

УДК 616.61-073.27

## СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ТЯЖЕЛОЙ ГРУППЫ ПОЧЕЧНЫХ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

<sup>1</sup>Имамвердиев С.Б., <sup>2</sup>Алмаммедов Ф.Ч., <sup>2</sup>Джалалов М.Р.

<sup>1</sup>*Азербайджанский медицинский университет, Баку;*

<sup>2</sup>*Клинический медицинский центр, Баку, e-mail: dr.talib@live.ru*

Целью представленной исследовательской работы явилось выявление частоты встречаемости сопутствующей патологии у больных с тяжелой формой хронической болезни почек, находящихся на программном гемодиализе. В исследование были включены 247 больных, находящихся на гемодиализе и получающих лечение в отделении нефрологии Клинического Медицинского Центра № 1 города Баку. Артериальная гипертензия наблюдалась у 92,1±1,3% больных. Стенокардия напряжения выявлена у 16,8±1,9% больных с тяжелой формой хронической почечной недостаточности. В группах диабетических и других почечных больных частота этой патологии значительно отличается (13,6±3,03% и 19,6±2,7%). Частота инфаркта миокарда в анамнезе у диабетических и других почечных больных была практически одинаковой (9,2±2,5% и 9,4±2,6%). Схожие результаты обнаружены при сравнении частоты острых нарушений мозгового кровообращения в анамнезе у диабетических и других почечных больных (5,4±2,0% и 5,5±2,0%). Частота встречаемости язвы желудка и 12-перстной кишки (3,8±1,7% и 6,3±2,2%), хронических неспецифических заболеваний легких (3,1±1,5% и 4,7±1,9%), бронхиальной астмы (3,8±1,7% и 3,1±1,5%) также значительно не различалась в группе диабетических и других почечных больных ( $p>0,05$ ). Хронический бронхит встречался относительно чаще в группе других почечных больных (9,7±2,0%), и его частота значительно отличалась от группы больных с диабетической нефропатией (4,4±1,7%). Учитывая вышесказанное, можно прийти к выводу, что у большинства больных, находящихся на программном гемодиализе в связи с ХПН, неизбежно наличие каких-либо сопутствующих хронических заболеваний. Этот факт утяжеляет состояние и без того тяжелых больных, и ухудшает прогноз заболевания.

**Ключевые слова:** хронические болезни почек (ХБП), программный гемодиализ, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца

## THE INCIDENCE OF COMORBIDITY IN PATIENTS ON HEMODIALYSIS WITH SEVERE CHRONIC KIDNEY DISEASE

<sup>1</sup>Imamverdiyev S.B., <sup>2</sup>Almammedov F.C., <sup>2</sup>Jalalov M.R.

<sup>1</sup>*Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan;*

<sup>2</sup>*Clinical Medical Center № 1, Baku, Azerbaijan, e-mail: dr.talib@live.ru*

The aim of presented research was to determine the incidence of comorbidities in patients with severe chronic kidney disease who are on a programmed hemodialysis. The study included 247 patients undergoing hemodialysis and receiving treatment at the Department of Nephrology, Clinical Medical Center № 1 in Baku. Arterial hypertension was observed in 92.1±1.3% of patients. Angina was diagnosed in 16.8±1.9% of patients with severe chronic renal insufficiency. In the groups of diabetic disease, and other renal diseases the frequency of this pathology was significantly different (13.6±3.03% and 19.6±2.7%). The frequency of myocardial infarction in a history of diabetic patients and other renal patients was similar (9.2±2.5% and 9.4±2.6%). Similar results were found when comparing the frequency of the acute violation of the cerebral blood flow in a history of diabetic patients and other renal patients (5.4±2.0% and 5.5±2.0%). The incidence of ulcers of the stomach and duodenum (3.8±1.7% and 6.3±2.2%), chronic nonspecific pulmonary diseases (3.1±1.5% and 4.7±1.9%), asthma (3.8±1.7% and 3.1±1.5%) was not significantly different between the group of diabetic and other renal patients ( $p>0.05$ ). Chronic bronchitis was relatively more frequently in the other kidney patients (9.7±2.0%), and its frequency was significantly different from the group of patients with diabetic nephropathy (4.4±1.7%). Given the above, it can be concluded that the majority of patients who are on a programmed hemodialysis due to the chronic renal failure, inevitably have any related chronic diseases. This fact aggravates the condition of the already critically ill patients and worsens the prognosis of the disease.

**Keywords:** chronic kidney disease, programmed hemodialysis, diabetes, coronary heart disease

В настоящее время более полутора миллионов людей в мире получают заместительную почечную терапию, и большая их часть (68,7%) находится на программном гемодиализе [1, 2]. В начале периода перевода больного на гемодиализ, учитывая тот факт, что некоторые заболевания не поддаются лечению, эту группу больных можно считать крайне тяжелой. Некоторые авторы выявили отрицательное влияние ишемической болезни сердца (ИБС) [3, 4, 5, 6, 7], поражения церебральных и периферических артерий [3, 8], хро-

нических неспецифических заболеваний легких [3, 9], сахарного диабета [3, 5, 7, 10, 11, 12] и злокачественных новообразований [3] на выживаемость диализных больных.

Влияние ИБС на отдаленный прогноз требует особого внимания. Практически все вышеуказанные авторы рассматривают как отягачающий фактор кардиальную патологию в целом, не принимая во внимание ее отдельные формы. По мнению автора [3], путем изучения результатов лечения более чем 90 тысяч больных было проанализировано влияние на летальность

как ИБС в целом, так и инфаркта миокарда в отдельности. Было установлено, что в начале лечения у больных ИБС, находящихся на диализе, показатель летальности составил 33,7% в течение 2 лет, а в другой группе с отсутствием ИБС – 22,7%. В группе больных, имеющих в анамнезе инфаркт миокарда, показатель летальности составил 34,9%, а в группе больных без инфаркта миокарда – 24,7%. На основании этих данных можно сделать вывод, что любая форма ИБС является фактором риска летального исхода для больных, находящихся на программном гемодиализе (ПГ).

Учитывая актуальность проблемы, целью нашей исследовательской работы яви-

лось выявление частоты встречаемости сопутствующих заболеваний у лиц с тяжелыми формами почечных больных, находящихся на ПГ.

### Материалы и методы исследования

В исследование были включены 247 больных, находящихся на гемодиализе и получающих лечение в отделении нефрологии Клинического Медицинского Центра № 1 города Баку. Подавляющее большинство из 247 больных, находящихся под клиническим наблюдением, являлись мужчинами (72,06%), а остальные (27,93%) – женщинами. В процессе обследования было установлено, что возраст больных колебался от 8 до 82 лет.

Распределение больных по возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту

Возраст больных	до 20 лет	21 – 40 лет	41 – 60 лет	61 – 80 лет	старше 80 лет
Число больных	8	46	124	68	1
%	3,2	18,6	50,2	27,5	0,4

Как видно из табл. 1, подавляющее большинство больных были в возрасте 41-60 лет, что составило 50,2% от общего числа больных. Далее, как ни при-  
сборно, из таблицы 1 следует, что столь тяжелой па-

тологией страдают также молодые пациенты и даже дети.

В табл. 2 представлено распределение больных по весу.

Таблица 2

Распределение больных по весу

Вес больных (кг)	20 – 40	41 – 60	61 – 80	больше 81
Число больных	6	21	103	117
%	2,4±1,0	8,5±1,8	41,7±3,1	47,4±3,2

Как видно из табл. 2, большая часть больных имела вес 61-80 кг (41,7%) и больше 81 кг (47,8%).

Диагноз хронического заболевания почек был поставлен на основании анализа клинических, лабораторных и специальных методов исследования. Следует указать, что при обращении к врачу у подавляющего большинства больных были обнаружены отеки в ногах и других отделах тела. Как было указано выше, у большинства больных наблюдалось повышение артериального давления. Даже у молодых пациентов и детей наблюдалось повышение артериального давления согласно их возрасту. Величина систолического, диастолического давления и частота сердечных сокращений у всех больных измерялись при помощи электронного прибора «Омрон» производства Японии.

Показаниями к гемодиализу были анамнестические данные больных и показатели функционального состояния почек. Хотелось бы отметить, что основной причиной обращения к врачу у подавляющего большинства больных являлись жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы, а последующее всестороннее обследование этих больных показало, что эти изменения связаны с нарушением функции почек. Так, причиной обращения больных к врачу являлись симптомы острого повышения артериального давления (как по правому, так и по левому типу желудочковой недостаточности). Из числа больных,

включенных в наше исследование, большинство (210 больных – 85,01%) обратилось за медицинской помощью с гемодинамическими нарушениями и, в основном в связи с повышением артериального давления. Остальные пациенты (37 больных – 14,99%) обратились к врачу с жалобами на отеки в конечностях, одышку, тошноту, рвоту и другие диспептические симптомы.

### Результаты исследования и их обсуждение

Основными причинами острой и в последующем хронической болезни почек (ХБП) явились перенесенные различные инфекционные заболевания, длительно текущий и адекватно нелеченый сахарный диабет, острое снижение артериального давления по разным причинам, острая массивная кровопотеря и т.д. Острые респираторные инфекционные заболевания верхних дыхательных путей явились причиной двухсторонней почечной недостаточности в основном у детей и молодых пациентов. Кроме того, у больных сахарным диабетом перенесенные инфекционные заболевания явились причиной почечной недостаточности.

Наличие сопутствующей патологии у больных с тяжелой формой ХБП значительно влияет на результаты лечения. Уровень и структура сопутствующей патологии, выявленной нами путем наблюдения у больных с тяжелой формой ХБП, представлены в таблице 3. Артериальная гипертензия выявлена у 92,1±1,3% больных. У диабетических и других почечных больных частота этой патологии различалась (91,8±1,5% и 86,9±2,1%), однако разница между ними была статистически незначительна ( $p>0,05$ ).

Стенокардия напряжения выявлена у 16,8±1,9% больных с тяжелой формой хронической почечной недостаточности (ХПН). У диабетиков и в другой группе больных (Таблица 3) с болезнью почек частота этой патологии значительно различалась (13,6±3,03% и 19,6±2,7%). Относительно высокую частоту встречаемости стенокардии напряжения в другой группе больных с болезнью почек можно объяснить большой вероятностью риска смерти у больных сахарным диабетом, осложненным стенокардией напряжения.

**Таблица 3**

Встречаемость сопутствующей патологии у больных с тяжелой формой ХБП в начале лечения путем программированного гемодиализа

Сопутствующие заболевания	Диабетическая нефропатия	n=130	Недиабетическая нефропатия	n=117	Всего	n=247
Артериальная гипертензия	94,6±2,0%	123	88,2±2,9%	112	91,4±1,7%	235
Стенокардия напряжения	13,8±3,0%	18	19,7±3,5%	25	16,7±2,3%	43
Инфаркт миокарда в анамнезе	9,2±2,5%	12	9,4±2,6%	12	9,3±1,8%	24
Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе	5,4±2,0%	7	5,5±2,0%	7	5,4±1,4%	14
Язва желудка и 12-перстной кишки	3,8±1,7%	5	6,3±2,2%	8	5,1±1,4%	13
Хронический бронхит	4,6±1,8%	6	9,4±2,6%	12	7,0±1,6%	18
Другие неспецифические хронические заболевания легких	3,1±1,5%	4	4,7±1,9%	6	3,9±1,2%	10
Бронхиальная астма	3,8±1,7%	5	3,1±1,5%	4	3,5±1,1%	9
Повторный гиперпаратиреоз	–	–	2,7±1,5%	3	1,2±0,7%	3
Ренальная остеодистрофия	–	–	3,1±1,5%	4	1,6±0,8%	4
Другие	1,5±1,1%	2	2,7±1,5%	3	1,9±0,9%	5

Примечание. n – абсолютное число.

У 9,3±1,8% больных с тяжелой формой ХБП в анамнезе обнаружен инфаркт миокарда. Частота инфаркта миокарда у диабетиков и других почечных больных была практически одинаковой (9,2±2,5% и 9,4±2,6%). Схожие результаты получены при сравнении частоты встречаемости в анамнезе острых нарушений мозгового кровообращения у диабетических и других почечных больных (5,4±2,0% и 5,5±2,0%).

Частота встречаемости язвы желудка и 12-перстной кишки (3,8±1,7% и 6,3±2,2%), хронических неспецифических заболеваний легких (3,1±1,5% и 4,7±1,9%), бронхиальной астмы (3,8±1,7% и 3,1±1,5%) также значительно не различалась в группе диабетических и других почечных больных ( $p>0,05$ ). Хронический бронхит встречался относительно чаще в группе других почечных больных

(9,7±2,0%), и его частота значительно отличалась от группы больных с диабетической нефропатией (4,4±1,7%).

Уровень и структура сопутствующей патологии у больных с тяжелой формой ХБП зависит от патологии, приведшей к ХБП.

**Обсуждение.** Резюмируя указанные характеристики у больных с тяжелой формой ХБП и службу гемодиализа, можно прийти к следующим выводам:

В Азербайджане имеется развитая служба гемодиализа, ресурсы которой достаточны для полного удовлетворения потребности больных с тяжелой формой ХБП, находящихся на заместительной терапии;

- в стране, как в связи с увеличением уровня выживаемости, так и за счет выявления новых случаев, число больных с тяжелой формой ХБП динамически растет, в среднем на 2,9% в год;

• в структуре первичных причин ХБП ведущие места занимают хронический пиелонефрит (37,5±1,20%) и сахарный диабет (27,8±1,79%), удельный вес хронического гломерулонефрита (13,8±0,97%), почечнокаменной болезни (9,1±2,69%) и поликистоза почек (4,8±0,61%) относительно низок;

• в динамике 1998-2007 гг. среди первичных причин ХБП возрос удельный вес сахарного диабета (с 21,4±2,26% до 28,22±2,24%; темп прироста 30,5%) и почечнокаменной болезни (с 3,1±0,95% до 12,95±1,46%; темп прироста более, чем в 4 раза), удельный вес хронического гломерулонефрита уменьшился (с 24,8±2,41 до 14,7±1,55%; темп уменьшения 66,4%);

• нозологические причины ХБП в Азербайджане сходны с такими же показателями в других странах, различия наблюдаются лишь в удельном весе первичных причин и их динамике. Приоритетными направлениями в первичной профилактике ХБП являются мероприятия по уменьшению риска сахарного диабета, пиелонефрита и гломерулонефрита.

Учитывая вышесказанное, можно прийти к выводу, что у большинства больных, находящихся на ПГ в связи с ХПН, неизбежно наличие каких-либо сопутствующих хронических заболеваний. Этот факт утяжеляет состояние и без того тяжелых больных, и ухудшает прогноз заболевания.

#### Список литературы

1. Потехин Н.Л. Висцеральная патология у больных с терминальной почечной недостаточностью, получающих

лечение программным гемодиализом: Автореф. ... д-ра мед. наук. – М.: 2000. – 43 с.

2. Annual Report on Renal Failure in Europe. London: ERA – EDTA Registry, 1998, 92 p.

3. Choi E.J., Ahn S.J., Jin D.C. 1996 Korean Renal Registry Report // *Nephrol.*, 2000, V.5, p. 139 – 144.

4. Ganesh S.K., Hulbert – Shearon T., Port F.K. et.al. Mortality differences by dialysis mortality among incident ESRD patients with and without coronary artery disease. *J Am SocNephrol* 2003; 14: 415 – 424.

5. London G.M., Pannier B., Guerin A.P. et.al. Alterations of left ventricular hypertrophy and survival of patients receiving hemodialysis: follow – up of interventional study. *J Am SocNephrol* 2001; 12:2759 – 2767.

6. Lowrie E.G., Lew N.L. Death risk in haemodialysis patients: the predictive value of commonly measured variables and evaluation of death rate differences between facilities. *Am J Kidney Dis* 1990; 15: 458 – 482.

7. Quershi A.R., Alverstanf A., Divino – Filho J.C. et. al. Inflammation, malnutrition and cardiac disease as predictors of mortality in hemodialysis patients. *J Am SocNephrol* 2002; 13:S28 – S36.

8. Zoccali C., Benedetto F.A., Mallamaci F. et.al. Prognostic impact of the indexation of left ventricular mass in patients undergoing dialysis. *J Am SocNephrol* 2001; 12:2768 – 2774.

9. Johnson J.G., Gore S.M., Firth J. The effect of age, diabetes and other comorbidity on the survival of patients on dialysis: a systematic quantitative overview of the literature. *NephrolDialTransplant* 1999; 14:2156 – 2164.

10. Iseki K., Miyasato F., Tokuyama K. et.al. Low diastolic blood pressure, hypoalbuminemia and risk of death in a cohort of chronic hemodialysis patients. *Kidney Int* 1997;51:1212 – 1217.

11. Owen W.F., Lew N.L., Liu Y. et.al. The urea reduction ratio and serum albumin concentration as predictors of mortality in patients undergoing hemodialysis. *NEng J Med* 1993; 329:1001 – 1006.

12. Shinzato T., Nakai S., Akiba T. et.al. Survival in long – term hemodialysis patients: results from the annual survey of the Japanese Society for Dialysis Therapy. *NephrolDialTransplant* 1997; 12:884 – 888.