

© Мойсеєнко В.О., Никула А.Т., 2024

doi: 10.37321/nefrology.2024.34-35-07

УДК: 661-616.6-616.3-616.098

*Стаття присвячена світлій пам'яті**Лауреата Державної премії України, Заслуженого діяча науки і техніки України, професора Никули Тараса Денисовича (1936–2019)*

ДІАГНОСТИКА УРАЖЕНЬ ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ У РОЗРІЗІ ФІЗИКИ ДИСИПАТИВНИХ СТРУКТУР ТА СИНЕРГЕТИКИ

МОЙСЕЄНКО В.О., НИКУЛА А.Т.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Київ, Україна

Резюме

Вступ. Значні розбіжності в оцінці причин виникнення уражень езофагогастроуденальної зони (ЕГДЗ) спричинені як розрізненими методами обстеження хворих, так і неоднозначним розумінням патогенетичних зв'язків між гастроентерологічними змінами і послідовністю формування патології нирок. Різні за патогенезом, вони вимагають диференційованого підходу як до питань діагностики, так і лікувальної тактики.

Мета. Виробити критерії диференціальної діагностики вторинних уражень ЕГДЗ як проявів або ускладнень хронічного гломерулонефриту (ХГН) і супутніх первинних езофагогастроуденопатій (ЕГДП) за даними фізичних методів діагностики.

Матеріали і методи. Хворі відібрані методом рандомізації і обстежувалися в динаміці – на всіх етапах еволюції хронічної ниркової недостатності (ХНН) і після застосування відповідних фізичних методів лікування. Для ранньої діагностики уражень ЕГДЗ використовувались неінвазивні скринінг-методи з одночасним порівнянням їх інформативності з вищезазначеними інвазивними методами та можливістю застосування при масових оглядах (іридодіагностика, вимірювання електрошкірного опору в репрезентативних точках акупунктури (ЕПД), ауральна емісійна діагностика (АЕД)). Для аналізу генетичної інформації використовували генеалогічний метод. В якості генетичних маркерів первинних і вторинних ЕГДП використані дерматогліфні ознаки: аналіз шкірних візерунків проводили на пальцях і долонях. На пальцях ідентифікували дуги (А), ульнарні та радіальні петлі (Lu Lr) і завитки (W).

Результати та їх обговорення. Як свідчить порівняльна оцінка частоти уражень ЕГДЗ у хворих на ХГН різних клінічних груп, наявність гіпертензії та азотемії негативно впливали на морфологічні зміни слизової оболонки шлунка (СОШ) і дванадцятипалої кишки (ДПК): при ХНН 0-Б частота гастроуденопатій (ГДП) була вищою, ніж у групі ХНН 0-А ($p < 0,05$), при наростанні азотемії зростала кількість моторно-евакуаторних порушень ($p < 0,05$). У хворих зі стабільною ренопаренхіматозною артеріальною гіпертензією (РПАГ) частота уражень ЕГДЗ достовірно зростала в порівнянні з транзиторним чи лабільним її видами.

Висновки. Опрацьовано комплекс фізичних скринінг-методів ранньої діагностики, який дозволяє виявити порушення верхнього відділу кишкового тракту (КТ) у хворих на ХГН у стадії початкової ХНН чи до її появи. Цей підхід забезпечує можливість клінічної оцінки в співставленні з раніше відомими ендоскопічними, сонографічними та іншими методами дослідження.

Ключові слова:

хронічний гломерулонефрит, езофагогастроуденопатії, діагностика, експрес-методи.

Вступ. Стравохід, шлунок і дванадцятипала кишка (ДПК) відіграють важливу роль у компенсації азотистих, електролітних і кислотно-лужних розладів, які розвиваються при хронічних захворюваннях нирок. У 15–35% хворих на ХГН морфофункціональні зміни ор-

ганів травлення виникають на відносно ранніх етапах еволюції ХГН, передуючи розвитку ХНН. Ураження ЕГДЗ змінюють звичні клінічні прояви ХГН, негативно впливають на його перебіг і прогноз. Зростання частоти гастроентерологічних ускладнень у цих хворих свідчить про

недостатню ефективність існуючих методів діагностики. Важливі відкриття в галузі фізики дисипативних структур та синергетики дали новий поштовх впровадженню іридологічних, аурально-емісійних та інформаційно-енергетичних методів Р. Фолля та І. Накатані для експрес-діагностики внутрішніх захворювань. На їх основі були розроблені високоефективні методи впливу на організм людини.

Але залишаються невивченими ряд теоретичних і методичних аспектів застосування фізичних методів діагностики. Ці відомості носять лише констатуючий характер, вивчалися в окремих хворих і не відображають гастроентерологічних змін у хворих на ХГН в залежності від його форми і стадії, стосуються переважно хворих з ХНН, мало вивчені у хворих зі збереженою функцією нирок. Враховуючи всі ці факти, комплексне дослідження особливостей уражень ЕГДЗ у хворих на ХГН і розробка на цій основі принципів патогенетичної терапії – важлива наукова та практична проблема.

Мета. Виробити критерії диференціальної діагностики вторинних уражень ЕГДЗ як проявів або ускладнень ХГН і супутніх первинних езофагогастроуденопатій (ЕГДП) за даними фізичних методів діагностики.

Матеріали і методи. Обстежено 644 особи: 594 хворих з ураженням ЕГДЗ і 50 практично здорових осіб. Усі хворі в залежності від наявності та тривалості нефрологічного та гастроентерологічного анамнезу розподілені на 3 групи: основну, яка включала 271 хворого на ХГН з вторинними (нефрогенними) ЕГДП; першу контрольну – 221 хворий на ХГН з супутніми ЕГДП; і другу контрольну (КГ № 2) – 102 хворих без ураження нирок. Здорові склали додаткову третю контрольну групу. Хворі відібрані методом рандомізації і обстежувалися в динаміці – на всіх етапах еволюції ХНН і після застосування відповідних фізичних методів лікування. Для ранньої діагностики уражень ЕГДЗ використовувалися неінвазивні скринінг-методи з одночасним порівнянням їх інформативності з вищезазначеними інвазивними методами та можливістю застосування при масових оглядах. До таких методів належать:

- іридодіагностика (ІДГ) із використанням комп'ютеризованої іридодіагностичної системи на щілинній лампі з фото насадкою Carl Zeiss (Йена);
- вивчення функціонального стану меридіанів і вимірювання електрошкірного опору в репрезентативних точках акупунктури здійснювали за допомогою електропунктурної діагностики (ЕПД) в

умовах автоматизованого робочого місця з використанням комп'ютеризованої програми обробки даних "Invent V.21";

- для діагностики стану систем регуляції організму та контролю за ефективністю лікування використовували систему ауральної емісійної діагностики (АЕД), розробленої НІТЦ "Сонар" НАНУ та ТОВ "Інженерна фізика", яка базується на фізичному ефекті створення зарядових зображень (фігур Ліхтенберга) при імітації заряду, інжектваного на поверхню діелектрика (ефект Кирліан);
- для аналізу генетичної інформації використаний генеалогічний метод.

В якості генетичних маркерів первинних і вторинних епітеліально-гландулярних диспептичних порушень (ЕГДП) використані дерматогліфні ознаки: аналіз шкірних візерунків проводили на пальцях і долонях. На пальцях ідентифікували дуги (А), ульнарні та радіальні петлі (Lu Lr) і завитки (W).

Результати та їх обговорення. Наявність ЕГДП діагностовано ендоскопічно у 97,79±0,89% випадків, з них ураження шлунка – у 80,44±2,41%, виразка ДПК – у 55,35±3,02% обстежених основної групи. У хворих із супутніми ураженнями ЕГДЗ зміни в слизовій оболонці шлунка (СОШ) виявлено частіше на 10,51% ($p<0,001$), ніж при нефрогенних ЕГДП. З більшою частотою морфологічні ураження СОШ та ДПК зареєстровані при прогресуючому характері ХГН, частіше на 30,01% ($p<0,001$), ніж при рецидивуючому його перебігу. Наявність гастродуоденальних виразок (ГДВ) була вищою при його нефрогенній формі, ніж при аннефрогенній (відповідно 69,23±3,86% і 57,59±2,65%, $p<0,02$). Зі зростанням активності ХГН, достовірно зростала частота всіх нозологічних форм уражень ЕГДЗ, зокрема гастродуоденопатії (ГДП). У хворих з ХГН 1-ї стадії активності частота ГДП становила 64,41±6,23%, а на 3-й стадії – 87,70±2,46% ($p<0,05$). Аналогічна тенденція спостерігалася при прогресуванні хронічної ниркової недостатності (ХНН): ГДП у хворих без ХНН становила 19,77±4,29%, з ХНН I – 42,15±4,49%, з ХНН II – 74,26±4,35%, з ХНН III – 94,02±1,75%. Відповідно, частота виразок дванадцятипалої кишки (ДПК) була такою: 18,60±4,20%, 28,09±4,09%, 40,59±4,89%, 59,24±3,62%. Як свідчить порівняльна оцінка частоти уражень ЕГДЗ у хворих на ХГН різних клінічних груп, наявність гіпертензії та азотемії негативно впливали на морфологічні зміни СОШ і ДПК: при ХНН 0-Б частота ГДП була вищою, ніж у групі ХНН 0-А ($p<0,05$), при на-

ростанні азотемії зростала кількість моторно-евакуаторних порушень ($p < 0,05$). У хворих зі стабільною РПАГ частота уражень ЕГДЗ достовірно зростала в порівнянні з транзиторним чи лабільним її видами.

Модель координативної структури факторів впливу (створена на основі багатофакторного кореляційно-регресійного аналізу) на виникнення уражень ЕГДЗ дозволила оцінити вплив таких факторів при нефрогенних ЕГДП:

- Ендогенні чинники обумовлювали 81,18% варіації (вісцero-вісцеральні впливи, дисбаланс в системі гастроінтестинальних гормонів і простагландинів, $p < 0,001$);
- Екзогенні чинники – 43,43% (найбільш значущі: вживання алкоголю; паління; вплив радіації).

При аннефрогенних ЕГДП відповідно:

- 78,50% для ендогенних чинників (група крові, вісцero-вісцеральні зв'язки, моторно-евакуаторні розлади, обсіменіння *Helicobacter pylori*, рН шлункового соку, $p < 0,001$);
- 63,68% для екзогенних чинників (найбільш значущі: перенесені гастроентерологічні захворювання у близьких родичів; режим харчування; вплив радіації; вживання алкоголю, тютюнопаління).

За допомогою вивчення генеалогічного дерева було проаналізовано передачу нормальних і патологічних ознак серед родичів хворих на ХГН з ураженням ЕГДЗ в ряду поколінь. У 50,51% обстежених з первинними дуоденальними виразками родичі хворіли на виразкову хворобу (ВХ), що дозволило запідозрити спадковий характер захворювання і віднести цих пацієнтів до пробандів. Хворі контрольних груп, на відміну від основної групи, частіше мали родичів з виразками ДПК в анамнезі: при ураженнях ЕГДЗ без ураження нирок – на 22,80% ($p < 0,001$), при супутніх ГДП – на 15,86%, ($p < 0,001$). Сімейний характер захворювання зустрічався частіше на 16,58% ($p < 0,05$) у випадках локалізації виразки в цибулині ДПК, ніж у шлунку ($p > 0,1$).

У хворих із нефрогенними ЕГДП та обтяженим анамнезом щодо виразкової хвороби (ВХ) (197 осіб, $50,51 \pm 2,53\%$) виявлено переважання 0(I) групи крові ($p < 0,001$). На другому місці за частотою – А(II) група ($29,90 \pm 3,21\%$, $p < 0,001$), потім В(III) і АВ(IV) групи (відповідно $11,76 \pm 2,26\%$ і $4,90 \pm 0,51\%$, $p < 0,001$). У хворих без спадкової схильності до ВХ такої закономірності не виявлено ($p > 0,1$). Достовірно зна-

чущої різниці в груповій належності крові за статтю не виявлено ($p > 0,1$). Розбіжності в асоціаціях в залежності від первинного чи вторинного ґенезу виразок та їх кореляції з групами крові свідчать на користь думки про генетичну різномірність виразок. При наявності в анамнезі спадкової обтяженості спостерігався (в аналогічних за віком і статтю групах хворих) більш важкий перебіг захворювання: гастроентерологічні ускладнення (кровотечі) серед хворих зі спадковою схильністю в КГ № 2 становили $21,80 \pm 2,34\%$, в основній – від $3,90 \pm 1,12\%$ до $18,18 \pm 3,77\%$, досягаючи $44,44 \pm 5,48\%$ в термінальній стадії ХНН. Вказані особливості пов'язують з адитивним впливом певного числа генів, котрий обумовлює при спадковій передачі схильність до уражень ГДЗ (Goodman et al., 1995).

При порівнянні загальних дерматогліфічних ознак встановлено, що у хворих із супутніми ЕГДП частіше на 25,63% ($p < 0,001$), ніж з нефрогенними, реєструвався радіальний тип кисті. Достовірна відмінність між пальцевими візерунками мала місце у хворих з різними нозологічними формами ЕГДП. У хворих з виразками ДПК при нефрогенних ЕГДП завитки та дуги діагностувалися частіше (відповідно на 6,79%, $p < 0,05$, і на 6,89%, $p < 0,05$), ульнарні дуги – рідше (на 12,88%, $p < 0,05$), ніж у хворих без ураження нирок. При супутніх дуоденальних виразках, на відміну від КГ № 2, завитки реєструвалися частіше на 8,96% ($p < 0,05$), дуги – на 8,81% ($p < 0,05$). Для хворих з первинними дуоденальними виразками, на відміну від нефрогенних, характерна належність до групи крові 0(I) та відповідність дерматогліфного фенотипу цій групі крові. Фенотипу В відповідали максимальні, а фенотипу А і 0 – мінімальні величини гребеневого рахунку та інтенсивності дерматогліфного малюнку. Таку закономірність можна пояснити з позиції теорії ефекту зчеплення генів та синергізму їх впливу, які визначають групи крові АВ0 і пальцеві дерматогліфи, внаслідок чого частота окремих комбінацій фенотипів визначає ті чи інші захворювання (Bakkaloglu A., 1995). У хворих на ХГН з ураженнями ЕГДЗ максимальне значення кута α ($86-87^\circ$) зустрічається рідше, ніж у здорових ($p < 0,05$). Не виявлено достовірної різниці у розмірах осьового трирадіуса у хворих з первинними і вторинними ЕГДП ($p > 0,1$), але незалежно від ґенезу спостерігалася закономірність: чим менший кут α , тим більш вірогідна поява дуоденальної виразки.

У роботі застосовано новий підхід до діагностики уражень ЕГДЗ у хворих на ХГН: ство-

рено програмно-технічний комплекс фізичних скринінг-методів ранньої діагностики, який дозволив діагностувати гастроентерологічні порушення та дати їм клінічну оцінку в співставленні з раніше відомими ендоскопічними, сонографічними та іншими методами дослідження (рис.1).

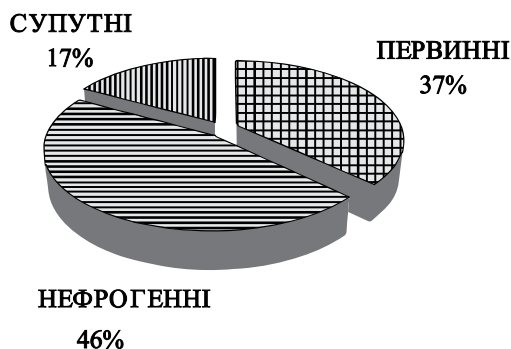


Рис. 1 Структура ЕГДП у обстежених хворих

Дані гамасцинтиграфії свідчили про порушення секреторно-фільтраційно-екскреторних процесів при ХГН. При прогресуванні ХНН відмічалася тенденція до зростання частоти цих змін. Достовірні розбіжності показників виявлені у хворих з вираженою ХНН, що дозволяло діагностувати характер уражень ЕГДЗ на пізніх стадіях розвитку основного захворювання і малоінформативне при їх ранньому виявленні.

В ході роботи були виділені сонографічні, іридологічні, аурально-емісійні та акупунктурні показники. Для оцінки відмінностей між групами визначені їх інформативність, чутливість, точність та специфічність.

Відповідно до загальної величини інформативності, ці показники розташувались таким чином: іридологічні (2,48 БІТ) > сонографічні (2,46 БІТ) > ауральні (2,40 БІТ) > акупунктурні (2,01 БІТ). Найбільше значення довірчого критерію зафіксоване при зміні іридологічних знаків у хворих з нефрогенними ЕГДП ($t=5,32, p<0,001$). Співставлення методів ІДГ, АЕД, ЕПД з результатами ЕГДС показало співпадіння діагнозів відповідно у 88,42%, 73,24%, 64,53% випадків. Метод ЕГДС мав високий рівень розпізнавання уражень ЕГДЗ (99,35% для осіб КГ №2, 96,24% – супутніх і 83,15% – нефрогенних ЕГДП) на етапі вираженого запального процесу, але був малоінформативним для їх діагностики на ранніх стадіях розвитку.

Отримані результати склали вихідний інформаційний базис для кореляційного і покрокового дискримінантного аналізу. Використовуючи мінімальний комплекс показників скринінг-методів діагностики, отримана система класифікаційних правил, яка дозволяє розмежувати супутні, нефрогенні ЕГДП та ті, які виникають без ураження нирок.

Дискримінантна функція, яка описує належність вектора до класу нефрогенних ЕГДП, має такий вигляд:

$$\text{Const} = 2,2450 \times X1 + 36,4862 \times X2 + 24,3751 \times X3 + 19,2464 \times X4 + 18,2879 \times X5 + 26,1234 \times X6 + 9,5674 \times X7 + 2,2304 \times X8 + 2,5665 \times X9$$

Значення Const в даному випадку дорівнює + 17,8076. Якщо величина Const +17,8076, то вектор відноситься до класу нефрогенних ЕГДП, а якщо інакше, то до класу супутніх або ЕГДП другої контрольної групи.

Для віднесення вектора спостережень до класу супутніх ЕГДП, отримано наступне класифікаційне правило:

$$\text{Const} = 84,3224 \times X1 + 0,9964 \times X2 + 2,6249 \times X3 + 1,8754 \times X4 + 2,1234 \times X5 + 4,1578 \times X6 + 3,4821 \times X7 + 1,8234 \times X8 + 2,2344 \times X9$$

При величині Const <29,2259 вектор спостереження повинен бути віднесений до класу супутніх ЕГДП або ЕГДП другої контрольної групи.

Аналогічно, класифікаційне правило для класу ЕГДП контрольної групи має такий вигляд:

$$\text{Const} = 98,2823 \times X1 + 0,0219 \times X2 + 3,5241 \times X3 + 0,0432 \times X4 + 0,0143 \times X5 + 0,3840 \times X6 + 2,6541 \times X7 + 1,3561 \times X8 + 2,1576 \times X9$$

При значеннях Const <51,6257 вектор спостереження належить до нефрогенних або супутніх ЕГДП.

Висновки. Проведене комплексне вивчення стану ЕГДЗ у хворих на ХГН із застосуванням клінічних, лабораторних та інструментальних (у тому числі інвазивних і неінвазивних фізичних методів) досліджень, що дозволило констатувати високу частоту уражень стравоходу, шлунка та ДПК.

Опрацьований комплекс фізичних скринінг-методів ранньої діагностики, який дозволяє виявити порушення верхнього відділу КТ у хворих на ХГН у стадії початкової ХНН чи до її появи, дати їм клінічну оцінку в співставленні з раніше відомими ендоскопічними, сонографічними та іншими методами дослідження.

Виявлені найбільш інформативні неінвазивні діагностичні показники та створені на цій основі нові методичні підходи до діагностики та корекції нефрогенних і супутніх гастроентерологічних розладів.

Запропоновані параметри неінвазивної діагностики уражень ЕГДЗ у хворих на ХГН (іридологічні, дерматогліфні, енергоінформаційні, цитобіофізичні), що дозволяють виділити групи ризику з метою поглибленого обстеження, при необхідності – лікування.

Застосування сукупності генетичних методів дослідження (аналіз генеалогічного дерева, визначення груп крові системи АВО та резус-належності, дерматогліфіка) дозволяє встановити наявність у хворих на ХГН спадкової схильності до ураження ЕГДЗ і вжити відповідних профілактичних заходів.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Мойсеєнко В.О.* Клінічна оцінка фізичних методів діагностики та лікування уражень езофагогастроуденальної зони в хворих на хронічний гломерулонефрит. – Дис. д. мед. н. – 14.01.02. – внутрішні хвороби. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ, 1999. – 27с.
2. *Мойсеєнко В.О.* Гістоморфологічні зміни слизової оболонки шлунка при нефрогенних гастродуоденопатіях // Буковинський медичний вісник. – 1999. – Т.3, № 2. – С.74-78.
3. *Мойсеєнко В.О.* Генетичні маркери виразкоутворення у хворих на хронічний гломерулонефрит // Актуальні проблеми нефрології / За ред. Т.Д. Никули – К.: Задруга, 1999. – Вип.3.– С.95-104.
4. *Мойсеєнко В.О.* Оцінка впливу екзо- та ендогенних чинників на виникнення первинних і вторинних езофагогастроуденопатій // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 1998. – № 2-3. – С. 65-67.
5. *Мойсеєнко В.О.* Фізичні скринінг-методи діагностики уражень езофагогастроуденальної зони в хворих на хронічний гломерулонефрит // Акт. пит. нефрології: Зб. наук. праць / МОЗ України, НМУ / За ред. Т.Д. Никули. – К.: Задруга, 1998. – Вип. 2. – с. 10-20.
6. *Мойсеєнко В.О.* Стан стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на хронічний гломерулонефрит // Лікарська справа. – 1997. – № 5. – с. 8-12.
7. *Мойсеєнко В.О.* I Український конгрес гастроентерологів // Лікарська справа. – 1996. – № 5-6. – С. 173-174.
8. *Moiseyenko V. O., Nykula T. D.* the features of dermatoglyphics in patients with chronic glomerulonephritis and duodenal ulcer // American Journal of Kidney Diseases. – 1999. – P. 101.
9. *Мойсеєнко В.О., Красюк Е.К., Мазур В.М.* Дерматогліфіка в хворих з дуоденальними виразками на тлі хронічного гломерулонефриту // Актуальні проблеми нефрології / За ред. Т.Д. Никули. – К.: Задруга, 1999. – Вип. 3. – С. 105-111.
10. *Moiseyenko V.O., Nykula T.D.* The features of duodenal ulcer in patients with chronic glomerulonephritis // Aktuality v nefrologii. – 1998. – V. 4, № 1. – P. 66.
11. *Никула Т.Д., Мойсеєнко В.О., Міхньов О.В.* Ауральна емісійна експрес-діагностика вісцеропатій // Акт. вопросы медицины и биологии: Сб.ст. – Вып.9. – Днепропетровск, 1997. – С. 100.
12. *Nykula T.D., Moiseyenko V.O., Vojtovitch N.S.* The effect of microwave resonance therapy on renal hemodynamics and functions in patients with chronic glomerulonephritis // Przeglad Lekarski. – 1996. – T. 53, Supl. 2. – P. 108.
13. *Никула Т.Д., Мойсеєнко В.О.* Науково-практична конференція «Хронічне запалення та захворювання органів травлення» // Лікарська справа. – 1992. – № 5. – С. 113-115.
14. *Никула Т., Мойсеєнко В., Трунова С.* Нові методи немедикаментозного диференційованого лікування виразкової хвороби (укр. та англ. мовою) // IV конгрес Світової федерації українських лікарських товариств: Тези доповідей.- Харків, 1992. - С.185, 447 - 448.
15. *Никула Т.Д., Мойсеєнко В.О., Резніков М.А., Красюк Е.К.* Ауральна емісійна діагностика уражень езофагогастроуденальної зони // I Український конгрес гастроентерологів: Тези доп.- Дніпропетровськ, 1995.- С. 52.
16. *Moiseyenko V.A.* Effect of microwave resonance therapy reflux diseases // Third International congress of European Bio Electromagnetics Association. – Nancy, France. – 1996. – v. 2. – P. 1123-1124.
17. *Moiseyenko V.O.* Treatment of ezophago-gastroduodenal abnormalities in patients with chronic glomerulonephritis // XXXIIIrd Congr. European Renal Association: abstr.- Amsterdam, 1996. – p. 207.
18. *Moiseyenko V.O., Nykula T.D.* Biologically active substances plasma levels in patients with chronic renal failure // Second Baltic Meeting on Nephrology: Abstracts. – Gdansk, 1996. – p.1.
19. *Moiseyenko V., Nykula T.* Peculiarity of non-ulcer dyspepsia in patients with chronic renal failure // Abstracts XXXIV Congress of the European Renal Association, European Dialysis Transplant Assotiation: Abstracts. – Geneva, 1997. – p. 120.
20. *Nykula T.D., Moiseyenko V.O.* Biometric visualization of chronic glomerulonephritis progression // 4th European Conference on engineering and Medicina: Abstracts. – Warsaw, 1997. – p. 102.

21. *Moyseyenko V.O., Nykula T.D.* Variability nature and behavior dialysis patients having been exposed to ionizing radiation // Abstracts XXXV Congress of the European Renal Association, European Dialysis and Transplant Association. – Rimini, Italy, 1998. – p. 171.

SUMMARY

DIAGNOSIS OF LESIONS OF THE ESOPHAGOGASTRODUODENAL ZONE IN PATIENTS WITH CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS IN TERMS OF THE PHYSICS OF DISSIPATIVE STRUCTURES AND SYNERGETICS

Moyseyenko V.O., Nykula A.T.
National Bogomolets Medical University
Kyiv, Ukraine

Introduction. This study presents the clinical evaluation of physical methods of diagnostics and treatment of esophagogastroduodenal zone (EGDZ) abnormalities in patients with chronic glomerulonephritis (CG). In the majority of patients with CG, esophagogastroduodenopathies (EGDP) develop against the background of CG, and in 17%, they precede the onset of CG. The frequency and nature of these abnormalities depend on the stage of chronic renal failure, as well as the form and activity of the underlying disease. The correction of these changes behooves to conduct with provision for the whole pathogenetic significant of external and internal factors (genetic markers, factors of humoral regulation, type of person, and other).

Goal. To develop criteria for differential diagnosis of secondary EGD lesions as manifestations or complications of chronic renal failure and concomitant primary esophagogastroduodenopathy (EGDP) based on physical diagnostic methods.

Materials and methods. Patients were selected by randomization and examined in dynamics – at all stages of CKD evolution and after the application of appropriate physical treatment methods. For early diagnosis of EGDZ lesions, non-invasive screening methods were used, with a simultaneous comparison of their informativeness to the above-mentioned invasive methods and the possibility of applying them in mass screenings. These methods included iridodiagnosis, measurement of electrocutaneous resistance at representative acupuncture points (EPD), aural emission diagnostics (AED), and a genealogical method for analyzing genetic information. Dermatoglyphic signs were used as genetic markers for primary and secondary EGDP: skin pattern analysis was performed on the fingers and palms. On the fingers, arches (A), ulnar and radial loops (Lu Lr), and whorls (W) were identified.

Results and discussion. Processing methods for the differential diagnosis of primary and secondary EGDP. For the early detection of EGDP in patients with CG, in the presence of contraindications to invasive diagnostic methods, a complex of non-invasive physical express methods has been developed, including iridology, acupuncture, aural emission, sonography, dermatoglyphics, and cytobiophysics studies.

Conclusion. A complex of physical screening methods for early diagnosis has been developed, which allows detecting abnormalities in the upper CT section in patients with chronic kidney disease at the stage of initial chronic kidney disease or even before its appearance. These methods provide a clinical assessment in comparison with previously known endoscopic, sonographic, and other diagnostic approaches.

Key words: chronic glomerulonephritis, esophagogastroduodenopathies, diagnostics, express-methods.

АВТОРСЬКА ДОВІДКА

Мойсеєнко Валентина Олексіївна

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця
Академія НАН ВО України, д.мед.н., професорка
Адреса: вул. Бальзака, 16-А, кв. 21, Київ, 02226
Моб.: +380677779249
E-mail: moyseyenko_vo@ukr.net
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1402-6028>

Никюла Андрій Тарасович

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Молодіжна платформа
Адреса: проспект Берестейський, 34, Київ, 02000
Моб.: +380952165407
E-mail: angrylift@ukr.net

Moyseyenko Valentyna

Bogomolets National Medical University
Academician of the National Academy of Sciences of
Ukraine, MD, PhD, Professor
Address: Str. 16-A Onore de Balzac, ap. 21, 02226
Mob: +380677779249
E-mail: moyseyenko_vo@ukr.net
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1402-6028>

Nykula Andrii

Bogomolets National Medical University
Youth Platform
Address: Beresteyskyi Avenue, 34, Kyiv, Ukraine, 02000
Mob: +380952165407
E-mail: angrylift@ukr.net

Отримано / Received 09.08.2024
Рецензовано / Revised 23.08.2024
Прийнято до друку / Accepted 30.08.2024