



ЈЗУ ЦЕНТАР ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ - СКОПЈЕ
ISHP QENDRA E SHËNDETIT PUBLIK - SHKUP

ул. 3-та Македонска бригада бр.18 Скопје, тел. 02/3298 667, факс 02/3298 251, www.cph.mk
rr. 3-Brigada e Tretë Maqedonase nr.18 Shkup, tel. 02/3298 667, faks 02/3298 251, www.cph.mk

ИЗВЕШТАЈ ЗА ХРОНИЧНА БУБРЕЖНА БОЛЕСТ ЗА ПАЦИЕНТИ РЕГИСТРИРАНИ ВО 2019 ГОДИНА



Скопје, јуни 2020 година

Ј.З.У ЦЕНТАР ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ – СКОПЈЕ

ДИРЕКТОР

Прим. м-р сци. д-р Александар Стојанов

Раководител:

Прим. д-р сци. Персида Малинска

Уредник:

Прим. д-р сци. Валентина Симоновска

Автор:

Прим. д-р сци. Валентина Симоновска

Обработка на податоци:

Одделение за социјална медицина

Вовед

Хронична бубрежна инсуфициенција (ХБИ) е синдром кој е резултат на постепено, прогресивно и неповратно намалување на гломеруларната филтрација, до последната фаза на уремија. Се карактеризира со задржување на уремични токсини (уреа, креатинин, урична киселина, фенол, индол, итн.), кои се јавуваат главно за време на протеинскиот метаболизам, промени во обемот и составот на телесните течности и електролити, како и нерамнотежа на хормоните.

Уринарниот систем го сочинуваат : бубрези, уретер, мочниот меур (везика уринарија) и уретрата. Бубрезите се парен орган кои имаат најголем опсег на улоги на сите органи во организмот. Повеќето луѓе се раѓаат со два бубрези, но нормален живот може да се живее со еден здрав бубрег. Бубрезите се централниот дел на уринарниот систем. Тие се наоѓаат во ретроперитонеалниот простор на задниот ѕид на абдоменот и се наоѓаат од двете страни на 'рбетниот столб во висина на дванаесеттиот торакален и првиот и вториот лумбален пршлен.

Нефронот е основна функционална единица на бубрезите. Бубрегот се состои од приближно еден милион нефрони и е способен за производство на урина. Бубрезите не можат да регенерираат нови нефрони кога се оштетени. Нивниот број постепено се намалува, како резултат на лезија на бубрезите, болест или стареење. По 40-годишна возраст, бројот на функционални нефрони се намалува за приближно 10% на секои 10 години. Бубрезите имаат многу развиена мрежа на крвни садови. Крвта што циркулира во артериите и вените минува низ бубрезите на секои 5-10 минути. Секоја минута бубрезите примаат околу еден литар крв. Конечно, оваа крв го достигнува филтерот на крајот на еден од бубрежните канали и со тоа се одвојува, така што течниот дел од крвта (плазмата) оди во каналот, додека остатокот останува во крвотокот. Филтрираната течност поминува низ долг бубрежен канал и голем дел од водата, солта и другите супстанции потребни за организмот повторно се апсорбираат во крвта. Некои од вода, уреа и други отпадни производи се излучуваат, во форма на урина, преку уринарниот тракт во мочниот меур. Мочниот меур, во кој нема урина, е многу намален. Како што се пополнува, тој се протега, но урината не поминува во уретрата, бидејќи на тој пат има два сфинктера. Кога се акумулираат 250-300 милилитри урина, притисокот на ѕидовите на мочниот меур се зголемува и рецепторите во ѕидовите испраќаат импулси во центарот за празнење на урината. Ова предизвикува иритација да се уринира.

Бубрезите ја филтрираат крвта и ги отстрануваат вишокот токсини и отпадни производи на метаболизмот. Тие отстрануваат вишок вода од телото и го контролираат крвниот притисок. Тие произведуваат хормон еритропоетин, (ЕПО) кој ја стимулира коскената срцевина да произведува црвени крвни клетки.

Причина за настанување на хронична бубрежна инсуфициенција (ХБИ)

Дијабетес мелитус (28%) и хипертензија (25%) се најчестите причини за ХБИ. По нив следат гломерулонефритис (21%), полицистично заболување на бубрезите, кое се наследува автозомно доминантно (4%) и други причини (23%). Секое хронично заболување на бубрезите што предизвикува колапс на голем број нефрони, доведува до ХБИ.

Клиничка слика

Симптомите и знаците на ХБИ обично не се појавуваат се додека ендогениот клиренс на креатинин не достигне помалку од 30 мл во минута, кога способноста на работата на пациентот е намалена, се појавуваат анемија и некои метаболички нарушувања (ацидоза, нарушување на фосфокалциемична рамнотежа). Гастроинтестинални симптоми (гадење, повраќање, дијареја) се појавува клиренс на креатинин од 15 мл во минута, а невролошките симптоми и кардиоваскуларните оштетувања се јавуваат кога се спушта до 10 мл во минута.

Клиничките симптоми и знаци на ХБИ се неспецифични и потекнуваат од сите органи и системи.

Кардиоваскуларни нарушувања - хипертензија (висок крвен притисок), перикардитис (воспаление на срцевата кеса), срцева слабост. Гастроинтестинални нарушувања - губење на апетит, гадење, повраќање, икање, езофагитис со потешкотии при голтање, дијареја и мелена (крв во столицата).

Невролошки манифестации - замор, апатија, поспаност, намалена концентрација, агресија, халуцинации, дезориентација, разни степени на нарушување на свеста, сè до кома. Периферната невропатија се манифестира со болка во мускулите, грчеви во листовите на нозете, трнење, трнење и појава на синдром на немирни нозе.

Хематолошки нарушувања - анемија, крварење и инфекција.

Промени на кожата - сиво-жолта боја на лицето, дланките и стапалата, чешање што е толку изразено што доведува до несоница и ментални нарушувања.

Ендокрини нарушувања - ретардација на растот, губење на либидото, моќ, аменореа, стерилитет, секундарна хиперпаратироидизам што доведува до остеодистрофија - болка во зглобовите, болки во мускулите, отежнато одење.

Манифестации на очите - ретинопатија, конјунктивитис и кератитис.

Терапија

ХБИ и нејзината терминална фаза напредува побрзо или побавно кога е потребен третман со хемодијализа или перитонеална дијализа, како и комбинација на двата метода или трансплантација на бубрег.

КЛАСИФИКАЦИЈА НА ХБИ

СТАДИУМ	ОПИС	ГФР,ml/min/1.73
1	Оштетување на бубрегот со нормална или зголемена ГФР	над 90
2	Оштетување на бубрегот со благо намалување на ГФР	60-89
3А 3Б	Оштетување на бубрегот со умерено намалување на ГФР	45-59 30-44
4	Тешко намалување на ГФР	15-29
5	Терминална бубрежна слабост	под 15

Популациони групи кои може да имаат зголемен ризик за хронична бубрежна болест се лица со: дијабетес, хипертензија, постари лица од 60 години, мултисистемски болести, постоење на нефротоксични болести, фамилијарна анамнеза за бубрежните болести, постоење на ризик за опструктивна нефропатија, кардиоваскуларни болести (срцева инсуфициенција, исхемична срцева болест).

Цел

Целта на оваа Информација е да даде приказ и оценка за бројот на лицата кои имаат дијагностицирана ХБИ според возрасната и половата дистрибуција, националната структура и местото на живеење. Втора цел да ги прикаже најчестите причини (иницијалните дијагнози) за појава на ХБИ.

Материјал и методи

Како материјал за работа користени се податоци од електронската база на податоци „мој термин“, кои се обработуваат во Одделението за социјална медицина во Центарот за јавно здравје-Скопје, прикажани како индекси на структура.

Резултати и дискусија

Влијанието на хроничната бубрежна болест врз глобалниот товар на болести веројатно е потценето со сегашните методи на проценка. Сепак, ХБИ се појавува како главен здравствен проблем. Прво, трошоците за терапија со бубрежна замена се исклучително високи и трошат значителен дел од буџетите за здравствена заштита на развиените земји, додека во земјите во развој се недостапни. Второ, сложената интеракција јасно се појавува помеѓу хронична бубрежна инсуфициенција, кардиоваскуларни заболувања и дијабетес.

ХБИ е светски здравствен проблем, како за бројот на пациенти, така и за трошоците за вклучен третман. Тоа е причина за 409.000 и 956.000 смртни случаи во 1990 и 2013 година, соодветно. Од овие смртни случаи, 46.000 (1990) и 173.000 (2013) биле предизвикани од ХБИ поради дијабет. На глобално ниво, болестите на бубрезите постојат кај околу 10–13% од општата популација. Се проценува дека повеќе од 500 милиони лица на глобално ниво имаат ХБИ, без оглед на причината.

На Графикон бр. 1 прикажана е половата дистрибуција на пациентите кои имаат ХБИ. Прикажан е апсолутен број на мажи и жени кои имаат дијагностицирана ХБИ и даден е индексот на структура прикажан како процент.

Графикон бр. 1 Процентуално учество на пациенти со ХБИ според полот



Извор: ЦЈЗ – Скопје

Од анализираните податоци на графиконот следува дека мажите имаат поголема процентуална застапеност (52,2%), во однос на жените (47,7%) кај кои е дијагностицирана ХБИ. Улогата што полот на пациентите ја игра во развојот и прогресијата на хроничните заболувања на бубрезите останува предмет на контроверзии. Недостатокот на јасност во оваа важна област рефлектира комплексни интеракции помеѓу биолошките фактори и културните и социоекономските влијанија кои влијаат на односот помеѓу полот и бубрежната болест. И покрај овие ограничувања, достапните податоци сугерираат дека прогресијата на бубрежната болест е побавна кај жените отколку кај мажите и дека овој сексуален диморфизам првенствено се должи на директните активности на сексуалните хормони врз клеточниот метаболизам. Обемот до кој разликите во факторите на живот помеѓу половите влијаат врз сексуалниот диморфизам во прогресијата на хронично заболување на бубрезите, останува да се разјаснат.

На Табела бр. 1 прикажан е индексот на структура како процентуален удел според возраста на пациентите кај кои е дијагностицирана ХБИ.

Табела бр.1. Процентуално учество на пациентите со ХБИ според возраста

Возрасна група	Машки	Женски	Вкупно	%
0	0	0	0	0,0
1	0	0	0	0,0
2	0	0	0	0,0
3	0	0	0	0,0
4	0	0	0	0,0
5	0	0	0	0,0
6	0	0	0	0,0
10-14	0	0	0	0,0
15-19	0	1	1	0,3
20-24	0	0	0	0,0
25-29	0	0	0	0,0
30-34	1	0	1	0,3
35-39	2	1	3	1,0
40-44	2	5	7	2,3
45-49	6	4	10	3,3
50-54	9	5	14	4,6
55-59	17	9	26	8,5
60-64	13	11	24	7,8
65-69	26	27	53	17,3
70-74	29	23	52	17,0
75-79	26	29	55	18,0
над 80	29	31	60	19,6
Вкупно	160	146	306	100,0

Извор: ЦЈЗ-Скопје

На Графикон бр. 2 графички е прикажана возрасната дистрибуција на пациентите со ХБИ.



Извор: ЦЈЗ-Скопје

Од анализираните податоци на табелата и графиконот следува дека најголема процентуална застапеност има возрасната група над 80 години. Загрижува фактот што појава на ХБИ има и во млада возраст и тоа од 15-19 години. Растечкиот тренд на ова заболување почнува од 35-39 години и како се зголемува возраста, така расте и бројот на болни со ХБИ. Нашите анализи се поклопуваат со истражувањата во светот кои велат дека хронично заболување на бубрезите е честа појава кај постари лица, што доведува до препорачување за рутинско скринирање засновано на возраста во текот на примарната заштита.

На Табела бр. 2 прикажана е дистрибуцијата на пациентите кои имаат ХБИ според местото на живеење во општините од Скопскиот регион за 2019 година. Табеларно и графички се прикажани пациентите во седумнаесет општини (десет градски и седум рурални) кои му припаѓаат на Скопскиот регион. Во табелата не е прикажано присуство на ниту еден пациент со дијагностицирана ХБИ само општина Зелениково.

Табела бр. 2 Процентуално учество на пациенти со ХБИ според местото на живеење

Општина	Мажи	Жени	Вкупно	%
Аеродром	36	28	64	20,9
Арачиново	0	1	1	0,3
Бутел	11	12	23	7,5
Гази Баба	16	18	34	11,3
Горче Петров	5	3	8	2,6
Илинден	5	4	9	2,9
Карпош	26	20	46	15,0
Кисела Вода	5	5	10	3,3
Петровец	1	0	1	0,0
Сарај	6	2	8	2,6
Сопиште	2	0	2	0,7
Студеничани	1	0	1	0,3
Центар	9	11	20	6,5
Чаир	34	36	70	22,9
Чучер Сандево	1	0	1	0,3
Шуго Оризари	2	6	8	2,7
Вкупно	160	146	306	100,0

Извор: ЦЈЗ-Скопје

Во 2019 година се регистрирани вкупно 306 пациенти со оваа дијагноза. Од нив 160 биле мажи и 146 жени.

Графикон бр. 3 Процентуално учество на пациенти со ХБИ според местото на живеење



Извор: ЦЈЗ-Скопје

Дистрибуцијата по општини е прикажана на Графикон бр 3. Највисок процент има во општина Чаир 22,9%, а по неа следи општина Аеродром со 20,9% и на трето место Карпош со 15% како дел од урбаното подрачје. Во општините од руралното подрачје најголем процент има во општина Илинден 2,9%. Frailty, состојба на зголемена ранливост на физички стрес како резултат на прогресивна и одржлива дегенерација кај повеќе физиолошки системи, е честа кај пациенти со хронично заболување на бубрезите. Состојба на зголемена ранливост на физички стрес е поврзана со зголемен ризик од смртност и хоспитализација. Препознавањето на слабоста треба да даде холистичка проценка за пациентот за решавање на факторите на ризик кои можат да ја влошат неговата прогресија и да утврди дека пациентот има соодветна психолошка и социјална поддршка. Соодветниот внес на исхрана е неопходен и треба да се понудат индивидуализирани програми за вежбање.

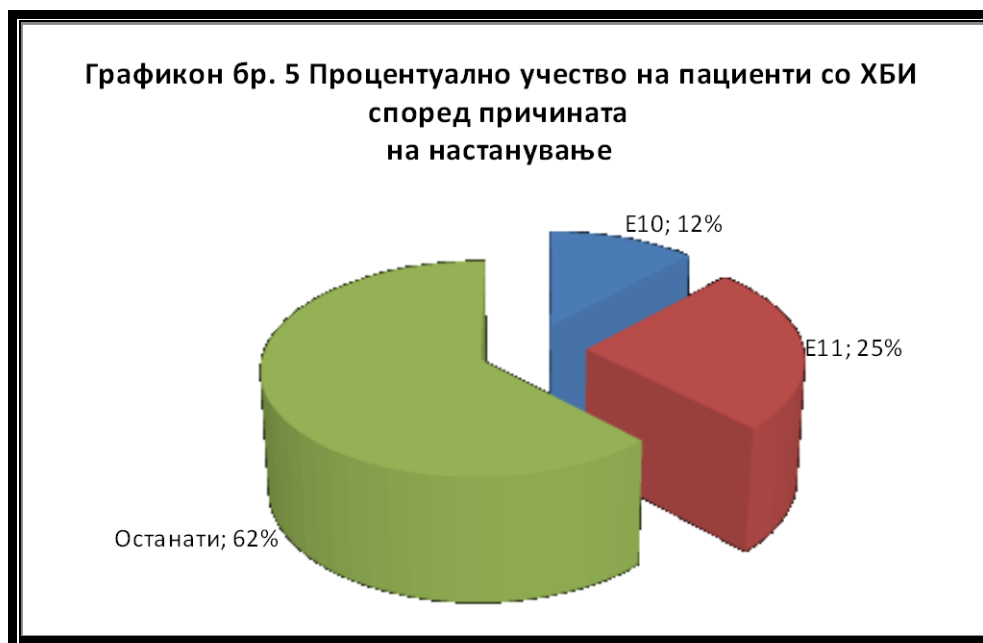
Графикон бр. 4 Процентуално учество на пациенти со ХБИ според националната припадност



Извор: ЦЈЗ-Скопје

Од анализираните податоци следува дека лицата од македонска националност кај кои е дијагностицирана ХБИ имаат најголемо процентуално учество од 67,0%. По нив следуваат лицата од албанска (23,9%) и ромска националност (2,9%). Недостатокот на јасност во оваа важна област рефлектира комплексни интеракции помеѓу биолошките фактори и културните и социоекономските влијанија кои влијаат на односот помеѓу расната, националната припадност и бубрежната болест. Секако, индицирани се дополнителни студии за истражување но сепак, потребни се иновативни пристапи за да се изолираат биолошките процеси од културните влијанија.

На Графикон бр. 5 дадена е причината за настанување на ХБИ. На Графиконот е прикажано процентуалното учество на пациентите кои имаат дијабет или друго останато заболување како иницијална дијагноза за настанување на ХБИ.



Извор: ЦЈЗ-Скопје

Според нашата анализа следува дека 25% од пациентите со ХБИ имаат претходно дијагностициран дијабет тип 2. Останатите 12% имале јувенилен или дијабет тип 1. Хронично заболување на бубрезите е честа состојба која се проценува дека влијае на 11% од населението во САД, или на 19 милиони луѓе и на повеќе од 50 милиони луѓе ширум светот. Слично на тоа, дијабетесот има епидемиска скала, со проценки на преваленца на 20 милиони луѓе во САД и 171 милион луѓе ширум светот. Дијабетесот е често поврзан со ХБИ, а кај 45% од пациентите кои имаат терапија со дијализа, дијабетесот е примарна причина за нивна слабост на бубрезите. Покрај тоа, се проценува дека умерена до тешка ХБИ се јавува кај 15-23% од пациентите со дијабетес во САД. Нашите податоци зборуваат дека дијабетот е причина за развој на ХБИ кај 37% од сите дијагностицирани лица со хронична бубрежна слабост за 2019 година.

Главни фактори на ризик за развој и прогресија на ХБИ се дијабетес и хипертензија. ХБИ, како резултат на дијабетес и хипертензија, влијае на скоро 5-7% од светската популација и е почеста кај земјите во развој и во неповолните и малцинските популации. Дијабетесот предизвикува 9,1–29,9% од случаите на терминална фаза во различни земји во развој, а хипертензијата доведува до 13–21% од случаите. Хипертензијата влијае на скоро 25% од возрасната популација во Африка и е причина за хронична бубрежна инсуфициенција кај 21% од пациентите на бубрежна заместителна терапија во Јужна Африка. Преваленцата на дијабетична нефропатија се проценува дека е 23,8% во Замбија, 14% -16% во Јужна Африка, 12,4% во Египет, 9% во Судан и 6,1% во Етиопија.

Заклучоци

1. Во текот на 2019 година контролирани и обработени се вкупно 306 пријави за ХБИ од Скопскиот регион.
2. Анализираниите податоци покажуваат дека мажите имаат поголема процентуална застапеност (52,2%), во однос на жените (47,7%) со ХБИ.
3. Нашите анализи се поклопуваат со истражувањата во светот кои велат дека хроничното заболување на бубрезите е честа појава кај постари лица.
4. Состојба на зголемена ранливост на физички стрес може да ја објаснува зголемената процентуална зачестеност кај населението од урбаните општини (Чаир, Аеродром и Карпош) во однос на руралните.
5. Постојат комплексни интеракции помеѓу биолошките фактори и културните, социоекономските влијанија на односот помеѓу расната, националната припадност и бубрежната болест.
6. Според нашата анализа следува дека 25% од пациентите со ХБИ имаат претходно дијагностициран дијабет тип 2. Останатите 12% имале јувенилен или дијабет тип 1.
7. ХБИ, како резултат на дијабетес и хипертензија, влијае на скоро 5-7% од светската популација и е почеста кај земјите во развој и во неповолните и малцинските популации.

Користена литература

1. Naghavi M, Wang H, Lozano R, Davis A, Liang X, Zhou M, et al. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;385(9963):117–171. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
2. Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, Tonelli M. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. *Kidney International*. 2011;80(12):1258. [[PubMed](#)]
3. Barsoum RS. Chronic kidney disease in the developing world. *The New England journal of medicine*. 2006;354(10):997–999. [[PubMed](#)]
4. Naicker S. End-stage renal disease in sub-Saharan Africa. *Ethnicity & disease*. 2009;19(1):13. [[PubMed](#)]
5. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.206441>
6. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.12.024>
7. <https://doi.org/10.1681/ASN.2007040422>
8. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfx377>