

Ураження травного каналу у хворих на цукровий діабет II типу

В.І. Вдовиченко, М.А. Бичков, А.В. Острогляд

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У статті представлені сучасні дані про структурно-функціональні зміни травного каналу у хворих на цукровий діабет II типу. Розглянуті питання про поширеність, характер і механізми гастродуоденальних порушень за цукрового діабету. Наведені власні дані застосування рослинного препарату Гастритол у лікуванні функціональних захворювань травного каналу серед хворих на цукровий діабет.

Ключові слова: ураження травного каналу, цукровий діабет, Гастритол.

Цукровий діабет (ЦД) перебуває в трійці лідерів серед соціально значущих захворювань і залишається однією із найгостріших проблем охорони здоров'я [10]. Епідемічних масштабів досягнула і поширеність ЦД: з 1985 року до сьогодні число хворих збільшилось у 6 разів і склало 177 млн людей. Основну частину хворих на ЦД (80–95%) складають особи з ЦД II типу. Важливим є те, що фактична поширеність ЦД перевищує зареєстровану за звертанням у 2–3 рази. Окрім того, близько 200 млн людей мають порушену толерантність до глюкози, яку розцінюють як передстадію ЦД II типу. Установлено, що щорічно у 5–10% пацієнтів порушена толерантність до глюкози переходить у ЦД. Згідно з опублікованими прогнозами до 2025 року ЦД буде діагностовано у понад 300 млн людей [1]. Поширеність ЦД в більшості країн світу становить 1,5–3%, а в США – 8,5% [7]. Станом на 2013 рік в Україні ЦД діагностовано у 1,3 млн людей, у 2–3 млн припускають наявність захворювання [3]. Таким чином, на сьогодні ЦД II типу є серйозною проблемою для всіх країн світу, як індустріально розвинених, так і тих, що розвиваються.

Медико-соціальна значущість ЦД зумовлена не тільки його поширеністю, а й серйозними ускладненнями, які призводять до зниження якості життя пацієнтів, ранньої інвалідизації і, як наслідок, є причиною смерті великої кількості хворих. Клінічні прояви діабетичної макроангіопатії (інфаркту міокарда, інсульту, гангрені нижніх кінцівок) і мікроангіопатії (ретино- і нефропатії), а також нейропатії добре відомі практикуючим лікарям. Однак при цьому захворюванні діагностують ураження й інших органів і систем. На сторінках сайтів двох відомих закордонних організацій American Diabetes Association та National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases були опубліковані статистичні дані: «На тлі тривалого перебігу цукрового діабету у 10% хворих розвиваються серйозні зорові порушення, у 60% виявляють захворювання коронарних артерій, у 40% пацієнтів діагностується нефропатія, а у 50–60% осіб відзначаються симптоми ураження травного тракту» [5]. Проте ураженням травного тракту на фоні ЦД учені стали приділяти більше уваги тільки останнім часом.

За ЦД порушені всі види обміну речовин, внаслідок чого більшою чи меншою мірою уражаються всі органи і системи організму, в тому числі система органів травлення. Важливу роль у розвитку цих уражень відіграють не лише метаболічні

розлади, але й виникнення діабетичної автономної нейропатії, імунологічних порушень та інших наслідків захворювання [6].

Ураження травного каналу за ЦД проявляються розвитком гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) [2], порушеннями основних функцій шлунка (моторної, секреторної), структурними змінами у слизовій оболонці шлунка і дванадцятипалій кишки у вигляді хронічного гастриту і/або гастродуоденіту, утворенням виразок та ерозій [6], а також синдромом надмірного бактеріального росту в кишечнику [9].

За нашими даними, поширеність таких симптомів ГЕРХ, як печія та дисфагія, встановлених за допомогою анкетування, у хворих на ЦД практично така сама, як і у пацієнтів відповідного віку без ЦД (печія – відповідно у 75,8% і 70,9%, дисфагія – у 16,8% і 17,6%; $p > 0,05$). Проте кисле зригування вдвічі частіше спостерігається у хворих основної групи, ніж у пацієнтів контрольної групи (45,0% та 20,3% відповідно; $p < 0,001$). Позастравохідні прояви ГЕРХ (нічні кардіалгія, кашель, задуха) у 3–7 разів частіше зустрічаються у хворих на ЦД, ніж у хворих без нього [2].

Досить часто за ЦД виявляють ураження шлунка. Зокрема, серед хворих на ЦД I типу хронічний атрофічний гастрит діагностують у 3–5 разів частіше, ніж у загальній популяції. Виразеність порушень моторики шлунка може бути різною: проведені фізіологічні дослідження виявили ці порушення у близько 85% пацієнтів з ЦД, а характерні симптоми діагностовано лише у невеликої частини (10–15%) обстежених [6]. Одним із найбільш тяжких порушень моторики шлунка є діабетичний гастропарез, який клінічно проявляється зниженням апетиту, відчуттям розпирання після їди, швидким насиченням, нудотою, блюванням, здуттям, тяжкістю у шлунку або появою болю в епігастрії. Приблизно 5–12% пацієнтів із ЦД мають клінічні симптоми, характерні для гастропарезу [6, 8]. Діабетичну гастропатію, згідно з даними літературних джерел, мають до 50% хворих на ЦД незалежно від виду [5].

Згідно з даними популяційних досліджень диспепсичні явища виявляють у 70% хворих на ЦД I типу і тільки у 15–20% випадків за ЦД II типу. Однак не слід ототожнювати скарги диспепсичного характеру у хворих на ЦД лише з синдромом функціональної диспепсії. На думку одних авторів, симптом гастродуоденальної диспепсії за ЦД виникає вторинно – як ускладнення основного захворювання. Проте на сьогодні не виключають також варіант випадкового поєднання ЦД з первинним синдромом функціональної диспепсії, який досить поширений серед населення економічно розвинутих країн світу [6].

Поширеність уражень кишечнику у хворих на ЦД II типу становить близько 70%. Пошкодження кишечнику серед пацієнтів з ЦД II типу може виявлятися у різних варіантах: функціональної диспепсії за типом синдрому подразненої кишки (СПК) з наявністю помірних гістологічних змін; функціональної диспепсії за типом СПК без гістологічних змін; хронічного коліту; нейропатії кишечнику. Однак існує

Таблиця 1

Ефективність застосування Гастритолу у лікуванні функціональної диспепсії у хворих на ЦД II типу

Симптоми	До лікування		Після лікування		p
	n	%	n	%	
Біль в епігастрії	24	100,0	3	12,5	<0,001
Відрижка	15	62,5	1	4,2	<0,001
Важкість в епігастрії	5	20,8	-	-	<0,05
Сухість у роті	5	20,8	-	-	<0,05
Нудота	3	12,5	-	-	>0,05

Таблиця 2

Ефективність застосування Гастритолу у лікуванні СПК у хворих на ЦД II типу

Симптоми	До лікування		Після лікування	
	n	%	n	%
Біль поза епігастрієм	15	50,0	-	-
Метеоризм	17	56,7	1	3,3
Гуркотіння у животі	9	30,0	-	-
Діарея	18	60,0	-	-
Закреп	10	33,3	2	6,7
Чергування проносів і закрепів	2	6,7	-	-

категорія хворих, у яких функціональна й запальна патологія кишечника не є наслідком ЦД II типу, але може впливати на нього [4].

У лікуванні діабетичної гастропатії виділяють два напрями: корекцію рівня глікемії й нормалізацію моторики шлунка. Заходи з досягнення нормоглікемії широко представлено в ендокринологічній літературі, тому надалі розглянемо тільки методи корекції порушень моторики шлунка. При лікуванні діабетичної гастропатії можуть бути використані кілька методів корекції – терапевтичні (фармакологічні й нефармакологічні) і хірургічні [5].

Одним із препаратів, застосування якого є доцільним, є Гастритол у вигляді крапель для перорального уведення (компанія Dr. Gustav Klein, Німеччина). Гастритол містить низку активних речовин, які спричинюють місцевий ефект у травному тракті і мають центральну дію на секреторну і моторну функції шлунка. До складу Гастритолу входять рідкі екстракти з трави перстачу гусячого, квітів ромашки лікарської, коренів солодки та дягелю, трави кардобендикту та полину гіркого, звіробою пробитого. Фармакологічна дія Гастритолу наступна:

1. Спазмолітична: перстач гусячий, дягель.
2. Знеболювальна: дягель, ромашка.
3. Протизапальна: солодка, ромашка.
4. Вітрогінна: кардобендикт, полин, дягель.
5. Жовчогінна: дягель, полин.
6. Парасимпатолітична: звіробій.
7. Цитопротекторна: солодка.

Мета дослідження: оцінювання ефективності і переносимості препарату Гастритол у лікуванні функціональної диспепсії та СПК у хворих на ЦД II типу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження були включені 54 пацієнта з ЦД II типу, у яких було діагностовано функціональну диспепсію або СПК і які перебували на обстеженні й лікуванні на кафедрі терапії № 1 та медичної діагностики ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького у 2013–2014 роках. До початку і в ході дослідження усім включеним пацієнтам проводили обстеження із використанням клінічних, лабораторних та інструментальних методів:

реєстрацію суб'єктивних скарг пацієнта проводили до та після лікування, об'єктивне обстеження – ендоскопія (тільки до початку лікування), УЗД органів черевної порожнини на початку дослідження (за необхідності).

Лікування: Гастритол по 20 крапель тричі на день протягом 14 днів (в перші 5 днів – лікування симптоматичне).

Статистичне оброблення отриманих результатів досліджень проведено на комп'ютері за допомогою програмного забезпечення SPSS Statistics 17.0. Вірогідними вважали відмінності при рівні значущості $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед 54 включених у дослідження пацієнтів з ЦД II типу віком від 24 до 61 років, жінок було 34, чоловіків – 20. У 24 хворих було діагностовано функціональну диспепсію, у 30 осіб – СПК. Пацієнти скаржилися на сухість у роті, біль в епігастральній ділянці або за грудниною, відрижку кислим, кислий присмак у роті, нудоту, проноси/закрепи. Переважна більшість хворих відзначала слабкі і помірні симптоми.

При об'єктивному обстеженні шкіра і видимі слизові оболонки були звичайного кольору, без висипань як до, так і після проведеного лікування. Результати аускультатії і перкусії серця і легень, артеріальний тиск і частота серцевих скорочень до лікування були у межах норми. У процесі і після проведеного курсу лікування відхилень від норми зазначених параметрів не відзначали.

Під час пальпації живота у всіх хворих спостерігалась помірна болючість в епігастральній ділянці, розміри печінки були в нормі, патологічні симптоми (Мерфі, Кера, Ортнера, симптоми подразнення очеревини та ін.) відсутні. Порушення апетиту у хворих не відзначено.

Серед пацієнтів зі встановленою функціональною диспепсією на сухість у роті скаржились 5 (20,8%) обстежених. Слабкий і помірний біль у животі відзначали 24 (100,0%) хворих, відрижка кислим спостерігалась у 15 (62,5%) хворих, слабка і помірна нудота – у 3 (12,5%) хворих.

На фоні лікування препаратом більшість хворих відзначили суттєве зменшення або зникнення суб'єктивних ознак захворювання (табл. 1).

Після проведеного лікування із застосуванням Гастритолу хворі відзначили зникнення важкості в епігастрії, сухості у роті та нудоти. Біль в епігастрії перестав турбувати 87,5% пацієнтів. Відрижка після лікування не зникла тільки в одного хворого.

Результати лікування хворих на ЦД II типу із СПК представлено у табл. 2.

Після проведеного лікування із застосуванням Гастритолу хворі відзначили зникнення болю та буркотіння у животі, діареї. Лише один пацієнт після лікування скаржився на метеоризм та двоє – на закрепи.

Таким чином, за результатами дослідження у пацієнтів з ЦД II типу рослинний препарат Гастритол (по 20 крапель тричі на день протягом 14 днів) виявив високу ефективність у лікуванні пацієнтів з функціональними ураженнями трав-

ного каналу. Переносимість препарату згідно з критеріями визнана доброю у всіх хворих, включених у дослідження.

ВИСНОВКИ

1. З метою своєчасної діагностики і призначення додаткового лікування уражень травного каналу серед хворих на цукровий діабет (ЦД) II типу рекомендовано регулярне ендоскопічне обстеження таких пацієнтів.

2. Рослинний препарат Гастритол – ефективний засіб для лікування функціональних порушень травного каналу у хворих на ЦД II типу із функціональною диспепсією та синдромом подразненого кишечника.

3. Гастритол добре переноситься хворими і не спричинює небажаних побічних ефектів.

Поражения пищеварительного канала у больных сахарным диабетом II типа В.И. Вдовиченко, Н.А. Бычков, А.В. Острогляд

В статье представлены современные данные о структурно-функциональных изменениях пищеварительного тракта у больных сахарным диабетом II типа. Рассмотрены вопросы о распространенности, характере и механизмах гастродуоденальных нарушений при сахарном диабете. Приведены собственные данные применения растительного препарата Гастритол в лечении функциональных заболеваний пищеварительного тракта среди больных сахарным диабетом.

Ключевые слова: поражение пищеварительного канала, сахарный диабет, Гастритол.

Damages of digestive canal in patients with diabetes type II V.I. Vdovychenko, M.A. Bychkov, A.V. Ostrogljad

The article presents current data on structural and functional changes in the digestive tract of patients with diabetes mellitus type II. It was considered the questions on the prevalence, nature and mechanisms of gastroduodenal disorders under diabetes. It was shown own data of using herbal preparation Gastrytol in the treatment of functional disorders of the digestive tract among patients with diabetes.

Key words: affection digestive tract, diabetes, Gastrytol.

Сведения об авторах

Вдовиченко Валерий Иванович – Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69. E-mail: dep_ther@mail.ru

Бычков Николай Анатольевич – Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

Острогляд Анастасия Валерьевна – Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, 01601, г. Киев, бульвар Т.Г. Шевченко, 13

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бутрова С.А. От эпидемии ожирения к эпидемии сахарного диабета / С.А. Бутрова // Международный эндокринологический журнал. – 2013. – № 2 (50). – С. 19–24.
2. Вдовиченко В.І. Епідеміологія гастроэзофагеальной рефлюксной хвороби у хворих на цукровий діабет II типу / В.І. Вдовиченко, Мкдмі Джігед, А.В. Острогляд // Acta Medica Leopoliensia. – 2010. – № 3. – С. 55–57.

3. Власенко М.В. Цукровий діабет: діагностика і моніторинг / М.В. Власенко // Ліки України. – 2013. – № 9–10 (175–176). – С. 17–18.
4. Дорофеев А.Е. Поширеність різних варіантів ураження кишечника у хворих на цукровий діабет II типу / А.Е. Дорофеев, О.Є. Супрун, Т.О. Пархоменко [та ін.] // Медицина транспорту України. – 2012. – № 2. – С. 26–28.
5. Фадеенко Г.Д. Діабетична гастропатія: сучасний стан проблеми /

Г.Д. Фадеенко, Т.Л. Можина // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 2 (28). – С. 89–97.
6. Фадеенко Г.Д. Ураження гастродуоденальної ділянки у хворих на цукровий діабет: клініко-популяційні аспекти / Г.Д. Фадеенко, В.А. Чернишов // Ліки України. – 2011. – № 7 (153). – С. 48–50.
7. Bridget K.M. Diabetes treatment doubles / K.M. Bridget // JAMA. – 2011. – Vol. 305. – P. 770.

8. Camilleri M. Диабетический гастропарез / M. Camilleri // Therapia. – 2007. – Vol. 5. – С. 45–51.
9. Dukowicz A. Small intestinal bacterial overgrowth: a comprehensive review / A. Dukowicz, B. Lacy, G. Levine // Gastroenterol. Hepatol. – 2007. – Vol. 3 (2). – P. 112–121.
10. Law D.W. The worldwide diabetes epidemic / D.W. Law, D. LeRoith // Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes. – 2012. – Vol. 19, № 2. – P. 93–96.

Статья поступила в редакцию 01.12.2014