

Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Супрун О.Е.,

заведующий ревматологическим отделением
Дорожной клинической больницы ст. Донецк

Мухина Е.В.,

доцент кафедры офтальмологии

Пылаева Е. А.,

ассистент кафедры внутренних болезней №2

«Современные подходы к диагностике и лечению поражений глаз при
сахарном диабете»

Донецк, 26 января 2023 г

Введение

Несмотря на значительные успехи в исследовании патогенеза и методов лечения, сахарный диабет 2 типа (СД 2т) остается острой проблемой современной медицины.

В мировом масштабе отмечается увеличение численности больных СД 2т, ежегодный прирост больных страдающих СД 2т составляет 5-5,5 миллионов человек, ожидается, что к 2025 году их количество возрастет до 300 миллионов человек.

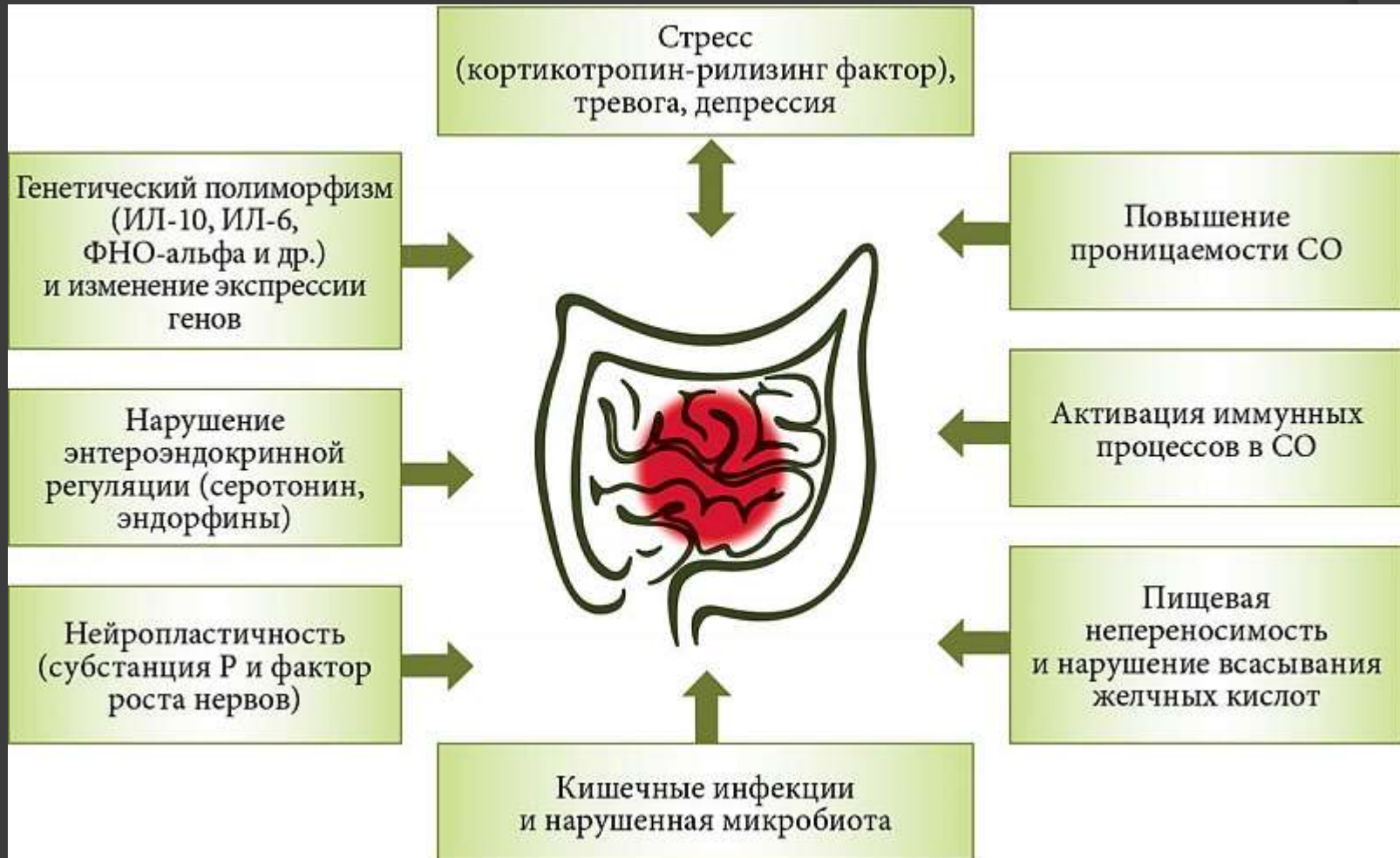
Основными причинами смертности и инвалидизации данных пациентов являются осложнения СД 2т: диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия, дистальная нейропатия нижних конечностей. Риск развития кардиоваскулярных осложнений в 6 раз выше у больных СД 2т по сравнению с лицами не имеющими глюкозорезистентности

Появление нового класса противодиабетических препаратов - ингибиторов дипептидилпептидазы-4, эффект которых основан на замедлении расщепления инкретинов, которые принимают участие в физиологической выработке инсулина, привлек внимание к синдрому раздраженного кишечника (СРК) у больных СД 2т, так как секреция инкретинов происходит в клетках кишечника в ответ на прием пищи.

Эпидемиология СРК

- СРК наблюдается у 10–15% населения, однако лишь 25–30% из этих больных обращаются за медицинской помощью.
- У женщин СРК развивается чаще, чем у мужчин.
- Диагноз у большинства больных устанавливают в возрасте от 30 до 50 лет.
- Несмотря на то что СРК не оказывает влияния на смертность, заболевание может существенно ухудшать качество жизни пациентов и приводит к значительным прямым и косвенным затратам на его диагностику и лечение.

Патогенез СРК



Патогенез развития СД 2т, как и СРК достаточно сложен.

СРК ранее рассматривался как психосоматическое расстройство, однако последние исследования показывают, что воспаление при данной патологии может играть определенную роль.

При СД 2т наблюдается усиленная продукция ряда провоспалительных цитокинов. Одним из ключевых цитокинов является интерлейкин-8 (ИЛ-8). В то же время работ по определению вышеуказанного интерлейкина у больных СД 2т сочетающимся с СРК нами в доступной литературе не обнаружено.

Патогенез желудочно-кишечных нарушений при сахарном диабете 2 типа

- Причины возникновения желудочно-кишечных симптомов у больных СД 2т остаются дискуссионными. Обсуждаются влияние автономной нейропатии, факта уровня компенсации углеводного обмена, применение сахароснижающих препаратов, длительности СД 2т, сопутствующих психологических нарушений и др.
- Наибольшее значение в генезе гастроэнтерологических симптомов придается сопутствующей диабетической нейропатии, при которой может нарушаться пищеводный, желудочный и кишечный транзит.
- В условиях замедленной перистальтики в тонкой кишке создаются благоприятные условия для избыточного размножения кишечной микрофлоры и развития синдрома избыточного бактериального роста. Через повреждение щеточной каймы энтероцитов, развитие вторичной дисахаридазной и дипептидазной недостаточности, через нарушение деконъюгации желчных кислот избыточный бактериальный рост может явиться причиной осмотической диареи и стеатореи у больных СД 2т.

Клинические проявления СРК

Жалобы, предъявляемые больными СРК, условно можно разделить на три группы:

- кишечные;
- относящиеся к другим отделам желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (например, тошнота, изжога);
- негастроэнтерологические (диспареуния, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, фибромиалгия, мигрень).

Кишечные симптомы при СРК имеют ряд особенностей.

- ⦿ Боль в животе не имеет четкой локализации, но чаще возникает в левых отделах.
- ⦿ Обычно боль усиливается после приёма пищи.
- ⦿ Важной отличительной особенностью абдоминальной боли при СРК считается ее отсутствие в ночные часы.
- ⦿ У женщин боль усиливается во время менструаций.
- ⦿ Ощущение вздутия живота менее выражено в утренние часы, нарастает в течение дня, усиливается после еды.
- ⦿ Существует 3 варианта нарушения стула при СРК (диарея, запоры, чередование диареи и запоров)

Особенности клинических проявлений

- Показано, что больные с симптомами поражения желудочно-кишечного тракта имели выше уровень HbA1c (8,06% и 7,39%), более высокую частоту диабетических осложнений (66% и 46%) и большую длительность гастроэнтерологических симптомов (10,4 года и 6,5 лет), чем пациенты без нарушений углеводного обмена. Самая высокая ассоциация ЖКТ симптомов выявлена при уровне HbA1c выше 8% (ОШ 3,38%, 95% ДИ 1,06-10,71) по сравнению с больными с уровнем HbA1c ниже 6%.
- В работе J. Y. Kim с соавторами при множественном логистическом регрессионном анализе наличие гастроэнтерологических симптомов ассоциировалось только с уровнем HbA1c (ОШ 2,01, 95% ДИ 1,02-3,95, $p=0,003$) и наличием диабетических осложнений (нейропатии, нефропатии и ретинопатии) (ОШ 2,35, 95% ДИ 1,27-4,33, $p=0,005$).

Диагностика СРК

Согласно Римским критериям IV, СРК определяется как функциональное заболевание кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью животе, возникающей, по меньшей мере, 1 раз в неделю и характеризующейся следующими признаками (двумя или более):

1. связана с дефекацией;
2. связана с изменением частоты стула;
3. связана с изменением формы стула.

Эти симптомы должны отмечаться у больного последние 3 месяца при общей продолжительности не менее 6 месяцев.

Как и в случае других функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта, диагноз СРК может быть установлен на основании соответствия симптомов пациента Римским критериям четвертого пересмотра при отсутствии органических причин для их возникновения.

Стандартные критерии диагностики СД:

1. Глюкоза крови натощак (более 8 часов без еды) ≥ 7 ммоль/л.
2. Глюкоза крови через 2 часа после нагрузочного теста (прием 75 г безводной глюкозы, растворенной в воде) $\geq 11,1$ ммоль/л – золотой стандарт.
3. HbA1c $\geq 6,5$ %
4. У больного с классическими симптомами гипергликемии глюкоза в случайном анализе крови $\geq 11,1$ ммоль/л.

Цель исследования

- Изучить демографические и клинико-лабораторные особенности больных СРК в сочетании с СД 2 типа

Материал и методы исследования

- ◎ Основная группа
 - 107 больных с СРК и СД 2 типа
 - 42 мужчины и 65 женщин
 - средний возраст $48,9 \pm 9,4$ лет
- ◎ Контрольные группы:
 - 52 больных с СРК без диабета
 - 50 практически здоровых лиц

Материал и методы исследования

- ⦿ Диагноз СД 2 типа и наличие микро- и макрососудистых осложнений диабета устанавливали на основании рекомендаций Российской Ассоциации Эндокринологов
- ⦿ Выделяли следующие варианты СРК:
 - с диареей
 - с запорами
 - недифференцированный
 - смешанный
- ⦿ Степень выраженности клинических проявлений СРК устанавливали по опроснику GRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale).

Материал и методы исследования

- ◎ Всем лицам выполняли:
 - стандартные общеклинические исследования
 - оценивали уровни индекса массы тела
 - гликированного гемоглобина
 - содержание в сыворотке крови фруктозамина
 - С-пептида
 - инсулина
 - глюкагоно-подобного пептида-1
 - оценивали индексы HOMA-IR и HOMA-B

Результаты

- ◎ В группе больных с СРК с СД 2 типа достоверно выше, чем у лиц с СРК без диабета, а также чем у здоровых, оказались:
 - средние величины индекса массы тела
 - гликированного гемоглобина
 - фруктозамина
 - инсулина
 - С-пептида
 - индекса HOMA-IR

Результаты

- В группе больных с СРК с СД 2 типа значительно ниже, чем у лиц с СРК без диабета, а также чем у здоровых, оказались:
 - уровни глюкагоно-подобного пептида-1
 - индекса НОМА-В

Результаты

- Выявлена более значительная выраженность клинических проявлений СРК у больных с СД 2 типа в сравнении с лицами без диабета: у них статистически значимо выше, чем у имевших СРК без диабета, оказались:
 - величины суммарного балла по шкале GSRS
 - выраженность таких ведущих проявлений СРК, как абдоминальная боль, диарея, запор и диспепсия.

Результаты

- Частота выявляемости макро- и микрососудистых нарушений в группе больных с СД 2 типа была значительно выше, чем в контрольных (67,6% против 11,2% в группе с СРК без диабета и 9,6% у практически здоровых лиц)
- Ретинопатия разной степени выраженности по данным офтальмоскопии выявлялась в 8 раз чаще у лиц с СРК и СД 2 типа в сравнении с контрольными группами

Выводы

- Полученные данные о более значительной выраженности клинических проявлений СРК у лиц с СД 2 типа в сравнении с больными СРК без диабета отражают возможные неблагоприятные эффекты ассоциированных с диабетом метаболических нарушений на проявление функциональных нарушений кишечника.
- Выявленные связи отдельных проявлений СРК с демографическими и клинико-лабораторными особенностями больных могут быть использованы для прогнозирования течения СРК у лиц с СД 2 типа.

Спасибо за внимание!