



Гадаев Абдигаффор Гадаевич¹, Махмонов Лутфулла Сайдуллаевич²

1 - Тошкент давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И ЕЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ В МИРЕ

Гадаев Абдигаффор Гадаевич¹, Махмонов Лутфулла Сайдуллаевич²

1 - Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

CHRONIC KIDNEY DISEASE AND ITS WORLD SPREAD

Gadaev Abdigaffor Gadaevich¹, Makhmonov Lutfulla Saidullaevich²

1 - Tashkent State Medical University, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ушбу мақолада сурункали буйрак касаллигини жаҳонда тарқалиши бўйича хорижий адабиётлар тахлили келтирилган. Унда ушбу оғир асоратни бутун дунёда кенг тарқалганли кўрсатилиб лекин турли мамлакатлар ва ҳудудларда бир биридан фарқ қилиши кўрсатилган. Сурункали буйрак касаллиги 1-5 босқичи 6908440 беморлар қатнашган 100 та тадқиқот асосида ўтказилган мета таҳлилда 13,4% ни ташкил этиши қайт этилган. Унинг 3-босқичи энг кўп учраб 7,6% га тенг бўлган. Бу рақамлар республикаимиз ҳудудлари бўйича ҳам мазкур оғир асоратни оғирлик даражалари бўйича ўрганиши муҳим аҳамиятга эга. Чунки олинган натижалар келажакда фаол даволаш усуллари режалаштириши имкониятини беради.

Калит сўзлар: сурункали буйрак касаллигини, сурункали буйрак касаллигининг босқичлари, ҳисобланган қоптокчалар филтрацияси.

Abstract. This article presents an analysis of foreign literature on the global prevalence of chronic kidney disease. It shows that this severe complication is widespread throughout the world, but differs from each other in different countries and regions. In a meta-analysis conducted on the basis of 100 studies involving 6908,440 patients with chronic kidney disease in stages 1-5 of the disease, it was noted that it constituted 13.4%. Its 3rd stage was the most common and was equal to 7.6%. These figures are also important for studying the severity of this severe complication in the regions of our republic. Because the obtained results will allow planning active treatment methods in the future.

Keywords: chronic kidney disease, stages of chronic kidney disease, calculated glomerular filtration.

Маълумки, сурункали буйрак касаллиги (СБК) деганда ушбу аъзо тузилишини ёки унинг фаолиятини юзага келиш сабабларидан қатъий назар уч ой муддатдан узоқ вақт давомида бузилиши тушунилади [6, 27].

Амалиётда СБК 2002-йилда Америка Қўшма Штатлари (АҚШ) Миллий буйрак фонди томонидан тавсия этилган таснифдан фойдаланади. Унга кўра ушбу оғир асоратнинг 5 босқичи фарқланади [31].

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) баҳолашига кўра, 2012- йилда дунёда барча ўлимларнинг 15% ҳолатлари (866426) СБК билан боғлиқ бўлган [36]. 2016-йилга келиб бу

рақамлар 1,19 миллионга етиб, 2006-йилга нисбатан 28,8% га ошган. Ушбу кўрсаткич турли касалликлардан ўлимлар орасида 11-ўринни эгаллаган. 2013 ҳамда 1990-йилларда мос равишда 13 ва 27 ўринларда бўлган [19]. Яқин келажакда СБК ўлим кўрсаткичлари ўсиб бориб 2030-йилда ҳар 100.000 кишига 12,2 га тўғри келиши башорат қилинмоқда [36].

Касаллик узоқ муддат белгиларсиз кечганлиги сабабли унинг тарқанганлик даражасини аниқ баҳолаш имкониятлари йўқ. 6 908 440 нафар беморлар қатнашган 100 та тадқиқот асосида ўтказилган метатаҳлил ўрганилганда қуйидагилар аниқланган. Турли

мамлакатларда СБК 1-5 босқичлари тарқалиши 13,4% (11,7-15,1%), унинг ичида 3-5 босқичлар 10,6% (9,2-12,2%) эканлиги аниқланган. Биринчи босқичи 3,5% (2,8-4,2%), иккинчи босқичи 3,9% (2,7-5,3%), учинчи босқичи 7,6% (6,4-8,9%), тўртинчи босқичи 0,4% (0,3-0,5%) ва бешинчи босқичи 0,1% (0,1-0,1%) тенг бўлган.

Юқорида қайд этганимиздек, СБК аксарият ҳолларда ҳатто терминал босқичигача белгиларсиз кечишини инобатга олсак, унинг тарқалиш даражаси кўрсатилган рақамлардан анча юқорироқ деб фараз қилиш мумкин.

Шу ўринда кўрсаткичлар турли минтакаларда бир-биридан бирмунча фарқ қилишини кўрсатиб ўтиш лозим. Жанубий Осиё мамлакатларида 7%, Жанубий Африка ҳудудида 8,6%, АҚШ ва Канадада 15,4% гача, Япония ҳамда Жанубий Кореяда 13,7%, Европа мамлакатларида 18,4% [22]. ташкил этган.

АҚШ аҳолисининг 20 миллиондан кўпроғи СБК азият чекади. Уларнинг 500.000 да касалликнинг терминал босқичи мавжуд [14, 15].

Европа ҳудудидаги мамлакатлар орасида ҳам касалликни тарқалиши бир-биридан бирмунча фарқ қилади. Масалан, Германиянинг Шимолий ҳудудларида унинг тарқалиши Италия ва Норвегияга нисбатан беш маротаба юқори [10]. Бундай фарқ уни аниқлашда турли хил усуллардан фойдаланиш сабабли ҳам бўлиши мумкин.

Қандли диабет сабабли юзага келган СБК юқори кўрсаткичлари Саудия Арабистони ва Белоруссияда қайд этилган (24 % га яқин). Бу рақамлар Польша ва Эронда 18%, Германияда 17%, Буюк Британияда 16% га тенг. Шимолий Европа мамлакатлари Норвегия ва Нидерландияда кўрсаткичлар энг паст бўлиб 5% яқин. Юқорида кўрсатилганидэгидек Европада СБК 1-5 босқичи ўртача 18,4%, 3-5 босқичи 11,9%, АҚШ ва Канадада мос равишда 15,5% ва 14,4% ни ташкил қилади. Энг паст кўрсаткичлар Жанубий Африка Республикаси, Конго ва Сенегалда қайд этилган (8,7% ва 7,65% мос равишда) [5, 9].

Буюк Британияда ўтказилган ретроспектив таҳлилда СБК 3 босқичи энг кўп тарқалган бўлиб, унинг 90% ташкил этади. Касалликнинг 84% 3А босқичда [ҳисобланган коптокчалар филтрацияси тезлиги (хКФТ) 1,72 м², тана сатҳига 1 дақиқада 45-59 мл] ва 16% 3Б босқичдалиги (хКФТ 1,72 м² тана сатҳига 1 дақиқада 30-44 мл) қайд этилган [33].

Оксфорд университети тадқиқотчилари N.R.Hill ва ҳаммуаллифлар томонидан 6 908 440 беморларда ўтказилган тизимли умумлаштирилган метатаҳлилда СБК 1-5 босқичини ўртача тарқалганлиги 13,4-11% эканлиги аниқланган [22]. Натижалар босқичлар бўйича бўлинганда 1 босқич (хКФТ> 90 мл) 3,5%

(2,8-4,2%), 2 босқич (хКФТ 60-89 мл) 3,9% (2,7-5,3%), 3 босқич (хКФТ 30-59мл) 7,6% (6,4-8,9%), 4 босқич (хКФТ 29-15 мл) 0,4% (0,3-0,5%) ва 5 босқич (хКФТ>15) 0,1% (0-0,1%) тенг бўлган. Алоҳида олинган ҳисоботлар йўқлиги учун 3А/3Б босқичларни ажратиш имконияти бўлмаган. Ушбу тадқиқот натижаларига кўра, ёшнинг ошириши СБК тарқалишида муҳим рол уйнаши тасдиқланган [22]

К.Т.Mills ва ҳаммуаллифлар 2006-2013-йилларда СБК жаҳонда тарқалиши бўйича тизимли кузатувларни ўрганганлар. Унда 100 та ажратиб олинган мақоладаги 51 дон тадқиқот натижаларига кўра, СБК жинслар бўйича тарқалиши таҳлил қилинган. Унинг эркаклар орасида ўртача тарқалиши (касалликни 5 та босқичи аниқланган ишонч интервали 95%) 12,8% (10,8-11,9%) ташкил этган. Аёллар орасида 1-5 босқичдагилар 14,6% (12,7-16,7%), касалликни 3-5 босқичи 12,1% тенг бўлган

N.R.Hill, S.T.Fatoba, S.L.Oke [22] кузатувларига кўра, СБК эркакларга нисбатан аёллар ўртасида кўпроқ қайд этилган.

Ушбу оғир асорат ёшга, жинсга ва аҳоли молиявий ҳолатига кўра ўрганилганда қуйидаги натижалар олинган: 20 ва ундан катта ёшдагиларда СБК 1-5 босқичлари аниқланган. Эркаклар орасида 10,4% (9,3-11,9%), аёлларда 11,8% (11,2-12,6%) тенг бўлган [30].

V.Bowe ва ҳаммуаллифларнинг бирламчи тиббий-санитария ёрдами шароитида ўтказган тадқиқотларида СБК 3-5 босқичлари (2010-2014-йиллар) бўйича умумий касалланиш 1000 кишига 71,9 ни ташкил этган. Лекин географик жойлашиш шаҳар ёки қишлоқ шароити, социал-демографик омил, ёш ва клиник ҳолатдан келиб (ёндош касалликлар сони ва тури) чиқиб сезиларли фарқ қилган [8]

СБК умумий тарқалиши унинг оғирлик даражасига тескари пропорционал бўлган. Касалликни 3А босқичи 1000 кишига 3,8, 3Б босқичида 25,3, 4 босқичида 11,7 ва 5 босқичида 3,3 бемор тўғри келган. Лекин тарқалишида жинслар орасида сезиларли фарқ аниқланмаган. СБК оғир босқичлари кўпроқ ёши улуг кишиларда (> 65), айниқса 75-80 ёш оралиғида ҳар 1000 кишига 345,1 га, 80 ёшдан катталарда ҳар 1000 кишида 397 ҳолатда аниқланган.

Шунингдек, уч ва ундан ортиқ ёндош касалликлари бўлган, беморларда ҳам СБК кўп учраб 1000 кишига 281,7 га тўғри келган ва уларнинг аксарияти 3А ва 3Б (98,9-109,6 ҳар 1000 кишига мос равишда) босқичида бўлган. Ундан ташқари, касаллик деменция билан кечганда 1000 кишига 303,3 қандли диабет ва артериал гипертензияда 1000 кишига 267,4, Паркинсон касаллигида 1000 кишига 223,7, ўпканинг сурункали об-

структив касаллигида 1000 кишига 221,3 га тенг бўлган [8]

Қўшни Қозоғистон Республикасида гломеруляр касалликлари мавжуд беморларда СБК юқори зўрайишига олиб келувчи омиллар ўрганилган. Уларни 23,37 % артериал гипертензия, 31,73% ташхислаш аҳамиятга эга бўлган протенурия, 56,0%, камқонлик ва 35,49% гипопроteinемия аниқланган. Артериал гипертензия, қандли диабет ва бошқа бирламчи ҳамда иккиламчи нефропатиялар билан диспансер кузатувида турган беморлар тахлили уларни 71,1%<1-2, 17,7%-3 ва 1,3%-4-5 босқичдаги СБК мавжудлигини тасдиқлаган. [1, 2] Тарқалиш географияси ўрганилганда СБК кишлоқ ҳудудларида (1000 аҳолига 86,2) шаҳар аҳолисидагиларга нисбатан (1000 аҳолига 68,4) кўпроқ учраши кузатилган. Шунингдек, тиббий хизмат кўрсатиш муассасаларидан узокда, алоҳида олинган ёки иқтисодий ночор ҳудудларда яшовчи аҳоли орасида касалликни кўпроқ учраши қайд этилган [8]

АҚШ 2002-2016-йилгача бўлган даврда СБКнинг учраши бошқа юқумли бўлмаган касалликлардан анча олдинга ўтиб олган. Бундай салбий ўзгаришни сўнгги 15 йилда ушбу мамлакатдаги демографик, социал-эпидемиологик вазиятдаги силжишлар билан боғлаш мумкин. Ундан ташқари аҳоли орасида СБК бўлган хавфни ошиши (40,3%), ёши улуглар (32,3%) ва аҳоли сонини кўпайиши (27,4%) билан боғлиқ. Метаболик ва диабетик хавф омилларини ўсиши натижасида СБК 18,6 кўпайган [8] Шунингдек, мамлакатнинг айрим штатлари бўйича ўрганилганда кўрсаткичлар бир-биридан бирмунча фарқ қилган. Хусусан, Вермонтада 100 минг кишига 321 га тенг бўлса, Миссисипида бу кўрсаткич 697 га тўғри келган [23] СБК тарқалиш Жанубий Осиёда ҳам ривожланган мамлакатлардаги каби тарқалиш хусусиятига эга. Унинг сабаблари турлича бўлиб айрим ҳудудларда сурункали гломерулонефритлар, обструктив нефропатиялар ва бошқа номанъул касалликлар оқибатида юзага келган [23]

Хитой Халқ Республикасида ҳам СБК босқичлар бўйича тарқалиши турли ҳудудларда бир-биридан бирмунча фарқ қилган. Хусусан, унинг Жанубида 6,7% ва Жанубий Ғарбида 18,9% га тенг бўлган [23].

О.Ю.Герасимова ва Л.Н.Семченко ўз кузатувларида Россия Федерациясида буйрак касалликлари ва сурункали буйрак етишмовчилиги тўғрисида аниқ маълумотлар йўқлигини кўрсатишган. 2003-2013-йилларда сийдик-жинсий аъзолар касалликлари 31,6% ошган. 2013-йилда буйрак етишмовчилиги аниқланган беморлар сони ҳар 100 минг аҳолига 44,6 кишига тенг бўлган ва бу кўрсаткич 2003-йилдагига нисбатан 2,2 марта кўп [20]

Б.Т.Бикбов ва Н.А.Томилинининг таъкидлашларича Россия буйрак ўрин босувчи терапия регистри хисоботининг биринчи қисмига кўра СБК ҳар йилги ўсиши жаҳондаги ўсиш суръати кўрсаткичларига мос келади [7] Россиялик бошқа тадқиқотчиларнинг фикрига, кўра СБК чалинган беморлар сонининг ўсиши 9,9% га тенг [4]

СБК географик ҳудудлар бўйича Буюк Британиялик тадқиқотчилар томонидан ўрганилган. Унга кўра, ривожланган Ғарбий Европа, АҚШ, Канада ва Австралия каби мамлакатларда СБК тарқалиши иқтисоди ривожланаётган ҳудудлардаги Африканинг Сахарасидан жанубда жойлашган давлатларда ва Ҳиндистонда юқорилиги қайд этилган. Бундан Эрон Ислом Республикаси истисно [22]. Турли мамлакатларда СБК турлича эканлигини тартибсиз овқатланиш ва одатий истеъмол қилинадиган таомлар таркиби, тана вазни индексининг юқорилиги, юқори систолик босим ва йўлдош касалликлар билан боғлиқ бўлиши мумкин [3]

СБК касаллиги этник мансублигига қараб жамият даражасида Покистонлик тадқиқотчилар томонидан изланишлар олиб борилган. Т.Н. Jafar ва ҳаммуаллифлар, СБК маркерларидан бири ҳисобланган протенуриянинг тарқалганлигини тўртта этник гуруҳларда ўрганишган. Улар энг кўп касалланишни эркакларда (9,5%) ҳамда аёлларда (10,3%) ва мухожирларда (эркакларда 8,2% ҳамда аёлларда 1,2%) ва пуштунларда (эркакларда 2,5% ҳамда аёлларда 1,2%) қайд этишган [23]. Исроил давлатининг араб миллатига мансуб аҳолиси 20% ни ташкил этади. Уларнинг социал-иқтисодий ва бошқа ҳолатлари кўп томондан АҚШ афроамерикаликларга ўхшаб кетади [26].

Israeli Society of Nephrology and Hypertension ва Israel Center for Disease Control ларнинг буйрак регистри маълумотида кўра, 2007-йил охирига келиб Исроилда 4800, шу жумладан, 23% этник арабларда СБК мавжуд беморлар аниқланган. Ушбу мамлакатда 1990 ва 2007-йилларда диализ оладиганлар сони 71% га кўпайган [26].

АҚШ мавжуд Healthy People дастури аҳоли саломатлигини сўнгги бир неча йил давомида кузатиб боради. Бошқа қатор касалликлар билан бир қаторда СБК ва унинг терминал босқичининг хавф омиллари ҳам баҳоланади. Унинг натижаларига кўра, 2020-йилда мамлакатдаги қора ва оқ танлилар орасида ҳам СБК кўпайиши қайд этилган [28, 32, 34] Унга кўра, ўрин босувчи терапия олганларидан 12 ой олдин нефрологда муолажалар қабул қилганлар сони қора танлилар орасида 2006-йилда 23,2% ва 2015-йилда 32% бўлган бўлса, оқ танлиларда бу кўрсаткичлар мос равишда 27,9% ва 37% ни ташкил этган.

Бир миллион аҳолига янги терминал буйрак етишмовчилиги аниқланганлар сони мамлакатнинг қора танли аҳолиси орасида 2006-йилда 1114 та бўлса 2015-йилда бу рақамлар 895 кишида қайд этилган. Оқ танлилар орасида кўрсаткичлар мос равишда 294 ва 312,1 кишида аниқланган. Терминал буйрак етишмовчилиги ташхиси қўйилгандан кейин уч йил ичида буйрак кўчириб ўтказилган беморлар сони қора танлиларда 2006-йилда 9,1% ва 2015-йилда 7,0% бўлган бўлса, оқ танлиларда мос 21% ва 16,2% га тенг бўлган.

Диализда бўлган беморларни 1000 тасида бир йилда кузатилган ўлимлар сони қора танлиларда 2006-йилда 170,9 тенг бўлса, 2015-йилда 135,8 га тўғри келган. Оқ танлиларда мос равишда 258,1 ва 207,1 га тенг бўлган.

Беморларни соғлигини баҳолашда қўлланиладиган Composite Health Care System тизимли ахборотдан фойдаланилганда қуйидаги маълумотлар олинган. Баҳоланган 8318 нафар беморлардан 5849 (70,3%) оқ танлилар, 1344 (16,2%) қора танлилар ва 1125 (13,5%) ирки бўйича рўйхатга олинмаганлар ташкил этган. Оқ танлилар орасидан 5459 нафар беморларда (93,3%) СБК 3 босқичи, 390 кишида (6,7%) СБК 4 босқичи аниқланган. Қора танлилар орасида 1205 (89,7%) 3 босқич, 139 (10,3%) 4 босқич қайд этилган. Ирки кўрсатилмаган беморларнинг 1065 (94,7%) СБК 3 босқичи, 60,0 (5,3%) 4 босқичи аниқланган [18].

Буюк Британиянинг пойтахти Шаркий Лондондаги этник фарқи бўйича беморлар базасидаги маълумотлар ўрганилганда 2006-йилдан 2016-йилгача катта ёшдаги қандли диабетга чалинган 120 591 нафар беморларнинг 6274 тасида СБК мавжуд бўлган. Улар орасида 81,5% оқ танлиларда касалликнинг 3А босқичи, 15,7% 3Б ва 2,8% 4 босқичи аниқланган. Жанубий Осиё минтақасидан чиққанлар орасида 82,9% СБК 3А, 13,9% 3Б ва 3,2% 4 босқичи кузатилган. Қора танлиларнинг 83,6% СБК 3А, 13,2% 3Б ва 3,2% 4 босқичи қайд этилган [29].

СБК мавжуд беморларнинг 25% саломатлик бўйича билим даражаси чегараланганлигини кўрсатди. Бу паст социал-иқтисодий ҳолатдаги ушбу гуруҳ кишиларга салбий таъсир кўрсатади ва нохуш клиник ҳолатлар юзага келишига сабаб бўлади [17, 29].

СБК билан курашишнинг бош йўналишларидан бири аҳолини касаллик тўғрисида хабардорлигини ва саводхонлигини ошириш ҳамда ўз вақтида нефрологга юбориш ва эрта босқичларда муолажаларни бошлашдан иборат [24]. Сўнгги ҳолат жуда муҳим ҳисобланади, чунки СБК кўп ҳолларда белгиларсиз кечади ва коптокчалар фаолиятининг

катта қисми ишдан чиққандан кейин клиник намоён бўлади [24].

СБК тўғрисида бутун жаҳонда аҳоли орасида хабардорликни камлигини ташхислашда кўпроқ лаборатория кўрсаткичларига (қонда креатинин ва цистатин С кўрсаткичлари ёрдамида коптокчалар филтрациясини сийдикда протеинурия) асосланиш билан боғлаш мумкин.

Канада аҳолиси орасида ўтказилган кенг камровли текширишлардан бирида аниқланишича, фақат 8% беморлар ўзларида СБК мавжудлигини билишган. Кекса ёшдаги аёл ва эркаклар умуман бу касаллик тўғрисида тушунчага эга бўлмаганлар [35]. Кам ва ўрта даромадли 12 мамлакатда, жами юрак қон-томир хасталикларидан юқори хавф бўлганлар ҳам СБКдан умумий хабардорлик 10% ни ташкил этган [16].

Гонгконда ўтказилган тадқиқот натижаларига кўра, фукарларнинг ярмидан ками терминал буйрак етишмовчилигининг асосий сабабчилари гипертония ва қандли диабет буйрак фаолиятига таъсир қилишидан хабардорлар [13].

Т.Н. Jafar ва ҳаммуаллифлар томонидан ўтказилган сифат текширувида нафақат беморлар, балки бирламчи бўғин шифокорларининг ҳам хабардорлиги пастлиги аниқланган [25]. Текширув жараёнида врачлар билимлари чегараланганлиги ва СБК даволашларига ишонч йўқлигини маълум қилганлар. Яримдан камроқ шифокорлар (44%) СБК 5 босқичдан иборат эканлигини айтишган. Шунингдек, 90% дан ортиқроқ шифокорлар СБК хавф омиллари тўғрисида маълумотга эга бўлганлар ва уларнинг шунчаси гемодиализ ва буйрак кўчириб ўтказиш ўрин босувчи терапия эканлигини билишган. СБК ташхислаш тўғрисидаги саволга 12,7% врачлар фақат илгаридек креатинин эканлигини қайд этишган. Юқоридаги рақамлардан маълум бўладики, нафақат Камерунда, балки бошқа мамлакатларда яшовчи врачлар ҳам СБК ва унинг асоратлари тўғрисида маълумотга эга эмаслар, бинобарин уларда касалликни терминал босқичини тўхтатиб қолишни имкони йўқ. [12, 21, 25]

Ўтказилган адабиётлар таҳлилили жаҳон аҳолисининг тахминан 12% СБК билан оғриганлигини тасдиқлайди. Ушбу оғир асорат бошқа юқумли бўлмаган касалликлар билан муштаракликда тобора ўсиб бормоқда. Қандли диабет, артериал гипертензия, юрак қон-томир тизими касалликлари, шу жумладан сурункали юрак етишмовчилиги, юқори тана вазни индекси, социал-демографик омиллар (аҳолининг қариши, даромаднинг пастлиги, тиббий ёрдам олиш имконияти камлиги) СБК тўғрисида аҳоли ва бирламчи тизим шифокорларини кам хабардорлиги ушбу ҳолатга олиб келувчи асосий

омиллар ҳисобланади. Аксарият тадқиқотларда СБК эркаларга нисбатан аёллар орасида кўпроқ тарқалганлиги қайд этилган. Кузатувлар СБК нафақат кам ва ўрта даромадли мамлакатларда, балки ривожланган Европа, АҚШ, Канада ва Австралияда ҳам кўп учрашини тасдиқлайди. Шунингдек, СБК ҳақида барча мамлакатларда аҳоли ва бирламчи тизим врачларининг хабардорликлари кам эканлигини кўрсатади.

Республикаимизда СБК тарқалиши бўйича популяцион тадқиқотлар ўтказилмаган. Шунингдек, уни турли ҳудудларда, шу жумладан Самарқанд вилояти туманлари кесимида ва жинслар орасида тарқалиши тўғрисида аниқ маълумотлар мавжуд эмас. Мазкур йўналишда тадқиқотлар олиб бориш ушбу оғир асоратни ўз вақтида ташхислаш ва даволаш, келажақда гемодиализ ўринларини режалаштириш имкониятини яратади. Чунки, ушбу гуруҳ беморлар пировард натижада ўрин босувчи муолажаларга муҳтож бўладилар.

Адабиётлар:

1. Абдуллаев Д. Ш., Гадаев А. Г., Ризаев Ж. А. Матриксные металлопротеиназы у больных с болезнями пародонта и хронической сердечной недостаточностью // *Stomatologiya*. – 2017. – №. 2. – С. 104-106.
2. Арингазина А. М., Нарманова О. Ж., Нускабаева Г. О., Тагаева Ж. А., Мендыбаев Е. С. Хроническая болезнь почек: распространенность и факторы риска (обзор литературы)
3. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдувакилов Ж. У. Иммунологические аспекты патогенеза патологии пародонта у больных с хронической сердечной недостаточностью // *Journal of biomedicine and practice*. – 2016. – Т. 1. – №. 1. – С. 6-10.
4. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдуллаев Д. Ш. Параллели патогенеза заболеваний пародонта и хронической сердечной недостаточности // *Dental Forum*. – Общество с ограниченной ответственностью "Форум стоматологии", 2017. – №. 4. – С. 70-71.
5. Махмонов Л. С., Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г. *Helicobacter pylori* ва уни темир ҳамда витамин B12 танқислиги камқонлиги юзага келишидаги аҳамияти. – 2021.
6. Benghanem G.M., Elseviers M., Zamd M., et al. Chronic kidney disease, hypertension, diabetes, and obesity in the adult population of Morocco: how to avoid 'over'- and 'under'-diagnosis of CKD // *Kidney Int.* - 2016. - Vol. 89. - P. 1363–1371).
7. (Bikbov B.T., Tomilina N.A. Substitute therapy for treating terminal kidney failure in the Russian Federation in 1998–2013. A report issued basing on data provided by the Russian register of substitute kidney therapy. Part I. *Nefrologiya i dializ*, 2015, no. 3, 111 p.).

8. (Bowe B., Xie Y., Li T., Mokdad A.H. Changes in the US burden of chronic kidney disease from 2002 to 2016: an analysis of the global burden of disease study. *JAMA Netw Open*, 2018, vol. 2, no. 1 (7), pp. e184412. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2018.4412).
9. (Brück K., Jager K.J., Dounousi E., et al. Methodology used in studies reporting chronic kidney disease prevalence: a systematic literature review // *Nephrol Dial Transplant*. 2016. Vol. 31. P. 680.
10. (Brück K., Stel V.S., Gambaro G., et al. CKD prevalence varies across the European general population // *J Am Soc Nephrol*. 2016. Vol. 27. P. 2135–2147).
11. (CG73 Chronic kidney disease: full guideline 2008. The published full clinical guideline on Chronic kidney disease including recommendations and methods used. NICE NICE. Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG73/Guidance/pdf/English> (06.09.2019)).
12. Choukem S.-P., Nchifor P.K., Halle M.-P., Nebongo D.N., Mbooue-Djieka Y., Kaze F.F., Monekosso G.L. Knowledge of physicians on chronic kidney disease and their attitudes towards referral, in two cities of Cameroon: a cross-sectional study. *BMC Res. Notes*, 2016, no. 9, pp. 29. DOI: 10.1186/s13104-016-1845-5;
13. (Chow K.M., Szeto C.C., Kwan B., Leung C.B., Li P.K. Public lacks knowledge on chronic kidney disease: Telephone survey. *Hong Kong Med. J.*, 2014, vol. 20, no. 2, pp. 139–144. DOI: 10.12809/hkmj134134).
14. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2015. Vol. 10. P. 1488–1499).
15. (Drawz P.E., Archdeacon P., McDonald C.J., et al. CKD as a model for improving chronic disease care through electronic health records
16. (Ene-Iordache B., Perico N., Bikbov B., Carminati S., Remuzzi A., Perna A., Islam N., Flores Bravo R. [et al.]. Chronic kidney disease and cardiovascular risk in six regions of the world (ISN-KDDC): A cross-sectional study. *Lancet Glob. Health*, 2016, vol. 4, no. 5, pp. e307–e319. DOI: 10.1016/S2214-109X(16)00071-1).
17. Fraser S.D.S., Roderick P.J., Casey M., Taal M.W., Yuen H.M., Nutbeam D. Prevalence and associations of limited health literacy in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2013, vol. 28, no. 1, pp. 129–137. DOI: 10.1093/ndt/gfs371).
18. (Gao S.W., Oliver D.K., Das N., Hurst F.P., Lentine K.L., Agodoa L.Y., Sawyers E.S., Abbott K.C. Assessment of Racial Disparities in chronic kidney disease stage 3 and 4 care in the department of defense health system. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.*, 2008, vol. 3, no. 2, pp. 442–449. DOI: 10.2215/CJN.03940907).

- 19.(GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 2017, vol. 390, no. 10100, pp. 1151–1210. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32152-9)
- 20.(Gerasimova O.Yu., Semchenko L.N., Remenets S.S. Epidemiology of chronic kidney diseases and organization of medical aid provided for patients with chronic kidney failure (literature review) *Yuzhnoural'skii meditsinskii zhurnal*, 2016, no.4, pp. 4–9).
- 21.Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: *Lancet*, 2015, vol. 386, no. 9995, pp. 743–800. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60692-4).
- 22.(Hill N.R., Fatoba S.T., Oke J.L., Hirst J.A., O'Callaghan C.A., Lasserson D.S., Richard Hobbs F.D. Global prevalence of chronic kidney disease – A systematic review and Metaanalysis // *PLoS One*. - 2016. - Vol. 6. e0158765)
- 23.(Imtiaz S., Salman B., Qureshi R., Drohlia M.F., Ahmad A. A review of the epidemiology of chronic kidney disease in Pakistan: A global and regional perspective. *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 2018, vol. 29, no.6, pp. 1441–1451. DOI: 10.4103/1319-2442.248307).
- 24.(Jack K.C. Ng., Li P.K.-T. Chronic kidney disease epidemic: How do we deal with it? *Nephrology*, vol. 23, no. 4, pp. 116–120. DOI: 10.1111/nep.13464).
- 25.(Jafar T.H., Ramakrishnan C., John O., Tewari A., Cobb B., Legido-Quigley H., Sungwon Y., Jha V. Access to CKD Care in Rural Communities of India: a qualitative study exploring the barriers and potential facilitators. *BMC Nephrol*, 2020, no. 21, pp. 26. DOI: 10.1186/s12882-020-1702-6).
- 26.(Kalantar-Zadeh K., Golan E., Shohat T., Streja E., Norris K.C., Kopple J.D. Survival disparities within American and Israeli dialysis populations: learning from similarities and distinctions across race and ethnicity. *Semin Dial*, 2010, vol. 23, no. 6, pp. 586–594. DOI: 10.1111/j.1525-139X.2010.00795.x).
- 27.(KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis // *Kidney International Supplements*. – 2012. - Vol. 2. - P. 259–274;
- 28.(Laster M., Shen J.I., Norris K.C. Kidney disease Among African Americans: A population perspective. *Am J. Kidney Dis.*, 2018, vol. 72, no. 5 (1), pp. S3–S7. DOI: 10.1053/j.ajkd.2018.06.021;
- 29.(Mathur R., Dreyer G., Yaqoob M.M., Hull S.A. Ethnic differences in the progression of chronic kidney disease and risk of death in a UK diabetic population: an observational cohort study. *BMJ Open*, 2018, vol. 27, no. 8 (3), pp. e020145. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-020145).
- 30.(Mills K.T., Xu Y., Zhang W., Bundy J.D., Chen C.-S., Kelly T.N., Chen J., He J. A systematic analysis of world-wide population-based data on the global burden of chronic kidney disease in 2010. *Kidney Int*, 2015, vol. 88, no. 5, pp. 950–957. DOI: 10.1038/ki.2015.230).
- 31.(Parving H.H., Brenner B.M., McMurray J.J.V, et al, for the ALTITUDE Investigators. Cardiorenal end points in a trial of aliskiren for type 2 diabetes // *N Engl J Med*. 2012. Vol.367. P. 2204–2213).
- 32.Saran R., Robinson B., Abbott K.C., Agodoa L.Y.C., Bhawe N., Bragg-Gresham J., Balkrishnan R., Dietrich X. [et al.].
- 33.(The published full clinical guideline on Chronic kidney disease including recommendations and methods used. NICE NICE. Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG73/Guidance/pdf/English> (06.09.2019)).
- 34.US Renal Data System 2017 Annual Data Report: epidemiology of kidney disease in the United States. *Am. J. Kidney Dis.*, 2018, vol. 71, no. 3 (1), pp. S1–S672. DOI: 10.1053/j.ajkd.2018.01.002).
- 35.(Verhave J.C., Troyanov S., Mongeau F., Fradette L., Bouchard J., Awadalla P., Madore F. Prevalence, awareness, and management of CKD and cardiovascular risk factors in publicly funded health care. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.*, 2014, vol. 9, no. 4, pp. 713–719. DOI: 10.2215/CJN.06550613).
- 36.(WHO. International Classification of Diseases version 11.2016. <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (accessed Oct 2, 2016)).

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И ЕЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ В МИРЕ

Гадаев А.Г., Махмонов Л.С.

Резюме. В данной статье представлен анализ зарубежной литературы о распространенности хронической болезни почек в мире. В нем показано, что это тяжелое осложнение широко распространено по всему миру, но отличается друг от друга в разных странах и регионах. В метаанализе, основанном на 100 исследованиях, в которых участвовали 6908 440 пациентов с хронической болезнью почек 1-5 стадии, было обнаружено, что она составляет 13,4%. Его 3-я стадия была наиболее распространенной и составила 7,6%. Эти цифры имеют важное значение для изучения тяжести этого тяжелого осложнения в регионах нашей республики. Потому что полученные результаты дают возможность планировать активные методы лечения в будущем.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, стадии хронической болезни почек, считающаяся клубочковая фильтрация.