

УДК 616.33 008.3

Абдусатторов А.А.

Кафедра ВОП 2

Андижанский государственный медицинский институт

**ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Резюме: В начале XXI века в отечественной педиатрической гастроэнтерологии стал использоваться термин «функциональная диспепсия» в соответствии со II Римскими критериями для обозначения симптомо-комплекса такого же, как при хроническом гастрите.

Диагноз хронического гастрита утрачивает клиническое значение и становится только морфологическим, Это связывается с отсутствием корреляции между наличием и выраженностью диспептических симптомов и морфологическими изменениями, По этому поводу мнения авторов противоречивые, остается неясным соотношение этих понятий и отражение их при формулировке диагноза.

Ключевая слова: функциональная диспепсия, сахарный диабет, профилактика, диагностика, лечения.

Abdusattorov A.A.

Department of GP 2

Andijan State Medical Institute

**DIAGNOSIS, TREATMENT AND PREVENTION OF
FUNCTIONAL DYSPEPSIA OF THE STOMACH IN PATIENTS WITH
DIABETES MELLITUS**

Resume: At the beginning of the XXI century in the domestic pediatric gastroenterology, the term "functional dyspepsia" began to be used in accordance with the II Roman criteria to designate a symptom complex of the same as in chronic gastritis.

The diagnosis of chronic gastritis loses its clinical significance and becomes only morphological, This is due to the lack of correlation between the presence and severity of dyspeptic symptoms and morphological changes, The authors' opinions on this are contradictory, the relationship of these concepts and their reflection in the formulation of the diagnosis remains unclear.

Keywords: functional dyspepsia, diabetes mellitus, prevention, diagnosis, treatment.

Введение. Сахарный диабет (СД) — это группа метаболических болезней, которые отличаются высокими темпами роста заболеваемости [3] и системными осложнениями с вовлечением разных органов и систем, в том числе желудочно-кишечного тракта [4,7].

Симптомы диспепсии относятся к наиболее частым гастроэнтерологическим жалобам и встречаются в 25% в популяции [9]. Понятие диспепсии неоднократно пересматривалось и уточнялось. Согласно Римским критериям II (1999) под диспепсией понимают ощущение боли или дискомфорта, раннего насыщения, переполнения, локализованных в эпигастральной области, а также вздутие или тошноту [6]. На основании оценки ведущего клинического проявления выделяют дискинетический и язвенноподобный варианты синдрома диспепсии [2]. При дискинетическом варианте преобладают симптомы дискомфорта, раннего насыщения, чувства переполнения, вздутия в эпигастральной области и тошноты, при язвенноподобном — доминируют боли в эпигастрии.

СД 2-го типа нередко сопутствует метаболический синдром, характеризующийся увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемией, которые вызывают нарушения углеводного, липидного, пуринового обмена и артериальную гипертензию [6]. Чаше

метаболический синдром обсуждается с позиции вовлечения только сердечно-сосудистой системы.

Но продемонстрировано, что его формирование сопровождается изменением кишечной микробиоты [1]. При дисбиозе кишечника создается порочный круг с прогресси-рованием неалкогольной жировой болезни печени, имеющей сходные с метаболическим синдромом механизмы развития [8]. Зафиксирована зависимость инсулинорезистентности как важнейшего проявления метаболического синдрома и *Helicobacter pylori*-инфекции [5]. *Helicobacter pylori* ассоциирован с метаболическим синдромом посредством дисфункции микрососудистой системы [3].

Цель исследования. Изучить клинические проявления синдрома диспепсии в зависимости от течения сахарного диабета и некоторых проявлений метаболического синдрома: индекса массы тела, показателей липидного обмена (уровень общего холестерина) у больных СД 2-го типа без сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, которые могли бы обусловить диспепсические жалобы.

Материалы и методы исследования. Проведено одноцентровое последовательное обсервационное описательное исследование. Этапы работы осуществлялись при добровольном согласии больных.

Результаты исследования. Обследование позволило выявить наличие синдрома диспепсии согласно Римским критериям II у 76 больных (71,0%). Из них у 44 больных (средний возраст $57,7 \pm 9,81$ года, женщин 45,5%, мужчин 54,5%) не было сопутствующей органической патологии желудочно-кишечного тракта, наличием которой можно было бы объяснить синдром диспепсии. Эти больные составили обследованную группу.

Больные в обследованной группе имели разную длительность заболевания: впервые выявленный СД — 9,0%, СД, длящийся до 5 лет, — 25,0%, 5 - 10 лет — 39,0% и свыше 10 лет — 27,0%. Средний индекс массы

тела составил $29,8 \pm 3,3$ кг/м². При этом у 4,5% больных наблюдался индекс, соответствующий нормальной массе тела, у 43,3% — избыточный индекс массы тела, у 43,3% — ожирение 1-й степени и у 9,0% — ожирение 2-й степени. Артериальная гипертензия диагностирована у всех больных и характеризовалась 2-й (36,4%) или 3-й степенью (63,6%). 56,8% больных были *Helicobacter pylori*-инфицированными. Уровень базальной гликемии в обследованной группе составил $6,8 \pm 1,8$ ммоль/л, постпрандиальной гликемии — $9,8 \pm 3,0$ ммоль/л, гликированного гемоглобина — A1c $7,5 \pm 1,3\%$, уровень общего холестерина — $5,8 \pm 1,0$ ммоль/л.

Наличие СД 2-го типа, ожирения, гиперхолестеринемии и артериальной гипертензии демонстрирует выявленный метаболический синдром у большинства обследованных пациентов. При этом по параметрам углеводного обмена (уровню базальной и постпрандиальной гликемии, гликированного гемоглобина A1c) показано наличие декомпенсированного углеводного обмена.

Клинические проявления синдрома диспепсии у больных СД 2-го типа продемонстрированы на рисунке. Видно, что самыми частыми проявлениями синдрома диспепсии в изучаемой группе были чувство переполнения (70,0%) и дискомфорт в эпигастральной области (61,0%). Реже наблюдались ранняя насыщаемость, вздутие и тошнота (по 39,0%), в единичных наблюдениях беспокоила боль (27,0%).

У больных СД 2-го типа с синдромом диспепсии, которую нельзя объяснить сопутствующей органической патологией желудочно-кишечного тракта, выявлена ассоциация диспепсии с длительностью заболевания (OR 1,2; 95% CI 1,06 - 1,35, $p = 0,003$), а также с некоторыми диабетическими осложнениями: наличием диабетической ретинопатии (OR 4,2; 95% CI 1,43 - 12,10, $p = 0,009$), диабетической нейропатии (OR 3,7; 95% CI 1,39 - 9,71, $p = 0,009$) и ишемической болезни сердца (OR 8,8; 95% CI 2,90 - 26,60, $p = 0,0001$).

Не выявлено ассоциации синдрома диспепсии с величиной индекса массы тела (OR 1,3; 95% CI 0,87 - 1,55, $p = 0,7$), уровнем общего холестерина сыворотки крови (OR 1,1; 95% CI 0,57 - 1,64, $p = 0,3$), а также с показателями углеводного обмена: с уровнем базальной гликемии (OR 1,1; 95% CI

0,80 - 1,50, $p = 0,49$), постпрандиальной гликемии $\wedge 1,5$; 95% CI 0,87 - 1,50, $p = 0,3$), гликированного гемоглобина A1c $\wedge 1,5$; 95% CI 0,96 - 2,40, $p = 0,07$).

Так, симптом переполнения в эпигастрии ассоциировался с наличием диабетических ретинопатии (OR 2,8; 95% CI 1,00 - 7,40, $p = 0,03$), нейропатии $\wedge 3,3$; 95% CI 1,20 - 8,70, $p = 0,015$) и ишемической болезни сердца $\wedge 9,1$; 95% CI 3,10 - 26,70, $p = 0,001$), а также с уровнем гликированного гемоглобина A1c (OR 1,7; 95% CI 1,00 - 2,60, $p = 0,02$) и постпрандиальной гликемии $\wedge 1,3$; 95% CI 1,00 - 1,52, $p = 0,03$).

Симптом дискомфорта ассоциировался с длительностью СД 2-го типа $\wedge 1,1$; 95% CI 1,00 - 1,23, $p = 0,01$), наличием диабетической нейропатии $\wedge 4,7$; 95% CI 1,68 - 13,4, $p = 0,003$), диабетической ретинопатии $\wedge 3,4$; 95% CI 1,25 - 9,00, $p = 0,016$), ишемической болезнью сердца (OR 3,3; 95% CI 1,20 - 8,90, $p = 0,01$), уровнем постпрандиальной гликемии $\wedge 1,4$; 95% CI 1,13 - 1,80, $p = 0,003$), уровнем базальной гликемии (OR 1,5; 95% CI 1,00 - 2,20, $p = 0,024$) и гликированного гемоглобина A1c (OR 2,4; 95% CI 1,38 - 4,10, $p = 0,002$).

Симптом тошноты ассоциировался с наличием диабетической ретинопатии (OR 6,3; 95% CI 1,90 - 20,70, $p = 0,002$).

Не выявлено ассоциации отдельных симптомов диспепсии с индексом массы тела и уровнем общего холестерина сыворотки крови у обследованных больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И. И. Дедов, М. В. Шестакова (ред.) // Сахарный диабет. Приложение к журналу. — 2011. — № 3. — С. 1 - 72.
2. Диагностика и лечение метаболического синдрома. Российские рекомендации (второй пересмотр) // Кардиоваск. тер. и профилактика. — 2009. — Т. 8, № 6, Приложение 2. — С. 1 - 28.
3. Захаренко С.М. Инфекции, микробиота кишечника человека и метаболический синдром / С. М. Захаренко, Ю. А. Фоминых, С. Н. Мехтиев // Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. — 2011. — № 3. — С. 14 - 22.
4. Ткаченко Е. И. Неалкогольная жировая болезнь печени и метаболический синдром: единство патогенетических механизмов и подходов к лечению / Е. И. Ткаченко, Ю. П. Успенский, Л. Н. Белоусова и др. // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2008. — № 2. — С. 92 - 96.
5. Harmon R. C. Evaluation and Management of Dyspepsia /R. C. Harmon, D. A. Peura // Ther. Adv. Gastroenterol. — 2010. — Vol.3. No. 2. — P. 87 - 98.
6. Tack J. Functional gastroduodenal disorders / J. Tack, N. J. Talley, M. Camilleri et al. // Gastroenterology. — 2006. — Vol. 130, No. 5. — P. 1466 - 1479.
7. Talley N. J. Functional gastroduodenal disorders / N. J. Talley, V. Stanghellini, R. C. Heading et al. // Gut. — 1999. — Vol. 45, Suppl. II. — P37 — P42.
8. Gen R. Effect of Helicobacter pylori eradication on insulin resistance, serum lipids and low-grade inflammation / R. Gen, M. Demir, H. Ataseven //
9. Quan C. Gastrointestinal symptoms and glycemic control in diabetes mellitus: a longitudinal population study / C. Quan, N. J. Talley, M. P. Jones et al. // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 2008. — Vol. 20, No. 9. — P. 888 - 897.