

ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Бобоев К.Т

Научный руководитель: Профессор, к.м.н, заведующий
лаборатории молекулярной генетики Выполнил

Омонов Мадорбек Ойбекович

Студент 3 курса Ташкентского Педиатрического
Медицинского Института г. Ташкент

Аннотация:

Хроническая болезнь почек (ХБП) является глобальной проблемой общественного здравоохранения, которая часто не диагностируется и не лечится. ХБП является «молчаливой» болезнью и остается незамеченной, потому что ее можно не «чувствовать». Тем не менее, это затрагивает гораздо больше людей, чем мы можем себе представить: 1 из 10 взрослых в мире имеет ту или иную форму повреждения почек. Однако до 90% тех, у кого есть ХБП, остаются невыявленными. Высокое кровяное давление и диабет являются основными причинами ХБП. Прогнозируется, что к 2025 году диабет увеличится на 70%. Поэтому раннее выявление и профилактика прогрессирования ХБП у людей с очень высоким сердечно-сосудистым риском являются чрезвычайно важными задачами и целями для врачей общей практики/семейных врачей (ВОП/СВ). ХБП представляет собой прогрессирующее необратимое снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ). К сожалению, большинству хронических нефропатий не хватает специфического лечения, и они неуклонно прогрессируют до терминальной стадии почечной недостаточности (ТХПН). Прогрессирующая потеря почечной функции является обычным явлением при почечной недостаточности, независимо от основной причины заболевания почек.

Ключевые слова: Хроническая болезнь почек (ХБП), Терминальной стадии почечной недостаточности (ТХПН), Нефрологические заболевания.



Введения: Почка способна адаптироваться к повреждению за счет адаптивной гиперфилтрации – увеличения филтрации в оставшихся нормальных нефронах. В результате пациенты с легкой почечной недостаточностью часто имеют нормальную или почти нормальную концентрацию креатинина в сыворотке крови. Адаптивная гиперфилтрация, хотя вначале и полезна, по-видимому, приводит к долговременному повреждению клубочков оставшихся нефронов, что проявляется протеинурией и прогрессирующей почечной недостаточностью. Этот процесс, по-видимому, ответственен за развитие почечной недостаточности у тех, у кого первоначальная болезнь либо неактивна, либо излечена. Стоимость тяжелой почечной недостаточности и заместительной почечной терапии огромна. Таким образом, ранняя диагностика и оптимальное лечение ХБП создают множество проблем для первичной медико-санитарной помощи, помогая поддерживать здоровье и качество жизни среди населения, подверженного риску. Согласно заявлению о позиции «Болезнь почек: улучшение глобальных результатов» (KD:IGO), использование термина «заболевание» при ХБП согласуется с:

- 1 необходимость действий для улучшения исходов за счет профилактики, выявления, оценки и лечения
- 2 обеспечение сообщения для программ обучения населения, врачей и пациентов
- 3 общее использование его использование при других состояниях, определяемых результатами и лабораторными тестами, такими как гипертония, диабет и гиперлипидемия.

Сильный> Классификация ХБП

ХБП классифицируют в соответствии с тяжестью, диагнозом, лечением и прогнозом.⁹ Пятиэтапная классификация основана на структурных и функциональных критериях независимо от причины и с учетом диализа и трансплантации. Суффикс «Т» используется для всех реципиентов трансплантата с любым уровнем СКФ, а «D» для диализа для пациентов с ХБП 5 стадии, получающих диализ.

Клиническая оценка ХБП должна включать выяснение причины заболевания. Однако установить причину заболевания удастся не во всех случаях. Кроме того, почечная функция обычно снижается с возрастом, и точный уровень снижения в данном возрасте, который следует считать патологическим, неизвестен. Заявление KD:IGO считает СКФ менее 60



мл/мин патологией в любом возрасте. В перекрестных исследованиях сообщается о медленном снижении СКФ после четвертого десятилетия жизни $_{0,75}$ мл/мин/($1,73 \text{ м}^2$)/год. Эти изменения протекают медленно, но при наличии других заболеваний, таких как диабет, гипертония и сердечные заболевания, почки становятся уязвимыми к отказу. Очень немногие причины хронической почечной недостаточности полностью излечимы. Часто нет необходимости проводить обширные тесты, чтобы найти причину, особенно когда симптомы почечной недостаточности уже присутствуют. Однако для определения стадии и особенностей основного заболевания необходимо диспансерное наблюдение за больными и тщательное диагностическое обследование. Диабет является одной из наиболее частых причин почечной недостаточности после гломерулонефрита во многих странах. Основными группами заболеваний, ведущих к терминальной стадии почечной недостаточности, являются гломерулонефрит, диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия, хронический пиелонефрит и поликистозная болезнь почек. В разных странах пропорции этих заболеваний как причины почечной недостаточности различаются: например, гломерулонефрит составляет 22-24% пациентов с заместительной почечной терапией (ЗПТ) в Эстонии, Германии, Польше или Финляндии, но только 11-12% во Франции, Италия или Англия. Больные диабетической нефропатией составляют 12% пациентов ЗПТ в Италии, 22% в Эстонии, 24% в Финляндии и Польше, 23% в Германии, 12% в Англии, 30% в Японии и 37% в [США](#) .

Вывод:

- 1 Системы здравоохранения должны гарантировать доступ населения к первичной медико-санитарной помощи с направлением в случае необходимости на вторичную медико-санитарную помощь.
- 2 Первичная медико-санитарная помощь должна играть ведущую роль в реализации программ скрининга ХБП в группах риска, а системы здравоохранения должны обеспечивать ресурсы для этого.
- 3 Первичная медико-санитарная помощь идеально подходит для проведения первичной и вторичной профилактики ХБП. Важно понимать, что ХБП значительно увеличивает общий сердечно-сосудистый риск; следовательно, его предварительно



Использованная литература

1. Всемирный день почек. www.worldkidneyday.org (по состоянию на 9 апреля 2008 г.).
2. Бреннер Б.М. и Андерсон С. Взаимосвязь между площадью поверхности фильтрации, артериальным давлением и хроническим заболеванием почек. Журнал сердечно-сосудистой фармакологии 1992; 19 (дополнение 6): S1–7.
3. Отс М., Пехтер У. и Тамм А. Характеристики прогрессирующего заболевания почек. Клиника *Chimica Acta* 2000; 297:29–41.

