

НЕФРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИНВАЛИДНОСТЬ: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ, ФАКТОРЫ РИСКА И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

Камилова Д. Н.

Альфраганус университет

Нурмаматова К. Ч.

Альфраганус университет

Аннотация

На сегодняшний день хроническая патология почек (ХБП) выступает серьезным вызовом для системы здравоохранения из-за своей широкой распространенности, неуклонного прогрессирования и формирования тяжелых последствий, которые часто заканчиваются инвалидностью пациентов. Данная работа обобщает актуальные сведения о нозологической структуре болезней почек, механизмах потери трудоспособности, а также детально рассматривает триггеры риска и превентивные меры. Специфика формирования инвалидности акцентированно разбирается на примере условий Республики Узбекистан.

Ключевые слова: Хроническая болезнь почек, инвалидность, нефрологические заболевания, факторы риска, диализ, медико-социальные аспекты

Introduction

Введение

На сегодняшний день медицинское сообщество относит хронические поражения почечной ткани к числу острейших вызовов для системы охраны здоровья. Частота встречаемости подобных дисфункций среди населения уже подошла к отметке в 4–5%, при этом стремительное увеличение числа таких больных дает ряду ученых основания говорить о формировании своеобразной пандемии.

Чтобы объективно оценивать, насколько успешно работают применяемые терапевтические и превентивные программы, специалисты пристально изучают статистику первичного выхода пациентов на инвалидность. Однако главная преграда в борьбе с этой патологией кроется в ее скрытом старте: болезнь долгое время не дает никаких тревожных симптомов, что критически задерживает своевременную постановку диагноза.

Специфика и виды нефрологических патологий

Под нефрологическими болезнями понимается обширная группа патологий, которые разрушают анатомические структуры почек и блокируют их нормальную работу. В первую очередь под удар попадает способность органа качественно фильтровать кровь, а также поддерживать корректный водно-электролитный баланс и регулировать показатели артериального давления. В эту категорию традиционно включают почечную

недостаточность, пиелонефриты, гломерулонефриты, поликистоз, а также вторичные повреждения тканей на фоне сахарного диабета или гипертонической болезни.

Главное коварство таких недугов заключается в их длительном латентном течении: на начальных этапах они могут абсолютно никак не беспокоить пациента. Нередко первыми и единственными сигналами проблемы становятся случайные лабораторные находки (появление эритроцитов или белка в моче) либо скачки давления. Такое скрытое начало критически задерживает постановку диагноза, давая болезни время на беспрепятственное развитие.

В повседневной клинической практике наиболее часто встречаются следующие заболевания:

Гломерулонефрит: воспалительный процесс в почечных клубочках, который преимущественно имеет аутоиммунное происхождение.

Пиелонефрит: инфекционное бактериальное поражение тканей почки, протекающее в острой или хронической форме.

Хроническая болезнь почек (ХБП): неуклонное угасание функционального потенциала органа, финал которого - развитие почечной недостаточности.

Острое повреждение почек (ОПП): резкий, внезапный сбой в работе органа, спровоцированный инфекционным агентом, сильным обезвоживанием либо токсическим ударом.

Диабетическая и гипертоническая нефропатия: вторичные структурные изменения, вызванные длительно текущим сахарным диабетом или стойким высоким давлением.

Мочекаменная болезнь: процесс формирования конкрементов в результате сбоев в обмене веществ.

Поликистоз почек: генетически обусловленная аномалия, при которой паренхима замещается множественными кистозными образованиями.

Нефротический синдром: специфический симптомокомплекс, сопровождающий многие почечные болезни и включающий массивную протеинурию и выраженные отеки.

Дальнейшее прогрессирование патологических процессов влечет за собой целый каскад тяжелых осложнений. К ним относятся:

- хроническая почечная недостаточность;
- патологии сердечно-сосудистой системы;
- анемия;
- остеодистрофия;
- серьезные сдвиги электролитного баланса;
- состояния иммунодефицита.

Когда ХБП достигает терминальной, критической стадии, единственным способом сохранить жизнь пациенту становится применение методов заместительной почечной терапии - регулярного диализа или пересадки донорского органа.

В клинической практике все нефрологические патологии принято классифицировать по двум основным направлениям:

- Терапевтический профиль: сюда относятся состояния, требующие консервативного медикаментозного ведения врачами-нефрологами. К ним принадлежат

различные функциональные повреждения почек, нефротические синдромы и длительно текущие инфекции мочевыводящих путей. Однако если заболевание достигает пятой стадии хронической болезни почек (ХБП), медикаментозных методов становится недостаточно: таким пациентам жизненно необходима трансплантация органа либо заместительная терапия (диализ).

– Хирургический профиль: это прерогатива врачей-урологов. К данной группе принадлежат патологии предстательной железы, мочекаменная болезнь, онкологические поражения мочевыделительной системы и острые инфекционные процессы, сопровождающиеся нагноением. Лечение в этих случаях базируется на оперативных вмешательствах, включая методы литотрипсии и эндоскопии.

Суть почечного повреждения

Под термином «ренальное (почечное) повреждение» специалисты понимают утрату органом своих ключевых физиологических задач: способности фильтровать кровь, выводить из организма метаболические отходы и поддерживать электролитный гомеостаз. Маркером развития таких нарушений традиционно служит лабораторно подтвержденный рост концентрации креатинина и мочевины в кровяном русле. Глобально подобные состояния разделяют на два кардинально разных типа: острые (ОПП) и хронические (ХБП).

Острое повреждение почек (ОПП) Это состояние, которое ранее именовалось острой почечной недостаточностью (ОПН), представляет собой стремительное, резкое падение или полное отключение функциональности органа. Как правило, это краткосрочный эпизод, при котором у большинства пациентов клинически фиксируется выраженное уменьшение объема выделяемой мочи. Ключевыми триггерами ОПП выступают состояния, сопровождающиеся интоксикацией или сильным обезвоживанием: сепсис, малярия, желудочно-кишечные инфекции с выраженной рвотой и диареей, резкое падение артериального давления (гипотензия). Также причиной может стать токсическое воздействие ряда медикаментов, например, нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) или ингибиторов АПФ. Главная особенность ОПП заключается в его обратимости: при своевременно начатой адекватной терапии, которая в сложных случаях может включать временный диализ, работоспособность почек успешно восстанавливается.

Хроническая почечная недостаточность (ХБП) В отличие от острых состояний, хроническая болезнь почек (в прошлом чаще обозначаемая как хроническая почечная недостаточность) характеризуется необратимым, медленным процессом угасания работы органа, который растягивается на месяцы или годы. При ХБП прогрессирование патологии идет непрерывно. Спустя длительное время почечная ткань настолько сильно истощает свой ресурс, что полностью перестает функционировать. Это финальная, критическая точка развития заболевания, представляющая прямую и непосредственную угрозу для жизни пациента.

Хронической болезнью почек принято называть состояние, при котором функциональные резервы органа угасают планомерно, непрерывно и безвозвратно на протяжении длительного времени. Это коварная патология, заслужившая репутацию

«тихого» недуга из-за своего длительного скрытого течения. На старте патологического процесса пациент может вовсе не ощущать недомогания, так как клинические проявления минимальны или полностью отсутствуют. По мере развития недуга картина дополняется типичными признаками: отечностью, стойкой гипертензией, приступами тошноты, упадком сил и отказом от еды. При этом главными триггерами, запускающими данный механизм, выступают длительно существующие сахарный диабет и высокое артериальное давление.

Для подтверждения диагноза врачи ориентируются на три базовых маркера: выявление протеинурии (белка в моче), фиксация уменьшения размеров почек и скачок уровня креатинина в кровеносном русле. Именно концентрация последнего служит индикатором масштабов разрушения тканей: чем сильнее нарушена фильтрация, тем больше креатинина циркулирует в крови пациента. Уже на первых этапах больному требуется грамотное медицинское сопровождение в сочетании со строгими пищевыми ограничениями. Полностью остановить этот процесс или излечить его консервативно сегодня невозможно, поэтому все усилия специалистов направлены на максимальное торможение деградации почечных структур, профилактику тяжелых осложнений и продление качественной жизни человека без резких ухудшений.

Переход заболевания в критическую, терминальную стадию свидетельствует о необратимой гибели свыше 90% рабочих элементов почки, что лабораторно сопровождается ростом креатинина до угрожающих значений в 700–1000 мкмоль/л. В такой ситуации пациенту показаны исключительно радикальные меры: пересадка донорского органа или методы заместительной терапии - гемодиализ либо перитонеальный диализ.

По своей сути диализ выступает искусственным механизмом замещения утраченной почечной функции. Эта процедура представляет собой аппаратную фильтрацию организма от скопившихся токсинов, продуктов обмена и лишней воды. Важно понимать, что очистка не способна вылечить саму первопричину заболевания, поэтому при терминальной стадии человек становится пожизненно привязан к регулярным процедурам, если ему не будет проведена трансплантация.

На практике применяются две основные технологии, среди которых безусловным лидером по частоте использования остается гемодиализ (ГД). Этот метод предполагает использование сложного внешнего оборудования («искусственной почки») для выведения из кровяного русла солей, токсичных отходов жизнедеятельности и избытка жидкости. Альтернативным подходом служит постоянный амбулаторный перитонеальный диализ (ПАПД). Его главное преимущество заключается в том, что после соответствующего обучения пациент способен выполнять очистку самостоятельно в домашних или рабочих условиях, без привязки к стационарному аппарату.

Тем не менее, золотым стандартом и оптимальным выбором при наступлении терминальной недостаточности признана именно трансплантация. На сегодняшний день только хирургическая пересадка является единственным эффективным путем к полному излечению от критической почечной недостаточности.

Инфекционные поражения мочевыделительной системы

Поражения мочевыводящих путей инфекционного генеза традиционно заявляют о себе классической клинической картиной: дизурическими расстройствами (жжением и патологически учащенными позывами в туалет), выраженным болевым синдромом в нижних отделах живота, а также температурными скачками и лихорадкой. Ключевым лабораторным маркером, подтверждающим наличие бактериального воспаления, выступает обнаружение гноя (пиурия) в образцах мочи.

В повседневной медицинской практике подавляющее большинство таких эпизодов у взрослых пациентов успешно купируется грамотно подобранным курсом антибиотиков. Однако педиатрические случаи требуют принципиально иного, предельно настороженного подхода.

Для маленьких пациентов критически важна срочность оказания помощи: любые промедления или некорректные терапевтические схемы способны спровоцировать переход болезни в хроническую стадию. В перспективе это грозит фатальными и абсолютно необратимыми деструктивными процессами в тканях развивающегося органа ребенка.

В ситуациях, когда инфекционные атаки постоянно рецидивируют, врачам необходимо провести тщательный специализированный скрининг. Главная цель такого углубленного обследования - убедиться в отсутствии препятствий для нормального оттока мочи (обструкций), камнеобразования, врожденных анатомических дефектов уrogenитального тракта, а также исключить специфические поражения, такие как туберкулез мочеполовой системы. В детском возрасте основным виновником непрерывно возвращающихся воспалений чаще всего оказывается пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР). Эта врожденная, генетически обусловленная аномалия приводит к тому, что моча движется против естественного направления - патологически забрасывается из мочевого пузыря обратно вверх, прямо в мочеточники и почечные лоханки.

Инвалидизация

Что касается медико-социальных последствий, то статус инвалида присваивается больным как закономерный итог стойкого, непрерывного угасания работоспособности почек. Тяжесть присваиваемой группы напрямую зависит от того, насколько критически снизилась скорость клубочковой фильтрации, какие сопутствующие осложнения уже успели сформироваться и возникла ли у пациента жизненная потребность в регулярной заместительной терапии.

Механизмы инвалидизации и ее социальная природа

Классификация утраты трудоспособности при нефрологических патологиях базируется на трех категориях:

I группа - устанавливается при критических терминальных состояниях (пятая стадия ХБП), наличии тяжелых сопутствующих осложнений и прямой зависимости пациента от процедур диализа. Именно ХБП V стадии выступает фундаментальным фактором глубокой инвалидизации.

II группа - присваивается больным с выраженным дефицитом функциональности почек.

III группа - соответствует умеренным сбоям в работе органа.

В широком смысле инвалидность трактуется как необратимое расстройство функций организма (физической, психической или сенсорной сферы), которое создает барьеры для полноценной жизни: работы, учебы, свободного передвижения и банального самообслуживания. Это следствие конфликта между ослабленным здоровьем и препятствиями внешней среды. В нефрологии данный феномен носит комплексный характер, где медицинские триггеры неразрывно связаны с социально-экономическими аспектами.

Аналогично общемировым трендам, в Республике Узбекистан фиксируется стабильный прирост почечной заболеваемости и выхода на инвалидность. Несмотря на масштабные реформы здравоохранения и социальной сферы, реализованные за годы независимости, текущая ситуация требует новых государственных решений. Приоритетной задачей науки становится детальный мониторинг медико-социальных процессов с поправкой на экологию, демографические сдвиги и специфику производства в конкретных регионах.

Влияние профессиональной среды и экспертиза трудоспособности

Производственный фактор критически влияет на прогноз болезни. Грамотная адаптация условий труда способна предотвратить переход острой фазы в хроническую и защитить человека от инвалидности. Однако на практике лечащие врачи зачастую игнорируют профессионально-бытовой бэкграунд пациента. Статистика показывает, что до момента официального признания инвалидом адекватно трудоустроены были лишь 5% больных. Реализация заключений врачебно-трудовых экспертных комиссий (ВТЭК) катастрофически расходится с де-факто существующим положением дел. Среди работающих пациентов предписания выполняются лишь в 30,2% случаев, а 28% больных продолжают трудиться в условиях, прямо противоречащих медицинским запретам. Из-за дефицита специализированных щадящих рабочих мест около 40% людей вынуждены полностью менять сферу деятельности. Зачастую перевод на «легкий труд» носит фиктивный характер: работника оставляют в том же помещении, не изолируя от вредных воздействий.

Цена такой халатности измерима: у пациентов, чьи условия труда строго соответствуют нормам ВТЭК, улучшение состояния фиксируется в 5 раз чаще, а стабилизация - в 3,6 раза чаще. И наоборот, игнорирование рекомендаций провоцирует отрицательную динамику здоровья в 12,4 раза чаще.

Социально-демографический портрет пациента

Анализ контингента показал, что доминирующую долю (53,5%) составляют люди со средним и неполным средним образованием — именно они чаще всего получают наиболее тяжелые (I и II) группы инвалидности.

Около 85% обследованных трудились в неблагоприятных условиях, причем факторы часто комбинировались. Так, 75,8% контактировали с токсинами (тяжелыми металлами, органикой, растворителями), 42,8% страдали от резких погодных перепадов, 33% работали на сквозняках и в сырости. Больные хроническим гломерулонефритом чаще других указывали на сочетание сырости и химикатов, при этом трудоспособность они теряли в наиболее молодом возрасте (со стажем до 10–15 лет). Пациенты с мочекаменной болезнью (МКБ) реже контактировали с ядами (25,9%), но в 40,9% случаев подвергались температурным стрессам. Логично, что сочетанное воздействие профессиональных вредностей приводило к более тяжелым формам инвалидности.

Жилищно-бытовой фонд также вносит свою лепту. Хотя 71% инвалидов живут в благоустроенных квартирах, треть из них жалуется на сырость из-за слабого отопления. Из той трети пациентов, что живут в частном секторе, 25% лишены базовых удобств (канализации, горячей воды). При этом у 30% опрошенных наблюдается дефицит жилплощади (менее 7 кв. м на человека), а у 28% этот показатель составляет от 7,1 до 9 кв. м.

Психология, сопутствующие патологии и медицинская активность

Прогрессирование почечной недостаточности наносит серьезный удар по психике, снижая качество жизни, лишая человека энергии и провоцируя тревожно-депрессивные расстройства. Если при легких дисфункциях 58,3% больных сохраняют оптимизм, то наличие диабетической нефропатии или тяжелой ХПН заставляет 65,5% пациентов испытывать постоянную тревогу за свое будущее. Депрессиям особенно подвержены люди старшего возраста с длительной историей болезни.

Усугубляет ситуацию крайне низкая медицинская ответственность. Только 26% больных идут к врачу при появлении первых же симптомов. 35% выжидают 2-3 дня, а 38,5% обращаются в поликлинику исключительно ради оформления больничного листа. В период ремиссии на профилактические осмотры приходит лишь треть пациентов; остальные считают амбулаторную помощь сугубо формальной.

Соматический статус таких больных также отягощен: у 96,5% диагностированы сопутствующие патологии. Лидируют анемия (89%) и артериальная гипертензия (60,5%). Также выявляются сахарный диабет (15%), хронические гепатиты (10%), эндокринные нарушения (8%), злокачественные опухоли (3%) и подагра (2%). Подобные комбинации выступают мощным катализатором основного заболевания.

Факторы риска и прогностические оценки

Риск потери трудоспособности напрямую зависит от частоты обострений, длительности болезни и наличия фоновых недугов. Лидерами среди медицинских провокаторов выступают артериальная гипертензия (относительный риск, ОР – 3,2) и сахарный диабет (ОР – 3,0), а также отсутствие врачебного контроля (ОР – 2,7). В социальном секторе наибольшую угрозу несут длительный трудовой стаж (ОР – 2,7), общие производственные вредности (ОР – 2,3) и прямой контакт с токсинами (ОР – 2,2).

Динамика течения болезни варьируется:

– При гломерулонефрите и пиелонефрите более чем в половине случаев достигается стабилизация, однако случаи ухудшения состояния многократно превышают частоту улучшений (в 84,2 раза против 3,4 раз; $P < 0,01$).

– Позитивные сдвиги (в 15,6% случаев) наиболее характерны для больных мочекаменной болезнью.

Гендерные и социальные различия также ощутимы: мужчины получают тяжелые группы инвалидности чаще женщин (20,8 против 14,4 случаев на 100 освидетельствованных). Представители рабочих специальностей рискуют ухудшить свой статус в 1,6 раза сильнее, чем служащие. Чем ниже уровень образования, тем выше вероятность отрицательной динамики.

Адекватное диспансерное сопровождение играет решающую роль. Соблюдение врачебной диеты снижает риск утяжеления инвалидности в 2,6 раза, а регулярное наблюдение в клинике сокращает количество ухудшений всемерно. И наоборот, позднее взятие на учет и игнорирование визитов к врачу ведут к отрицательной динамике в 78,4% случаев ($P < 0,001$). При этом качество амбулаторного ведения все еще требует улучшений: 78% инвалидов не получают должного противорецидивного лечения, почти треть (30%) пациентов игнорируют назначения специалиста, а вопросы щадящего трудоустройства решаются крайне слабо.

Заключение

Почечные патологии выступают весомой причиной потери трудоспособности и требуют объединения усилий медицинской и социальной сфер. С учетом специфики регионов критически важно модернизировать алгоритмы курации нефрологических больных. Внедрение персонализированных протоколов наблюдения и создание точных прогностических моделей помогут существенно сдержать темпы инвалидизации и вернуть пациентам качество жизни.

Список литературы

1. Алявия, О. Т., Ш. К. Кадилов, and А. А. Нишанова. "Физиология." (2019): 5-22.
2. Айдаров З. А., Райимжанов З. Р., Жамилова Г. К., Умурзаков Ш. Э., Гасанов К. Медико-социальные аспекты хронических гломерулонефритов. The scientific heritage №67 (2021)
3. Камилова Д. Н., Бабаджанов А. С., Рустамова Х. Е. Факторы риска инвалидизации больных с нефрологическими заболеваниями //Врач-аспирант. – 2010. – Т. 41. – №. 4. – С. 83-88.
4. Косолапов В. П. Медико-социальные аспекты заболеваемости хроническим пиелонефритом взрослого населения и пути совершенствования профилактики.
5. Мельник А.А. Метаболический синдром и риск хронической болезни почек// Почка. 2017.Т.6 №2. С.80-90.
6. Перепелкина Н.Ю. Нефрологическая заболеваемость и инвалидность детей Оренбургской области.Педиатрия №4,2008. С. 63-67

7. Рустамова х. е. и др. Здоровоохранение: глобальные вызовы и угрозы. оценка медицинских технологий. – Белорусский государственный медицинский университет конференция: Здоровоохранение: глобальные вызовы и угрозы. оценка медицинских технологий Минск, 06 декабря 2024 года Организаторы: Белорусский государственный медицинский университет.

8. Рустамова, Х. Е., Камилова, Д. Н., Нурмаматова, К. Ч., & Мирзарахимова, К.Р. (2024). Вопросы профилактики инвалидизации вследствие нефрологических заболеваний.

9. под ред. Е. М. Шилова, А. В. Смирнова, Н. Л. Козловской. Нефрология. Клинические рекомендации. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3714-8.