

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Ташкентская медицинская академия

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

(Методические рекомендации)

Ташкент - 2009

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Ташкентская медицинская академия

«СОГЛАСОВАНО»

Начальник отдела по координации
научно – исследовательской
деятельности МЗ РУз

Даминов Б.Т.

« _____ » 2009

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник Главного Управления
Науки и учебных заведений
МЗ РУз

Атаханов Ш.Э.

« _____ » 2009

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

(Методические рекомендации)

Основное учреждение - разработчик: Ташкентская Медицинская Академия

Составители: Иногамова В.В., старший преподаватель кафедры Общей и радиационной гигиены ТМА

Рецензенты:

Рустамова Х.Е. – д.м.н., проф. каф. Общественного здоровья, организации и управления здравоохранением ТМА,

Зуфаров А.К. – д.м.н., проф., директор Нефрологического центра г. Ташкента

Методические рекомендации предназначены для врачей общей практики с целью организации и проведения работы по первичной профилактике заболеваний почек и мочевыводящих путей, а также с целью формирования групп риска при работе с населением

Рассмотрены и рекомендованы к утверждению проблемной комиссией «Гигиена и организация здравоохранения» ТМА

Протокол № от _____ 2009 года.

Рассмотрены и утверждены Ученым Советом ТМА

« _____ » _____ 2009г.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

В настоящее время в Узбекистане проводится огромная работа по совершенствованию системы оказания медицинской помощи населению республики. Наряду с реформированием системы здравоохранения и переходом на общеврачебную практику, происходит развитие также и специализированной медицинской помощи. Внедрение новых медицинских технологий, способствующих улучшению качества диагностики, лечения и профилактики некоторых форм заболеваний имеет большое значение для повышения эффективности работы различных звеньев системы здравоохранения. Тем не менее, продолжающееся повышение уровня заболеваемости населения республики обуславливает настоятельную необходимость в проведении превентивных мер профилактики различных форм заболеваний. Такова ситуация и с заболеваниями почек и мочевыводящих путей.

Во всем мире болезни почек играют все возрастающую роль в общей структуре заболеваемости и смертности населения, что обусловлено, с одной стороны, их фактическим учащением, а с другой – увеличением продолжительности жизни больных, страдающих хронической почечной недостаточностью (далее ХБП – хронические болезни почек), в связи со значительным прогрессом заместительной почечной терапии.

По данным World Health Report 2000 и Global Burden Disease (GBD) project патология почек и мочевых путей ежегодно приводит к смерти примерно 850000 человек и обеспечивает 15010167 случаев утраты трудоспособности. Они занимают 12-е место как причина смерти и 17-е – как причина утраты трудоспособности.

В Европейском Союзе ежегодные затраты на лечение хронической почечной недостаточности (ХПН) составляют 16,7 млрд. долларов и прогноз говорит о неуклонном их росте .

По данным мировой статистики, только 30% от общего числа больных почечной патологией состоят на диспансерном учете, 60% выявляются при

массовом обследовании, а 13-15% нефрологических больных обращаются к врачам уже на стадии развития ХПН.

Позднюю диагностику хронических заболеваний почек по традиции объясняют скудностью симптомов или малой их специфичностью.

В структуре общей заболеваемости населения Узбекистана болезни мочеполовой системы ежегодно входят в число 6 ведущих форм патологии.

Весьма настораживающим моментом является постепенное нарастание числа больных, состоящих на учете в нефрологических кабинетах, т.е. больных ХБП. Все это позволяет говорить о назревшей необходимости всестороннего изучения проблемы заболеваний мочеполовой системы в нашей республике.

В такой ситуации наиболее разумным представляется поиск путей и подходов как к первичной профилактике заболеваний почек и мочевыводящих путей, так и к предупреждению или отсрочке развития ХБП.

Профилактические меры должны в первую очередь касаться коррекции установленных факторов риска заболеваний почек и мочевыводящих путей, повышения квалификации врачей общей практики в области нефрологии, а также увеличения соответствующей информированности населения.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ .

Своевременная профилактика заболеваний почек и мочевыводящих путей основана на выявлении этиологических и факторов риска заболеваний. Наряду с известными со времен Р. Брайта «влажным холодом» и алкоголем, среди факторов, имеющих значение в нефрологии, по прежнему велика роль инфекции.

Увеличение количества больных с хронической почечной патологией также связывают с нарастанием заболеваемости сахарным диабетом, старением населения и, соответственно, ростом числа пациентов с повреждениями почек сосудистой природы .

Для определения наиболее значимых факторов риска возникновения и развития заболеваний почек и мочевыводящих путей нами проведен анализ медико-биологических и социально-гигиенических факторов риска данных форм заболеваний на основе изучения частоты распространённости этих факторов у больных с диагностированным заболеванием.

На начальном этапе исследований проведен анализ нефрологической заболеваемости в целом по республике, который показал, что с 2002 по 2006гг. уровень первичной нефрологической заболеваемости в республике Узбекистан вырос с 261,0 до 529,4 на 100 тыс. населения, т.е. увеличился в 2 раза. Особенно заметен рост уровня заболеваемости среди подростков 15-17 лет, у которых этот показатель за исследуемый период вырос в 2,7 раз. Необходимо также отметить, что ежегодно первичная заболеваемость нефрологическими заболеваниями у лиц женского пола в 1,8 - 2,6 раз выше, чем у мужского. В целом по Узбекистану ежегодно болезнями мочеполовой системы вновь заболевают от 38 до 55тыс. женщин, причем до 36 % из них - это лица 14-17 лет. Между тем, в республике имеет место не только рост первичной нефрологической заболеваемости, но и растет число больных женщин, состоящих на диспансерном учете, т.е. лиц, у которых заболевание перешло в хроническую форму.

Проведенные ретроспективные исследования по материалам историй болезней больных, пролеченных в течение одного года (2007 год) в Городском нефрологическом центре города Ташкента (анализу подвергнуты данные 1064 историй болезни) показали, что из общего числа пролеченных больных 64,6 % составили женщины, 35,4% - мужчины в основном узбекской национальности (82,9%). Большая часть больных (78,4%) - лица трудоспособного возраста от 20 до 60 лет. Основная часть больных проходила лечение по поводу хронических заболеваний почек: 42% - хронический пиелонефрит, 27,3% - хронический гломерулонефрит. 7,5% составили больные с мочекаменной болезнью, в 13,1% поражение почек явилось осложнением сахарного диабета. Больных с острыми формами почечных заболеваний

пролечено всего 3,7% и лишь 17,7% из них наблюдались по месту первичного обращения в лечебно - профилактические учреждения.

Необходимо отметить, что в 56% случаев в историях болезней больные не дали никаких сведений о перенесенных заболеваниях, а в 92% - нет сведений о наследственной предрасположенности.

Приведенные данные лишь отчасти позволяют сделать выводы о значимости биологических факторов риска. В частности, с высокой долей определённости можно говорить о том, что в специализированные учреждения поступают в основном лица узбекской национальности (чаще всего женщины), в трудоспособном возрасте, с хроническими заболеваниями, не наблюдавшиеся ранее в лечебно - профилактических учреждениях по месту жительства.

Анализ социально-гигиенических факторов риска по материалам историй болезни оказался невозможным, ибо в указанной документации учёт таких факторов практически не ведётся. Так, нет данных о социальном положении больных в 41% случаев, об образовании - в 83%, о профессии - в 77,6%, о бесконтрольном приёме лекарств - в 100%, о наличии вредных привычек - в 80,6% случаев.

В этой связи для оценки значимости биологических и социально – гигиенических факторов нами было проведено целевое проспективное исследование.

Объектом исследований явились больные с диагностированными заболеваниями почек и мочевыводящих путей (317 больных) и здоровые лица (107 человек). Опрос-анкетирование больных проводился в нефрологических центрах г. Ташкента в течение 2008 года. 91,5% опрошенных больных ранее прошли курс стационарного (44,8%) или амбулаторного (46,7%) лечения, тем не менее у 238 (75,1%) больных отмечались рецидивы или обострения заболеваний (1-2 раза и более). Из общего числа зарегистрированных больных 50,5% составили женщины. Основная часть больных (89%) – это лица узбекской национальности (84,5%) в возрасте от 20 до 60 лет.

В структуре нефрологических заболеваний исследованной группы больных основное место занимают пиелонефрит (38,4%) и гломерулонефрит (37,2%). Третье место занимает мочекаменная болезнь (8,8%). В остальных случаях имеют место функциональные нарушения почек как осложнение других заболеваний (в основном сахарного диабета), поликистоз почек или их системные поражения.

При выявлении факторов риска обращено внимание на значимость как медико-биологических, так и социально-гигиенических факторов. При этом, во время опроса больных акцентировали внимание на тех факторах, которые предшествовали заболеванию.

При анализе биологических факторов риска возникновения нефрологических заболеваний из общего числа исследованных больных аналогичные заболевания в семейном анамнезе отмечены в 16,7%. Более половины больных (60,2%) перенесли те или иные заболевания, причем в подавляющем большинстве это были ОРВИ или хронический тонзиллит (65,4% от общего числа перенесенных заболеваний), вирусный гепатит (18,3%) и аллергические заболевания (15,7%). При этом только 26,8% больных связывают развившееся заболевание почек с перенесенными простудными заболеваниями, что свидетельствует о недостаточном понимании больными опасности осложнений ОРВИ.

При анализе социально – гигиенических факторов риска возникновения и развития данной патологии из общего числа исследованных больных 56 человек (17,7%) являлись инвалидами 1,2,3 группы по причине ХБП. Из числа остальных опрошенных почти равное количество (20-21%) составили рабочие, служащие и домохозяйки, в 2 раза меньше (10,0%) - лиц, занятых в сельском хозяйстве; 7,2% - пенсионеры, 4,1%-студенты. Третья часть опрошенных больных (32,8%) проживала в многодетных семьях с числом членов семьи более 5 человек, в остальных случаях число членов семьи составило 3-5 человек.

Половина исследованных больных (50,1%) - это лица со средним образованием (школьное образование), тогда как другая половина имеет высшее, незаконченное высшее или среднее специальное образование. При этом лиц с высшим и незаконченным высшим образованием в 1,4 раза больше, чем со средним специальным образованием(соответственно 28,7 и 20,5%).

Более половины опрошенных больных (60,9%) затруднились ответить, что, по их мнению, могло спровоцировать у них нефрологическое заболевание, а из числа остальных опрошенных только 23,4% связывают своё заболевание с влиянием неблагоприятных условий среды обитания (условия труда-40%, жилищно-бытовые условия - 18,5%, нерациональное питание - 0,9%). Однако более детальное ознакомление с характером среды обитания больных позволяет говорить о более существенной значимости факторов этой среды в возникновении основного заболевания. Так, практически все работающие больные указали, что они подвержены влиянию тех или иных негативных факторов. В их числе в 42,9% названы стрессовые ситуации, в 25,3%-воздействие шума и вибрации, в 20,5%-запыленность воздуха, в 11,2%-воздействие химических веществ.

Большая часть опрошенных больных проживала в квартирах многоэтажных домов (56,4%) или в частных домах (31,9%), построенных из кирпича (38,6%) и железобетона (58,6%); 6,3% больных проживали в глинобитных домах. Практически все жилища отапливаются, однако лишь 19,8% больных отмечают, что зимой в квартире тепло, остальные в лучшем случае считают «нормально» или «холодно» и «сыро». В летнее время года 24% больных отмечают возможность перегрева в жилище. Водопровод есть практически во всех жилищах (99,4%) больных, тогда как горячей водой обеспечено 90,5% жилищ.

При указанных характеристиках жилья ни в одном случае не выявлено неудовлетворительной оценки своего жилья самими больными, несмотря даже на то, что 18,5% больных считают неблагоприятные жилищно-бытовые

условия причиной своего заболевания. Это свидетельствует о недооценке больными значимости среды обитания для возникновения заболевания.

Следует заметить, что если с перенесенными простудными заболеваниями связывают свое основное заболевание 26,8% больных, то с влиянием социально-гигиенических факторов - только 11,9% больных, а 60,9% опрошенных вообще затруднились связать с чем-либо свою болезнь. При этом значительная часть больных (31%) отмечали бесконтрольный прием лекарств. Данное обстоятельство говорит об очень низком уровне санитарной грамотности населения и пренебрежении мерами первичной и вторичной профилактики заболеваний почек и мочевыводящих путей. Между тем анализ значимости социально-гигиенических факторов свидетельствуют, что многие факторы могут рассматриваться в качестве факторов риска нефропатологии. Так, более высок риск заболевания у пенсионеров, домохозяек, рабочих. Чем выше уровень образования, тем меньше шансов возникновения заболеваний, так как основная часть больных - это лица лишь со средним школьным образованием. Среди вредных факторов окружающей среды факторами риска явились загрязнение воздуха химическими веществами и пылью. Показательно, что 35% больных в основной группе вообще не придают значение этому фактору (контроль - 7,7%), т.е. пренебрежение к действию вредных факторов - это еще один фактор риска нефрологических заболеваний. Фактором риска является также проживание в неблагоприятных условиях, в частности, многоэтажных домах, изготовленных из железобетонных конструкций, в общежитии. Важнейшим фактором риска являются неблагоприятные микроклиматические условия жилища: отсутствие отопления, сырость и низкая температура зимой, повышенная температура летом. Гигиеническим фактором риска является также отсутствие в жилищах горячего водоснабжения. При этом следует отметить, что ни один из опрошенных ни в основной, ни в контрольной группе не дал неудовлетворительной оценки собственного жилища, хотя лишь 17% лиц основной группы (контроль - 46,5%) оценили бытовые условия как хорошие.

У 82,9% больных ответ о качестве жилища был неопределенным («условия средние»), что еще раз указывает на недооценку значимости гигиенических факторов для возникновения нефропатологии. Это положение относится и к вопросам, касающимся факторов питания. 41,3% больных не смогли дать характеристику качества своего питания (контроль – 7,7%), но вместе с тем 46,7% больных (контроль 20,5%) злоупотребляют острой и соленой пищей. Фактором риска оказалось потребление большого количества белковых продуктов (46,6%), употребление соленой пищи (47,0%), а также смешанное питание с включением острых и соленых блюд (91,1%).

Из общего числа опрошенных больных 76 человек (24%) подвержены таким вредным привычкам, как курение (18,6%) и злоупотребление алкоголем (5,4%), однако сами больные не считают, что эти привычки могут быть факторами, провоцирующими нефрологическое заболевание и в 76% случаев отказались ответить на заданный вопрос.

2. ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ.

Выработка мер по раннему выявлению нефропатологии, а также разработка мероприятий по первичной и вторичной профилактике нефрологических заболеваний сегодня актуальна как никогда. В республике проводится много исследований в области нефрологии, но работ, связанных с изучением факторов риска возникновения и развития заболеваний, нет.

Профилактика нефрологических заболеваний представляет собой очень сложную задачу, т.к. поздняя диагностика заболеваний почек объясняется скудностью симптомов и малой их специфичностью. В связи с этим воздействие на факторы риска возникновения и развития данной патологии и прогнозирование ее способствовало бы значительному снижению уровня нефрологических заболеваний.

С целью прогнозирования вероятности возникновения заболеваний почек и мочевыводящих путей нами проведены расчеты по каждой группе исследованных медико- биологических и социально-гигиенических факторов риска для основной группы (больные) и группы сравнения (здоровые лица). Расчеты проведены с использованием метода отношений правдоподобия(Шиган Е.Н.,1977г.) Оценка значимости факторов риска представлена в табл.1.

Таблица 1.

Вероятность возникновения нефропатологий с учетом биологических и социально – гигиенических факторов риска

Фактор	Градация фактора	Вероятность фактора		P		Коэффициент отношения правдоподобия (КОП) P1/P2
		Основная группа n=317	Группа контроля n=117	P1 основ.гр.	P2 группа контроля	
Возраст	до 20	2	1	0,006	0,06	0,1
	20-29	71	30	0,22	0,25	0,9
	30-39	84	37	0,26	0,31	0,8
	40-49	69	35	0,22	0,30	0,7
	50-59	58	8	0,18	0,07	2,6
	>60	33	0	0,1	0	
Пол	муж	157	58	0,49	0,49	1,0
	жен	160	59	0,5	0,50	1,0
национальность	узб	268	90	0,84	0,77	1,02
	рус	17	14	0,05	0,11	0,63
	другие	32	13	0,1	0,11	0,77
наследственная предрасположенность	есть	53	7	0,17	0,05	2,8
	нет	264	110	0,83	0,94	0,88
перенесенные заболевания	ОРВИ	144	40	0,45	0,34	1,32
	тонзиллит					
	гепатит	35	12	0,11	0,10	1,0
	аллергические реакции	30	1	0,09	0,0099	9,09
	данных нет	108	64			
Социальное положение	служащие	64	36	0,2	0,31	0,65
	рабочие	66	12	0,21	0,1	2,1

	рабочие с/х	32	5	0,1	0,05	2,00
	домохозяйки	60	7	0,19	0,06	3,17
	пенсионеры	23	5	0,07	0,04	1,75
	студенты	13	52	0,04	0,44	0,1
	прочие	59		0,19		
Образование	высшее	74	42	0,23	0,36	0,64
	<u>незаконченное</u>					
	<u>высшее</u>	<u>17</u>	<u>45</u>	<u>0,05</u>	<u>0,38</u>	<u>0,13</u>
	среднее	159	16	0,5	0,14	3,57
	<u>среднее</u>					
	<u>специальное</u>	<u>65</u>	<u>14</u>	<u>0,21</u>	<u>0,12</u>	<u>1,75</u>
	неполное					
	среднее	2	0	0,006	0	
Число членов в семье	до 5 человек	213	77	0,67	0,66	1,02
	5 человек и более	104	40	0,33	0,34	0,92
Воздействие вредных факторов	стрессы	88	64	0,28	0,54	0,51
	химич.в-ва	23	4	0,07	0,04	1,75
	шум, вибрация	52	29	0,16	0,25	0,64
	<u>запыленность</u>					
	<u>воздуха</u>	<u>42</u>	<u>11</u>	<u>0,13</u>	<u>0,09</u>	<u>1,40</u>
	нет данных	112	9	0,35	0,09	3,89
Жилищно-бытовые условия	квартира в многоэтажке	182	43	0,57	0,42	1,36
	частный дом	101	59	0,32	0,53	0,62
	общежитие	7	2	0,022	0,02	2,20
	сьемн.квартира	5	13	0,02	0,11	0,2
Микроклимат жилища зимой	отопление есть	309	116	0,97	0,99	0,98
	отопления нет	8	1	0,02	0,01	2,00
	холодно	24	6	0,08	0,06	1,33
	сыро	16	3	0,05	0,03	1,67
	тепло	63	49	0,2	0,41	0,49
Микроклимат жилища летом	жарко	49	14	0,15	0,12	1,25
	тепло	27	19	0,08	0,19	0,42
	нет данных	241	84			
Водопровод в жилище	есть	315	116	0,99	0,99	1,00
	нет	2	1	0,01	0,01	1,00
Горячая вода	есть	287	115	0,9	0,98	0,92

	нет	30	2	0,09	0,02	4,50
Использованные стройматериалы	кирпич	111	68	0,59	0,58	1,02
	железо-бетон	186	38	0,35	0,33	1,06
	глина+дерево	20	11	0,06	0,09	0,67
Предпочтения в питании	<u>острая, соленая</u> <u>пища</u> особых предпочтений	<u>148</u>	<u>24</u>	<u>0,47</u>	<u>0,24</u>	<u>1,96</u>
	нет	169	93	0,53	0,79	0,67
Характер питания	<u>преобладание</u> <u>белковых</u> <u>продуктов</u>	<u>11</u>	<u>2</u>	<u>0,03</u>	<u>0,02</u>	<u>1,50</u>
	преимуществен но молочные продукты	13	13	0,04	0,13	0,31
	<u>преимуществен</u> <u>но растительн.</u> <u>продукты</u>	<u>10</u>	<u>9</u>	<u>0,03</u>	<u>0,09</u>	<u>0,33</u>
	смешанное	283	93	0,89	0,79	1,1
Субъективная оценка питания	рациональное	38	58	0,12	0,49	0,24
	нерациональное	148	50	0,45	0,5	0,90
	затруднились ответить	131	9	0,41	0,09	4,56
Вредные привычки	курение	59	30	0,19	0,26	0,73
	злоупотреблени е алкоголем	17	9	0,05	0,08	0,62
	нет данных	241	78			

На основе полученных КОП определены величины минимального и максимального риска возникновения заболеваний почек и мочевыводящих путей, которые составили: минимальный риск – 10,6, максимальный риск – 38,3. Указанный общий диапазон риска позволил установить диапазоны риска для формирования групп риска (табл. 2)

Таблица 2.

Прогностическая таблица для формирования групп риска заболеваний почек и мочевыводящих путей.

Степень риска	Диапазон риска	Группа риска
Риск минимальный	10,6 – 18,9	Прогноз благоприятный
Риск средний	19,0 – 27,2	Внимание !!!
Риск максимальный	27,3 – 38,3	Прогноз неблагоприятный

При использовании прогностических таблиц врач должен собрать тщательный анамнез с целью выявления наличия у больного приведенных в таблице 1. медико – биологических и социально – гигиенических факторов риска. В ходе беседы с больным врач, пользуясь таблицей 1 выписывает величины КОП, соответствующие той или иной градации факторов, выявленной у больного. Затем проводится суммирование всех величин КОП и по табл.2 осуществляется прогнозирование вероятности возникновения нефропатологии у больного.

Пример использования прогностических таблиц:

Больной К., мужчина, узбек, 45 лет, образование высшее, бухгалтер, диагноз – острое респираторное заболевание. В семье 6 человек, один из членов семьи (брат) болен хроническим гломерулонефритом; больной подвержен стрессам, проживает в частном кирпичном доме, с благоприятным микроклиматом как летом, так и зимой, водопровод в доме есть, но нет горячей воды, любит острую, соленую пищу с преобладанием белковых продуктов, курит.

При указанных характеристиках риск возникновения болезней почек и мочевыводящих путей у больного составит:

$$R = 1,32 + 1 + 1,02 + 0,7 + 0,64 + 0,65 + 0,92 + 2,8 + 0,51 + 0,62 + 1,02 + 0,42 + 0,49 + 1 + 4,5 + 1,96 + 1,5 = 21,07$$

Вывод: риск возникновения патологии почек и мочевыводящих путей средний, больной должен быть отнесен к группе риска, требующей наблюдения врача.