура ХБП представлена в таблице.

Анализ причин развития ХБП показал, что

Таблица 1.

**Характеристика больных с ХБП в анализируемой группе (n=680)**

Нозология	Всего (n=680)		Мужчины (n=251)		Женщины (n=429)	
	Abs	%	abs	%	abs	%
Диабетическая нефропатия:	312	45,9	114	45,4	198	46,1
– ДН в чистом виде	207	66,4	90	78,9	117	59,1
– ДН в ассоциации с пиелонефритом	55	17,6	6	5,3	49	24,8
– ДН в ассоциации с МКБ	15	4,8	8	7,0	7	3,5
– ДН в ассоциации с др. заболеваниями	35	11,2	10	8,8	25	12,6
АГ	190	27,9	43	17,1	147	34,3
Гломерулонефриты	123	18,1	59	23,5	64	14,9
Пиелонефриты	31	4,6	8	3,2	23	5,4
ИВРЗ	24	3,5	6	2,4	18	4,2

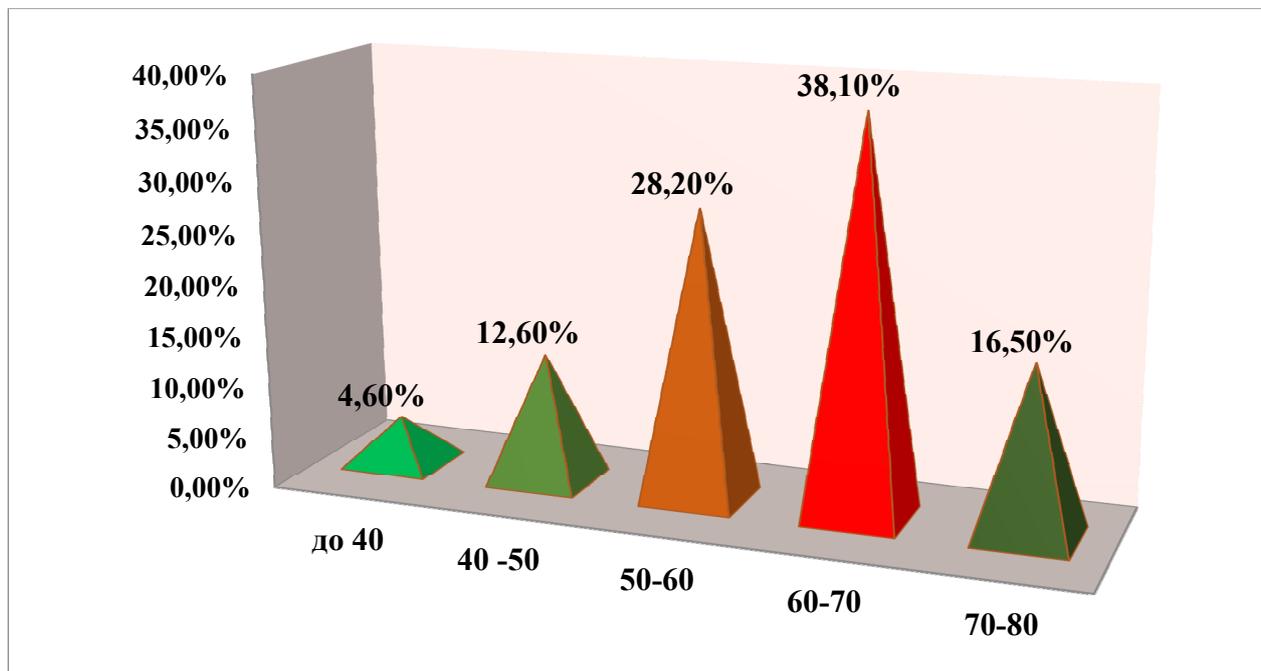
Примечание: % от общего количества больных

наиболее частой были ДН - 45,9%, АГ – 27,9% и замыкает тройку лидерства гломерулонефриты – 18,1%. Пиелонефриты и иммунно-воспалительные ревматические заболевания (ИВРЗ) (СКВ, РА, подагра, СВ и др.) в меньшей степени были причинами формирования ХБП – 4,6% и 3,5% соответственно. Наши данные несколько разнятся с данными других исследователей, где первопричиной ХБП рассматривают гломерулонефриты. Мы не исключаем высокую частоту гломерулонефритов, однако в практической деятельности

нефрологи республики сталкиваются с некоторыми трудностями в постановке диагноза ГН, который в основном базируется на морфологической картине. Кроме того, столь высокий процент ДН в структуре ХБП у исследуемой нами группе свидетельствует о поздней диагностике СД 2 типа и низкой приверженности пациентов к сахароснижающим препаратам.

Распределения ХБП по возрасту представлены в рис. 1.

Как видно из диаграммы большинство боль-



Примечание: % от общего количества больных

Рисунок 1. Распределение больных ХБП по возрасту (n=680)

ных с ХБП представлены возрастными категориями 60-70 лет (n=259; 38,1%) и 50-60 лет (n=192; 28,2%), что в сумме составили – 66,3%.

Клиническая характеристика больных ХБП представлена в табл. 2.

Таблица 2

**Клиническая характеристика больных с ХБП (n=680)**

Показатель	abs	%
Возраст (лет)		
Пол: мужчины	251	36,9
Женщины	429	63,1
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	29,3±5,92	
САД, мм рт. ст.	138,5±19,5	
ДАД, мм рт. ст.	86,1±11,1	
АГ	432	63,5
СД 2 типа	378	55,6
Избыточный вес	263	38,7
Ожирения	252	37,1

Примечание: % от общего количества больных

Средние показатели ИМТ составили 29,3±5,92 кг/м<sup>2</sup>. Ожирение имели 37,1%, избыточный вес 38,7% и нормальную массу тела 24,2% больных. АГ диагностирована у 63,5% обследованных больных.

Несмотря на разработку множества современных маркеров ранней диагностики ХБП, общепользуемым до настоящего времени в рутинной практике остается альбуминурия (АУ), указывающие на стадии почечной дисфункции. С этой целью, нами были изучены степени тяжести ХБП по этим двум показателям. По современным рекомендациям обоснованная верхняя граница нормы экскреции альбумина почками 10мг/сут, а уровень экскреции в диапазоне 10-29 мг/сут ассоциируется с высоким кардиоваскулярным риском. Градации выраженности альбуминурии таковы <10 мг/г «оптимальный», 10-29 мг/г «высоконормальный», 30-299 мг/г «высокий», 300-1999 мг/г «очень высокий» и >2000 мг/г «нефротический».

Распределение больных по стадиям ХБП в зависимости от показателей СКФ и АУ представлены в табл. 3.

Как видно из данных таблицы большинство больных представлены С2 (53,2%) и С3 (35,4%), что в сумме составили 88,6%. Распределения больных по уровню АУ показал, что преобладали больные с А1 и А2 стадиями - 65,9% и 26,8%

соответственно.

Таблица 3

**Результаты оценки ХБП по стадиям в зависимости от СКФ и альбуминурии (n=680)**

Показатель	abs	%
ХБП стадии:		
С1 (СКФ>90)	33	4,9
С2 (СКФ 60-89)	362	53,2
С3 (СКФ 45-59)	241	35,4
С4 (СКФ 30-44)	44	6,5
Альбуминурия		
А1 (<30мг/г)	448	65,9
А2 (30-299 мг/г)	182	26,8
А3 (>300мг/г)	50	7,3

Примечание: % от общего количества больных

Таким образом, алгоритм диагностики ХБП строится на двух критериях: наличии маркеров почечного повреждения, среди которых ведущее место занимает повышенная альбуминурия и/или снижения скорости клубочковой фильтрации уровень СКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, при котором является дисфункция почек.

Известно, что ХБП является монофакторальным заболеванием и наряду с не модифицируемыми, модифицируемые факторы риска (ФР) способствуют к развитию ранних неблагоприятных исходов. С целью оценки возможных факторов риска ХБП нами была разработана анкета, включающая данные по полу, возрасту, антропометрических данных пациентов, наличие сопутствующих заболеваний, курение, расчет ИМТ. В зависимости от значения ИМТ определяли питательный статус: нормальный ИМТ 20-25 кг/м<sup>2</sup>, избыточная масса тела 26-30 кг/м<sup>2</sup> и ожирение >30кг/м<sup>2</sup>.

В таблице представлены результаты опроса больных с ХБП на наличие ФР прогрессирования ХБП (табл. 4).

В перечне факторов риска недостаточный метаболический контроль СД и АГ занимают лидирующие позиции 72,8% и 62,9% соответственно. Обращает на себя внимание высокий процент (72,8%) больных с СД с низкой приверженностью к сахароснижающим препаратам. Больные длительное время не подозревают у себя наличие высоких цифр глюкозы, особенно это наблюдается в дальних регионах республики. Немаловажную роль в прогрессировании ХБП играют ожирение и дислипидемия, которая наблюдалась в 37,1% и 34,7% случаев исследуемых больных. Учитывая образ жизни обследуемых, мы обращали внимания

Таблица 4

**Основные факторы риска (модифицируемые) ХБП (n=680)**

Перечень ФР	Всего (n=680)		Мужчины (n=251)		Женщины (n=429)	
	abs	%	abs	%	abs	%
– Недостаточный метаболический контроль СД	495	72,8	168	66,9	327	76,2
– АГ	432	63,5	114	45,4	318	74,1
– Гломерулярная гиперфилтрация	282	41,5	93	37,1	189	44,1
– Ожирение	252	37,1	80	31,9	172	40,1
– избыточный вес	263	38,7	77	30,7	186	43,4
– Дислипидемия	236	34,7	79	31,5	157	36,6
– Курения	101	14,9	96	14,1	5	1,2
– Прием нефротоксических препаратов	198	29,1	68	27,1	130	30,3
– Обструкция мочевыводящих путей	131	19,3	57	22,7	74	17,3
– Беременность	31	4,6	83	33,1	31	7,2
– Малоподвижный образ жизни	174	25,6			91	21,2

Примечание: % от общего количества больных

на такие факторы как курение, малоподвижный образ жизни, прием нефротоксических препаратов. Особую тревогу вызывает высокий процент приема нефротоксических препаратов - 29,1%. Эта проблема особо стоит в республике. Необоснованный прием антибиотиков и НПВП, самостоятельное их использования, зачастую без курсового наблюдения со стороны врачей служат ключевыми причинами развития ХБП. Злостных курильщиков, к счастью, в республике не большинство, хотя процент частоты курения (14,9%) желает быть ниже. Низкая физическая активность также наблюдается часто (каждый четвертый опрошенный), хотя реальная цифра намного выше. Взаимоотношения АГ и почки весьма многогранно и сегодня не вызывает сомнения, о том, что АГ является как причиной ХБП, так и ее следствием. Повышение АД не входит в определение ХБП, но их ассоциация находится под высоким риском дисфункции почек и высокой смертности от КВЗ. Анализ ФР в зависимости от пола выявила ряд особенностей. Так, болезни ССС и обструкция мочевыводящих путей у мужчин встречалась достоверно чаще - 50,6% против 30,8% у женщин и 22,7% против 17,3% у женщин соответственно.

Характер и частота сопутствующих заболеваний больных с ХБП представлена в табл. 5.

Среди сопутствующих заболеваний с наибольшей частотой наблюдались Кардиоваскулярные заболевания и метаболический синдром 59,6% и 65,9% соответственно. Анемия встречались в 17,1% случаев. Среди КВЗ наиболее часто у больных встречались ИБС, ХСН в начальных стадиях и ФП 75,1% 18,7% и 15,3% соответственно.

Таблица 5

**Сопутствующие заболевания больных с ХБП (n=680)**

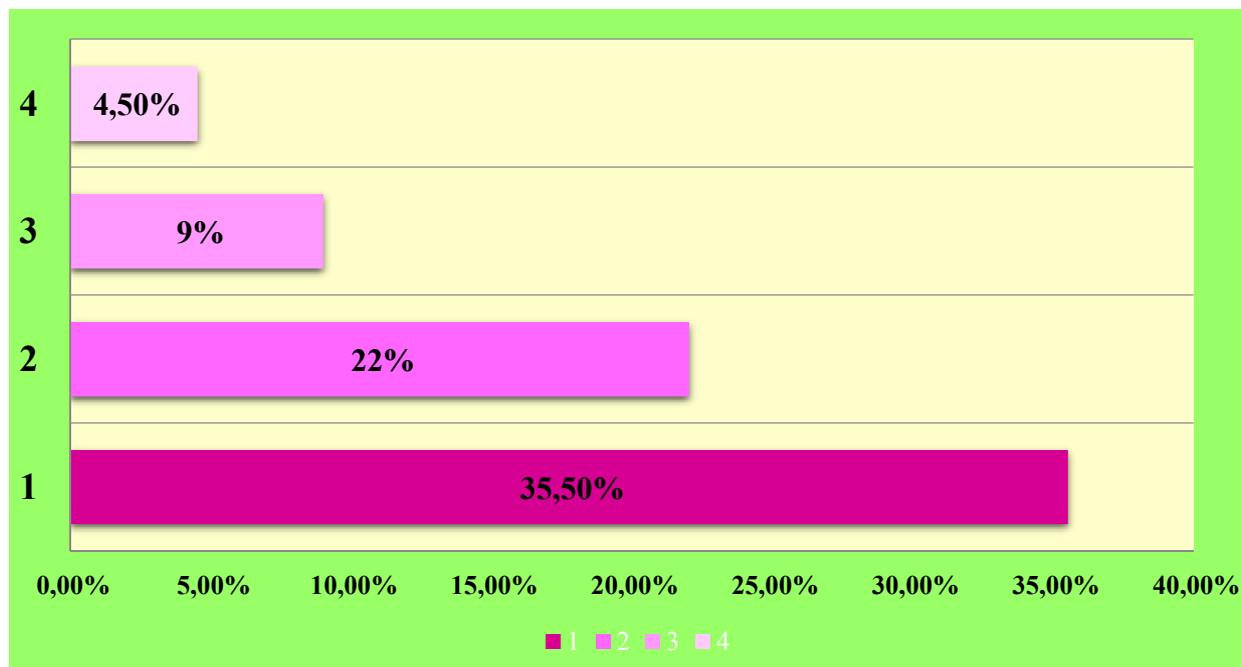
Параметр	Abs	%
Кардиоваскулярные заболевания:	405	59,6
– ИБС	304	75,1
– фибрилляция предсердий	62	15,3
– ХСН I – ПФК	76	18,7
Инсульт	38	5,6
Анемия	116	17,1
Метаболический синдром	448	65,9

Примечание: % от общего количества больных

Вопрос о высоком кардиоваскулярном риске при ХБП сегодня не вызывает сомнения и анализ этого фактора подтвердил существующий тезис. Учитывая высокую частоту ССЗ у больных с ХБП, мы сочли необходимым оценить индекс кардиологической коморбидности (ИКК) – число ССЗ на момент госпитализации (рис. 2).

Как видно из данных рисунка у 35,5% и 22% больных с ХБП сопутствовали 1 и 2 ССЗ. У 9% - 3 и у 4,5% - 4 сопутствующих ССЗ.

**Заключение.** Ретроспективный анализ медицинской документации выявил высокую частоту стационарных больных ДН в структуре ХБП, что характеризует недостаточный метаболический контроль и низкую приверженность к сахароснижающим препаратам. Оценка ФР и сопутствующих заболеваний выявила ряд особенностей в зависимости от пола, а также наличия высокого кардиоваскулярного риска у больных ХБП.



Примечание: % от общего количества больных

Рисунок 2. Распределение больных ХБП в ассоциации с ССЗ по уровню индекса кардиологической коморбидности (ИКК)

#### ЛИТЕРАТУРА

(пп. 11 см. REFERENCES)

1. 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.

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.

3. Гулов М.К. Скрининг хронической болезни почек у жителей Таджикистана / М.К. Гулов, С.М. Абдуллоев // *Вестник Авиценны*. – 2019. - № 1. - С. 119-125.

4. Гулов М.К. Эпидемиология, факторы риска и диагностика хронической почечной недостаточности / М.К. Гулов, Х.К. Рафиев, С.М. Абдуллоев // *Вестник Авиценны*. 2018;20(2-3):190-196.

5. Клинические Практические Рекомендации KDIGO 2012 по Диагностике и Лечению Хронической Болезни Почек // *Нефрология и диализ*. – 2017. –Т. 19. – №1. – С. 22-206.

6. Кобалава Ж.Д. Распространенность маркеров хронической болезни почек у пациентов с артериальной гипертензией: результаты эпидемиологического исследования ХРОНОГРАФ / Ж.Д. Кобалава [и др.]

// *Кардиология*. – 2017. – Т. 57, № 10. – С. 39-44.

7. Ксаба П. Ковесди. Ожирение и заболевания почек: скрытые последствия эпидемии / Ксаба П. Ковесди, Сьюзан Фурс, Кармин Зоккали // *Нефрология*. – 2017.– Т.21, № 2.– С. 10-19.

8. Маркова Т.Н. Современные возможности диагностики хронической болезни почек при сахарном диабете / Т.Н. Маркова, В.В. Садовская, М.Ю. Беспятова// *Сахарный диабет*. – 2017. – Т. 20. – №6. – С. 454-460. doi: 10.14341/DM9268.

9. Пленкина Л.В. Механизмы прогрессирования хронической болезни почек: эволюция взглядов /Л.В. Пленкина, О.В. Симонова // *Клиническая нефрология*. – 2019. – №4. – С.21-24.

10. Хроническая болезнь почек: распространенность и факторы риска (обзор литературы) / А.М. Арингазина [и др.] // *Анализ риска здоровью*. – 2020. – № 2. – С. 164-174. DOI: 10.21668/health.risk/2020.2.18.

#### REFERENCES

1. Abdulloev S.M. Kliniko-epidemiologicheskie osobennosti i factory riska razvitiya khronicheskoy bolezni pochek v Respublike Tadjhikistan [Clinical and epidemiological features and risk factors of chronic kidney disease in the Republic of Tajikistan]. *Zdravoohranenie Tadjhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2019, No. 1, pp. 7-12.

2. Gulov M.K. Kachestvo zhizni u patsientov, stradayushchikh khronicheskoy bolezni pochek [Quality of life in patients with chronic kidney disease]. *Rossiyskiy medico-biologicheskii vestnik imeni akademika I. P. Pavlova - Russian medical and biological bulletin named after academician I.P. Pavlov*, 2018, Vol. 26, No. 4, pp. 493-499.

3. Gulov M.K. Skrining khronicheskoy bolezni pochek u zhiteley Tadjikistana [Screening of chronic kidney disease in residents of Tajikistan]. *Vestnik Avitsenny -Avicenna Bulletin*, 2019, No. 1, pp. 119-125.

4. Gulov M.K. Epidimiologiya, factory riska i diagnostiki khronicheskoy pochechnoy nedostatochnosti [Epidemiology, risk factors and diagnosis of chronic renal failure]. *Vestnik Avitsenny -Avicenna Bulletin*, 2018, No. 20 (2-3), pp. 190-196.

5. Klinicheskie Prakticheskie Rekomendatsii KDIGO 2012 po Diagnostike i lecheniyu Khronicheskoy Bolezni Pochek [KDIGO 2012 Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Chronic Kidney Disease]. *Nefrologiya i analiz - Nephrology and dialysis*, 2017, Vol. 19, No. 1, pp. 22-206.

6. Kobalava Z.D. Rasprostranennost markerov khronicheskoy bolezni pochek u patsientov s arterialnoy gipertoniey: resulyaty epidemiologicheskogo issledovaniya KHRONOGRAF [Prevalence of chronic kidney disease markers in patients with arterial hypertension: results of the CHRONOGRAPH epidemiological study]. *Kardiologiya - Cardiology*, 2017, Vol. 57, No. 10, pp. 39-44.

7. Ksaba P. Kovesdi. Ozhirenie i zabolevaniya pochek: skrytye posledstviya epidemii [Obesity and kidney disease: the hidden consequences of the epidemic]. *Nefrologiya - Nephrology*, 2017, Vol. 21, No. 2, pp. 10-19.

8. Markova T.N. Sovremennye vozmozhnosti diagnostiki khronicheskoy bolezni pochek pri sakharnom diabete [Current diagnostic options for chronic kidney disease in diabetes mellitus]. *Sakharnyy diabet - Diabetes*, 2017, Vol. 20, No. 6, pp. 454-460. Doi: 10.14341/DM9268.

9. Plenkina L.V. Mekhanizmy progressirovaniya khronicheskoy bolezni pochek: evolutsia vzglyadov [Mechanisms of chronic kidney disease progression: evolution of views]. *Klinicheskaya nefrologiya – Clinical nephrology*, 2019, No. 4, pp. 21-24.

10. Aringazina A.M. Khronicheskaya bolezni pochek: rasprostranennost i factory riska (obzor literatury) [Chronic kidney disease: prevalence and risk factors (literature review)]. *Analiz riska zdoroviyu - Health risk analysis*, 2020, No. 2, pp. 164-174.

11. Neuen B.L. Chronic kidney disease and the global NCD s agenda. *British Medical Journal Global Health*, 2017, No. 2 (2), pp. 380.

## ХУЛОСА

С.М. Шукурова, И.М. Рашидов,  
С.Д. Косимова

## ПЕШГУИҲОИ КЛИНИКӢ ВА ЛАБОРАТОРӢ ОИД БА АВҶГИРИИ БЕМОРИИ МУЗМИНИ ГУРДАҲО

**Мақсади омӯзиш.** Барои пешниҳоди хусусиятҳои клиникӣ ва функционалии бемориҳои музмини гурда дар марҳилаи беморхона.

**Мавод ва усулҳо.** Маводи таҳқиқот ин таҳлили ретроспективи ҳуҷҷатҳои тиббӣ (таърихи бемориҳо, варакаи оморӣ, варақаҳои инфиродӣ)-и беморони ташҳиси бемории музмини гурда, ки ба шӯъбаи нефрологияи Маркази миллии тиббии Шифобахш бистарӣ шудаанд (заминаи клиникии кафедраи бемориҳои дарунӣ) дар Душанбе дар давраи аз 01.01.2018 то 2020 омӯхта шудааст. Ҳама беморон усулҳои тадқиқоти лабораторӣ ва инструменталӣ гузаштанд.

**Натиҷаҳо.** Дар давраи омӯзиш  $n = 680$  беморон бо ташҳиси бемории музмини гурдаҳо ( $n = 251$  мард ва  $n = 429$  зан) дар беморхона бистарӣ карда шуданд. Дар байни сабабҳои асосии рушди бемории музмини гурда, аксар вақт нефропатияи диабетикӣ - 45,9%, фишорбаландии шараёни - 27,9% ва гломерулонефрит сеяки аввал - 18,1% мебошанд. Аксарияти беморони бемории музмини гурда бо категорияҳои синну соли 60-70 (38,1%) ва 50-60 сола (28,2%) муаррифӣ шудаанд. Фарбеҳӣ дар 37,1%, вазн зиёдагӣ 38,7% ва вазни муқаррарии бадан дар 24,2% беморон мушоҳида шудааст. Фишорбаландии шараёни дар 63,5% беморони муоинашуда ташҳис шудааст. Дар рӯйхати омилҳои хавф, назорати нокифояи метаболикии диабетикӣ қанд, ва гипертония ҷойҳои пешбарро мутаносибан 72,8% ва 62,9% ишғол мекунад. Бемории ишемикии дил ва синдроми метаболикӣ бо басомади баландтарин дар байни бемориҳои ҳамҷоя мутаносибан 44,7% ва 65,9% ба қайд гирифта шуданд.

**Хулоса.** Таҳлили ретроспективи сабтҳои тиббӣ басомади зиёди беморони стационарро бо нефропатияи диабетикӣ дар сохтори бемории музмини гурда муайян кард, ки назорати нокифояи метаболики ва риояи пасти истеъмоли доруҳои гипогликемиро тавсиф мекунад. Арзёбии RF ва ҳамбастагӣҳо як қатор хусусиятҳои вобаста аз чинс ва инчунин мавҷудияти хавфи баланди дил дар рағҳои беморони бемориҳои музмини гурда ошкор кард.

**Калимаҳои асосӣ:** бемориҳои музмини гурда, нефропатияи диабетӣ, сатҳи филтратсияи гломерулярӣ, альбуминурия, ҳамбастагӣ