

УДК 616.3-008.6:616.61-78
DOI 10.34014/2227-1848-2024-2-66-77

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСПЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

В.С. Соснина, Ж.Г. Симонова

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Киров, Россия

Цель – изучить особенности диспептического синдрома у пациентов, получающих заместительную почечную терапию программным гемодиализом.

Материалы и методы. В процессе открытого клинического исследования нами сформирована группа пациентов ($n=50$) с терминальной стадией хронической болезни почек (ХБП С5), получающих терапию программным гемодиализом. У всех пациентов оценивали клинические проявления и степень тяжести диспептического синдрома, результаты лабораторных исследований. Всем пациентам было выполнено эндоскопическое обследование методом эзофагогастродуоденоскопии.

Результаты. У всех 50 (100 %) пациентов, включенных в исследование, установлен диспептический синдром. Наиболее частыми симптомами оказались тошнота (46 %), отрыжка (44 %), изжога (38 %). При этом у 56 % пациентов были определены высокие значения диспепсического индекса (ДИ). При анализе корреляционных взаимоотношений ДИ и стажа диализной терапии установлена прямая связь ($r=0,281$, $p=0,048$). Выявлено, что при увеличении стажа диализной терапии диспепсический индекс возрастает. Наиболее частой патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта явился хронический гастрит, установленный у 84 % пациентов. У 50 % пациентов обнаружен хронический дуоденит, у 6 % – язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Выводы. Пациенты, получающие заместительную почечную терапию программным гемодиализом, находятся в группе риска по развитию диспептического синдрома, сопровождающего органическую патологию верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Своевременное выявление симптомов диспептического синдрома у рассматриваемого контингента пациентов на программном гемодиализе имеет большое значение для раннего проведения диагностических и корригирующих терапевтических мероприятий.

Ключевые слова: диспептический синдром, заместительная почечная терапия, программный гемодиализ, хронический гастрит.

Введение. Диспептический синдром – это синдром, который наиболее часто проявляется среди пациентов гастроэнтерологического профиля. Внимание исследователей к проблеме желудочной диспепсии обусловлено значительной распространенностью этой патологии и широким спектром ее клинических проявлений [1]. При этом анализ литературы показывает, что вопросы, посвященные как патофизиологическим, так и клиническим аспектам диспепсии, сложно решаемы [2]. Согласно имеющимся сведениям 30–40 % населения экономически развитых стран страдают диспепсией. Принято расценивать как диспепсию любые верхнеабдоминальные или ретро-

стернальные боли, дискомфорт, изжогу, тошноту, рвоту или другие проявления, имеющие отношение к верхним отделам желудочно-кишечного тракта, четко не связанные с физической нагрузкой и диагностированными заболеваниями [3]. Пациенты с хронической болезнью почек (ХБП), получающие заместительную почечную терапию (ЗПТ) программным гемодиализом (ГД), очень часто имеют вышеперечисленные симптомы, но не всегда сообщают об этом. Соответственно возникает проблема несвоевременной диагностики, отсутствия ранней и эффективной корригирующей терапии диспептического синдрома и, безусловно, тех заболеваний, которые явились

причиной его развития. В большинстве случаев присутствие симптомов диспепсии связано с патологией гастродуоденальной зоны [1]. Но у пациентов на программном гемодиализе существует и множество других факторов, предрасполагающих к развитию и прогрессированию данного синдрома. Кроме того, пандемия COVID-19 еще больше акцентировала внимание на диспептическом синдроме в связи с его утяжелением и частой встречаемостью. Широкая распространенность и сложности в лечении, связанные в первую очередь с трудностями в достижении ремиссии патологии гастродуоденальной зоны, делают крайне актуальным разностороннее и подробное изучение диспептического синдрома [4].

Современные технологии ЗПТ и медикаментозного лечения пациентов с ХБП позволили увеличить продолжительность жизни этой категории пациентов на несколько десятилетий, но актуальным стал вопрос не только продления жизни пациентов, длительно находящихся на ЗПТ, но и улучшения её качества, сохранения для них долгой и благополучной жизни [5]. Симптомы поражения желудочно-кишечного тракта при ХБП существенно снижают качество жизни пациентов, поэтому им следует уделять особое внимание [6]. Своевременное выявление синдрома диспепсии среди пациентов с терминальной почечной недостаточностью, получающих программный гемодиализ, является актуальной задачей реальной клинической практики. Вопросы клинического течения диспепсии среди пациентов, находящихся на программном гемодиализе, остаются наименее изученными.

Цель исследования. Изучить особенности диспептического синдрома у пациентов, получающих заместительную почечную терапию программным гемодиализом.

Материалы и методы. В процессе открытого клинического исследования нами последовательно сформирована группа пациентов (n=50), получающих лечение программным гемодиализом на базе КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница». Исследование выполнялось с учетом стандартов надлежащей клинической практики (Good

Clinical Practice) и принципов Хельсинкской декларации. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом.

Процедуры ГД проводились на аппаратах «искусственная почка» компании В. BraunAvitum AG.

Критерии включения в исследование: 1) пациенты с ХБП, находящиеся на программном гемодиализе (ХБП С5Д); 2) целевые показатели eKt/V ($\geq 1,2$) при использовании аппаратных методов определения; 3) регулярное прохождение сеансов гемодиализа 3 р./нед. по 4 ч; 4) согласие на проведение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС); 5) согласие на анкетирование. Критерии исключения: 1) нарушение функции печени; 2) онкопатология; 3) острая сердечно-сосудистая патология; 4) хроническая сердечная недостаточность \geq IIБ ст.

В нашем исследовании основным заболеванием, инициирующим развитие терминальной почечной недостаточности, явился хронический гломерулонефрит. Также в сформированную группу были включены пациенты с хроническим пиелонефритом, поликистозом почек, сахарным диабетом 1-го и 2-го типов, хроническим тубулоинтерстициальным нефритом, тромботической микроангиопатией и амилоидозом (рис. 1).

Всем пациентам выполнялось традиционное клинико-лабораторное обследование и эндоскопическое исследование методом ЭГДС со взятием биопсийного материала слизистой оболочки желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК). Для гистологического анализа применялась прогностическая система OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment) с использованием визуально-аналоговой шкалы оценки морфологических изменений слизистой оболочки желудка [7]. Для диагностики инфекции *H. pylori* использовались биопсийные методы (быстрый уреазный тест) и серологический метод (определение антител IgG к *H. pylori* в сыворотке крови). Для оценки степени тяжести диспептического синдрома применялся диспепсический индекс (ДИ). Его рассчитывали по данным анкетирования по формуле: $A+B+C$, где А – количество симптомов диспепсии, В – кратность их возникнове-

ния в течение недели, С – длительность симптомов [8]. Легкой степени тяжести диспептического синдрома соответствуют значения ДИ от 3 до 7 баллов, средней степени – от 8 до 10, тяжелой – более 10 баллов. Кроме того, проводилась оценка выраженности симптомов в баллах: 3 балла – симптом выраженный,

осложняет обычную жизнедеятельность пациента; 2 балла – симптом умеренной выраженности, однако оказывает влияние на повседневную активность пациента; 1 балл – симптом выражен слабо, на обычную жизнедеятельность пациента не влияет; 0 баллов – симптом отсутствует [9].

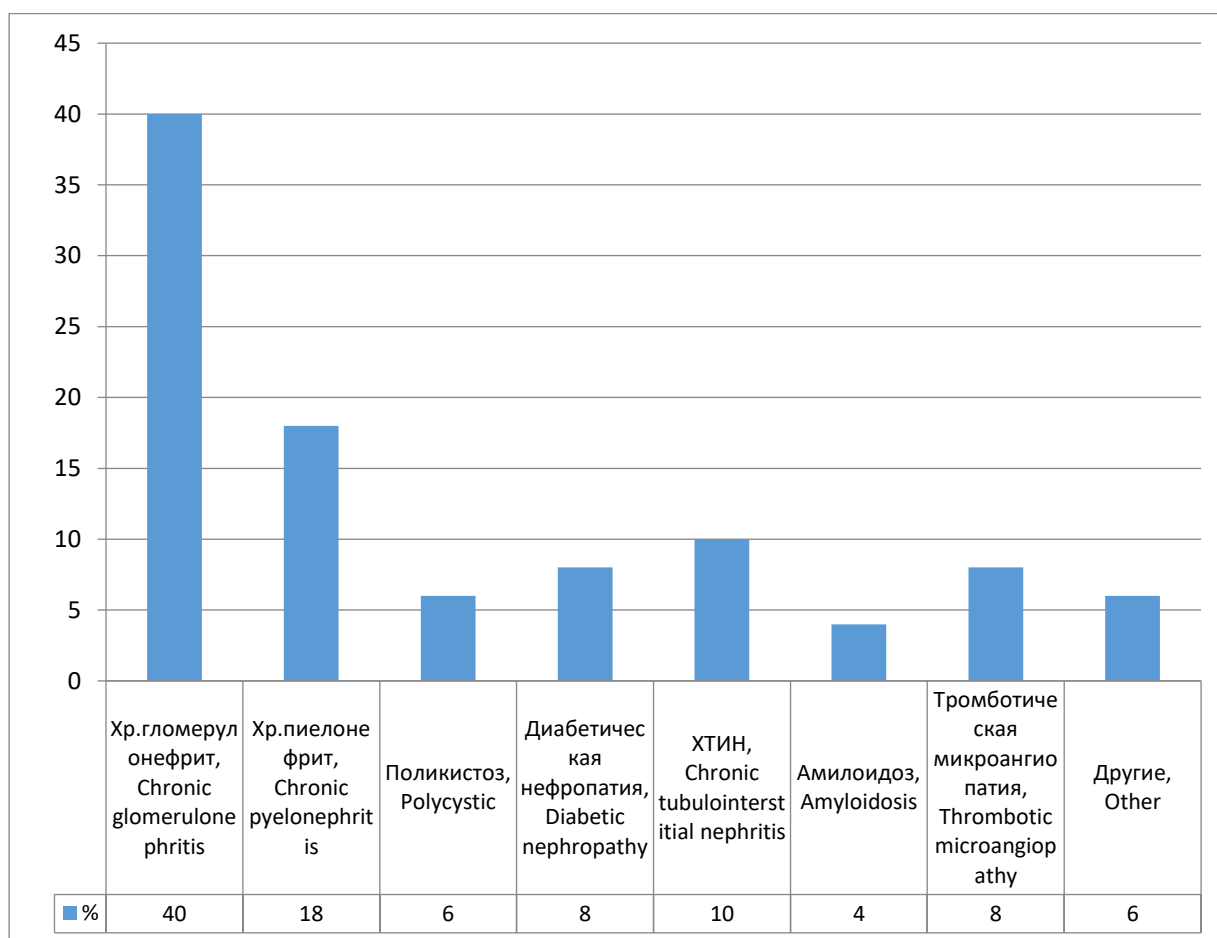


Рис. 1. Распределение заболеваний у больных на программном гемодиализе

Fig. 1. Distribution of diseases in hemodialysis patients

Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием параметрических и непараметрических методов статистики. Оценка распределения количественных данных выполнялась с помощью критерия Шапиро – Уилка. Количественные показатели, имеющие нормальное распределение, описывались с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD). В случае отсутствия нормального распределения количественные данные

описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1; Q3). Статистическая значимость корреляционных зависимостей выборочных данных оценивалась с использованием ранговой корреляции Спирмена при помощи коэффициента парной корреляции (r). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 3.0.9 (ООО «Статтех», Россия).

Результаты. Средний возраст пациентов составил 57 ± 13 лет; доля мужчин – 34 %, женщин – 66 %; средняя продолжительность диализной терапии – 1,2 года.

По результатам лабораторных исследований группа характеризовалась повышенной азотемией, что свойственно терминальной почечной недостаточности. Кроме того, у пациентов наблюдалась анемия средней степени тяжести (гемоглобин – 90 (84; 106) г/л, эритроциты – $(3 \pm 0,1) \times 10^{12}/л$). Также выявлена ги-

перфосфатемия (фосфор неорганический – $1,57 \pm 0,52$ ммоль/л). Содержание общего кальция (2,23 (2,10; 2,33) ммоль/л) оказалось в пределах референсных значений. В качестве маркеров воспаления оценивалась СОЭ, при этом выявлено повышение значений показателя (34 (18; 64) мм/ч). Показатели альбумина (38 (35,2; 41,5) г/л) и общего белка (68,2 (64,6; 72,9) г/л) соответствовали нормальным значениям (табл. 1).

Таблица 1
Table 1

Лабораторные показатели у пациентов на программном гемодиализе (n=50)

Laboratory parameters in hemodialysis patients (n=50)

Показатель Parameter	Значение Value
Кальций общий до ГД, Ме (Q1; Q3), ммоль/л Total calcium before HD, Me (Q1; Q3), mmol/L	2,23 (2,1; 2,33)
Фосфор до ГД, М±SD, ммоль/л Phosphorus before HD, M±SD, mmol/L	1,57±0,52
СОЭ, Ме (Q1; Q3), мм/ч ESR, Me (Q1; Q3), mm/h	34 (18; 64)
Лейкоциты, М±SD, $\times 10^9/л$ Leukocytes, M±SD, $\times 10^9/l$	7,36±2,12
Эритроциты, М±SD, $\times 10^{12}/л$ Red blood cells, M±SD, $\times 10^{12}/l$	3±0,1
Гемоглобин, Ме (Q1; Q3), г/л Hemoglobin, Me (Q1; Q3), g/l	90 (84; 106)
Креатинин до ГД, М±SD, мкмоль/л Creatinine before HD, M±SD, $\mu\text{mol/l}$	646,3±212,5
Мочевина до ГД, М±SD, ммоль/л Urea before HD, M±SD, mmol/l	16,2±4,9
Альбумин, Ме (Q1; Q3), г/л Albumin, Me (Q1; Q3), g/l	38,0 (35,2; 41,5)
Общий белок, Ме (Q1; Q3), г/л Total protein, Me (Q1; Q3), g/l	68,2 (64,6; 72,9)

Проанализировав данные анкетирования, мы получили характеристику диспептического синдрома у пациентов, получающих ЗПТ. Выявлено, что на фоне получения адек-

ватного программного ГД проявления диспептического синдрома имели место у всех пациентов (100 %). Наиболее распространенными симптомами явились: тошнота – у 23 (46 %);

отрыжка – у 22 (44 %); изжога – у 19 (38 %) пациентов. Боли в эпигастральной области, как и чувство жжения в эпигастральной области, отметили 17 (34 %) пациентов. Тяжесть, дискомфорт в эпигастрии после приема пищи, раннее насыщение также оказались достаточно частыми жалобами (30 %) (табл. 2).

Стоит отметить, что только двое из числа опрошенных пациентов находились на диспансерном наблюдении у гастроэнтеролога. Основные же пациенты к гастроэнтерологу с жалобами диспептического характера, несмотря на их наличие, не обращались.

Таблица 2
Table 2

Характеристика диспептического синдрома у пациентов, находящихся на программном гемодиализе (n=50)
Symptoms of dyspepsia in hemodialysis patients (n=50)

Показатель Parameter	Абс. Abs.	%
Симптомы диспепсии Symptoms of dyspepsia		
Отрыжка Belching	22	44
Тошнота Nausea	23	46
Изжога Heartburn	19	38
Боли в эпигастральной области Epigastric pain	17	34
Чувство жжения в эпигастральной области Epigastric burning	17	34
Тяжесть, дискомфорт в эпигастрии после приема пищи Heaviness/discomfort in the epigastrium after eating	15	30
Раннее насыщение Early saturation	15	30
Степень тяжести диспептического синдрома согласно ДИ Severity of dyspeptic syndrome by dyspepsia index		
Легкая диспепсия Mild dyspepsia	11	22
Диспепсия средней тяжести Moderate dyspepsia	11	22
Тяжелая диспепсия Severe dyspepsia	28	56
Оценка выраженности симптомов и их влияния на жизнедеятельность Assessment of symptom severity and their impact on life activity		
Симптом сильно выражен, осложняет обычную жизнедеятельность Severe symptom, complicates usual life activity	4	8
Симптом умеренно выражен, влияет на повседневную активность Moderate symptom, affects daily activity	27	54
Симптом слабо выражен, не влияет на повседневную активность Mild symptom, does not affect daily activity	19	38

При оценке степени тяжести диспептического синдрома медиана диспепсического индекса составила 12 (10; 12,5), т.е. диспепсия имела тяжёлую степень выраженности. Важно, что преобладающее число пациентов на программном ГД имело высокий диспепсический индекс, соответствующий тяжелой степени диспепсии – 28 (56 %) чел. Значения ДИ, соответствующие диспепсии легкой и средней степени тяжести, распределились между оставшимися пациентами поровну. Длительность диспептического синдрома, выявленного путем анкетирования, составила в среднем 9 ± 4 мес.

Следует также заметить, что степень выраженности симптомов оказалась высокой. Большинство пациентов предъявляли жалобы на умеренно выраженный симптом, который влияет на повседневную активность (54 %), а 8 % пациентов пожаловались на сильно выраженный симптом диспепсии, который осложняет обычную жизнедеятельность. Средний балл выраженности диспептических симптомов в группе исследования оказался равным 1,7, что характерно для умеренной интенсивности.

При проведении корреляционного анализа между диспепсическим индексом и стажем диализной терапии получены достоверные значения корреляции Спирмена: при увеличении стажа диализной терапии диспепсический индекс возрастал ($r=0,281$; $p=0,048$).

У всех исследуемых пациентов выполнена оценка эндоскопически визуализированных особенностей слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Эзофагогастродуоденоскопия является основным методом ранней диагностики органических заболеваний пищевода и желудка, что обосновывает ее обязательность для пациентов с симптомами диспепсии [10]. ЭГДС позволяет исключить органические заболевания желудка и ДПК, наиболее часто протекающие с симптомами диспепсии (эрозивно-язвенные поражения желудка и ДПК, рубцово-язвенные изменения, вызывающие нарушение опорожнения желудка и ДПК, новообразования и др.), выявить сопутствующие изменения слизистой

оболочки пищевода (рефлюкс-эзофагит), нарушения моторики желудка и ДПК (дуоденогастральный рефлюкс) [11]. При анализе эндоскопически визуализированных особенностей слизистой пищевода, желудка и ДПК было установлено, что самой распространенной патологией явился хронический гастрит (84 %). Анализ морфологических изменений слизистой оболочки желудка, выполненный с применением визуально-аналоговой шкалы [7], продемонстрировал в гастробиоптатах, полученных у 28 (66,7 %) пациентов, умеренную степень воспаления, а у 14 (33,3 %) – слабую. Воспаление характеризовалось нейтрофильной инфильтрацией собственной пластинки слизистой оболочки желудка. При этом в гистологических препаратах установлено отсутствие атрофических изменений слизистой оболочки желудка, что соответствовало стадии 0 согласно прогностической системе OLGA [7].

У 50 % пациентов обнаружен хронический дуоденит, 6 % пациентов страдали язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (рис. 2).

Инфекция *Helicobacter pylori* подтверждена у 15 (30 %) пациентов. В то же время согласно имеющимся данным информационного поля инфицированность населения Российской Федерации *Helicobacter pylori* превышает 80 % [12, 13]. У больных с терминальной стадией ХБП распространенность *H. pylori* неоднозначна и связана с особенностями рассматриваемого контингента пациентов [14]. В нашем исследовании анализ корреляционных взаимоотношений между степенью эндоскопически визуализированного воспаления слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, степенью обсемененности *H. pylori* и уровнем выраженности диспептического синдрома показал отсутствие значимых взаимосвязей. Диспептический синдром является наиболее распространенным клиническим проявлением при почечной недостаточности. Он может быть связан как с основным процессом в рамках уремического гастрита, так и с органической патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта и функциональной диспепсией.

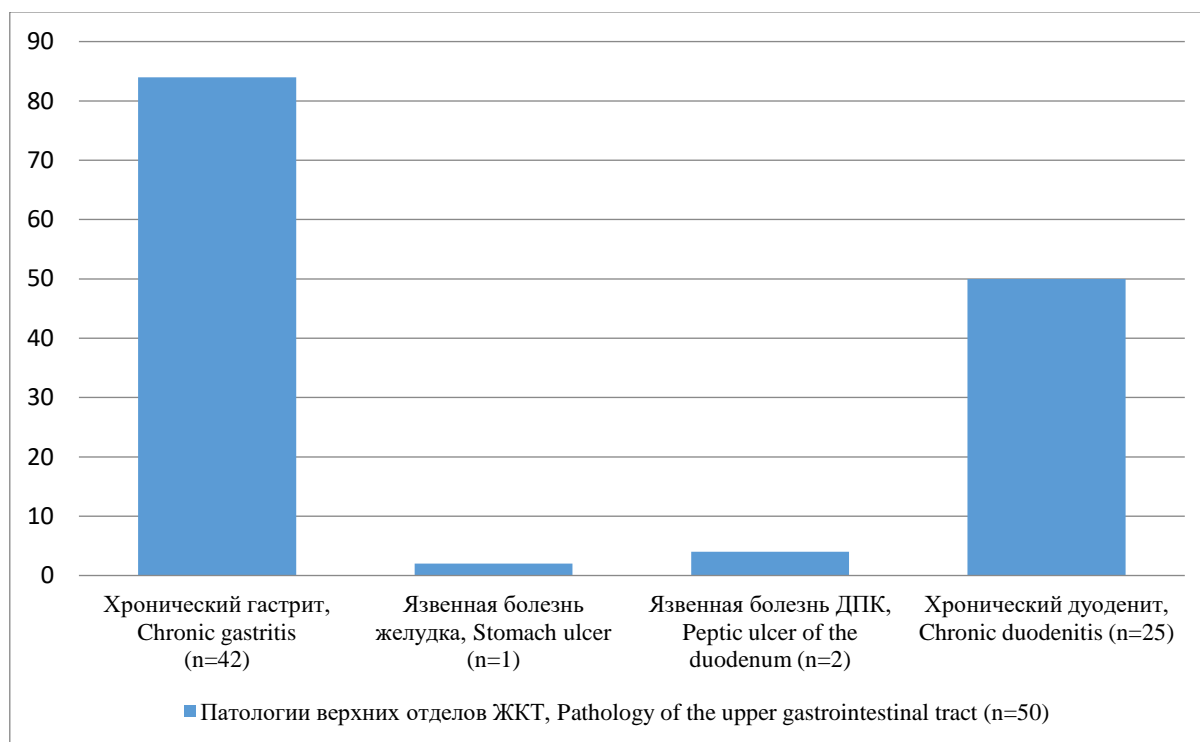


Рис. 2. Распределение патологий верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов, находящихся на программном гемодиализе

Fig. 2. Distribution of the upper gastrointestinal tract pathologies in hemodialysis patients

Обсуждение. Известно, что гиперазотемия и программный гемодиализ увеличивают риск поражения желудочно-кишечного тракта. Причинами повреждения слизистой оболочки желудка при терминальной почечной недостаточности считают местную или системную недостаточность кровообращения, гипергастринемию, высокие уровни аммиака и воспаление [15]. У исследуемой группы находящихся на терапии программным гемодиализом пациентов с терминальными показателями азотемии диспептический синдром выявлен в 100 % случаев. Лабораторное определение уровня маркеров воспаления выше целевых значений лишь подтверждает его существенный вклад в повреждение слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

Кроме того, большинство пациентов на программном ГД страдают сердечно-сосудистыми, эндокринологическими заболеваниями, принимают лекарственные препараты, неблагоприятно влияющие на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. Питание

пациентов на заместительной почечной терапии не всегда полноценное, с жесткими ограничениями. Из-за постоянной привязанности пациентов к гемодиализному центру, транспортных затруднений нарушается и режим питания. Также большую роль играют психоэмоциональные факторы. Многие пациенты, попадая на ЗПТ, испытывают чувство тревоги, беспокойства и депрессию, что приводит к диспептическим расстройствам. В научном мире продолжается активный поиск этиологических факторов диспепсии. А для пациентов с ХБП С5 на программном гемодиализе это особенно актуально в связи с тяжестью основной патологии и наличием дополнительных провоцирующих причин.

С уверенностью можно сказать, что пациенты с терминальной почечной недостаточностью, получающие программный гемодиализ, находятся в группе риска по развитию диспептического синдрома. В нашем исследовании у большинства пациентов с ХБП С5Д установлено преобладание диспепсии тяжелой сте-

пени выраженности, что заставляет задуматься о серьезности и глубине проблемы и необходимости привлечения внимания к ней. До сих пор в зарубежной и отечественной литературе проблема диспептического синдрома у пациентов с ХБП С5 на программном гемодиализе, не раскрывалась.

Систематизация данных анкетирования позволила нам представить клиническую характеристику диспептического синдрома у пациентов на программном гемодиализе. Тошнота, отрыжка и изжога оказались наиболее распространенными симптомами. По данным ЭГДС, у всех обследованных пациентов определена патология верхнего отдела желудочно-кишечного тракта: у 84 % пациентов установлен хронический гастрит, у 50 % – хронический дуоденит, у 6 % – язвенная болезнь желудка и ДПК. Удивительно и в то же время тревожно, что при наличии выраженной симптоматики, длительного ее течения и эндоскопически подтвержденных изменений гастродуоденальной зоны обращаемость к гастроэнтерологу среди пациентов нефрологического профиля на программном гемодиализе крайне низкая.

Выявленная нами корреляционная связь между диспепсическим индексом и стажем диализной терапии оказалась статистически значимой. С увеличением длительности программного гемодиализа необходимо внимательнее собирать анамнез, детально оценивать жалобы пациентов, акцентировать внимание на всех факторах риска, которые могут привести к развитию диспептического синдрома.

В имеющемся информационном пространстве на сегодняшний день отсутствуют четкие рекомендации по диагностике и терапии заболеваний желудочно-кишечного тракта у пациентов, получающих ЗПТ программным ГД. Особенности диспептического синдрома у пациентов с ХБП С5Д изучены недостаточно, что и определяет важность изучения данного вопроса. Наличие диспептического синдрома утяжеляет бремя патологии у данной категории пациентов. С ростом числа пациентов с ХБП и повышением доступности за-

местительной почечной терапии проблема качества жизни, связанная со здоровьем, приобретает все большую актуальность [16].

Качество жизни пациентов с ХБП на гемодиализе хуже, чем у людей без патологии, особенно страдает физический компонент здоровья [5]. Следует отметить, что органические проявления соматических заболеваний непосредственно влияют на качество жизни пациентов, внося в их жизнь различные ограничения [17]. Нами выявлено, что степень выраженности симптомов диспепсии у пациентов на программном гемодиализе умеренная, но иногда и сильно выраженная, что напрямую влияет на повседневную жизнедеятельность пациентов. В связи с этим необходимо детально собирать жалобы, тщательно изучать анамнез, факторы риска, проводить необходимые обследования, чтобы как можно раньше выявить синдром диспепсии. Лечение таких пациентов должно быть разнонаправленным и комплексным и включать общие мероприятия по нормализации образа жизни и питания, назначение лекарственных препаратов, а в ряде случаев и применение психотерапевтических методов лечения [18]. Это позволит улучшить прогноз и качество жизни пациентов, находящихся на заместительной почечной терапии программным гемодиализом.

Заключение. Пациенты, получающие заместительную почечную терапию программным гемодиализом, находятся в группе риска по развитию диспептического синдрома, сопровождающего органическую патологию верхних отделов желудочно-кишечного тракта (НР-ассоциированного гастрита и дуоденита, уремического гастрита). Своевременное выявление симптомов диспептического синдрома у рассматриваемого контингента пациентов имеет большое значение для раннего проведения диагностических и корригирующих терапевтических мероприятий. Необходимо унификация подходов к диагностике, лечению и профилактике диспептического синдрома у пациентов с ХБП С5Д, что окажет положительное влияние на качество их жизни.

Вклад авторов

Концепция и дизайн исследования: Соснина В.С., Симонова Ж.Г.

Участие в исследовании, обработка материала: Соснина В.С., Симонова Ж.Г.

Статистическая обработка данных: Соснина В.С., Симонова Ж.Г.

Анализ и интерпретация данных: Соснина В.С., Симонова Ж.Г.

Написание и редактирование текста: Соснина В.С., Симонова Ж.Г.

Литература

1. *Поливанова Т.В.* Синдром желудочной диспепсии: особенности в различных возрастных группах. ТМЖ. 2007; 4 (30): 13–16.
2. *Рудой А.С., Урываев А.М.* Функциональная диспепсия через призму хронического гастрита у пациентов с синдромом Марфана и марфаноподобными состояниями. Педиатр. 2016; 7 (3): 76–83.
3. *Осадчук М.А., Свистунов А.А., Буторова Л.И.* Основные принципы диагностики и лечения функциональной диспепсии в поликлинических условиях. РМЖ. 2013; 31: 1646.
4. *Успенский Ю.П., Барышникова Н.В.* Функциональная диспепсия и хронический гастрит. Педиатр. 2018; 9 (1): 77–83. DOI: 10.17816/PED9177-83.
5. *Котенко О.Н., Абольян Л.В., Кутейников В.Ю.* Медико-социальные характеристики и качество жизни пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), получающих заместительную почечную терапию методом программного гемодиализа. Нефрология и диализ. 2021; 23 (4): 508–523. DOI: 10.28996/2618-9801-2021-4-508-523.
6. *Шкляев А.Е., Лошкарев Е.А., Мочакова К.А., Замятина С.Г.* Влияние гастроэнтерологических синдромов на качество жизни пациентов с хронической болезнью почек. Труды Ижевской государственной медицинской академии: сборник научных статей. 2019; 57: 75–77.
7. *Rugge M., Fassan M., Pizzi M.* Operative link for gastritis assessment vs operative link on intestinal metaplasia assessment. World J. Gastroenterol. 2011; 17 (41): 4596–4601.
8. *Филатов М.А., Симонова Ж.Г.* Синдром диспепсии у больных стабильной стенокардией. Вятский медицинский вестник. 2020; 3 (67): 45–50.
9. *Мязин Р.Г.* Сравнение прокинетики итоприда и домперидона при лечении пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и пациентов с функциональной диспепсией. РМЖ. 2010; 6: 355.
10. *Маев И.В., Дранкина О.М., Лазебник Л.Б.* Положения к алгоритму по ведению первичных необследованных пациентов с симптомами диспепсии на этапе первичной медико-санитарной помощи. Профилактическая медицина. 2019; 22 (1): 35–42.
11. *Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шентулин А.А.* Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017; 27 (1): 50–61.
12. *Бунова С.С., Рыбкина Л.Б., Бакалов И.А.* Методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori*: современное состояние вопроса. Молодой ученый. 2012; 3 (12): 539–543.
13. *Рапопорт С.И.* Гастриты: пособие для врачей. М.; 2010. 20.
14. *Гуляев А.Н., Шишкин А.Н., Ферман Р.С., Гончарова Л.Б., Тимоховская Г.Ю., Старосельский К.Г., Санаенко Е.А., Зарубин М.Е., Маркова Е.А.* Инфекция *Helicobacter pylori* при терминальной стадии хронической болезни почек. Нефрология. 2007; 4: 59–63.
15. *Gold C.H.* Gastric acid secretion and serum gastrin levels in patients with chronic renal failure on regular hemodialysis. Nephron. 1980; 25 (2): 92–95.
16. *Котенко О.Н., Абольян Л.В., Кутейников В.Ю.* Комплексная оценка качества жизни и медико-социальных характеристик пациентов с хронической болезнью почек V стадии на гемодиализе. Нефрология и диализ. 2023; 25 (3): 383–393. DOI: 10.28996/2618-9801-2023-3-383-393.
17. *Хрулев А.Е., Кудрявцева Е.С., Егорова П.А., Родионова А.Д.* Качество жизни больных на программном гемодиализе. Клиническая практика. 2019; 15 (2): 4–12.
18. *Сапожникова Т.В., Парфенов С.А., Елькин А.А.* Влияние цитофлавина на качество жизни пациентов с функциональной диспепсией. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022; 8 (204): 133–140. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-204-8-133-140.

Поступила в редакцию 23.09.2023; принята 16.02.2024.

Авторский коллектив

Соснина Валентина Сергеевна – очный аспирант кафедры госпитальной терапии, ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России. 610998, Россия, г. Киров, ул. К. Маркса, 112; e-mail: sosnina@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9119-3922>.

Симонова Жанна Георгиевна – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой госпитальной терапии, ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России. 610998, Россия, г. Киров, ул. К. Маркса, 112; e-mail: simonova-kirov@rambler.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9772-3867>.

Образец цитирования

Соснина В.С., Симонова Ж.Г. Характеристика диспептического синдрома у пациентов, получающих терапию программным гемодиализом. Ульяновский медико-биологический журнал. 2024; 2: 66–77. DOI: 10.34014/2227-1848-2024-2-66-77.

CHARACTERISTICS OF DYSPEPTIC SYNDROME IN HEMODIALYSIS PATIENTS

V.S. Sosnina, Zh.G. Simonova

Kirov State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation,
Kirov, Russia

The goal of the paper is to study characteristics of dyspeptic syndrome in hemodialysis patients receiving renal replacement therapy.

Materials and Methods. During an open clinical trial, we formed a group of hemodialysis patients (n=50) with end-stage chronic kidney disease (CKD C5). All patients were assessed for the clinical manifestations, dyspeptic syndrome severity, and laboratory data. All patients underwent esophagogastroduodenoscopy (EGDS).

Results. All 50 (100 %) patients included in the study had dyspeptic syndromes. The most common symptoms were nausea (46 %), belching (44 %), and heartburn (38 %). At the same time, 56 % of patients had high dyspepsia index. When analyzing the correlation between dyspepsia index and dialysis therapy, a direct connection was established ($\rho=0.281$, $p=0.048$). It was revealed that the dialysis therapy duration impacted the dyspepsia index. The most common pathology of the upper gastrointestinal tract was chronic gastritis, diagnosed in 84 % of patients. Chronic duodenitis was found in 50 % of patients, and gastroduodenal ulcer was observed in 6 % of patients.

Conclusion. Hemodialysis patients receiving renal replacement therapy are at risk for dyspeptic syndrome accompanying upper gastrointestinal tract organic pathology. Early detection of dyspeptic syndrome in hemodialysis patients is of great importance for the timely diagnostic and corrective therapeutic measures.

Key words: dyspeptic syndrome, renal replacement therapy, program hemodialysis, chronic gastritis.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Author contributions

Research concept and design: Sosnina V.S., Simonova Zh.G.

Participation in the study, data processing: Sosnina V.S., Simonova Zh.G.

Statistical data processing: Sosnina V.S., Simonova Zh.G.

Data analysis and interpretation: Sosnina V.S., Simonova Zh.G.

Text writing and editing: Sosnina V.S., Simonova Zh.G.

References

1. Polivanova T.V. Sindrom zheludochnoy dispepsii: osobennosti v razlichnykh vozrastnykh gruppakh [Gastric indigestion syndrome: Peculiarities with respect to various age groups]. *TMZh*. 2007; 4 (30): 13–16 (in Russian).

2. Rudoy A.S., Uryvaev A.M. Funktsional'naya dispepsiya cherez prizmu khronicheskogo gastrita u patsientov s sindromom Marfana i marfanopodobnymi sostoyaniyami [Functional dyspepsia through chronic gastritis in patients with Marfan syndrome and Marfan-like states]. *Pediatr.* 2016; 7 (3): 76–83 (in Russian).
3. Osadchuk M.A., Svistunov A.A., Butorova L.I. Osnovnye printsipy diagnostiki i lecheniya funktsional'noy dispepsii v poliklinicheskikh usloviyakh [Basic principles of diagnosis and treatment of functional dyspepsia in outpatient settings]. *RMZh.* 2013; 31: 1646 (in Russian).
4. Uspenskiy Yu.P., Baryshnikova N.V. Funktsional'naya dispepsiya i khronicheskii gastrit [Functional dyspepsia and chronic gastritis]. *Pediatr.* 2018; 9 (1): 77–83. DOI: 10.17816/PED9177-83 (in Russian).
5. Kotenko O.N., Abol'yan L.V., Kuteynikov V.Yu. Mediko-sotsial'nye kharakteristiki i kachestvo zhizni patsientov s khronicheskoy bolezn'yu pochek (KhBP), poluchayushchikh zamestitel'nyuyu pochechnuyu terapiyu metodom programmnoy gemodializa [Medical and social characteristics and quality of life in patients with chronic kidney disease (CKD) receiving program hemodialysis]. *Nefrologiya i dializ.* 2021; 23 (4): 508–523. DOI: 10.28996/2618-9801-2021-4-508-523 (in Russian).
6. Shklyayev A.E., Loshkarev E.A., Mochakova K.A., Zamyatina S.G. Vliyanie gastroenterologicheskikh sindromov na kachestvo zhizni patsientov s khronicheskoy bolezn'yu pochek [Impact of gastroenterological syndromes on the quality of life of patients with chronic kidney disease]. *Trudy Izhevskoy gosudarstvennoy meditsinskoy akademii: sbornik nauchnykh statey.* 2019; 57: 75–77 (in Russian).
7. Rugge M., Fassan M., Pizzi M. Operative link for gastritis assessment vs operative link on intestinal metaplasia assessment. *World J. Gastroenterol.* 2011; 17 (41): 4596–4601.
8. Filatov M.A., Simonova Zh.G. Sindrom dispepsii u bol'nykh stabil'noy stenokardiey [Dyspepsia syndrome in patients with stable angina.]. *Vyatskiy meditsinskiy vestnik.* 2020; 3 (67): 45–50 (in Russian).
9. Myazin R.G. Sravnenie prokinetikov itoprida i domperidona pri lechenii patsientov s gastroezofageal'noy reflyuksnoy bolezn'yu i patsientov s funktsional'noy dispepsiey [Comparison of itopride and domperidone effect in treating patients with gastroesophageal reflux disease and patients with functional dyspepsia]. *RMZh.* 2010; 6: 355 (in Russian).
10. Maev I.V., Drapkina O.M., Lazebnik L.B. Polozheniya k algoritmu po vedeniyu pervichnykh neobsledovannykh patsientov s simptomami dispepsii na etape pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi [Statements for an algorithm for the management of primary unexamined patients with symptoms of dyspepsia in primary health care]. *Profilakticheskaya meditsina.* 2019; 22 (1): 35–42 (in Russian).
11. Ivashkin V.T., Maev I.V., Sheptulin A.A. Klinicheskie rekomendatsii Rossiyskoy gastroenterologicheskoy assotsiatsii po diagnostike i lecheniyu funktsional'noy dispepsii [Diagnosis and treatment of the functional dyspepsia: Clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association]. *Rosciyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii.* 2017; 27 (1): 50–61 (in Russian).
12. Bunova S.S., Rybkina L.B., Bakalov I.A. Metody diagnostiki infektsii *Helicobacter pylori*: sovremennoe sostoyanie voprosa [Methods for diagnosing *Helicobacter pylori* infection: Current state of the art]. *Molodoy uchenyy.* 2012; 3 (12): 539–543 (in Russian).
13. Rapoport S.I. *Gastrity: posobie dlya vrachey* [Gastritis: Physician's manual]. Moscow; 2010. 20 (in Russian).
14. Gulyaev A.N., Shishkin A.N., Ferman R.S., Goncharova L.B., Timokhovskaya G.Yu., Starosel'skiy K.G., Sanaenko E.A., Zarubin M.E., Markova E.A. Infektsiya *Helicobacter pylori* pri terminal'noy stadii khronicheskoy bolezn'i pochek [Helicobacter pylori infection in patients with end-stage chronic kidney disease]. *Nefrologiya.* 2007; 4: 59–63 (in Russian).
15. Gold C.H. Gastric acid secretion and serum gastrin levels in patients with chronic renal failure on regular hemodialysis. *Nephron.* 1980; 25 (2): 92–95.
16. Kotenko O.N., Abol'yan L.V., Kuteynikov V.Yu. Kompleksnaya otsenka kachestva zhizni i mediko-sotsial'nykh kharakteristik patsientov s khronicheskoy bolezn'yu pochek V stadii na gemodialize [Comprehensive assessment of the quality of life and medical and social characteristics of hemodialysis patients with stage V chronic kidney disease]. *Nefrologiya i dializ.* 2023; 25 (3): 383–393. DOI: 10.28996/2618-9801-2023-3-383-393 (in Russian).
17. Khrulev A.E., Kudryavtseva E.S., Egorova P.A., Rodionova A.D. Kachestvo zhizni bol'nykh na programmnoy gemodialize [Quality of life of hemodialysis patients]. *Klinicheskaya praktika.* 2019; 15 (2): 4–12 (in Russian).

18. Sapozhnikova T.V., Parfenov S.A., El'kin A.A. Vliyanie tsitoflavina na kachestvo zhizni patsientov s funktsional'noy dispepsiey [Effect of cytoflavin on the quality of life of patients with functional dyspepsia]. *Ekspierimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya*. 2022; 8 (204): 133–140. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-204-8-133-140 (in Russian).

Received September 29, 2023; accepted February 16, 2024.

Information about the authors

Sosnina Valentina Sergeevna, Postgraduate Student, Chair of Hospital Therapy, Kirov State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation. 610998, Russia, Kirov, K. Marks St., 112; e-mail: sosnina@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9119-3922>.

Simonova Zhanna Georgievna, Doctor of Sciences (Medicine), Associate Professor, Head of the Chair of Hospital Therapy, Kirov State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation. 610998, Russia, Kirov, K. Marks St., 112; e-mail: simonova-kirov@rambler.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9772-3867>.

For citation

Sosnina V.S., Simonova Zh.G. Kharakteristika dispepticheskogo sindroma u patsientov, poluchayushchikh terapiyu programmnyy gemodializom [Characteristics of dyspeptic syndrome in hemodialysis patients]. *Ulyanovskiy mediko-biologicheskii zhurnal*. 2024; 2: 66–77. DOI: 10.34014/2227-1848-2024-2-66-77 (in Russian).