

Кадимова Ш.Г.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ В БАКУ

Азербайджанский медицинский университет, AZ 1003, Баку, Азербайджан

*В последние годы наблюдается рост почечной патологии среди беременных, особенно ее хронических форм, характеризующихся длительным клиническим течением и частыми обострениями. Целью исследования явилось изучение распространенности почечной патологии и ее структуры у беременных с разработкой социально-экономических основ их профилактики*

*В результате эпидемиологического анализа установлено, что за период наблюдения 2009—2011 гг. в Баку распространенность почечной патологии у беременных составила 11%. При изучении структуры и динамики заболеваемости почек у беременных за этот же период в Баку выявлено, что на лидирующих позициях находились хронический пиелонефрит (27,2%), гидронефроз почек (14,8%) и эклампсия (12%). Доля цистита составляла 4,8%, мочекаменных болезней 3,2%, почечных коликов 2,4%, аномалии почек 0,8%.*

*Исследованиями установлено, что при осуществлении научно-обоснованных профилактических мер достигается эффективная профилактика заболеваний. В частности, риск заболеваемости снижается в 4,18 раз. Через 10—12 мес после проведения разъяснительной работы внедряемость профилактических мер среди пациенток, неукоснительно выполняющих эти меры, достигла максимального уровня (88,6±2,8%), а среди пациенток, во многом не придавших им большого значения, она оставалась низкой (41,0±5,6%). В то же время организация и проведение выработанного комплекса профилактических мер доступны, не требуют дополнительных кадровых и материально-технических ресурсов и достигаются путем санитарной агитации среди населения. Целенаправленная и постоянная разъяснительная работа повышает ответственность населения за свое здоровье, активизирует его на осуществление комплекса профилактических мер, что создает реальные предпосылки не только для стабилизации уровня заболеваемости, но и ее последовательного снижения.*

**Ключевые слова:** распространенность; почечная патология; беременность; профилактика.

**Для цитирования:** Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015; 23 (3): 45—48.

**Для корреспонденции:** Шайман Гасанали гызы Кадимова, khalafli@mail.ru

Kadimova Sh.G.

## THE ORGANIZATION OF PREVENTION OF RENAL PATHOLOGY IN PREGNANT WOMEN IN BAKU

The Azerbaijan medical university, AZ 1003 Baku, Azerbaijan

*Nowadays, increasing of renal pathology, especially of its chronic forms characterized by long clinical duration and frequent exacerbations is observed in pregnant women. The study was carried out to analyze prevalence and structure of renal pathology in pregnant women with further development of social economic basics of its prevention. The epidemiological analysis established that during 2009—2011 in Baku prevalence of renal pathology in pregnant women amounted to 11%. The analysis of structure and dynamics of renal pathology in pregnant women during the same period revealed that leading positions are taken by chronic pyelonephritis (27.2%), hydronephrosis (14.8%) and eclampsia (12%). The percentage of cystitis amounted to 4.8%, urolithiasis — 3.2%, renal colic — 2.4% and renal anomalies — 0.8%. The study established that under application of scientifically valid preventive measures an effective prevention of disease is achieved. In particular, risk of morbidity is decreased up to 4.18 times. After 10—12 months after implementation of explanatory work degree of implementation of preventive measures among female patients with close adherence to these measures attained maximal level (88.6±2.8%) and among female patients attaching no importance to them in many ways implementation remained low (41±5.6%). At the same time, organization and implementation of developed complex of preventive measures are available. They have no requirement in an additional manpower and material technical resources and are applied using sanitary agitation among population. The task-oriented and permanent explanatory work increases responsibility of population for one's own health, activates population to implement complex of preventive measure. On the whole, workable premises both to stabilize level of morbidity of renal pathology and its consistent decreasing are established.*

**Key words:** prevalence; renal pathology; pregnancy; prevention

**Citation:** Problemi socialnoii gigieni, zdravooohranenia i istorii meditsini 2015; 23 (3): 45—48.

**For correspondence:** Kadimova Shaiman Gasanali gysy, khalafli@mail.ru

Received 09.03.2015

Любое развитое общество должно стремиться к тому, чтобы уровень здоровья каждого человека оставался высоким, так как только физически и нравственно здоровый индивид способен стать активным участником социальной, политической и культурной сфер человеческой жизни. По широте распространенности среди населения, многообразию спектра патогенного воздействия на организм и серьезным медико-социальным последствиям патологии органов мочеполовой системы

остаются актуальной проблемой современного здравоохранения [1, 2]. В последние годы наблюдается рост почечной патологии (ПП) среди беременных, особенно их хронических форм, характеризующихся длительным клиническим течением и частыми обострениями [3, 4]. Без учета социально-поведенческих особенностей жизни беременных проводимая борьба с ПП не приносит желаемых успехов. В результате этого заболевания почки продолжают оставаться наиболее массовыми и наи-

Таблица 1

## Возрастная характеристика беременных

Группа	≤18 лет		20—29 лет		≥30 лет	
	n	%	n	%	n	%
Основная (n = 250)	15	6,0±1,9	160	64,0±3,9	75	30,0±3,7
Контрольная (n = 80)	2	4,0±1,6	29	58,0±6,9	19	38,0±6,7

более значимой медико-социальной проблемой [5—8]. В связи с этим изучение данного вопроса стало объектом наших исследований, результаты которых приведены в настоящем сообщении.

**Цель работы** — изучить распространенность и структуру ПП у беременных с разработкой социально-экономических основ их профилактики.

## Материалы и методы

Для осуществления цели исследования на основании разработанных клиничко-лабораторных критериев за период 2009—2011 гг. было обследовано 250 женщин в возрасте от 17 до 39 лет с ПП, на сроке беременности 16—40 нед, наблюдавшихся на базе кафедры акушерства и гинекологии II Азербайджанского медицинского университета (АМУ) и родильного дома № 5 им. Ш. Алескеровой. В работе использованы методы ретроспективного эпидемиологического анализа распространения ПП беременных в Баку. Распространенность ПП беременных в зависимости от нозоформы изучали путем анализа историй болезни за 3-летний период. Исследование включало анализ клинической характеристики, особенностей течения беременности, родов, послеродового периода, состояния плода и новорожденного. Эти женщины составили основную группу обследованных с ПП.

Дополнительно в качестве группы контроля было взято 80 беременных пациенток в возрасте 18—34 лет без ПП и клинических проявлений в анамнезе. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью компьютерной программы Microsoft Excel 2007. При сравнительной оценке двух величин вычисляли критерий достоверности Стьюдента. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

## Результаты исследования

В ходе исследования всех пациенток мы вели проспективно. При этом с I триместра беременности мы наблюдали 45,8% беременных, со II триместра 33,3% и с III триместра 20,9%. Возраст беременных основной и контрольной групп в среднем составил в основной группе 27,98±5,3 года, а в контрольной — 24,5±3,7 года. Возрастная характеристика пациенток представлена в табл. 1.

В результате эпидемиологического анализа установлено, что за период наблюдения 2009—2011 гг. в Баку распространенность ПП у беременных составила 11,0±0,9% (рисунок). Если в 2009 г. всего по городу было зарегистрировано 337 (10,0±1,7%) беременных с ПП, то в 2010 г. уже 385 (12,0±1,6%), а в 2011 г. 390 (11,0±1,5%).

Изучение структуры и динамики регистрируемых патологий органов мочевой системы у беременных за 2009—2011 гг. в Баку показало преобладание хронического пиелонефрита (22,7±2,8%), далее в порядке убывания гидронефроз почек (14,8±2,2%) и преэклампсия (12,0±2,0%). Доля цистита не превышала 4,8±1,3%, мочекаменные болезни составляли 3,2±1,4%, почечные колики 2,4±1,1%, аномалии почек 0,8% (табл. 2)

За исследуемый период наблюдался рост доли хронического пиелонефрита в структуре регистрируемых



1 — всего обследованных; 2 — из них с ПП (в абс. ед.); 3 — то же в %.

хронических заболеваний почек у беременных в возрасте 17—39 лет и составил соответственно 27,2±0,8%.

Гидронефроз почек занял 2-е место в общей структуре хронических заболеваний почек и составил 14,8±2,2%, эклампсия занимала 3-е место (12,0±2,0%). Удельный вес мочекаменной болезни составил 3,2±1,1%, цистита — 4,8±1,3%, хронического гломерулонефрита — 9,6±1,8% ( $p < 0,05$ ), бессимптомной бактериурии и тубулоинтерстициального нефрита 6,4±1,2% и 5,2±1,4% соответственно. В возрастной структуре заболевших самый высокий уровень заболеваемости установлен у беременных в возрасте 20—29 лет (64,0±3,9%) и у беременных старше 30 лет (30,0±3,7%), наименьший — у беременных до 18 лет (6,0±1,9%).

Выявив распространенность и структуру ПП, мы вычленили ведущие факторы социально-экономического и гигиено-поведенческого порядка, благоприятствующие развитию заболеваний и ограничивающих их. Несмотря на широкий перечень факторов, они достаточно легко выполнимы и могут быть реализованы путем целенаправленной санитарной агитации среди населения. Исключение составляют лишь факторы социального порядка. На самом деле улучшить жилищно-гигиенические условия, повысить материальное благополучие или культурно-образовательный уровень за небольшие сроки практически невозможно (табл. 3).

После лечения в течение 1 года осуществляли 3-кратную многофакторную оценку внедрения профилактических мер: до лечебных мероприятий и спустя 2—3 и 10—12 мес после их проведения. Данную работу

Таблица 2

## Зарегистрированная ПП у обследованных беременных Баку за 2009—2011 гг.

Заболевание	абс. ед.	%
Острый пиелонефрит	16	6,4±0,2
Гестационный пиелонефрит	18	7,2±1,6
Эклампсия	30	12,0±2,0
Цистит	12	4,8±1,3
Мочекаменная болезнь	8	3,2±1,1
Почечная колика	6	2,4±1,1
Аномалии почек	2	0,8
Хронический пиелонефрит	68	27,2±2,8
Гидронефроз почек	37	14,8±2,2
Хронический гломерулонефрит	24	9,6±1,8
Бессимптомная бактериурия	16	6,4±1,2
Тубулоинтерстициальный нефрит	13	5,2±1,4

Таблица 3

## Факторы, играющие ведущую роль в развитии ПП у беременных

Благоприятствующие развитию ПП	Ограничивающие развитие ПП
Поздняя обращаемость за специализированной медицинской помощью	Своевременная обращаемость за специализированной медицинской помощью
Самостоятельное лечение заболеваемости	Амбулаторно-клиническое лечение заболеваемости
Низкий уровень неспецифических защитных функций организма	Повышение уровня неспецифических защитных функций организма
Низкий уровень материального благополучия	Достаточный уровень материального благополучия
Неудовлетворительные жилищно-коммунальные условия	Удовлетворительные жилищно-коммунальные условия
Недостаточный культурно-образовательный уровень	Достаточный культурно-образовательный уровень
Неудовлетворительное состояние здоровья	Удовлетворительное состояние здоровья
Наличие системных и прочих заболеваний	Отсутствие системных и прочих заболеваний
Подверженность повышению артериального давления	Нормальное состояние артериального давления
Отягощенная наследственная нефрологическая патология	Отсутствие наследственной нефрологической патологии
Прием большого количества соли	Ограниченное потребление соли
Анемия у беременных	Отсутствие анемии
Умеренно выраженная преэклампсия	Отсутствие преэклампсии
Перенесенные вирусные и бактериальные инфекции	Отсутствие заболеваемости вирусными и бактериальными инфекциями
Переохлаждение организма	Отсутствие переохлаждения организма

ту удалось провести только среди 210 пациенток с ПП, которых в зависимости от выполняемости комплекса профилактических мер разделили на 2 группы. Первую группу составили 132 пациентки, неукоснительно выполняющих эти меры, вторую группу 78 пациенток, во

многом не придавших им большого внимания. Результаты представлены в табл. 4.

Исходная позиция по степени внедряемости реализуемого комплекса профилактических мер в обеих группах пациенток была почти одинаковой и очень низкой. Скорее всего, высокая заболеваемость ПП беременных объясняется и тем, что у них практически отсутствовала осведомленность в способах предотвращения заболеваемости. Однако уже через 2—3 мес у части пациенток данная осведомленность возросла и повысился уровень внедряемости профилактических мер. У другой части пациенток осведомленность была такой же, но внедряемость профилактических мер возросла незначительно. В качестве причин эта группа пациенток приводила много доводов, но в основном они носили субъективный, немотивированный характер. Через 10—12 мес разьяснительной работы внедряемость профилактических мер у первой части пациенток достигла максимального уровня, у второй части пациенток она оставалась низкой. Такая ситуация оказала существенное влияние на частоту обострений хронических заболеваний. Неукоснительное выполнение первой частью пациенток профилактических мер способствовали тому, что в посттерапевтическом периоде в течение 1 года среди них частота обострений хронических форм заболеваний и рецидивов оказалась низкой по сравнению со второй частью пациенток (табл. 5).

По истечении года после проведенного консервативного лечения среди пациенток, неукоснительно выполнявших рекомендованный комплекс профилактических мер, частота обострений хронических форм заболеваний и рецидивов составила  $9,8 \pm 2,6\%$  случаев. В небольшой степени этому способствовало то, что пациентки, помимо выполнения профилактических мер, стали более внимательны к своему здоровью, в случаях заболеваемости своевременно обращались за медицинской помощью и получали квалифицированное лечение. Среди пациенток, частично выполняющих меры профилактического комплекса, частота повторных заболеваний и рецидивов была намного больше.

Таким образом, результаты исследования показали, что при осуществлении научно обоснованных профи-

Таблица 4

## Внедряемость профилактических мер среди беременных с ПП в течение 1 года

Контрольный срок	Степень внедряемости профилактических мер				$\chi^2$	p
	полная (n = 132)		частичная (n = 78)			
	абс. ед.	%	абс. ед.	%		
До лечения	22	16,7 $\pm$ 3,3	15	19,2 $\pm$ 4,5	0,22	> 0,05
После лечения:						
через 2—3 мес	71	53,8 $\pm$ 4,4	22	28,2 $\pm$ 5,1	13,01	< 0,01
через 10—12 мес	117	88,6 $\pm$ 2,8	32	41,0 $\pm$ 5,6	53,92	< 0,01

Таблица 5

## Зависимость частот обострений хронических форм заболеваний и рецидивов в течение 1 года от степени внедряемости профилактических мер среди пациенток с ПП

Обострение заболеваемости и рецидив в контрольные сроки	Степень внедряемости профилактических мер				$\chi^2$	p
	полная (n = 132)		частичная (n = 78)			
	абс. ед.	%	абс. ед.	%		
Через 2—3 мес:						
хронический гломерулонефрит	2	1,5 $\pm$ 1,1	5	6,4 $\pm$ 2,8	3,65	> 0,05
хронический пиелонефрит	3	2,3 $\pm$ 1,3	8	10,3 $\pm$ 3,5	6,30	< 0,02
всего	5	3,8 $\pm$ 1,7	13	16,7 $\pm$ 4,3	10,38	< 0,01
Через 10—12 мес:						
хронический гломерулонефрит	4	3,0 $\pm$ 1,5	12	15,4 $\pm$ 4,1	10,63	< 0,01
хронический пиелонефрит	9	6,8 $\pm$ 2,2	20	25,6 $\pm$ 5,0	14,59	< 0,01
всего	13	9,8 $\pm$ 2,6	32	41,0 $\pm$ 5,6	28,31	< 0,01

лактических мер достигается эффективная профилактика заболеваний. В частности, риск заболеваемости снижается в 4,18 раз. Организация и проведение выработанного комплекса профилактических мер доступны, не требуют приложения дополнительных кадровых и материально-технических ресурсов и достигаются путем санитарной агитации среди населения. Целенаправленная и постоянная разъяснительная работа повышает ответственность населения за свое здоровье, активизирует его на осуществление комплекса профилактических мер, что создает реальные предпосылки не только для стабилизации уровня заболеваемости ПП, но и для последовательного снижения.

### Заключение

К ведущим факторам риска развития ПП у беременных Баку можно отнести отягощенную наследственную нефрологическую патологию, умеренно выраженную преэклампсию, перенесенные бактериальные и вирусные инфекции, неудовлетворительные жилищные условия, анемию и др. Проведенное исследование позволило установить эпидемиологическую характеристику ПП у беременных (заболеваемость, структура, динамика) в Баку за период 2009—2011 гг. и подтвердило точку зрения о социальной обусловленности ПП. Установлено также, что неукоснительное выполнение рекомендованного комплекса профилактических мер по истечении 1 года позволяет снизить частоту обострений хронических форм заболеваний и рецидивов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Батюшин М.М., Терентьев В.П., Дмитриева О.В., Повилайти П.Е. *Хроническая болезнь почек. Место нестероидных противовоспалительных препаратов*. СПб.: Джангар; 2009.
2. Максимова А.С. *Заболевания почек*. СПб.: Феникс; 2007.
3. Рогов В.А., Гордовская Н.Б. Почки и беременность. В кн.: *Нефрология / Под ред. И.Е. Тареевой*. М.: Медицина; 2009: 464—84.

4. Epstein F.H. Pregnancy and renal disease. *N. Engl. J. Med.* 2009; 335: 277—8.
5. Gyselaers W., Mesens T., Tomsin K., Molenberghs G., Peeters L. Maternal renal interlobar vein impedance index is higher in early than in late-onset pre-eclampsia. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2010; 36 (1): 69—75.
6. Moulin B., Hertig A., Rondeau E. Kidney and preeclampsia. *Ann. Fr. Anesth. Reanim.* 2010; 29 (4): 83—90.
7. Spaan J.J., Ekhart T., Spaanderman M.E., Peeters L.L. Reduced renal function after preeclampsia does not result from accelerated age-dependent renal function loss. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2010; 89 (9): 1202—5.
8. Yuan L., Duan Y., Cao T. Hemodynamic changes of renal main arteries in pregnancy-induced hypertension. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2007; 131 (1): 36—9.

Поступила 09.03.2015

### REFERENCES

1. Batyushin M.M., Terent'ev V.P., Dmitrieva O.V., Povilayti P.E. *Chronic Kidney Disease. Place Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs. [Khronicheskaya bolezn' pochek. Mesto nesteroidnykh protivovospalitel'nykh preparatov]*. St. Petersburg: Dzhangar; 2009. (in Russian)
2. Maksimova A.S. *Kidney Disease. [Zabolevaniya pochek]*. St. Petersburg: Feniks; 2007. (in Russian)
3. Rogov V.A., Gordovskaya N.B. Kidney and pregnancy. In: *Nefrology. [Nefrologiya]* / Ed. I.E. Tareeva. Moscow: Meditsina; 2009; 464—84. (in Russian)
4. Epstein F.H. Pregnancy and renal disease. *N. Engl. J. Med.* 2009; 335: 277—8.
5. Gyselaers W., Mesens T., Tomsin K., Molenberghs G., Peeters L. Maternal renal interlobar vein impedance index is higher in early than in late-onset pre-eclampsia. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2010; 36 (1): 69—75.
6. Moulin B., Hertig A., Rondeau E. Kidney and preeclampsia. *Ann. Fr. Anesth. Reanim.* 2010; 29 (4): 83—90.
7. Spaan J.J., Ekhart T., Spaanderman M.E., Peeters L.L. Reduced renal function after preeclampsia does not result from accelerated age-dependent renal function loss. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2010; 89 (9): 1202—5.
8. Yuan L., Duan Y., Cao T. Hemodynamic changes of renal main arteries in pregnancy-induced hypertension. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2007; 131 (1): 36—9.