



Клинико-эндоскопическая картина эзофаго-гастродуоденальной зоны у больных с хронической почечной недостаточностью

С.С. Джалилов, Ю.А. Шокиров, Х.Х. Курбанов*

Кафедра внутренних болезней №1; *эндохирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье анализируются результаты клинико-эндоскопической картины эзофаго-гастродуоденальной зоны у 90 больных с различными стадиями хронической почечной недостаточности (ХПН).

На основании комплексного клинико-эндоскопического обследования у 11,0% больных был выявлен рефлюкс-эзофагит, у 12,0% – хронический диффузный гастрит, у 7,0% – хронический гастродуоденит, у 7,0% – эрозивный гастрит, у 11,0% – эрозивный дуоденит, у 10,0% – эрозивный гастродуоденит, у 8,0% – язвенный дефект в желудке и у 10,0% – в 12-перстной кишке. Патология гастродуоденальной зоны часто встречается в терминальной стадии (100,0%), реже – в консервативной (76,6%), особенно – в начальной стадии ХНП (50,0%).

Установление характера патологии гастродуоденальной зоны позволит более обоснованно оценить тяжесть течения ХПН и правильно построить тактику лечения. Назначение омепразола по 20 мг 2 раза в сутки в течение 21 дня на фоне комплексного консервативного лечения основного заболевания оказывает положительный эффект: способствует уменьшению тяжести болевых ощущений в эпигастриальной области, изжоги, тошноты, заживлению эрозий (77,8%), язвенного дефекта желудка (66,7%) и 12-перстной кишки (71,4%).

Ключевые слова: рефлюкс-эзофагит, хронический гастрит, азотемия, эзофаго-гастродуоденальная зона, хроническая почечная недостаточность

Актуальность. В современной клинике, диагностика, оценка тяжести течения, поиски эффективных консервативных методов лечения и профилактика хронической почечной недостаточности (ХПН) остаются актуальными. Качество жизни, выживаемость больных с ХПН во многом зависит от степени повреждения различных органов и систем организма, в том числе желудочно-кишечного тракта. Многие исследователи [1,2] признают этиопатогенетическую значимость в возникновении полиорганных повреждений внутренних органов воздействием шлаков азотистого обмена, артериальной гипертензии, кислородной недостаточности, связанной с анемией, электролитным дисбалансом и нарушением кислотно-щелочного состояния. Среди повреждений внутренних органов, заболевание желудочно-кишечного тракта у больных с ХПН занимает ведущее место, достигая до 64% пациентов [3]. С широким внедрением активных методов лечения ХПН программным гемодиализом, стало известно его негативное воздействие, провоцирующее возникновение грозных осложнений в виде желудочно-кишечных кровотечений. К тому же, за последние 30 лет возрастает интерес к инфекции

Helicobacter pylori, считающейся ведущей из причин образования эрозий и язв гастродуоденальной зоны [1,4,5]. В доступной литературе существуют единичные и противоречивые точки зрения относительно частоты *H.pylori*, инфицированности и её влияния на возникновение эрозивных и язвенных изменений эзофаго-гастродуоденальной зоны (ЭГДЗ) у больных с ХПН.

Наряду с вышесказанным, практический опыт и данные литературных источников показывают, что клиническое проявление патологии гастродуоденальной зоны у больных с ХПН приобретает свои особенности, что часто проявляется отсутствием болевого синдрома, диспепсическими расстройствами, обусловленными как патологией ЖКТ, так и ХПН, создавая определённые сложности в дифференциальной диагностике данных состояний.

Таким образом, несмотря на важность вышеуказанных вопросов, в доступной литературе имеются лишь единичные работы, посвящённые изучению патологии ЭГДЗ у больных с ХПН. Остаются малоизученными и спорными частота клинической сим-



птоматики, структура патологии гастродуоденальной зоны, кроме того, отсутствует единая тактика лечения эрозивных и язвенных поражений желудка и 12-перстной кишки у больных с ХПН.

Цель исследования: установление частоты, клинических и эндоскопических признаков патологии эзофаго-гастродуоденальной зоны у больных с различными стадиями хронической почечной недостаточности.

Материал и методы. Для достижения целей исследования обследовано 90 больных с различными стадиями ХПН, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении ГКБ №5 им. акад. К.Т.Таджиева. Возраст больных колебался от 20 до 50 лет, мужчин было 55 человек, женщин – 35. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольных лиц, сопоставимые по полу и возрасту.

Всем больным проводилось полное обследование по поводу нефрологической патологии, включающее общеклиническое обследование, суточный мониторинг артериального давления, ритма сердца, исследование сосудов глазного дна, биохимический уровень мочевины, креатинина, электролитов в сыворотке крови, пробу Ничипоренко, бактериурию, суточную протеинурию и пробу Зимницкого. Скорость клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции определяли по клиренсу эндогенного креатинина крови и мочи, собранных по методу Реберга (по формуле Cockcroft и Gault). Проводили Эхо-исследование почек (УЗИ), при необходимости – инфузионную урографию. Наряду с вышеназван-

ными исследованиями, всем пациентам проводили видеоэзофагогастродуоденоскопию (ВЭГДС).

Видеопотоколирование проводили по методике Г.Б.Гиршмана, аппаратом фирмы Olympus EXEPAII. Это позволяет в течение процедуры в режиме NOTV последовательно осмотреть слизистую оболочку пищевода, желудка и 12-перстную кишку. Состояние слизистой оболочки оценивалось согласно критериям эндоскопического раздела «Сиднейской классификации».

Критериями включения больных являлась ХПН, возникавшая на основе хронического гломерулонефрита и пиелонефрита. Критерии исключения – ХПН, этиологическими факторами которой являлись гипертоническая болезнь, ИБС, аутоиммунные и метаболические нефропатии, и больные с сопутствующей патологией печени и с асцитом.

Полученные результаты обработаны при помощи компьютера «Pentium IV» разностной, вариационной статистикой (А.И. Ойвин, 1966). Разница считалась достоверной, если вероятность возможной ошибки (Р), определённая по таблице Стьюдента, была меньше 0,05.

Результаты и их обсуждение. В ходе обследования 90 больных было выявлено, что причиной ХПН у 60 (66,7%) из них являлся хронический гломерулонефрит, у 30 (33,3%) – хронический пиелонефрит. Согласно степени выраженности почечной недостаточности, показателей уровня креатинина в крови и величины скорости клубочковой фильтрации (СКФ),

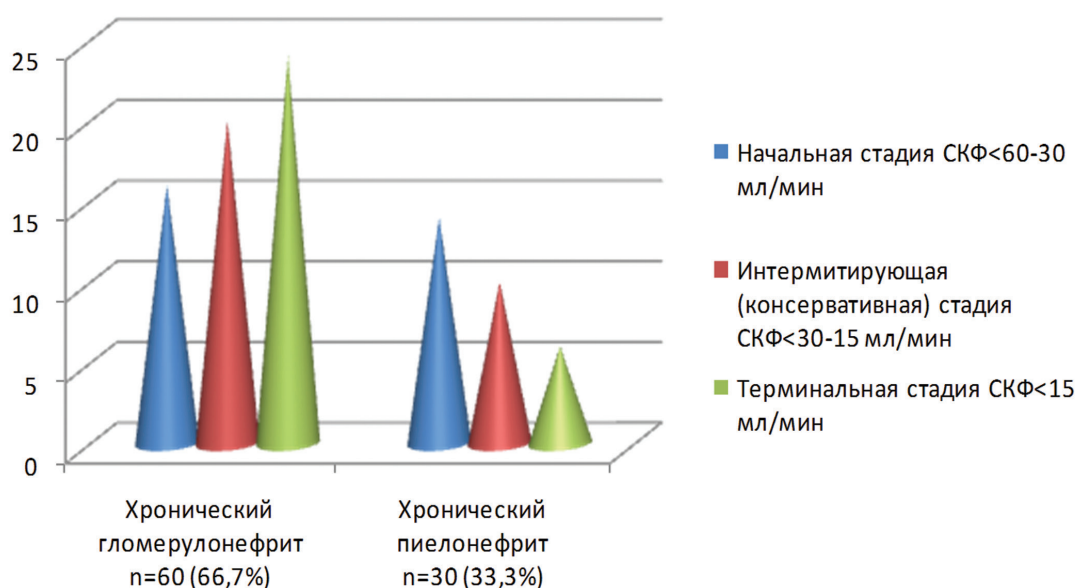


РИС.1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО СТАДИЯМ ХПН



исследуемые пациенты были распределены на три группы – начальная стадия, интермиттирующая (консервативная) и терминальная (рис. 1), соответствующие классификации научного общества нефрологов Российской Федерации (2007 г.) – III, IV, V стадиям хронической болезни почек (ХБП).

Анализ клинических симптомов у 90 обследованных больных показал, что наиболее часто больные с ХПН и имеющие поражения желудочно-кишечного тракта предъявляют жалобы на боли, снижение аппетита, тошноту, нередко симптомы анорексии в виде отвращения к пище, особенно мясной, и желанием есть мел. Болевой синдром в области живота и в эпигастральной области были мало выраженными, как правило носили стёртый характер.

При осмотре полости рта отмечался характерный запах аммония, язык часто обложен желтовато-коричневым налётом, сосочки языка гипертрофированы, с умеренно выраженной сухостью слизистой оболочки полости рта.

При осмотре живота отмечалась обычная форма соответствующей конституции, равномерно участвующего в акте дыхания, нередко с умеренно выражен-

ным метеоризмом (22,2%). При пальпации живота выявлялись стёртые признаки болевых ощущений в эпигастральной области (53,5%), вокруг пупка и в нижних отделах живота (33,3%), особенно у больных с терминальной стадией ХПН.

При проведении ВГДС, у лиц в контрольной группе выявлены (табл.) рефлюкс-эзофагит и картина хронического гастрита в 10% (5,0% и 5,0%) случаев. Частота воспалительных изменений с характерной очаговой и диффузной гиперемией слизистой по типу хронического гастродуоденита, эрозиями и с язвенными дефектами у больных с различными стадиями ХПН по сравнению с контрольной группой была достоверно выше.

Из 90 обследованных больных рефлюкс-эзофагит установлен у 10 (11,0%) пациентов, хронический диффузный гастрит – у 11 (12,0%), хронический гастродуоденит – у 6 (7,0%), с наличием эрозий в слизистой желудка – у 6 (7,0%), в слизистой 12-перстной кишки – у 10 (11,0%), сочетание эрозий в желудке и в 12-перстной кишки – у 9 (10,0%) больных. Язвенный дефект в желудке выявлен у 7 (8,0%) больных и у 9 (10,0%) – в слизистой 12-перстной кишки.

ТАБЛИЦА. ЧАСТОТА ПАТОЛОГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ ХПН

Клинико-лабораторные данные поражения пищевода, желудка и 12-перстной кишки при ФЭГДС	Контрольная группа СКФ 120-80 мл/мин, n=20		III стадия ХБП СКФ<60-30 мл/мин, n=30 (начальная стадия)		IV стадия ХБП СКФ<30-15 мл/мин, n=30 (консервативная стадия)		V стадия ХБП СКФ<15 мл/мин, n=30 (терминальная стадия)		Всего n=90	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Рефлюкс-эзофагит	1	5	2	7	3	10	5	17	10	11
Хронический гастрит	1	5	2	7	3	10	6	20	11	12
Хронический гастродуоденит	0	0	1	3	2	7	3	10	6	7
Хронический эрозивный гастрит	0	0	1	3	2	7	3	10	6	7
Хронический эрозивный дуоденит	0	0	3	10	3	10	4	13	10	11
Хронический эрозивный гастродуоденит	0	0	2	7	3	10	4	13	9	10
Язвенный дефект желудка	0	0	2	7	3	10	2	7	7	8
Язвенный дефект 12-перстной кишки	0	0	2	7	4	13	3	10	9	10
Всего:	2	10	15	50	23	77	30	100	68	76

Примечание: представлено абсолютное число больных и в %



Таким образом, представленные данные показывают высокую частоту и в различной степени выраженности патологии слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у 76,0% больных с ХПН. Причём из 30,0% больных с эрозиями, у 22,0% – с наличием язвенных изменений слизистой оболочки.

Анализ изучения частоты патологии гастродуоденальной зоны у больных с различными стадиями ХПН показал увеличение частоты патологических процессов гастродуоденальной зоны по мере нарастания степени почечной недостаточности, позволяя сделать заключение о значимости отрицательного воздействия нарастания азотистых шлаков, мочевины, креатинина на слизистую оболочку гастродуоденальной зоны. Наблюдается также относительная взаимосвязь частоты патологии слизистой оболочки гастродуоденальной зоны с величиной скорости клубочковой фильтрации (СКФ). По мере снижения СКФ увеличивалась частота патологии слизистой гастродуоденальной зоны.

Патологии в разной степени выраженности в слизистой оболочке желудка и 12-перстной кишки у больных с начальной стадией ХПН (СКФ < 60-30 мл/мин) отмечались у 50,0% пациентов, консервативной – у 76,7%, а в терминальной – 100,0%. Эрозивные изменения в слизистой желудка и 12-перстной кишки наблюдались у 6 (20,0%) больных с начальной, у 8 (26,7%) – с консервативной и у 11 (36,7%) – с терминальной стадией ХПН. Тогда как язвенный дефект в желудке и в 12-перстной кишке встречался примерно с одинаковой частотой во всех стадиях ХПН, с некоторым преобладанием локализации язвы в 12-перстной кишке (7,8% и 10,0%, соответственно).

Анализируя полученные данные, мы пришли к заключению, что у больных с ХПН патология слизистой со стороны желудка и 12-перстной кишки встречается примерно одинаково. Тогда как, в общей популяции больных, страдающих язвенной болезнью, соотношение эрозий и язв желудка и 12-перстной кишки в странах СНГ составляет 1:4, в Индии 1:19, в Японии 2:1 (Т.Н. Якубчик, 2011 г.). Причина такого различия в настоящее время остаётся окончательно не ясной, существующие точки зрения являются противоречивыми. Однако большинство исследователей придерживаются единого мнения о значительном преобладании эрозий и язв в 12-перстной кишке. Данное обстоятельство позволяет подчеркнуть значимость в патогенезе развития патологии со стороны желудка и 12-перстной кишки у больных с ХПН непосредственным воздействием азотистых шлаков.

Далее, подтверждая вышесказанное мнение, нами произведено сопоставление частоты патологии желудка и 12-перстной кишки с уровнем креатинина сыворотки крови (рис. 2).

Результаты проведённых сопоставлений позволили установить увеличение частоты патологии слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки по мере нарастания уровня креатинина сыворотки крови. Данное положение позволяет практически врачу более адекватно оценить возможность патологии со стороны слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки по уровню креатинина крови. Наряду с этим, оценка состояния слизистой оболочки гастродуоденальной зоны имеет важное значение в правильном подборе тактики проведения комплексной лекарственной терапии.

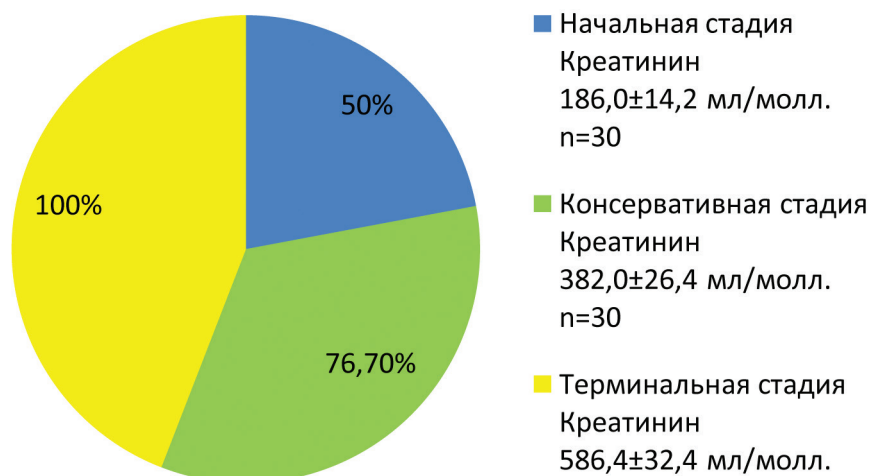


РИС. 2. СОПОСТАВЛЕНИЕ ДИНАМИКИ УРОВНЯ КРЕАТИНИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ С ЧАСТОТОЙ ПАТОЛОГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ ХПН



Далее, с целью проведения коррекции патологических изменений со стороны желудка и 12-перстной кишки, всем пациентам на фоне лечения основного заболевания назначали препарат «Омепразол» (выпускаемый компанией «Синтез», г. Курган) по 20 мг два раза в сутки в течение 21 дня, с добавлением к диете Джаванетти приём щелочных минеральных вод (Шохамбари, Боржом) в объёме 1,5 литра в сутки. На фоне проведения комплексного лечения у 88,9% больных наблюдали положительную динамику в виде исчезновения тяжести в эпигастриальной области, болевых ощущений, отрыжки, изжоги, симптомов анорексии, метеоризма, особенно у больных с начальной и консервативной стадиями ХПН.

Повторную ВГДС после окончания консервативного лечения удалось провести 22 больным, из них 9 пациентам – с язвенным дефектом в желудке и 7 – в 12-перстной кишке. Результаты повторной ВГДС показали положительную динамику в виде уменьшения воспалительных изменений слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки у всех пациентов. Полное заживление эрозий желудка наблюдалось у 7 больных (66,7%), 12-перстной кишки – у 5 (71,4%). У остальных 5 пациентов с эрозивным и язвенным дефектом гастродуоденальной зоны наблюдали картину начальной эпителизации с уменьшением признаков регионального воспаления. В данной группе больных у 2-х наблюдалась консервативная стадия и у 3-х – терминальная стадия ХПН.

Следовательно, наиболее эффективным являлось лечение патологии слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у больных с начальной, реже – с консервативной, и особенно – с терминальной стадией ХПН.

Таким образом, комплексное клинико-эндоскопическое обследование 90 больных с различными стадиями ХПН позволило установить рефлюкс-эзофагит у 12,2%, хронический диффузный гастрит – у 13,3%, хронический гастродуоденит – у 6,7%, эрозивный гастрит – у 6,7%, эрозивный гастродуоденит – у 10,0%, язвенный дефект в желудке – у 7,8% и в 12-перстной кишке – у 10,0% больных. При распределении больных по стадиям выяснилось, что наиболее часто патология гастродуоденальной зоны в разной степени выраженности встречается в терминальной (100,0%), реже – в консервативной (76,6%), и особенно – в начальной стадиях (50,0%) ХПН.

Наблюдается определённая взаимосвязь частоты патологии гастродуоденальной зоны с уровнем снижения скорости клубочковой фильтрации и нарастанием креатинина. По мере нарастания признаков почечной недостаточности увеличивается частота патологии верхнего отрезка пищеварительного тракта.

Установление характера патологии гастродуоденальной зоны позволит более адекватно оценить тяжесть течения ХПН и правильно построить тактику лечения. Назначение омепразола по 20мг 2 раза в сутки в течение 21 дня на фоне комплексного консервативного лечения основного заболевания оказывает положительный эффект, способствует уменьшению тяжести, болевых ощущений в эпигастриальной области, изжоги, тошноты, заживлению эрозий (77,8%), язвенного дефекта желудка (66,7%) и 12-перстной кишки (71,4%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Шилов Е.М. Нефрология / Е.М.Шилов [и др.] // - М., - 2007. - 123с.
2. Гастроэнтерология / Р.Ш.Вахтангишвили, В.В.Кржечковская// Ростов-на-Дону.- Феникс. - 2007. - 672 с.
3. Sotoudehmanesh R. Endoscopic findings in end-stage renal diseases / R. Sotoudehmanesh [et al.]// Endoscopy. - 2003.- Vol. 35, №6. - P.502-505.
4. Бабак О.Я. Гастроэнтерология. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения / О.Я.Бабак, Н.В.Харченко / Здоровье Украины. - 2007. - 134 с.
5. Ивашкин В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / В.Т.Ивашкин, Т.Л.Лапина // - М. ГЭОТАР-Медиа. - 2008. - 704 с.



Summary

Clinical and endoscopic picture of esophago-gastroduodenal zone in patients with chronic renal failure

S.S. Jalilov, Yu.A. Shokirov, H.H. Kurbanov*

*Chair of Internal Diseases № 1; * Endosurgery Avicenna TSMU*

The results of clinical and endoscopic picture of esophago-gastroduodenal zone in 90 patients with various stages of chronic renal failure (CRF) were analyzed in article

Based on a comprehensive clinical and endoscopic examination at 11,0% patients was revealed reflux esophagitis, at 12,0% – chronic diffuse gastritis, 7,0% – a chronic gastroduodenitis, at 7,0% – erosive gastritis, 11,0% – erosive duodenitis, at 10,0% – erosive gastroduodenitis, at 8,0% – ulcerative defect in the stomach and 10,0% – ulcer in duodenum. Gastroduodenal pathology is common in end-stage (100,0%), at least – in the conservative stage (76,6%), especially in the initial stage of CRF (50,0%).

Establishing the nature of gastroduodenal pathology allow to assess more reasonably the severity of CRF and to compose correctly treatment strategy. Administration – Omeprazole 20 mg 2 times a day for 21 days on a background of complex conservative treatment of the underlying disease has a positive effect.

Key words: reflux esophagitis, chronic gastritis, azotemia, esophago-gastroduodenal zone, chronic renal failure

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Джалилов Сино Сафархонович – заочный аспирант
кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: sino_doctor@mail.ru