

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПОЄДНАНА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ, У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Буковинський державний медичний університет

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПОЄДНАНА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ, У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ – В роботі проведено аналіз клінічної картини виразкової хвороби шлунка (ВХ), поєднаної з цукровим діабетом (ЦД), та виділено 3 основні варіанти перебігу. Також з допомогою кольорової доплерографії судин верхньої кінцівки та проведення проби з нітроглицерином та проби на реактивну гіперемію було встановлено, що у хворих на ВХ шлунка та дванадцятипалої кишки, поєднаної з цукровим діабетом, перебіг захворювання є обтяженим та супроводжується вираженою судинно-ендотеліальною дисфункцією.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, СОЕДИНЕННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА – В работе проведен анализ клинической картины язвенной болезни (ЯБ) с сопутствующим сахарным диабетом (СД), и выделено 3 основных варианта протекания. Также с помощью цветной доплерографии сосудов верхней конечности и проведения пробы с нитроглицерином и пробы на реактивную гиперемию было установлено, что у больных на ЯБ желудка и ДПК с СД, протекание заболевания обтяжено и сопровождается выраженной сосудисто-эндотелиальной дисфункцией.

GASTRIC AND DUODENUM ULCER, COMBINED WITH DIABETES MELLITUS, IN PRACTICE OF FAMILY DOCTOR – Analysis of clinical picture of ulcerous disease with contaminant diabetes mellitus has been carried out. Three major variants of its course have been described. By means of colour Dopplerography of vessels of upper extremity, nitroglycerine test and test for reactive hyperemia it has been established that the course of disease of patients with gastris and duodenum ulcer with diabetes mellitus is complicated and it is accompanied by expressed vascular-endothelial dysfunction.

Ключові слова: виразкова хвороба, цукровий діабет, ендотелій.

Ключевые слова: язвенная болезнь, сахарный диабет, эндотелий.

Key words: ulcerous disease, diabetes mellitus, endothelium.

Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень: Виразкова хвороба (ВХ) – поширене захворювання, на яке у різних країнах протягом життя страждають від 10 до 20 % дорослого населення. В Україні щорічно реєструється близько 9000 хворих, що становить 178-190 хворих на 100 тис. населення. Не зважаючи на більш ніж 150-річну історію дослідження ВХ, багато аспектів цієї патології залишаються не до кінця вивченими [1,5]. Нерідко зустрічається комбінація виразкової хвороби з цукровим діабетом, проте в літературі немає вичерпної інформації, що стосується даної проблеми. Цукровий діабет є дуже важливою проблемою в Україні на сьогодні, адже захворюваність на нього за останні 2 роки зросла на 10 %. Це найбільш поширена ендокринна патологія, в якій цукровий діабет II типу складає 90-95 % від загальної захворюваності. Соціальна значущість зростання захворюваності на цукровий діабет полягає у тому, що він призводить до ранньої інвалідизації та смертності [2,6]. Тому вивчення поєднання виразкової хвороби дванадцятипалої кишки та цукрового діабету є важливою медичною та соціальною проблемою. За більш ніж 60 років вивчення поєднаної патології думка вчених щодо частоти такого поєднання у хворих змінилась від 0,7-2,1% на ранньому етапі вивчення до 11,8 % з впровадженням ендоскопії [2].

Патогенез, особливості клініки та діагностики, а також причини тривалого періоду загоєння виразок шлунка та дванадцятипалої кишки є недостатньо вивченими. Не існує також налагодженої тактики терапевтичного лікування. Вирішення цих проблем має важливе значення як для лікарів загальної практики, так і для гастроентерологів та ендокринологів.

Враховуючи вищезазначене, ми поставили перед собою наступне завдання: вивчити деякі клініко-патогенетичні особливості ВХ шлунка та ДПК, поєднаної з ЦД.

Матеріал дослідження: нами було обстежено 10 хворих на ВХ, поєднану з ЦД (група 1), у т.ч. 2 хворих на ЦД I типу

та 8 хворих на ЦД II типу, а також 10 хворих на ВХ без супровідної патології (група 2) та 10 практично здорових осіб (група 3).

Аналіз клінічної картини ВХ за наявності супровідного ЦД дозволив виділити 3 варіанти перебігу захворювання.

Для першого варіанту (30 % обстежених, у т.ч. 2 з ЦД I типу) характерний розвиток обох захворювань у молодому віці. Клінічні симптоми ВХ залишаються типовими, відрізняючись лише меншою інтенсивністю. Зберігається сезонність рецидивів ВХ, частота яких не перевищує 2-х впродовж року, але при цьому істотно збільшується їх тривалість. Водночас ВХ нерідко обтяжує перебіг ЦД (особливо I типу), що проявляється його декомпенсацією за кожного рецидиву захворювання, збільшенням тривалості загострення, зростанням добової потреби в інсуліні. У свою чергу, рубцювання виразки, як правило, не настає доти, поки не досягнута компенсація СД. Таким чином, поєднання цих двох захворювань призводить до розвитку своєрідного «синдрому взаємного обтяження».

Другий варіант (30 % хворих) характеризується розвитком, насамперед, ВХ з наступним приєднанням ЦД 2 типу. При цьому ВХ починається в молодому віці (до 30 років), а ЦД приєднується після 40 років. Після розвитку ЦД середньої тяжкості, ускладненого судинними проявами, ВХ перебігала тяжче й атипово, здобуваючи риси, властиві симптоматичним виразкам. Зменшення інтенсивності болю, нечіткість його добового ритму і невизначеність локалізації, зникнення періодичності і сезонності рецидивів утрудняли своєчасну діагностику ВХ, а в ряді випадків створювали помилкове враження про покращення перебігу хвороби. Відзначалася велика частота ускладнень, зокрема, виразкові кровотечі спостерігалися в 67 % хворих.

При третьому варіанті (40 % обстежених) пептичний виразки шлунка та ДПК були уперше виявлені на тлі вже існуючого ЦД 2 типу, переважно у віці після 40-50 років. У хворих з цим варіантом перебігу симптоматика виразок є менш вираженою й атиповою: був відсутній «голодний» і «нічний» біль, періодичність і сезонність рецидивів. У 25 % випадків спостерігалася «німа» форма ВХ. Усі обстежені відмічали взаємозв'язок між загостреннями ЦД та ВХ.

Таким чином, клінічна картина у хворих на ВХ, поєднану з ЦД не є однорідною і залежить від того, яке із захворювань було первинним, проте у будь-якому випадку ці захворювання обтяжують взаємний перебіг. Також відмічено безпосередній зв'язок між загостреннями ВХ та ЦД, і частіше поєднання ВХ з ЦД II типу (80 %).

Зважаючи на отримані нами результати, сімейним лікарем варто пам'ятати, що часто хворює на цукровий діабет людина може не знати, що у неї є виразка шлунка чи ДПК, а це, в свою чергу, може призвести і часто призводить до виникнення шлунково-кишкових кровотеч (ШКК). Адже щороку в Україні проходить стаціонарне лікування більш ніж 3000 хворих з приводу ШКК на фоні цукрового діабету і лише від поінформованості та уважності лікаря залежить попередження подібних ускладнень.

Поряд із вивченням клінічних особливостей перебігу ВХ, поєднаної з ЦД, досліджувалась судинно-ендотеліальна дисфункція за допомогою визначення чутливості плечової артерії до напруження зсуву на ендотелії шляхом застосування кольорової доплерографії судин верхньої кінцівки [3]. Для оцінки ендотеліальної вазодилатації розраховували зміну напруження зсуву та діаметра плечової артерії при реактивній гіперемії та чутливість артерії до

напруження зсуву. Ендотелійнезалежну вазодилатацію для контролю перевіряли за допомогою приймання обстежуваним таблетки нітрогліцерину та виміру тих самих показників.

Як свідчать результати наших досліджень, у хворих на виразкову хворобу, поєднану з цукровим діабетом, вихідне напруження зсуву (39 ± 2 дин/см²) та напруження зсуву на реактивну гіперемію (53 ± 5 дин/см²) є істотно меншим ($p < 0,05$), ніж у хворих на виразкову хворобу без супутньої патології (40 ± 2 дин/см² та 70 ± 6 дин/см² відповідно) та у здорових осіб (41 ± 2 дин/см² та 89 ± 7 дин/см² відповідно). Ці зміни підтверджують і показники коефіцієнта К (група 1 - $0,079 \pm 0,012$; група 2 - $0,05 \pm 0,012$; група 3 - $0,006 \pm 0,014$), який вказує на чутливість плечової артерії до напруження зсуву. Не зважаючи на те, що ендотелійнезалежна дилатація (реакція судини на приймання нітрогліцерину) не страждала у жодній з груп, нами за допомогою ультразвуку високої роздільної здатності були виявлені порушення ендотелійзалежної вазодилатації плечової артерії та зниження чутливості плечової артерії до напруження зсуву у хворих на виразкову хворобу і ще більш виражені порушення у хворих на виразкову хворобу, поєднану з цукровим діабетом.

Отже, у хворих на виразкову хворобу ДПК, поєднану з цукровим діабетом, перебіг захворювання є обтяженим та супроводжується вираженою судинно-ендотеліальною дисфункцією, що зумовлює необхідність розробки нових підходів до лікування зазначеної поєднаної патології. Особливо увага в розробці удосконалених схем лікування цієї складної патології повинна приділятися судинному компоненту.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Гоженко А.І., Авраменко А.О.* Виразкова хвороба: етіологія і патогенез // Досягнення біології та медицини. – 2004. – №1. – С. 108-111.
2. *Зиннатулин М.Р., Циммерман Я.С., Трусов В.В.* Сахарный диабет и язвенная болезнь // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2003. – №5. – С. 17-24.
3. *Опарин А.Г., Опарин А.А.* Эндотелиальная дисфункция в патогенезе язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клин. мед. – 2002. – Т. 80, №1. – С.53-54.
4. *Трусов В.А.* Сахарный диабет и язвенная болезнь // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2003. – №5. – С. 17-24.
5. *Федорченко Ю.Л.* Хронические гастродуоденальные язвы у больных сахарным диабетом // Пробл. эндокринолог. – 2003. – Т.49, №1. – С.7-12.