

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

**Ə.ƏLİYEV adına AZƏRBAYCAN DÖVLƏT HƏKİMLƏRİ
TƏKMİLLƏŞDİRMƏ İNSTİTUTU**

Əlyazma hüququnda

ŞADOĞLAN MƏNSUR OĞLU CABBAROV

**XRONİKİ BÖYRƏK ÇATMAMAZLIĞININ
PROQRESSİVLƏŞMƏSİNİN ORTA MÜDDƏTİ, RİSK AMİLLƏRİ
VƏ PREDİKTORLARININ XƏSTƏLƏRİN MÜŞAHİDƏSİNİN
TƏKMİLLƏŞDİRİLMƏSİNDƏ ROLU**

3212.01. – Səhiyyə və onun təşkili

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru alimlik dərəcəsinə iddialı
dissertasiya işinin

A V T O R E F E R A T I

BAKİ – 2016

Dissertasiya işi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunda yerinə yetirilib.

Elmi rəhbər:

Tibb üzrə elmlər doktoru

Sərdarlı F.Z.

Elmi məsləhətçi

Tibb üzrə elmlər doktoru

İbrahimli H.İ.

Rəsmi opponətlər:

Tibb üzrə elmlər doktoru

Əhmədov A.Ə.

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru

Hüseynova Ş.S.

Aparıcı təşkilat – Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin V. Axundov adına Milli Elmi-Tədqiqat Tibbi Profilaktika İnstitutu (Elmi tədqiqatların əlaqələndirilməsi və səhiyyənin təşkili şöbəsi)

Müdafiə “__25__” 11_____2016-cı il saat _____da Azərbaycan Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun nəzdində FD.03.041 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: **AZ 1012, Bakı ş. Tbilisi pr. 3165**

Dissertasiya işi ilə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat “_____” “_____” 2016-cı ildə göndərilmişdir.

FD 03.041 Dissertasiya
Şurasının elmi katibi, t.ü.f.d.

F.Ə. Əliyev

GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı. Tibbi-sosial ağırlığına görə cəmiyyətin çətin həll olunan problemlərindən biri xroniki böyrək çatmamazlığı (XBC) ilə bağlıdır [Malliek N.P., De Caestecker M.P., 1996.; Molzalm M., 1996; Мухаметзянов И.Ш., 2001; Cavadzadə M.C., Həmidov İ.M., Babayev F.H., 2007]. Xəstəlik bütün yaşlarda insanların həyatı üçün təhlükə yaratsa da daha ağır sosial və iqtisadi nəticələr onun gənc yaşlarda yaranmasıdır. Xəstəliyin tibbi-sosial ağırlığı onun terminal mərhələyə keçidi ilə bağlı həddən artıq çoxalır. Terminal XBC-nin zəngin klinik təzahürü və tibbi yardımın əvəz olunan azlığı xəstələrin müraciətini zəruriləşdirir və onun yayılması barədə əksər ölkələrdə müfəssəl məlumatlar mövcuddur [Molzalm M., 1996; Mignon F., Michel C., Viron B., 1998; Mani M., 1999; Низамов И.Г., Мухаметзянов И.Ш., 2000]. Amerika Birləşmiş Ştatlarında terminal XBC-nin tezliyi əhalinin müxtəlif yaş qruplarında 9,4-1420,8 (bir milyon nəfərə görə) arasında olduğu halda Rusiyada xəstəliyin qeydiyyatı tam olmadığına görə 1 milyon əhaliyə 15,8 dializə cəlb olunmuş xəstə düşür. Xəstəliyin terminal fazaya keçidinin zəngin əlamətlərinə baxmayaraq əsas prediktoru kimi qanda kreatinin səviyyəsi, onun klirensi və yumaqçıq filtrasiyasının sürəti istifadə olunur. Amerika alimləri göstərir ki, qanda kreatinin miqdarının normadan çoxluğu bir dəfə təsdiq olunmuş pasiyentlərin sayı 9,1 milyon təşkil edir. Bu xəstələrin ilkin müayinədən sonra 90 gün ərzində mütəmadi müşahidəsi ilə 4,2 milyon pasiyentdə kreatinin normadan çoxluğu 2 və çox analizlə sübut olunmuşdur. Bunları nəzərə alaraq hesab edilir ki, XBC-nin əhali arasında yayılması 0,4-7,1%-ə ekvivalentdir. Qeyd olunan səviyyənin dəqiqliyi sübut olunmasa da problemin miqyası barədə obyektiv məlumatı əks etdirir.

Terminal XBC-nin müasir müalicəsi əvəzedici terapiyadan və böyrək transplantasiyasından ibarətdir. Hər iki variantda müalicə böyük vəsait tələb edir, əhalinin böyük əksəriyyəti üçün əlçatmazdır və yüksək effektivliyə də malik deyildir. Belə ki, proqram dializində olan xəstələrin letallığı 6,6-21,7% arasında olub yüksək səviyyədədir. Dializdə xəstələrin 5 illik sağqalma göstəricisi Avropada 75,9%, Yaponiyada 60,1%, ABŞ-da 31,9% təşkil etmişdir [Lachmanova J., Nemecek K., 1993; Низамов И.Г., Мухаметзянов И.Ш., 2000; Locatelli F., Pontoriero G., Del Vecchio L., Conte F., 2000; Wizemann V. 2000]. Azərbaycanda Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanasının hemodializ şöbəsinin məlumatlarına görə xəstələrin 5 illik sağqalması 44,8% olmuşdur [Гусейнова Ш.С., 2010]. Qeyd olunanlar

obyektiv olaraq göstərir ki, XBC-nin tibbi-sosial ağırlığının azaldılmasının perspektiv yollarından biri xəstəliyin progressivləşməsini ləngitmək, xəstələrin preterminal ömrünü uzatmaqdır. Bu aspektdə elmi araşdırmalar az olsa da bir sıra amillərin XBC-nin progressivləşməsinə təsiri göstərilmişdir [Johnston C.J., 2001; Кошель Л.В., 2005]. Arterial hipertenziyanın, şəkərli diabetin, hiperlipidemiyanın, piylənmənin, siqaret çəkmənin, aşağı sidik yolları infeksiyalarının, autoimmun xəstəliklərin, irsi meyilliliyin, qeyri-steroid preparatlarının və ahıl yaşın XBC-nin progressivləşməsi barədə ədəbiyyatda ehtimallar mövcuddur. Amma sübutlu dəlillərə əsaslanan risk amilləri və onların rolu tam və dəqiqliklə araşdırılmamışdır. Bunları nəzərə alaraq XBC-nin Azərbaycan populyasiyasında progressivləşməsinin öyrənilməsi aktual məsələdir.

Tədqiqatın məqsədi: XBC-nin progressivləşmə müddətinin və ona təsir edən amillərin rolunun qiymətləndirilməsinin nəticələrinə görə xəstəliyin preterminal dövrünün uzanmasına yönəlmiş tibbi- təşkilati tədbirlərin əsaslandırılması.

Tədqiqatda həlli planlaşdırılmış məsələlər:

- Xroniki böyrək çatmamazlığının preterminal dövründə xəstələrin sosial-gigiyenik səciyyələrinin öyrənilməsi;
- XBC-nin progressivləşməsinin yaş və cinsdən asılı riskini qiymətləndirmək;
- XBC-nin progressivləşməsi müddətinin kompleks səciyyələrini və ona təsir edən amillərin (prediktorların) rolunu müəyyənləşdirmək;
- XBC-nin progressivləşməsini ləngidən tibbi-təşkilati tədbirləri əsaslandırmaq.

Tədqiqatın elmi yeniliyi və nəzəri əhəmiyyəti.

Tədqiqatın elmi yeniliyi və nəzəri əhəmiyyəti ondadır ki, ilk dəfə:

- XBC-nin progressivləşmə müddətinin retrospektiv qiymətləndirilməsinin metodoloji əsasları işlənmiş və müasir səciyyələri (XBÇTMQM və XBÇTMQS) alınmışdır;
- XBC-nin progressivləşməsinin prediktorları aşkar edilmiş və onların XBÇTMQM-ə təsiri aşkar edilmişdir;
- Terminal XBC-nin pasiyentlərin yaşı və cinsindən asılı nisbi yayılma riskinin qiymətləndirilməsi metodoloji əsaslandırılmış və yüksək risk qrupları aşkar edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələrinin praktik əhəmiyyəti ondadır ki, ilk dəfə XBC-nin progressivləşmə müddətinin tibbi yardımın keyfiyyət meyarı kimi istifadəsi əsaslandırılmış və onun səhiyyədə tətbiqi göstərilmişdir. Yaşla bağlı terminal XBC riski və XBC-nin progressivləşmə prediktorları praktik həkimlər üçün xəstələrin müşahidə proqramını dəqiqləşdirməyə, tezliyini müəyyən etməyə imkan verir. Bu nəticələr həm fərdi həkim fəaliyyətində, həm də səhiyyə sisteminin təşkilində meyar kimi istifadə oluna bilər.

Dissertasiyanın müdafiəyə təqdim olunan əsas müddələri:

- XBC-nin progressivləşməsi uzunmüddətli xroniki proses kimi xüsusi prediktorlarla korreksiya oluna bilər;
- XBC-nin progressivləşmə müddətinin hesablanması üçün moment metodunun tətbiqi daha tam məlumat bazası yaratmağa imkan verir;
- Terminal XBC-nin yaş və cinslə bağlı nisbi riskinin qiymətləndirilməsi xüsusi yanaşma tələb edir və onun risk qruplarını formalaşdırmaq üçün istifadəsi mümkündür;
- XBC-nin progressivləşmə prediktorlarının həssaslığı, spesifikasiyi və proqnostik əhəmiyyəti yüksəkdir.

İşin aprobasiyası. Tədqiqatın əsas nəticələri və müddələri Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun elmi şuralarında, Ə.Əliyevin yubileyinə həsr olunmuş ümumrespublika konfransında məruzə edilmişdir. İşin ilkin müzakirəsi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun kafedralarası (Sosial gigiyena və səhiyyənin təşkili, Gigiyena, Əczaçılıq, METL) konfransında aparılmış və müdafiəyə tövsiyə olunmuşdur (04.07.2016, prot.№7). İxtisaslaşmış müdafiə şurasının aprobasiya seminarında müzakirə aparılmış və müdafiəyə tövsiyə edilmişdir (14.09.2016, prot.№4).

Nəşr olunmuş əsərlər. Dissertasiya işinin nəticələri və əsas müddələri 8 elmi məqalədə, o cümlədən 6 jurnal məqaləsində (ikisi xaricdə) verilmişdir. İkisi isə Ə.Əliyevin 115 illik yubileyinə və T.Əliyevin 90 illik yubileyinə həsr edilmiş elmi konfransın məcmuəsində nəşr edilmişdir.

Dissertasiyanın strukturu və həcmi. Dissertasiya girişdən, 5 fəsildən, nəticə, praktik tövsiyə və ədəbiyyat siyahısından təşkil olunmuşdur. I-fəsil ədəbiyyat icmalına, II-fəsil material və metodlara, III-V fəsilərlə şəxsi nəticələrin şərhinə həsr olunmuşdur. Dissertasiya 147 səhifədə kompüterdə yığılmış, 17 cədvəl və 15 qrafiklərlə zənginləşdirilmişdir. Ədəbiyyat

siyahısı 151 mənbəni əhatə edir (onlardan 3 azərbaycan dilində, 34 rus dilində, 116 ingilis dilində)

TƏDQIQATIN MATERIALLARI VƏ METODLARI

Tədqiqatın məqsəd və vəzifələrinə müvafiq müşahidə vahidi kimi terminal XBC – diaqnozu ilə ilk dəfə təsdiq olunmuş pasiyent götürülmüşdür.

XBC-nin progressivləşməsini səciyyələndirmək üçün Kaplan Meyer metodunun tərəfimizdən modifikasiya olunmuş variantı istifadə olunmuşdur.

Qeyd olunan metodikadan istifadə edərək, XBÇTMQM-in və XBÇTMQQ-nin səviyyələri xəstələrin yaş, cins, XBÇ-nin nozoloji səbəbləri və digər sosial-gigiyenik səciyyələrinə görə yarımqrupları üzrə hesablanmış, onların müqayisəsi Styudentin meyarı ilə qiymətləndirilmiş, fərqi dürüstlüyü sübut olunanda həmin amillərin XBÇ-nin progressivləşməsində rolu olduğu əsaslandırılmışdır.

XBC-ni assosiasiya edən yanaşı xəstəliklərə əsasən komorbidlik əmsalları Charlson M. və həmmüəllifləri tərəfindən tövsiyə olunmuş metodikaya müvafiq hesablanmışdır.

XBC-nin terminal durumu həm də pasiyentdə psixofizioloji dəyişikliklərin dərinləşməsi ilə assosiasiya olunur. Xəstələrin psixofizioloji durumunu qiymətləndirmək üçün sadə və asanlıqla interpretasiya olunan Spilberq testi və Yampolskinin psixodiaqnostik testi istifadə olunmuşdur.

XRONİKİ BÖYRƏK ÇATIŞMAMAZLIĞININ TERMİNAL STADİYASININ BAŞLANĞICINDA PASİYENTLƏRİN SOSIAL – GİGİYENİK SƏCİYYƏLƏRİ

Son beş ildə (2006-2010) 153 xəstədə XBÇ-nin terminal stadiyasının başlanğıcı (yumaqcıq filtrasiyasının sürəti <15ml/dəq), 142 xəstədə isə ağır formalı XBÇ (yumaqcıq filtrasiyasının sürəti 15 – 30ml/dəq) diaqnozu müəyyən edilmişdir.

XBC-nin terminal mərhələyə keçidi anında xəstələrin yaşa görə bölgüsündə payı ən çox olan 50-54 yaş intervalıdır: xəstələrin $17,6 \pm 3,3\%$ -i (95% etibarlıq intervalı: 11,2-24,0%) bu yaş intervalında olmuşdur. 40-44, 45-49, 55-59, 60-64, 65-69, 70 və yuxarı yaşlarda olan pasiyentlərin xüsusi çəkisi (müvafiq olaraq: 9,9; 9,9; 14,1; 8,5; 9,2 və 7,0%) bir-birinə çox yaxındır və bir-birindən dürüst statistik fərqlənmir. Digər yaş qruplarında

olan pasiyentlərin xüsusi çəkisi nisbətən azdır, ən kiçik səviyyəli göstərici 20-24 yaş intervalına təsadüf edir (2,1%).

XBÇ-nin ilkin nozoloji səbəbləri arasında əsas yerləri müvafiq olaraq xroniki qlomerulonefrit ($36,6 \pm 3,9\%$), şəkərli diabet ($31,4 \pm 3,8\%$), xroniki pielonefrit ($17,0 \pm 3,0\%$) tuturlar. Digər (böyrəklərin polikistozu, hipertonik nefroskleroz və sair) səbəblərlə bağlı XBÇ-nin xüsusi çəkisi nisbətən az olmuşdur ($15,0 \pm 2,9\%$).

XBÇ-nin terminal mərhələsinə keçid anında onun ilkin səbəblərindən asılı pasiyentlərin yaş tərkibi bir-birindən kəskin fərqlənir. Bütün XBÇ hadisələrinin terminal mərhələyə keçidinin yaşla bağlı riskinin səviyyəsi 0,13 ilə (19 və aşağı yaşlarda) 4,25 (65-69 yaş intervalı) arasında dəyişmişdir. Göstəricinin yaşdan asılı dinamikasına görə 4 qrup səciyyə ayırd etmək olur:

- riskin çox aşağı səviyyəsi (0,13-0,22) 24 yaşa qədər;
- riskin aşağı səviyyəsi (0,65-0,96) 25-39 yaş intervalllarında;
- riskin yüksək səviyyəsi (1,35-1,56) 40-49, 70 və yuxarı yaşlarda;
- riskin çox yüksək səviyyəsi (3,03-4,25) 50-69 yaşlarda.

XBÇ-nin əsas səbəblərindən asılı terminal mərhələyə keçidin yaş riski fərqlənir. İlk növbədə fərq riskin dəyişmə intervalı ilə diqqəti cəlb edir. Belə ki, xroniki qlomerulonefritlə bağlı XBÇ-nin terminal mərhələyə keçidinin yaş riski 0,22-3,38 intervalında tərəddüd etdiyi halda bu göstərici xroniki pielonefritlə bağlı XBÇ-lərdə 0-5,75, diabetik nefropatiyalarda isə 0-9,78 intervalında dəyişmişdir. XBÇ-nin əsas səbəbindən asılı terminal mərhələyə keçidin nisbi riskinin maksimal səviyyəsinin təsadüf etdiyi yaş intervalı da dəyişir: bu göstəricinin maksimal səviyyəsi xroniki qlomerulonefritlərdə 50-54 (3,38) yaşlarda, xroniki pielonefritlərdə 60-69 (5,75) yaşlarda, dia-betik nefropatiyalarda 55-59 yaşda qeydə alınmışdır.

XBÇ-nin əsas səbəblərindən asılı xəstəliyin terminal mərhələyə keçidinin nisbi riskinin maksimal səviyyəsi də dəyişir: xroniki qlomerulonefritlərdə-3,38; xroniki pielonefritlərdə-5,75 və diabetik nefropatiyada – 9,78.

Xroniki böyrək çatmamazlığının terminal mərhələyə keçidində pasiyentlər arasında qadın və kişilərin xüsusi çəkisi bir-birindən statistiki fərqlənir ($36,7 \pm 3,9$ və $63,3 \pm 3,9\%$; $P < 0,01$). Qadın və kişi xəstələrin yaş tərkibində də müəyyən fərq izlənilir.

Pasiyentlərin orta yaşu XBÇ-nin səbəbindən asılı fərqlidir: $42,3 \pm 0,46$ xroniki qlomerulonefrit, $50,6 \pm 0,42$ xroniki pielonefrit, $56,2 \pm 0,25$ diabetik

nefroskleroz, $45,4 \pm 0,80$ böyrəklərin polikistozu, $55,6 \pm 0,87$ hipertonik nefrosklerozla bağlı XBC-da. XBC-nin ilkin səbəbindən asılı terminal mərhələyə keçidin ən çox müşahidə olunduğu yaş (yaş göstəricisinin modası) bir-birindən daha kəskin fərqlənir: 34,0 xroniki qlomerulonefriddə, 67,5 xroniki pielonefriddə, 56,0 diabetik nefrosklerozda, 36,0 böyrəklərin polikistozunda və 66,0 hipertonik nefrosklerozda.

XBC-nin terminal fazaya keçidində xəstələrin orta yaşı nozoloji səbəbdən asılı bir-birindən statistik dürüst fərqlənir. Terminal XBC – nin yarandığı ən kiçik yaş həddi xroniki qlomerulonefrit (14) və pielonefrit (15) ilə bağlı hallarda bir-birinə yaxın olmuşdur. Hipertonik nefrosklerozda terminal XBC-nin formalaşdığı yaş 39 təşkil edərək digər xəstəliklərin müvafiq göstəricilərindən yüksək olmuşdur. Terminal XBC-nin formalaşdığı maksimal yaş həddi ən yüksək xroniki qlomerulonefriddə, ən kiçik böyrəklərin polikistozunda qeydə alınmışdır. XBC-nin ilkin səbəbindən asılı terminal stadiyanın formalaşdığı yaşın medianası da bir-birindən kəskin fərqlənir.

XBC-nin progressivləşmə intensivliyi xəstədə olan yanaşı xəstəliklərin nozoloji formalarından asılı dəyişə bilər. Məlumatlarımıza görə xəstələrin böyük əksəriyyətində arterial hipertenziya qeydə alınmışdır ($91,5 \pm 2,25\%$). Arterial hipertenziya xəstələrdə aşkar edilmiş patologiyalar arasında 41,4% paya malikdir. Arterial hiperterziyanın tezliyinin etibarlıq intervalı 87,0 – 96,0% təşkil etmişdir. Stenekordiya $11,8 \pm 2,6\%$ xəstələrdə qeydə alınmışdır. Xəstələrin $7,8 \pm 2,16\%$ -nin anamnezində əvvəllər keçirilmiş infarkt göstərilmişdir. Xroniki ürək çatışmamazlığı hər üçdən bir xəstədə aşkar edilmişdir ($32,7 \pm 3,79\%$). Serebrovaskulyar xəstələrin tezliyi nisbətən azalmışdır ($5,2 \pm 2,33\%$). Mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinin ($7,2 \pm 2,09\%$), qaraciyər sirrozunun ($1,3 \pm 0,91\%$), bronxial astma ($3,3 \pm 1,44\%$), xroniki bronxitin ($5,2 \pm 2,33\%$), ağciyərlərin digər xroniki xəstələrin ($4,6 \pm 1,69\%$) tezliyi nisbətən çox olmamışdır. Ümumən bir XBC-i olan pasiyentdə əsas xəstəlik və onun fəsadlarından əlavə 2,2 yanaşı xəstəlik qeydə alınmışdır. Bundan əlavə xəstələrin hamısında dişlərin kariyesi, 50,3%-də paradont xəstəlikləri də aşkar edilmişdir.

Pasiyentlərin 2%-i üçün XBC-in terminal fazaya qədər müddəti 102,5 ay təşkil etmişdir. Bu göstərici 5,3; 7,8; 11,5; 17,2; 18,8% və sair pasiyentlər üçün müvafiq olaraq 112,5; 122,5; 132,5; 142,5 və 152,5 ay olmuşdur.

Terminal XBC-yə qədər keçən müddət 102,5-242,5 ay (8,54-20,21 il) intervalında tərəddüd edir. Pasiyentlərin 22,8%-i 122,5 ay, 50,9%-i 152,5

ay, 75,7%-i 132,5 ay müddətində kompensasiya olunmuş durumda qalırlar. Orta hesabla terminal XBC-yə qədər keçən müddət 162,76 ay (13,56 il) təşkil edir. Bu göstəricinin səviyyəsi müvafiq olaraq təşkil etmişdir: 149,46 ay (12,45 il) xroniki qlomerulonefriddə, 153,75 ay (12,81 il) diabetik nefrosklerozda, 186,73 ay (15,56 il) xroniki pielonefriddə, 175,32 ay (14,61 il) digər xəstəliklərdə (əsasən böyrəklərin polipozu, hipertonik nefroskleroz və sair).

Göründüyü kimi nisbətən uzunmüddətli terminal fazaya qədər XBC xroniki pielonefrit və digər səbəblərlə bağlı müşahidə olunur, əksinə nisbətən qısa müddətli terminal fazaya qədər XBC xroniki qlomerulonefrit və diabetik nefrosklerozla bağlı olmuşdur. Göstəricinin səciyyəsinə görə xroniki qlomerulonefrit və diabetik nefroskleroz yalnız 122,5 aya qədər davam edən XBC müşahidə olunan pasiyentlərin xüsusi çəkisinə görə ciddi fərqlənmişdir (müvafiq olaraq $64,8 \pm 6,38$ və $74,8$ %).

Xəstələrin tibbi yardımıla təminatını planlaşdırmaq üçün onların klinik-laborator və tibbi təşkilatı səciyyələndirən göstəriciləri qiymətləndirmək vacibdir.

Məlum olmuşdur ki, xəstələr mütəmadi hospitallaşdırılmır və stasionar müayinəsi və müşahidəsi ilə təmin olunurlar. Belə ki, xəstələrin böyük qismi XBC-nin preterminal dövrün axırını il ərzində stasionar yardımı almamışdır (48,4%). Xəstələrin $5,3 \pm 1,8$ % - i preterminal dövrün axırını 2 ilində hospitallaşdırılmayıb. XBC – nin preterminal dövrün axırını yarım il ərzində $18,3 \pm 3,1$ % xəstə 2 dəfə hospitallaşdırılmışdır.

Yumaqcıq filtrasiyasının sürəti predterminal XBC olan xəstələrdə 13-29 ml/dəqiqə intervalında dəyişmişdir. Xəstələrin az qisminə (12,4±2,7%) yumaqcıq filtrasiyasının sürəti 26-29 ml/dəqiqə təşkil edərək onların durumu konservativ stadiyanın başlanğıcı kimi qiymətləndirilmişdir. Bu xəstələrin hamısının müayinəsini tarixi 24 aydan çox olmuşdur. Son 12–24 ay ərzində müayinə olunanların yumaqcıq filtrasiyasının sürəti 20–25 ml/dəqiqə intervalında olmuş və xəstələrin həmin dövrdəki durumu konservativ stadiya kimi qiymətləndirilmişdir. Xəstələrin az qisminə (19,6 %) yumaqcıq filtrasiyasının sürəti 11-15 ml/dəq təşkil edərək onların durumu preterminal dövrün axırını kimi səciyyələndirilmişdir. Sonuncu hospitallaşmada pasiyentlərdə terminal stadiya təsdiq edilmiş və dializ yardımını zəruri hesab edilmişdir. Bu xəstələrin 35,3±3,9%-də yumaqcıq filtrasiyasının sürəti çox aşağı səviyyədə olmuşdur (< 6ml/dəq).

Xəstələrin hamısında anemiya müşahidə edilmişdir. Hemoqlobinin miqdarı 62-70 q/l $41,8 \pm 4,0$ %, 70-80 q/l $31,3 \pm 3,7$ % və 80-96 q/l $26,9 \pm 3,6$ %

xəstədə qeydə alınmışdır. Hospitallaşmaya qədər xəstəliyin konservativ stadiyasının son etaplarında 29,4% xəstə (35 nəfər) eritroproetinlə dəmir preparatları almışdılar.

Belə ki, xəstələrin böyük əksəriyyəti (84,3±2,9%) rəsmən dispanser qeydiyyatında olsa da mütəmadi müşahidə olunanların xüsusi çəkisi nisbətən azdır (37,9±3,9%). Xəstələrin dispanser müşahidəsində olmasına baxmayaraq onların həyat tərzini sağlamlıq durumuna adekvat olmamışdır (36,6±3,9% siqaret çəkir, 51,6±4,0% müvafiq pəhriz saxlamır).

XRONİKİ BÖYRƏK ÇATIŞMAMAZLIĞININ PROGRESSİVLƏŞMƏSİNİN RİSK AMİLLƏRİ VƏ PREDİKTORLARI

XBÇTMQM xəstəliyin progressivləşməsinin tempini əks etdirən obyektiv göstəricidir. Xəstəliyin uzun müddət davam etməsi bir tərəfdən səhiyyə sisteminin nailiyyətidir, digər tərəfdən isə səhiyyə resurslarına tələbatı çoxaldır. Ona görə də XBÇTMQM təsir edə bilən amillərin rolunu qiymətləndirmək önəmli məsələdir. XBÇ-ın ilkin səbəbindən asılı XBÇTMQM-in orta səviyyəsi bir-birindən fərqlənir (136,8±3,9 ay diabetik nefroskleroz, 188,5±2,8 ay xroniki qlomerulonefrit nəticəsində XBÇ). Diqqəti cəlb edən odur ki, bütün qruplarda komorbidlik əmsalının dərəcəsi asılı XBÇTMQM kəskin fərqlənir. Belə ki, komorbidlik əmsalı 1-5 və 6-11 olan yarımqruplarda xroniki qlomerulonefrit nəticəsində XBÇTMQM müvafiq olaraq 196,6±2,9 və 180,4±3,2 ay olmuşdur ($P<0,05$). Göründüyü kimi, komorbidliyin dərəcəsi asılı XBÇTMQM orta hesabla 16,2 ay çoxalır. Oxşar nəticə diabetik nefroskleroz, xroniki pielonefrit və digər xəstəliklər nəticəsində formalaşan XBÇ nümunəsində də izlənilir, komorbidlik əmsalından asılı XBÇTMQM orta hesabla müvafiq olaraq 17,9; 22,8 və 23,8 ay tərəddüd etmişdir. Beləliklə, yanaşı xəstəliklərin çoxluğu və ağırlığı (komorbidlik əmsalının səviyyəsi) xroniki böyrək çatmamazlığının progressivləşməsinə təsir edir, nəticədə XBÇTMQM dəyişir (komorbidlik əmsalı çoxaldıqca 16,2-23,8 ay artır). Komorbidlik əmsalı ilə XBÇTMQM arasında güclü korrelyasiya əlaqəsi vardır ($r=0,8$; $P<0,05$).

XBÇTMQM-ə görə 2 (157 aya qədər və 157 aydan çox), xəstəliyin ilkin səbəbinə görə 3 (xroniki qlomerulonefrit, şəkərli diabet və xroniki pielonefrit) yarımqrup ayırd edilərək pasiyentlərin psixofizioloji durumu barədə alınmış məlumatlar təhlil edilmişdir.

XBÇ-nin ilkin səbəbindən asılı pasiyentlərin aktivliyi bir-birindən statistik dürüst fərqlənmir ($P>0,05$). Depressiya şkalasına görə ballar ayırd etdiyimiz yarımqruplarda dar intervalda ($7,5\pm 0,2-9,8\pm 0,3$) dəyişmiş, əsasən tez inkişaf edən yorğunluğun əlamətləri ilə səciyyələnmişdir. Bu şkalaya görə də XBÇ-nin ilkin səbəblərinə görə ayırd edilmiş yarımqruplar bir-birindən dürüst fərqlənmir, amma terminal mərhələyə qədər müddətin qısalığından asılı depressiyanın dərinliyinə görə fərq statistik dürüstdür ($P<0,01$).

Spilberger testi bütün pasiyentlərdə reaktiv və fərdi həyacanlığın yüksək səviyyədə olmasını sübut edir (balların orta səviyyəsi $46,5\pm 1,3$ və çox olmuşdur). Bu meyarların hər ikisinə görə XBÇ-nin terminal mərhələyə qədər müddəti 157 aydan az olan pasiyentlər yarımqruplarında göstəricilərin səviyyəsi statistik dürüst olmuşdur.

XBÇ fonunda pasiyentlərin həyat fəaliyyətinin çox sahələrində məhdudluq qeydə alınır. Mülayim ağırlıqlı işin çox məhdudlaşdırılması pasiyentlərin böyük əksəriyyətində müşahidə edilmişdir. Bu göstəricinin intensivliyinə görə (çox, orta və cüzi məhdudlaşma) pasiyentlərin bölgüsü XBÇ-nin terminal mərhələyə qədər müddətindən asılı bir-birindən statistik dürüst fərqlənir. Nisbətən tez progressivləşən XBÇ ($\text{XBÇTMQM}<157$ ay) fonunda pasiyentlərin demək olar ki, hamısında ($>91,7\%$) mülayim ağırlıqlı işin məhdudlaşması qeydə alınmışdır. Oxşar nəticəni gündəlik fəaliyyətin məhdudlaşmasında da izləmək olur. Diqqəti cəlb edən odur ki, müşahidə anına qədər son ayda pasiyentlərin əksəriyyəti heç vaxt özünü qənaətbəxş hiss etməmişdir və həmişə fiziki və emosional durumla bağlı problemlərlə üzləşirlər.

XBÇ-nin klinik təzahürünün əsas meyarları (qanda kreatinin, albuminin, qlobulinlərin, hemoqlobinin, xolestrinin, kalsium və exokardioqrafik əlamətlər) patologiyanın progressivləşmə intensivliyindən asılı statistik dürüst fərqlənir.

XBÇTMQM 157 aydan az və çox olan pasiyent qrupları bir-birindən xəstəliyin ağırlığını əks etdirən əlamətlərin əksəriyyətinə görə (kreatinin klirensi, bədən kütləsinin indeksi, qanda albumin və qlobulinlərin, hemoqlobinin, xolesterinin, kalsium, fosfor və sair; arterial təzyiq, exokardioqrafik meyarlar) bir-birindən statistik dürüst fərqlənir, həmin əlamətlərin XBÇ-nin intensiv progressivləşməsinin prediktoru kimi istifadəsi mümkündür (həssaslığı və proqnostik əhəmiyyəti yüksəkdir).

XBÇ-nin progressivləşməsində xəstəliyin hansı yaşda yaranmasının rolu barədə ehtimal mövcuddur.

Qloumerulonefrit mənşəli 20 yaşa qədər formalaşan XBÇ orta hesabla $169,8 \pm 5,8$ aydan sonra terminal mərhələyə keçir. Bu göstərici 20-39, 40 və yuxarı yaşlarda formalaşan qloumerulonefrit mənşəli XBÇ üçün statistik dürüst kiçik səviyyədədir (müvafiq olaraq: $156,5 \pm 5,4$ və $144,2 \pm 5,2$ ay). Bütün yarımqruplar üzrə preterminal dövr $102,5$ aydan çox olmuşdur. $152,5$ ay ərzində kompensasiya durumunda olan xəstələrin xüsusi çəkisi müvafiq yarımqruplar üzrə $90,1 \pm 6,4$; $85,0 \pm 7,9$ və $48,6 \pm 13,0\%$ təşkil edərək bir-birindən statistik dürüst fərqlənir ($P < 0,05$). Ayırd etdiyimiz yarımqruplarda $212,5$ aya qədər kompensasiya durumunda olan xəstələrin də xüsusi çəkisi bir-birindən dürüst fərqli olmuşdur ($54,5 \pm 10,6$; $10,0 \pm 6,9$ və $9,6 \pm 9,1\%$; $P < 0,05$). Beləliklə qloumerulonefrit mənşəli XBÇ-nin formalaşdığı yaşdan asılı xəstəliyin kompensasiya müddəti dəyişir: erkən yaşlarda formalaşan XBÇ nisbətən uzun müddətdə progressivləşir, yaşlı insanlarda formalaşan qloumerulonefrit mənşəli XBÇ nisbətən qısa müddətdə (orta hesabla $144,2 \pm 5,2$ ay, yəni gənclərlə müqayisədə 26 aya qədər tez) terminal fazaya keçir.

45 yaşa qədər və 45 yaşdan sonra formalaşan diabetik mənşəli XBÇ-nin kompensasiya dövrünün orta müddəti müvafiq olaraq $144,8 \pm 5,8$ və $138,1 \pm 5,7$ ay təşkil edərək biri-birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir ($P > 0,05$). Predterminal dövrün ayrı-ayrı müddətlərində ($102,5$; $152,5$ və $212,5$ ay) kompensasiya durumunda olan pasiyentlərin xüsusi çəkiləri ayırd edilmiş yaş yarımqrupunda fərqli olsalarda fərqi dürüslüyü sübut olunmur. Beləliklə, diabetik mənşəli XBÇ-nin progressivləşmə müddəti XBÇ-nin yarandığı yaşdan asılılığı təsdiq olunmur. Oxşar nəticə pielonefrit mənşəli XBÇ-də də izlənilir. Belə ki, 50 yaşa qədər və 50 yaşdan sonra formalaşan pielonefrit mənşəli XBÇ-lərin kompensasiya müddəti orta hesabla $209,5 \pm 7,1$ və $182,4 \pm 6,2$ ay təşkil edərək bir-birindən statistik dürüst fərqlənir. Ümumi qanunauyğunluq odur ki, həm diabetik, həm də pielonefrit mənşəli XBÇ nisbətən yaşlı şəxslərdə qeydə alınır və yaşı çox olan (45-50 yaşdan çox) pasiyentlərdə XBÇ-nin kompensasiya müddəti nisbətən qısaadır.

Progressivləşməni statistik dürüst çoxaldan amillərə aiddir: komorbidlik əmsalının 5 – dən çox olması; kreatinin miqdarının $0,82 \pm 0,021$ mmol/l – dən çoxluğu, klirensinin $9,1 \pm 0,22$ ml/dəq – dən azlığı; bədən kütləsi indeksinin $22,2 \pm 0,15$ kq/m² dan azlığı; hipalbuminemiya; eritrositlərin çökmə sürətinin çoxluğu, kalsiumun qanda miqdarının $2,11 \pm$

0,013 mmol/l dən azlığı, fosforun $1,83 \pm 0,022$ mmol/l dən çoxluğu; hiperxolesterinemiya; hemoglobinin qanda $88,8 \pm 1,3$ q/l-dən azlığı; arterial təzyiqin $146,5 \pm 1,2$ mm civə sütunundan çoxluğu; qlomerulonefritin 40 yaşdan, diabetik nefrosklerozun 45 yaşdan, pielonefritin 50 yaşdan sonra başlanması, müalicə və müşahidənin, həyət tərzinin adekvat olmaması.

XBÇ-nin PROQRESSİVLƏŞMƏSİNİ LƏNGİDƏN TİBBİ-TƏŞKİLATİ TƏDBİRLƏRİN ƏSASLANDIRILMASI

XBÇ (və ya xroniki böyrək çatışmazlığı xəstəliyi) böyrəyin ağır zədələnməsi ilə təzahür edilən ağır xəstəliklər (xroniki qlomerulonefrit, xroniki pielonefrit, böyrək polikistozu, sidik daşı xəstəliyi, diabetik və hipertonik nefroskleroz və sair) nəticəsində nefronların məhvi və homeostatik funksiyanın pozulması ilə özünü biruzə verən simptomlar toplusu hesab edilir. Qeyd olunan xəstəliklər əksər hallarda pasiyentin müalicə üçün müraciətinə səbəb olur və xəstələrin müalicədən sonra mütəmadi müşahidəsi zəruri hesab edilir. Həmin xəstəliklər xroniki gedişata malikdirlər və uzun müddət ərzində böyrəklərin funksional durumunun tam pozulmasına səbəb olmur. Ona görə də XBÇ-nin dəqiq başlanğıc vaxtını müəyyənləşdirmək olmur. Qəbul olunmuş standartlara görə XBÇ-nin dəqiq diaqnozunu qoymaq üçün əsas şərtlərdən ən mühümü yumaqcıq filtrasiyası sürətinin dəqiqədə 80 ml-dən az olması və ya qanda kreatinin qatılığının 145 mkmol/l-dən çox olması fonunda böyrəklərin ölçülərinin azalması və sərtliyinin çoxalması hesab edilir. Bunları nəzərə alsaq, XBÇ-nin erkən diaqnozunu qoymaq üçün yuxarıda göstərilmiş xəstəliklərlə pasiyentlərin mütəmadi (ən azı ildə bir dəfə) müayinəsi (ultrasəs və laborator-klinik) təmin olunmalıdır. Təəssüflə qeyd etmək lazımdır ki, həm tibb müəssisələrinin imkanları, həm də xəstələrin tibbi aktivliyinin məhdudluğu onların mütəmadi müayinə və müşahidəsini təşkil etməyə tam zəmanət vermir. Ona görə də XBÇ-nin başladığı və terminal duruma qədər inkişafı barədə elmi əsaslandırılmış məlumatlar qıtdır. Bəllidir ki, XBÇ-nin 3 inkişaf etapy mövcuddur. Birinci etap (latent, başlanğıc etap) yumaqcıq filtrasiyası sürətinin 40-80 ml/dəq, poliuriya, yüngül anemiya və bəzən arterial hipertenziya ilə səciyyələnir. İkinci etapda (konservativ etap) tədricən yumaqcıq filtrasiyasının sürəti azalır (40-dan 10-a qədər), kreatinin qanda miqdarı isə coxalır (145-700 mkmol/l). Terminal XBÇ cox vaxt təsdiq olunur ki, yumaqcıq filtrasiyanın sürəti dəqiqədə 10 mlk-dən az olsun. Terminal stadiyada konservativ müalicənin imkanları praktik sıfıra enir, əsas müalicə metodu hemodializ vasitəsi ilə

əvazədedici müalicə hesab olunur. Ona görə də səhiyyə təşkilatlarının ambulator-poliklinika mərhələsində əsas vəzifəsi XBÇ-nin terminal stadiyaya keçidini ləngitmək üçün xəstələrin adekvat (standartlara müvafiq) müalicəsini və müşahidəsini təmin etməkdir. Bunun üçün XBÇ-nin proqressivləşmə sürətini, ona təsir edən amilləri, həmin amillərin modifikasiya imkanları elmi əsaslandırılmalıdır. Bu sahədə tədqiqatlar çox azdır və apardığımız tədqiqatın bir sıra fərqli və üstün cəhətləri mövcuddur. Birinci odur ki, Azərbaycanda XBÇ-nin və onun ilkin səbəbi olan xəstəliklərin diaqnostikası, müalicəsi və reabilitasiyasına dair klinik protokollar (standartlar) tətbiq olunmadığına görə XBÇ-nin proqressivləşməsi prosesi patologiyanın mahiyyətinə uyğun davam edir və onun modifikasiyası nəzərəcarpan deyil. Ona görə də XBÇ-nin daha tez proqressivləşib terminal duruma keçidi ehtimalı çoxdur. İkinci vacib cəhət odur ki, tədqiqatımızda ilk dəfə XBÇ-nin terminal duruma keçidinə qədər müddəti (XBÇTMQM) xüsusi metodologiya əsasında (Kaplan-Mayerin moment metodunun modifikasiyasına görə) hesablanmışdır. Üçüncü vacib cəhət isə XBÇTMQM-in standart qaydada hesablanması ilə ona təsir edən risk amilləri aşkar edilmiş, hər risk amilinin prioriteti fonunda müştərək risk amillərinin təsiri ilə XBÇ-nin proqressivləşmə intensivliyinin dəyişməsi kəmiyyətlə ifadə olunmuşdur.

XBÇTMQM bir meyar kimi aşağıdakı hallarda istifadə oluna bilər:

- böyrək xəstəliyinin (XBX) müalicəsi və xəstənin müşahidəsi sahəsində həkim-terapevt, həkim-nefroloq və müvafiq qurumların (terapiya və nefrologiya şöbələri) fəaliyyətinin effektivliyinin indikatoru kimi;
- XBÇ-nin proqressivləşməsinə təsir edən amilləri aşkar etmək və idarə etməklə fəaliyyətinin qiymətləndirilməsində;
- Yeni müalicə və profilaktika metodlarının tətbiqinin nəticələrini obyektiv dəyərləndirməkdə və sair.

XBÇTMQM-i elmi əsaslandırmaq üçün ən yararlı metodik yanaşma retrospektiv müşahidə yolu ilə informasiyanın toplanmasıdır. Tədqiqatımızda bu yolla artıq XBÇ fazasında olan pasiyentlərin anamnezi və ilkin tibbi sənədlərinin araşdırmaqla XBÇTMQM müəyyən olunmuşdur. Bu məlumatın tam dolğun olmasına zəmanət yoxdur, amma nefroloji yardımın bu günkü durumunda və xəstələrin eyni intervallarla standart proqramla müayinəsi mümkün olmayan şəraitdə hesab edirik ki, tətbiq etdiyimiz metodologiya adekvatdır. XBÇTMQM haqqında aldığımız nəticələrin mümkün olan qüsurlarının rolunu azaltmaq və onların meyar

kimi dəyərini artırmaq üçün əsas şərt risk amili olan və olmayan qruplar üzrə göstəricinin müqayisənin aparılmasıdır.

XBÇTMQM-in əsil (həqiqi) səviyyəsi onun hesablanmasında yol verilən xəta ilə (X) onun tərəfimizdən alınmış səviyyəsinin cəminə bərabər olmalıdır ($XBÇTMQM_{həqiqi} = X + XBÇTMQM_{faktiki}$). Müqayisə zamanı ən azı iki qrupda bu göstəricilərin fərqi hesablandıqda yol verilən xətalər ixtisar olunur və nəticədə faktiki göstəricilər əsasında XBÇTMQM-in əsil səviyyəsi barədə etibarlı məlumat alınır.

Aldığımız məlumatlar XBÇTMQM-in dəyişməsində statistik dürüst rolunu olan amillər kompleksini ayırd etməyə imkan verir. Bu amillər arasında mühüm proqnostik əhəmiyyəti olanlara aid etmək olar:

- xroniki böyrək xəstəliyinin ilkin səbəbi olan patologiyalar (xroniki qlomerulonefrit, diabetik və hipertonik nefroskleroz, xroniki pielonefrit, digər patologiyalar);
- xroniki böyrək xəstəliyi diaqnozunun ilkin təsdiqi zamanı xəstənin yaşı;
- pasiyentin cinsi;
- pasiyentdə digər orqan və sistemlərin xəstəlikləri;
- odontogen infeksiya ocaqlarının sanasiya olunmaması;
- tez-tez respirator infeksiyalarla xəstələnmə;
- travmalara məruz qalma;
- həyat tərzinin sağlam olmaması (siqaret çəkmə, pəhrizə əməl etməmək);
- fiziki əmək fəaliyyəti;
- tibbi aktivliyin zəifliyi (mütəmadi müşahidəyə gəlməmək);
- tibbi yardımın adekvat olmaması (müalicə və reabilitasiya prosesinin standartlara müvafiq aparılmaması);
- risk amillərinin çoxluğu və əksər hallarda müştərək təzahürü;
- orqanizmin psixofizioloji durumu.

Qeyd olunanlardan əlavə bir sıra amillər bilavasitə XBÇ-nin ağırlığının təzahürü kimi XBÇTMQM-ə təsir edər və onlara əsasən xəstəliyin proqnozu barədə nəticələrə gəlmək mümkündür. Bu amillər XBÇ-nin progressivləşməsinin prediktoru hesab edilməlidir. Onlara aiddir: arterial hipertenziya və proteinuriyanın ağırlığı; yumaqcıq filtrasiyasının sürəti; qanda kalsiumun, albuminin, hemoqlobinin, fosforun, xolesterinin, zülal fraksiyasının (α və γ qlobulinlərin) miqdarı; eritrositlərin çökmə reaksiyası;

bədən kütləsi indeksi; ürəyin sol mədəciyinin göstəriciləri (kütləsi, indeksi və həcmi).

Aldığımız nəticələrin nəzəri baxımdan əhəmiyyəti ondadır ki, xroniki böyrək xəstəliyinin kompensasiya və subkompensasiya müddətinin dəyişkənliyi və onun idarə olunma imkanlarının mövcudluğu əsaslandırılmışdır. Praktiki baxımdan aldığımız nəticələr nefroloji yardımın təşkili konsepsiyasını mükəmmələşdirməyə imkan yaradır.

Müəyyən olumuşdur ki, xroniki böyrək xəstəliyinin fəsadlarının və progressivləşməsinin ikincili profilaktikası üçün ən önəmli vəzifə XBÇ-yə səbəb olan xəstəliklərlə pasiyentlərin mütəmadi müşahidəsini aparmaqla xəstəliyin erkən diaqnostikasındır. XBÇ-nin ilkin diaqnostikasından sonra xəstələrin sonrakı müşahidə proqramı aşkar etdiyimiz risk amilləri və prediktorları nəzərə alınmaqla fərdi tərtib edilməlidir. Hal-hazırda dünya təcrübəsində xroniki böyrək xəstəliyinin erkən aşkar edilməsi üçün aşağıdakı xəstəlikləri olan pasiyentlərin məqsədli müayinəsi aparılır: anamnezində ürəyin işemiya xəstəliyi olanlar; arterial hipertenziya, ürək çatmamazlığı, şəkərli diabet, piylənmə, metabolik sindrom, yayılmış ateroskleroz, podaqra və sistem xəstəlikləri olanlar. Bunları nəzərə almaqla bilavasitə böyrəyi zədələyən xəstəliklər də (xroniki qlomerulonefrit, pielonefrit, böyrək daşı xəstəliyi və polikistozu və s.) daxil olmaqla əhali arasında risk qrupları ayırd edilməli və onlarla aşağıdakı nəticələrə nail olmaq üçün tədbirlərin görülməsi vacibdir: siqaretdən imtina; fərdi dieta seçmək və ona əməl etmək; bədən kütləsinin normal durumunu təmin etmək (bədən kütləsi indeksi 18,5-24,9 kq/m² intervalından kənara çıxarmalıdır); xəstənin yaşına müvafiq fiziki aktivlik; arterial təzyiqin 140/90 mm civə sütunundan ötməsinə yol verməmək (vaxtında korreksiya müalicəsi təyin etməklə) və sair.

Xroniki böyrək xəstəliyi diaqnozu (XBX və ya XBÇ) təsdiq olunduqda müşahidənin proqramı (əsasən tezliyi) risk amillərini nəzərə almaqla fərdi tərtib edilməli və hər müşahidə zamanı klinik protokollara müvafiq müalicə-diaqnostika yardımı göstərilməlidir.

NƏTİCƏLƏR

1. XBÇ-nin progressivləşməsi uzunmüddətlidir (8-20 il), onun ilkin səbəbindən, formalaşdığı yaş dövründən, yanaşı xəstəliklərin sayı və klinik formasından, pasiyentin cinsindən, psixioloji durumundan, tibbi yardımın keyfiyyətindən və digər amillərdən asılı 6-24 aya qədər fərqlənə bilər;

2. XBC-nin preterminal dövrünün müddətinin Kaplan-Mayerin sağqalma əmsalını hesablamaq üçün əsaslandığı moment metodunu modifikasiya etməklə kompleks (orta müddət və onun standart xətası; t-momentində kompensasiya durumlu xəstələrin xüsusi çəkisi və orta xətası) qiymətləndirilib ehtimal olunan risk amillərinin rolunu statistik düürst səciyyələndirmək mümkündür;
3. XBC-nin yaranmasında yüksək paya malik olan xəstəliklər (36,6±3,9% xroniki qlomerulonefrit, 31,4±3,8% şəkərli diabet, 17,0±3,0% xroniki pielonefrit) preterminal dövrün sonunda xəstələrin minimal (14; 37 və 15), maksimal (80; 77 və 72), orta (42,3±0,46; 56,2±0,25 və 50,6±0,42) və ən çox müşahidə olunduğu (moda: 34; 56 və 67,5) yaş səciyyələrinə görə və XBC-nin progressivləşmə müddətinə görə (12,45 il; 12,81 il və 15,56 il) bir-birindən fərqlənir;
4. Terminal XBC-nin yaranma riski kişi populyasiyasında qadın populyasiyası ilə müqayisədə 2 dəfəyə qədər yüksəkdir. Qadın və kişi populyasiyasında terminal XBC-nin yaranma riski yaşla bağlı fərqlənir: riskin nisbətən yüksək səviyyəsi qadınlarda 45-54 (2,38 və 2,40 dəfə), kişilərdə 50-59 (3,68 və 4,49 dəfə) yaşlarda müşahidə olunur;
5. XBC-nin progressivləşməsinin modifikasiya olunan (laborator-klinik əlamətlər) və olunmayan (yaş, cins, komorbidlik, psixioloji və sosial durum) prediktorlarının həssaslığı (64,5-92,1%), spesifikliyi (46,8-80,5%), proqnostik əhəmiyyəti (63,1-81,0%) yüksəkdir, onları nəzərə almaqla xəstələrin klinik protokollara müvafiq müşahidə və müayinə proqramlarının tezliyini korreksiya etmək olar.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. XBC-nin progressivləşməsinin, yaranmasının və terminal dövrə keçidinin yaşla bağlı riskini müəyyənləşdirmək üçün müşahidə olunan xəstələrin yaş tərkibini populyasiyanın yaş tərkibi ilə müqayisə etməklə nisbi riskin səciyyəsinə mütəmadi izləmək;
2. Tibb müəssisəsinin, həkim terapevt və nefroloqun fəaliyyətinin effektivliyini qiymətləndirmək üçün yeni meyarın – xəstələrin terminal mərhələyə qədər müşahidə olunma müddətinin istifadəsi;
3. XBC-nin ilkin səbəbləri, xəstəliyin yarandığı yaşı, xəstənin cinsini, sosial-iqtisadi və psixioloji durumunu, komorbidlik əmsalını, klinik-laborator müayinələrin nəticələrini nəzərə almaqla əsaslandırığımız prediktora müvafiq fərdi müşahidə və müayinə planı tərtib etmək və həyat keçirmək.

DİSSERTASIYANIN MÖVZUSU ÜZRƏ DƏRC EDİLMİŞ MƏQALƏLƏRİN SİYAHISI

1. Cabbarov Ş.M. Xroniki böyrək çatmamazlığının terminal mərhələyə keçidinin yaşla bağlı nisbi riski // Sağlamlıq, Bakı, 2011, №1. s.46-50
2. Cabbarov Ş.M. Xroniki böyrək çatmamazlığının terminal mərhələyə qədər müddətinin komorbidlik dərəcəsindən asılılığı // Sağlamlıq, Bakı, №2, 2011, s.96-100
3. Cabbarov Ş.M., Ağayeva K.F. Terminal mərhələyə qədər müddətdən asılı xroniki böyrək çatmamazlığında pasiyentlərin həyatının keyfiyyəti // Azərbaycan Təbabətinin Müasir nailiyyətləri, Bakı, №2,2011.s.123-127
4. Cabbarov Ş.M. Xroniki böyrək çatmamazlığının terminal mərhələyə qədər müddətinin proqnozlaşdırılması barədə // Azərbaycan Təbabətinin Müasir nailiyyətləri, Bakı, 2011, №3, s.52-56
5. Cabbarov Ş.M. Xronik böyrək çatışmazlığının terminal mərhələyə keçmə müddətinin böyrək patologiyasının növündən asılılığı // Azərbaycan Tibb Jurnalı, Bakı, 2011, №3, s.25-28
6. Джаббаров Ш.М., Исламзаде Ф.Г. Организационные аспекты гемодиализной помощи / Tamerlan Əziz oğ. Əliyevin anadan olmasının 90 illiyinə həsr edilmiş elmi-konfransın materialları. Bakı, 2011, s.67-69
7. Джаббаров Ш.М., Агаева К.Ф. Сохранность пациента в состоянии дотерминальной хронической почечной недостаточности как критерий вероятностной оценки факторов риска // Врачебное дело, Киев, 2011, №7-8, с.106-110
8. Джаббаров Ш.М., Агаева К.Ф. Продолжительность дотерминальной хронической почечной недостаточности как критерий вероятностной оценки факторов риска // Общественное здоровье и здравоохранение, Казань, 2014, №4, с.36-39

ШАДОГЛАН МАНСУР оглы ДЖАББАРОВ

Средняя продолжительность прогрессирования хронической почечной недостаточности, роль факторов риска и предикторов в усовершенствовании мониторинга больных

РЕЗЮМЕ

Целью исследования является обоснование медико-организационных мероприятий, направленных на продление претерминального периода больных ХПН в соответствии с результатами оценки срока прогрессирования ХПН и роли факторов риска, влияющих на нее.

Для характеристики прогрессирования ХПН был использован модифицированный нами вариант метода Каплана-Мейера. Применяя отмеченную методику рассчитаны уровни ПТПХПН и ОДТПХПН в подгруппах, по возрасту и полу больных, нозологическим причинам ХПН и другим социал-гигиеническим характеристикам, их сравнение оценено по критерию Стьюдента, при доказательстве достоверности различий обоснована роль этих факторов в прогрессировании ХПН.

За последние 5 лет (2006-2010) было обследовано 153 больных с диагнозом начало терминальной стадии ХПН (скорость клубочковой фильтрации <15 мл/мин) и 142 больных с тяжелой формой ХПН (скорость клубочковой фильтрации 15 – 30 мл/мин).

Среди первичных нозологических причин основное место занимают соответственно хронический гломерулонефрит 36,6%, сахарный диабет 31,4%, хронический пиелонефрит 17,0%. Удельный вес ХПН, связанный с другими причинами (поликистоз почек, гипертонический нефросклероз и др.), был относительно низкий 15,0%.

Прогрессирование ХПН длительное (8-20 лет), в зависимости от первичной причины, возраста формирования, числа и клинической формы сопутствующих заболеваний, пола пациента, психологического состояния, качества медицинской помощи и других факторов прогрессирование может отличаться на 6-24 месяца. Для вычисления продолжительности претерминального периода ХПН модифицируя обоснованный метод моментов для расчета индекса здоровья Каплана-Мейера оценивая в комплексе (средний период и его стандартная ошибка; в t-моменте вес больного в состоянии компенсации и средняя ошибка) возможно статистически достоверно охарактеризовать вероятную роль факторов риска.

JABBAROV SHADOGLAN MANSUR

The average duration of progression of chronic renal failure, the role of risk factors and predictors for improvement of monitoring of patients

SUMMARY

The purpose of this research is to rationalization of medical-organizational activities designed to extend the period of pre terminal period of patients with CKD respectively in the results of evaluation of the period of progression of CKD and the role of risk factors affecting it.

For characterizing of progressing of CKD have been used the method of Kaplan-Meyer modified by us.

Applying the mentioned method levels of PTPHPN ODPTPHPN in subgroups divided by age and sex of patients, nosological reasons of CRF and other social-hygienic characteristics have been calculated, evaluated and compared by Student's test, proofing of the significance of differences justified the role of these factors in the progression of chronic renal failure.

During the last 5 years (2006-2010) 153 patients with diagnosis of beginning of the terminal stage of CRF have been examined (glomerular filtration rate <15 ml / min) and 142 patients with severe form of CRF (glomerular filtration rate 15 – 30 ml / min).

Among the primary nosological reasons principal place occupy the chronic glomerulonephritis 36.6%, diabetes 31.4%, 17.0% chronic pyelonephritis. The proportion of chronic renal failure associated with other causes (polycystic kidney disease, hypertensive nephrosclerosis, etc.), is relatively low -15.0%.

Progression period of CRF is long (8-20 years), depending on the initial cause, the formation age, and clinical forms of comorbidities, patient's gender, psychological condition, quality of care, and other factors progression may vary in 6-24 months. To calculate the duration of the preterminal period of CRF modifying the method of moments to calculate the index of health Kaplan-Meier assessing the complex (middle period and his standard mistake; in the t-point patient's weight and compensation condition and average error) may statistically significantly characterize possible role of risk factors.

QISALDILMIŞ TERMİNLƏRİN SİYAHISI

XBX – Xroniki böyrək xəstəliyi

XBÇ – Xroniki böyrək çatmamazlığı

XBÇTMQM – Xroniki böyrək çatmamazlığının terminal mərhələyə qədər müddəti

XBÇTMQQ – Xroniki böyrək çatmamazlığının terminal mərhələyə qədər qalanlar

YFS – Yumaqçıqların filtrasiya sürəti

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ
им. А.АЛИЕВА**

На правах рукописи

ШАДОГЛАН МАНСУР ОГЛУ ДЖАББАРОВ

**СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ, РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА И
ПРЕДИКТОРОВ В УСОВЕРШЕНСТВОВАНИИ
МОНИТОРИНГА БОЛЬНЫХ**

3212.01 - Здравоохранение и его организация

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
доктора философии по медицине

БАКУ - 2016