

Xroniki böyrək xəstəliyinin etioloji strukturunun öyrənilməsinin optimallaşdırılması

Alməmmədov A.Ç.*

***e-mail:** almammedovfazil@mail.ru

5 nömrəli Şəhər Klinik Xəstəxanası, Bakı, Azərbaycan

Tədqiqatın məqsədi xroniki böyrək çatışmazlığı olan xəstələrin ərazi qeydiyyat modelinin öyrənilməsindən və onun əsasında xəstələrin etioloji xüsusiyyətlərinin təhlil edilməsindən ibarətdir. Reqistr vahid olaraq xroniki böyrək xəstəlikləri (XBX) daxil edilmiş ki, bu da əsasən xroniki böyrək çatışmazlığı mənasında işlənir. Tədqiqat işinə XBX olan 2-5-ci dərəcələrdə 1407 xəstə daxil edilmişdir. reystrin qeydiyyatı əsasında əyani şəkildə XBX olan xəstələrin etioloji strukturunu kəmiyyət baxımından dəqiqlik təhlil etmək mümkündür ki, buda xəstələrin yeni qeydiyyata sisteminin effektivliyini gösərir.

Açar sözlər: xroniki böyrək xəstəlikləri, reystr, regional qeydiyyat, statistik göstəricilər.

Kardial və böyrək patologiyalarının qarşılıqlı təsiri uzun illərdir ki, kardioloq və nefroloqların dəqqitənn cəlb edir. Terminal böyrək çatışmazlığı zamanı kardial ölüm riskinin yüksək olması klinik təcrübəyə hemodializ tətbiq edildikdən sonra tezliklə qeyd edilmişdir [1], lakin yalnız son illər aydın olmuşdur ki, böyrəyin həm kəskin, həm xroniki zədələnməsi, həm də ümumi və ürək-damar letallığının artması ilə assosiasiya olunur. Bu göstəricilər iri həcmli randomizə olunmuş tədqiqatlarda əldə edilmişdir [2-4], National Kidney Foundation (NKF, ABŞ) dəstəyi ilə işlənib hazırlanaraq, xroniki böyrək çatışmazlığının (XBC) əsas konsepsiyasına çevrilmiş [5, 6] və bütün dünyada kardiorenal qarşılıqlı təsirin öyrənilməsinə həsr edilmiş tədqiqatların başlanmasına zəmin yaratmışdır [6, 7]. Acute Dialysis Quality Initiative Group (ADQI) ekspert qrupu böyrəyin kəskin zədələnməsi (BKZ) anlayışını işləyib hazırlamış və onun təyinatının vermişdir. Böyrək disfunksiyasının vaxtında aşkar edilməsi, ağırlıq dərəcəsinin qiymətləndirilməsi və müalicəsi üçün yüksək səviyyəli təsnifat sistemi RIFLE (Risk, Injury, Failure, Loss of kidney function, End-stage kidney disease) işlənib hazırlanmış, daha sonra Acute Kidney Injury Network (AKIN) ekspert qrupu tərəfindən modifikasiya edilmişdir [8].

Tədqiqatın məqsədi xroniki böyrək çatışmazlığı olan xəstələrin ərazi qeydiyyat modelinin öyrənilməsindən və onun əsasında xəstələrin etioloji xüsusiyyətlərinin təhlil edilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Reyestrə vahid olaraq xroniki böyrək xəstəlikləri (XBX) daxil edilmişdir ki, bu da əsasən xroniki böyrək çatışmazlığı mənasında işlənir. Tədqiqat işinə XBX olan 2-5-ci dərəcələrdə 1407 xəstə daxil edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. İnformasiya təminatı sisteminin işlənilib yaradılması regional səviyyədə səhiyyənin idarə edilməsinin effektivliyinin ən zəruri mərhələlərindən biri hesab edilir. Göstəricilərin təhlili əsasında maksimal obyektivləşdirmə şərti ilə müalicə prosesini fərdiləşdirməyə imkan verir. Həmçinin statistik göstəricilərin fərdiləşdirilməsi, tibbi yardım səviyyələri arasında əlaqələndirmənin yaradılmasına imkan verir. Bu və digər bir çox məsələlərin həll edilməsi üçün “Xroniki böyrək xəstəliyi olan xəstələrin Reyestrini” tərtib etdik. Proqrama daxil edilən bütün göstəricilər Access proqramında konvertasiya edilmişdir. Kompüter texnologiyalarının istifadə edilməsi xəstələri qeydiyyatı almağa vahid tibbi kompyuter kartını yaratmağa, eləcə də xroniki böyrək xəstəliyi olan xəstələrə tibbi yardımın optimallaşdırılması üçün verilən sistemin istifadə etməyə imkan verir.

Reyestrin əsas informasiya komponenti, yəni xəstələrin kartotekası xüsusi elektron kartoteka şəklində həyata keçirilmişdir. Burada bütün xəstələr haqqında informasiya öz əksini tapmış və informasiya daxil olduqca kartoteka doldurulur. Xəstədə ambulator və ya stasionar mərhələdə 2-5-ci dərəcəli xroniki böyrək xəstəliyi aşkar edildikdə ilk dəfə reyestrə daxil edilir. Xəstə haqqında ümumi məlumatlar bir dəfə qeydiyyata zamanı daxil edilir. Hər dəfə təkrar müraciət olunduqda mümkün dəyişikliklər edilməsi məqsədilə məlumatlar yenidən yoxlanılır. Hər bir xəstə üçün kartotekada xəstənin pasport göstəricilərindən ibarət olan məlumatlar daxil edilir: xəstənin adı, soyadı, atasının adı, təvəllüdü və yaşı, daimi (müvəqqəti) yaşayış ünvanı və telefon nömrələri. Ümumi məlumatlara bölməsində xəstənin sosial statusu (işçi, qulluqçu, təqaüdçü), əlillik haqqında

göstəricilər, imtiyazların olub-olmadığı öz əksini tapır. Əsas məlumatlara tibbi karta daxil məlumatlar (böyü, bədən çəkisi, qan qrupu, yumaqcıq filtrasiya sürəti göstəricisi) daxil edilir ki, bunlar da avtomatik olaraq xəstəliyin ağırlıq dərəcəsini təyin etməyə imkan verir. Sənədləşdirmə real zaman rejimində yerinə yetirilir ki, bu da yalnız sonuncu aktual informasiyanı daxil etməyə imkan verir. Lazım gəldikdə “xəstəlik tarixi”, “anamnestik göstəricilər”, “laborator müayinələrin minimal dəsti” və sonluqların variantları öz əksini tapır. Bu növ elektron sənədi mətn sahəsindən ibarətdir ki, o da doldurulmalı, ya da istənilən anda dəyişdirilməlidir. Xəstənin reyestrə bir neçə dəfə daxil ola bilər. Daxil olma tezliyi reyestrin həkimi tərəfindən nəzarətdə saxlanmalıdır. Bu kateqoriyadan olan xəstələrin yeridilməsi üçün “müraciət jurnalı” tərtib edilmişdir. Burada ambulator kartın nömrəsi, daxil olma tarixi, müalicədə dəyişikliklər öz əksini tapır. Proqramın əsas funksiyası müxtəlif sxemlər üzrə statistik məruzələrin hazırlanmasıdır (cins, yaş, yaşayış yeri, birincili diaqnoz, XBC-in diaqnozun sonluqlarının vairnatları və s.). Proqramın elektron versiyasının əsas tərkib hissəsi əvəzedici böyrək terapiyasına ehtiyacı olan xəstələrin siyahısının hazırlanmasıdır, bu da online rejimində icra edilir. əvəzedici böyrək terapiyasına ehtiyacı olan xəstələrin sayının transplantiyaları gözləyən xəstələrin növbəsi tərtib edilir.

Göstərilmişdir ki, xəstə müraciət etdikdə ilkin diaqnostikası sahə həkimi və ya rayon nefroloqu icra edir. Böyrək funksiyası dəqiqləşdirildikdən sonra reyestrə göndərilir. Qeyd etmək lazımdır ki, xəstənin reyestrə göndərilməsi üçün ciddi meyarlar yoxdur. Ona görə də ilk növbədə laborator diaqnostikasının əlyətərliyi yerlərdə maddi texniki təminatdan asılır. Ona görə də hər bir terapevtə XBX diaqnozunun dəqiqləşdirilməsi üçün istənilən xəstəni reyestrə göndərilməsi tövsiyə edilir. 2-5-ci dərəcəli XBX diaqnozunun verifikasiyasından sonra xəstə reyestrə daxil edilir və aşağıdakı üzrə göndərilir:

- qeydiyyatı durmaq üçün rayon poliklinikasına;
- sahə terapevtinə;
- xroniki hemodializ və böyrək transplantasiyası şöbəsinə.

4-5-ci dərəcəli XBX olan xəstələr daim reyestrin həkimi tərəfindən müşahidə edilir ki, bu da əvəzedici böyrək terapiyası üçün təcili daxil olan xəstələrin faizini minimuma endirməyə imkan verir. Xəstələrin bir hissəsi yaşayış yeri uzaq olduğu ə ya vəziyyəti ağır olduğu üçün sərbəst şəkildə reyestrə müraciət edə bilmir. Onda “XBX olan xəstə haqqında bildiriş” işə düşür. Bu da həkim tərəfindən doldurulur və birincili reyestr mərhələsində istifadə edilir. Bu sənəd XBX olan xəstənin hərəkət etməsi üçün informasiya axınının yaradır. Kompüter proqramının xassələri informasiyanın dublet olunmasının qarşısını alır. Nəhayət reyestrə toplanan informasiya obyektiv hesabatları hazırlamağa imkan verir.

Reyestrin həkimim aşağıdakı vəzifələri vardır:

1. XBX olan xəstənin konsultativ qəbul edilməsi;
2. Kompüter üçün proqramdan istifadə etməklə xəstələrin qeydiyyatı, verilənlərin birincili emalı və məlumat bazasına köçürülməsi;
3. Şəhər, rayon və rayonlararası nefroloji kabinetlərdə XBX olan xəstələrin dispansərə götürülməsi üzrə sənədləşdirmənin hazırlanması, XBX olan xəstələrin erkən diaqnostikası və profilaktikasını təmin edən metodik işin aparılması;
4. Böyrəklərin anadangəlmə pozuntuları olan xəstələrə dispanser nəzarəti, əvəzedici böyrək terapiyası başlamazdan əvvəl arterio-venoz fistulları olan xəstələrə nəzarət üzrə göstərişlərin müəyyən edilməsi;
5. Əvəzedici böyrək terapiyasının başlanması üçün məsələnin həlli üzrə komissiyanın təşkil edilməsi;
6. Böyrək köçürülməsi üzrə əməliyyat aparılmış xəstələrə dispanser nəzarətinin aparılması.

Cədvəl

Tərtib edilən reyestr proqramı üzrə 2017, 2018-ci illər üzrə xroniki böyrək xəstəliklərinin etiologiyası

Nozologiya	2017-ci il üzrə		2018-ci il üzrə	
	Müt. r.	%	Müt. r.	%
Qlomerulyar xəstəliklər	64	41,3±3,95	30	26,1±4,09
Diabetik qlomeruloskleroz	15	9,7±2,38	23	20,0±3,73
Tubulo-interstisial xəstəliklər	37	23,9±3,43	19	16,5±3,46
Damar xəstəlikləri	19	12,3±2,64	23	20,0±3,73
Böyrək polikistoz	12	7,7±2,14	11	9,6±2,75

Böyrəklərin dəqiqləşdirilməyən xəstəlikləri	8	4,9±1,73	9	7,8±2,50
Cəmi	155	100	115	100

Cədvəldən görüldüyü kimi xəstələr arasında Qlomerulyar xəstəliklər olan xəstələr üstünlük təşkil etmişdir: 2017-ci ildə 64 (41,3±3,95), 2018-ci ildə 30 (26,1±4,09) ($p<0,02$). 2017-ci ildə tubulo-interstisial xəstəliklər 23,9% üstünlük təşkil etmişdir. Bununla yanaşı dürüst dəyişikliklər yalnız xroniki pieloneftit olan xəstələrə toxunmuşdur

Nozoloji strukturda XBX xəstəlikləri arasında şəkərli diabet liderlik edir. Birincili nozologiya da hipertonik nefrokleroz olan xəstələr arasında XBX ilkin nozologiyası birincili dəyişmişdir. Böyrək polikistozu ilə bağlı vəziyyət stabil olaraq qalmışdır.

Beləliklə, "yeni" xəstələrin strukturunda qlomerulyar xəstəliklərin əhəmiyyəti qaçılmaz dərəcədə azalır, baxmayaraq ki, 2002-ci ildə onlar hələ də birinci yerdədirlər. Qabaqcıl mövqelərdə diabetik qlomeruloskleroz (1 tip diabetə görə 9,7% -dən 20,0% -ə qədər əhəmiyyətli bir artım var, $p<0,02$) və damar xəstəlikləri (hipertonik nefropatiyanın nəticəsindədir). Lakin bu fərqlər qeyri-dürüstdür.

Fərqli yaş qruplarında XBX-in nozoloji xüsusiyyətləri akademik və praktik maraq doğurur. Yaş qrupundakı XBX xəstələrinin sayının yayılması, bir tərəfdən əsas xəstəliyin xüsusiyyətlərini əks etdirir. Eyni zamanda, bir və ya digər yaş qrupunda XBX olan xəstələrin olmaması bu kateqoriyalı xəstələrin diaqnozu və klinik müayinəsində səhvləri göstərə bilər.

Xroniki böyrək çatışmazlığının yaranması üçün əsas kimi birincili qlamerulonefrit olan xəstələrin maksimum sayı 41-50 yaş arasında baş verir (28.3%). Bu say artan yaşa paralel olaraq tədricən azalır və 71 yaşa qədər yalnız 6,1% böyrək çatışmazlığı əlamətləri ilə iştirak edir. Qeyd etmək lazımdır ki, Bakıda aparılan başqa bir tədqiqatın məlumatları demək olar ki, tamamilə üst-üstə düşür, burada 41 yaşdan 50 yaşa qədər olanlar qrupu qlomerulonefrit fonunda xroniki böyrək çatışmazlığı olan xəstələrin 27,9% -ni təşkil edir.

Bu fakt XBX-in qlomerulonefrit başlanğıcından 1,5-2 il sonra xəstələrdə orta hesabla meydana gəlidiyi fikrini bir daha təsdiqləyir. Yaşlı qruplarda xəstələrin ümumi sayının azalması xroniki hepatit fonunda xroniki böyrək çatışmazlığının kifayət qədər sürətlə irəliləməsini göstərir. Amiloidoz və CKD dərəcəli 2-5 xəstələrin sayı, yaşa paralel olaraq 30 yaşdan başlayaraq 61 yaşdan 70 yaşa qədər (37,5%) maksimuma çatır.

Diabetik qlomerulosklerozun əsasən yaşla əlaqəli xüsusiyyətləri var, bunlar əsasən diabet növü ilə müəyyən edilir. Beləliklə, diabetin ilk növü üçün CKD ilk dəfə 21 yaşında qeyd olunur. 21 yaşınadək 1-ci tip diabetin fonunda apardığımız müşahidələrdə XBX ilə faiz nisbətinin olmaması narahatlıq doğuran amildir, çünki ədəbiyyat məlumatlarına görə, 20 yaşdan aşağı bu tip diabetli xəstələrin 48% -də uremiyadan ölüm baş verir.

Güman ki, səbəb uşaq xidməti ilə qarşılıqlı əlaqə sxemlərinin qeyri-dəqiqliyindədir. 1-ci tip diabetli xəstələrin ən çox sayı 31 yaşdan 40 yaşa qədər olan qrupa düşür (44%). İkinci növ diabetdə XBX 31 yaşdan sonra özünü göstərməyə başlayır və 51 yaşdan yuxarı xəstələr təqribən bərabər sayda sahibdirlər (51-60-27,3%, 61-70-31,3% və daha yaşlı 71-22,2%).

Turbo-interstitial nefrit və hipertansif neyrosklerozu olan əsas qrup 51 yaşdan 60 yaşa qədər olan xəstələrdən (müvafiq olaraq 40,7% və 34,9%) ibarətdir. Bundan əlavə, müşahidəmizdə, xroniki pislonefrit xəstələri qrupunda 71 yaşdan yuxarı xəstələr (30,1%) liderdir, digər müəlliflərin fikrincə, bu kateqoriyanın ən çoxu 31 ilə 40 yaş arasında olur. Bu, xroniki pislonefrit üçün proqnozun çox tərəfli klinik təzahürləri nəzərə alınmaqla – tamamilə asimptomatik kursdan terminal uremiyaya qədər septik şok simptomları olan kəskin simptomlara qədər çox təmkinli şəkildə qiymətləndirilməli olduğu fikrini bir daha təsdiqləyir.

30 yaşınadək polikistik xəstəliyi olan xəstələrin əksəriyyətində və böyrəklərin funksional vəziyyəti normal olaraq qalır. Sonra böyrək funksiyası pozulmuş xəstələrin sayında ciddi artım müşahidə olunur, maksimum 51 yaşdan 60 yaşa qədər (36,5%) yaş kateqoriyasına düşür ki, bu da ədəbiyyat məlumatlarına, irəliləmə sürətinə tam uyğundur. CKD ilk növbədə autosomal dominant yetkin

polikistik xəstəliyin (PCDD) genetik variantı ilə müəyyən edilir. Ədəbiyyatlara görə, 85%-də 1 tip, yəni ECKD-nin ən sürətli inkişafı olan bir növ var, bu da müşahidələrimiz tərəfindən təsdiqlənir – 70 yaşa qədər yalnız 4,3% qeydlərə müraciət edir (onlar daha yavaş sürətlə ADPBV 2 və 3 tipləri ilə xarakterizə olunur) irəliləmə)

ESRD ilə ilk qeydə müraciət edən xəstələr qrupuna xüsusi diqqət yetirilməlidir. Ən böyük qrupu 41-50 yaş arasında əmək qabiliyyətli əhali (42,4%) təşkil edir.

İki qrupdakı yaşdan asılı olaraq CKD mərhələləri 2-5 olan xəstələrin sayının dinamikası göstərilir. Qruplar, xroniki böyrək çatışmazlığı qeydinə istinad edərək müvəqqəti olaraq qurulmuşdur. Birinci qrup xəstələr 01.01.1995-31.12.1998, ikinci xəstələr – 01.01.1999-31.12.2002 tarixlərində qeydiyyatı alındı.

Birincil qlomerulonefritdə ən əhəmiyyətli dəyişikliklər iki yaş qrupuna təsir göstərdi 5,5-16,6% arasında, yaş qrupu 21 ilə 30 yaş arasında artdı ($p < 0,0005$) və 23,6-dan 33,1% – 41 yaşdan 50 yaşa qədər olan qrup ($p < 0,05$)

Bütün yaşlı yaş qruplarında ibtidai qlomerulonefrit fonunda xroniki böyrək çatışmazlığı olan xəstələrin sayı azalmışdır. Əhəmiyyətli dəyişikliklər 61 yaşdan 71 yaşa qədər olan yaş qrupundakı xəstələrə təsir göstərdi – 23,2%-dən, sayı 13,1%-ə ($p < 0,02$) qədər azaldı. 71 yaşdan yuxarı xəstələr arasında xroniki hepatit fonunda xroniki böyrək çatışmazlığı diaqnozu 7,2%-dən 2,8%-ə enmişdir ($p < 0,05$).

Göründüyü kimi reyestrin qeydiyyatı əsasında əyani şəkildə XBX olan xəstələrin etioloji strukturunu kəmiyyət baxımından dəqiqlik təhlil etmək mümkündür ki, buda xəstələrin yeni qeydiyyat sisteminin effektivliyini göstərir.

ƏDƏBİYYAT – REFERENCES – ЛІТЕРАТУРА

1. About Chronic Kidney Disease: Guide for Patients. National Kidney Foundation. 2013–2014.
2. Ronco C., Cardiorenal syndromes: definition and classification. Contrib Nephrol., 2010; 164: 33-8
3. Agarwal R., Sinha A.D., Pappas M.K. et al. Hypertension in hemodialysis patients treated with Atenolol or Lisinopril: a randomized controlled trial // Nephrol. Dial. Trans., 2014; Vol. 29, №3: P. 483–485

4. Kolesnyk I., Noordzij M., Kolesnyk M. et al. Renal replacement therapy in Ukraine: Epidemiology and international comparisons // Clin. Kidney J., 2014; Vol. 7, №3: P. 330–335
5. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. Заместительная терапия больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2011 гг. Отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии. Часть первая. Нефрология и диализ. 2014;16(1):11-127
6. Ибрагимов А.И., Загоруйченко А.А., Акчурин М.Р., Котенко О.Н. Актуальные вопросы организации ге- модиализной помощи в Российской Федерации. Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015;(4-5):128-136
7. Lieu D., Harris I.A., Naylor J.M., Mittal R. Review article: Total hip replacement in haemodialysis or renal transplant patients. J Orthop Surg (Hong Kong). 2014;22(3):393-398. DOI: 10.1177/230949901402200325
8. Ponnusamy K.E., Jain A., Thakkar S.C., Sterling R.S., Skolasky R.L., Khanuja H.S. Inpatient Mortality and Morbidity for Dialysis-Dependent Patients Undergoing Primary Total Hip or Knee Arthroplasty. J Bone Joint Surg Am., 2015;97(16):1326-1332.

Резюме

Оптимизация изучения этиологической структуры хронической болезни почек Алмамедов Ф.Ч.

Городская клиническая больница №5, Баку, Азербайджан

Цель исследования – изучить модель территориальной регистрации пациентов с хронической почечной недостаточностью и на ее основе проанализировать этиологические характеристики пациентов. Регистр включает хроническое заболевание почек (ХБП) как единицу, которая в основном используется в смысле хронической почечной недостаточности. В исследование были включены 1407 пациентов с ХБП 2-5 степени. На основании регистра можно визуально с количественной точностью проанализировать этиологическую структуру пациентов с ХБП, наглядно демонстрирующего эффективность новой системы регистрации пациентов.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, регистр, региональная регистрация, статистика.

Summary

Optimization of the study of the etiological structure of chronic kidney disease Almamedov F.Ch.

City Clinical Hospital №5, Baku, Azerbaijan

The aim of the study was to study the model of territorial registration of patients with chronic renal failure and analyze the etiological characteristics of patients on its basis. The register includes Chronic Kidney Disease (IHD) as a unit that is mainly used in the sense of chronic renal failure. The study included 1407 patients with grade 2-5 CKD. Based on the registration of the register, the etiological structure of patients with COPD can be visually analyzed with quantitative accuracy, which shows the effectiveness of the new patient registration system.

Key words: chronic kidney disease, register, regional registration, statistics.

Redaksiyaya daxil olub: 22.06.2020

Çapa tövsiyə olunub: 11.07.2020

Rəyçi: dosent R.O.Bəylərov