

Медведева Олеся Викторовна

**ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ДИСПЕПСИИ У БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

14.01.04 – внутренние болезни

14.01.02 – эндокринология

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Новосибирск – 2012

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор
Осипенко Марина Федоровна
доктор медицинских наук, доцент
Жук Елена Альбертовна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор
Потеряева Елена Леонидовна
Новосибирский государственный медицинский университет, заведующий кафедрой неотложной терапии с эндокринологией и профпатологией ФПК и ППВ)
доктор медицинских наук
Рымар Оксана Дмитриевна
Научно-исследовательский институт терапии
Сибирского отделения РАМН, г. Новосибирск,
ведущий научный сотрудник лаборатории клинικο-
популяционных и профилактических исследований
терапевтических и эндокринных заболеваний

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Защита диссертации состоится «___»_____ 2012 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета Д 208.062.02 при Новосибирском государственном медицинском университете (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52; тел.: (383) 229-10-83)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Новосибирского государственного медицинского университета (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52)

Автореферат разослан «___»_____ 2012 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

В. П. Дробышева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Сахарный диабет (СД) – это группа метаболических болезней, которые отличаются высокими темпами роста заболеваемости [Дедов И. И. и соавт., 2011] и системными осложнениями с вовлечением разных органов и систем, в том числе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [Дедов И. И. и соавт., 2011; Лейтес Ю. Г. и соавт., 2007]. Симптомы диспепсии относятся к наиболее частым гастроэнтерологическим жалобам и встречаются в 25 % в популяции [Harmon R. C. et al., 2010; Tack J. et al., 2006]. 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 [Talley N. J. et al., 1999]. В ряде исследований показано, что симптомы диспепсии наблюдаются у больных сахарным диабетом 2 типа чаще, чем у пациентов без нарушений углеводного обмена [Abid S. et al., 2007]. Противоречивы результаты исследований синдрома диспепсии у больных в зависимости от компенсации углеводного обмена [Abid S. et al., 2007; Oh J. H. et al., 2009], а также инфицированности *Helicobacter pylori* (Hp) [Devrajani B. R. et al., 2010; Gulcelik N. E. et al., 2005]. Качество жизни больных сахарным диабетом 2 типа снижено [Al-Maskari M. Y. et al., 2011; Snel M. et al., 2012; Sriram S. et al., 2011], но не ясны определяющие факторы этого снижения и степень выраженности нарушений. Причины синдрома диспепсии у больных сахарным диабетом в ряде случаев можно объяснить автономной нейропатией и гастропарезом [Shakil A. et al., 2008; Vinik A. I. et al., 2003]. Несмотря на проводимые исследования, нет однозначного толкования происхождения диспепсии у больных сахарным диабетом 2 типа. Это явилось основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования. Изучить особенности течения синдрома диспепсии у больных с разными клиническими проявлениями сахарного диабета 2 типа для уточнения генеза его возникновения и выявления факторов, ассоциированных с его возникновением.

Задачи исследования

1. Изучить частоту синдрома диспепсии и его клинические проявления у больных сахарным диабетом 2 типа.
2. Определить особенности клинических проявлений синдрома диспепсии, которые нельзя объяснить органическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, у больных сахарным диабетом 2 типа.
3. Выявить ассоциацию особенностей сахарного диабета 2 типа: длительности заболевания, наличия диабетических осложнений, компенсации углеводного обмена с проявлениями синдрома диспепсии.
4. Изучить у больных сахарным диабетом 2 типа ассоциацию синдрома диспепсии и его отдельных симптомов с возрастом, полом, индексом массы тела, инфицированностью *Helicobacter pylori*, уровнем общей тревожности и вегетативной дисфункции.
5. Исследовать влияние синдрома диспепсии на качество жизни больных сахарным диабетом 2 типа.

Научная новизна. Показано, что частота синдрома диспепсии у больных сахарным диабетом 2 типа составляет 71,0 %. Из них только в 42,1 % случаев диспепсические жалобы можно объяснить заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Впервые установлено, что диспепсия у больных сахарным диабетом 2 типа, которую нельзя объяснить заболеваниями желудочно-кишечного тракта, характеризуется дискинетическим вариантом с преобладанием чувства переполнения (70,0 %) и дискомфорта в эпигастрии (61,0 %) и ассоциируется с длительностью основного заболевания, компенсацией углеводного обмена, наличием осложнений, а именно диабетической ретинопатии, диабетической нейропатии, ишемической болезни сердца, что позволяет рассматривать синдром диспепсии как одно из проявлений сахарного диабета 2 типа. Впервые выявлено, что частота синдрома диспепсии, который нельзя объяснить наличием органических заболеваний желудочно-кишечного тракта, у больных сахарным диабетом 2 типа, инфицированных *Helicobacter pylori*, выше, чем у не инфицированных (соответственно 58,0 % и 27,0 %, $p = 0,007$).

Обнаружено, что у больных сахарным диабетом 2 типа имеется вегетативная дисфункция, наиболее выраженная при наличии синдрома диспепсии вне зависимости от его генеза. Уровень вегетативной дисфункции у больных сахарным диабетом 2 типа ниже, чем у пациентов с функциональной диспепсией.

Средний уровень общей тревожности у больных сахарным диабетом 2 типа не отличается от показателя у пациентов с функциональной диспепсией и не зависит от наличия синдрома диспепсии. В группе больных сахарным диабетом 2 типа с диспепсией как не обусловленной, так и обусловленной сопутствующей органической патологией желудочно-кишечного тракта преобладают больные с умеренной общей тревожностью (31 – 45 баллов) – соответственно 83,0 % и 71,0 % ($p = 0,047$). В то время как в группе с функциональной диспепсией чаще встречаются пациенты с высокой общей тревожностью (46 и более баллов): 26,0 % при функциональной диспепсии и 9,0 % при сахарном диабете 2 типа ($p = 0,001$).

Качество жизни больных сахарным диабетом 2 типа снижено сильнее, чем при функциональной диспепсии, в большей степени у женщин, в старших возрастных группах, при большей длительности основного заболевания, наличии диабетических осложнений, более высоком уровне общей тревожности и вегетативной дисфункции.

Практическая значимость работы. Учитывая ассоциацию с показателями углеводного обмена, синдром диспепсии у больных сахарным диабетом 2 типа, не обусловленный органическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, следует рассматривать как один из дополнительных маркеров тяжести и длительности сахарного диабета 2 типа. Риск возникновения диспепсии повышается по мере увеличения длительности декомпенсированного углеводного обмена, формирования диабетических осложнений (диабетических ретинопатии, нейропатии, ишемической болезни сердца) и при наличии инфекции *Helicobacter pylori*.

Наличие диспепсии у больных сахарным диабетом 2 типа в большей сте-

пени снижает качество жизни, что необходимо учитывать при создании профилактических и лечебных программ. Так, среди больных сахарным диабетом 2 типа с хронической декомпенсацией углеводного обмена целесообразно выделять группу риска по формированию синдрома диспепсии, в которой активно проводить профилактические и лечебные мероприятия для улучшения качества жизни больных: достижение компенсации углеводного обмена, повторный скрининг на симптомы диспепсии, диагностику и лечение инфекции *Helicobacter pylori*.

Положения, выносимые на защиту

1. Синдром диспепсии выявляется у 71,0 % больных сахарным диабетом 2 типа, из них в 57,7 % случаев органическая патология желудочно-кишечного тракта, которой можно его объяснить, отсутствует.

2. Синдром диспепсии у больных сахарным диабетом 2 типа, который нельзя объяснить самостоятельной органической патологией желудочно-кишечного тракта, проявляется дискинетическим вариантом, независимо от инфицированности *Helicobacter pylori*; среди клинических проявлений преобладают симптомы переполнения (70,0 %) и дискомфорта (61,0 %) в эпигастрии.

3. Синдром диспепсии и его отдельные клинические проявления у больных сахарным диабетом 2 типа, которые нельзя объяснить самостоятельной органической патологией желудочно-кишечного тракта, ассоциируются с показателями углеводного обмена (уровнем гликированного гемоглобина $A1c$, базальной и постпрандиальной гликемии), наличием диабетических осложнений (ретинопатии, нейропатии, ишемической болезни сердца), длительностью нарушений углеводного обмена, а также с инфицированностью *Helicobacter pylori*, возрастом больных, повышенным уровнем вегетативной дисфункции.

4. Уровень вегетативной дисфункции у больных сахарным диабетом 2 типа ассоциируется с синдромом диспепсии и увеличен, но в меньшей степени, чем у пациентов с функциональной диспепсией. Уровень общей тревожности у больных сахарным диабетом 2 типа умеренный, сопоставим с показателем у пациентов с функциональной диспепсией и не зависит от наличия синдрома

диспепсии.

5. Качество жизни больных сахарным диабетом 2 типа с синдромом диспепсии, который нельзя объяснить самостоятельной органической патологией желудочно-кишечного тракта, снижено по большинству шкал анкеты SF-36 в большей степени по сравнению с пациентами с функциональной диспепсией. Сниженное качество жизни у больных сахарным диабетом 2 типа коррелирует с возрастом, женским полом, длительностью сахарного диабета, наличием диабетических осложнений, уровнем общей тревожности и вегетативной дисфункции.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены и обсуждены на ежегодных конкурс-конференциях студентов и молодых ученых «Авиценна-2009» и «Авиценна-2010» (Новосибирск, 2009, 2010), на II и III городских научно-практических конференциях «Актуальные проблемы профилактики, диагностики и лечения болезней внутренних органов» (Новосибирск, 2008, 2009), на XV Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, 2008).

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты исследования внедрены в практику работы кафедры пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета Новосибирского государственного медицинского университета, лечебно-диагностическую деятельность Федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Новосибирской области» (ФКУЗ МСЧ МВД России по НСО), Муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 7» (МБУЗ ГKB № 7).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 11 печатных работ, в том числе 3 статьи – в рецензируемых научных журналах, рекомендуемых для публикаций основных результатов исследования.

Объем и структура диссертации. Материалы диссертации изложены на 121 странице машинописного текста. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, характеристики материалов и методов, 2 глав собственных иссле-

дований, обсуждения результатов исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, библиографического списка и 5 приложений. Работа иллюстрирована 37 таблицами и 7 рисунками. Список литературы включает 96 источников (29 отечественных и 67 зарубежных авторов).

Личный вклад. Весь материал, представленный в диссертации, собран, обработан и проанализирован лично автором.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование одобрено локальным этическим комитетом Новосибирского государственного медицинского университета.

Проведено одноцентровое одномоментное обсервационное описательное сравнительное исследование. Этапы работы осуществлялись при добровольном согласии больных. Дизайн исследования представлен на рисунке 1.

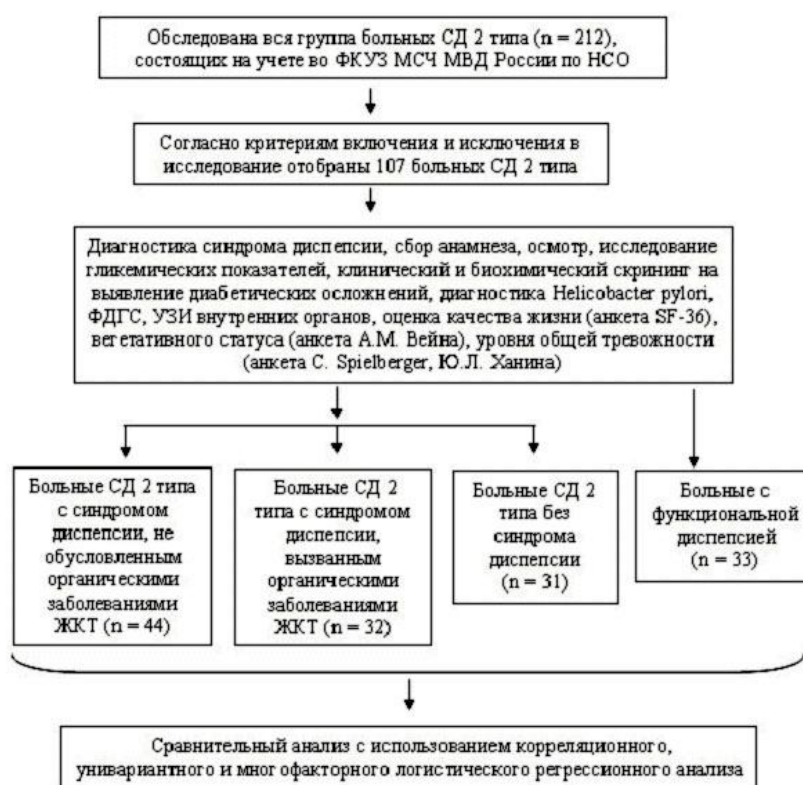


Рис. 1. Дизайн исследования

Методом сплошной выборки в исследование включены 212 больных СД 2 типа, состоящих на диспансерном учете в Федеральном казенном учреждении здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Новосибирской области». После тщательно об-

следования с учетом критериев включения/исключения была сформирована группа больных для дальнейшего исследования.

Критерии включения: больные СД 2 типа. Критерии исключения: состояния и заболевания в стадиях, требующих неотложного вмешательства, больные с нарушенной когнитивной функцией, использование в течение последних 12 месяцев лекарственных средств из группы нестероидных противовоспалительных препаратов, антибиотиков, теофиллинов, сердечных гликозидов, препаратов калия и железа.

Сформированная группа состояла из 107 больных СД 2 типа (женщин 38,3 %, мужчин 61,7 %), в возрасте 54,2 лет $\pm$ 10,03 лет. Длительность СД 2 типа была от впервые выявленного до продолжающегося 20 лет (в среднем 6,9 лет $\pm$ 5,81 лет). Компенсация углеводного обмена по уровню HbA1c составила 7,3 % $\pm$ 1,21 %. Лечение гипергликемии включало пероральные сахароснижающие препараты, инсулинотерапию или комбинированное лечение. Никто из больных, включенных в исследование, не связывал наличие синдрома диспепсии с назначенным лечением. Ни у кого из больных не было убедительных данных за наличие гастропареза.

Диагноз СД 2 типа был подтвержден путем изучения гликемического профиля и уровня гликированного гемоглобина A1c (HbA1c) [Дедов И. И. и соавт., 2011]. При формулировке диагноза СД была использована классификация ВОЗ, 1999 г. Все больные были детально клинически исследованы с оценкой жалоб, анамнеза, объективного исследования с изучением лабораторных показателей углеводного обмена, клинического и биохимического скрининга диабетических осложнений. Всем больным проводилось эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта с гистологическим выявлением *Helicobacter pylori*. Больные также самостоятельно заполняли анкеты для оценки качества жизни (анкета SF-36), вегетативной дисфункции (анкета А. М. Вейна) и уровня общей тревожности (анкета С. Spielberger и Ю. Л. Ханина).

Все больные были протестированы на наличие синдрома диспепсии со-

гласно Римским критериям II [Talley N. J. et al., 1999]. К проявлениям диспепсии относят боли или дискомфорт, локализованные в подложечной области по срединной линии, раннее насыщение, переполнение, вздутие в эпигастральной области, тошноту. При заключении о наличии синдрома диспепсии симптомы наблюдались у обследуемых не менее 12 недель за последний год.

Детальное обследование позволило выявить наличие синдрома диспепсии у 76 больных. Из них у 32 больных (средний возраст $56,0 \text{ лет} \pm 8,65 \text{ лет}$, женщин 27,3 %, мужчин 72,7 %) были выявлены органические заболевания ЖКТ, которые могли стать причиной данного синдрома. У 44 больных ($57,7 \text{ лет} \pm 9,81 \text{ лет}$, женщин 45,5 %, мужчин 54,5 %) наличие синдрома диспепсии нельзя было объяснить органической патологией ЖКТ. У 31 пациента с СД 2 типа ($49,3 \text{ лет} \pm 8,22 \text{ лет}$, мужчин 54,8 %, женщин 45,2 %) жалоб на симптомы диспепсии не было. Методом случайной выборки для проведения сравнительных исследований также была сформирована группа пациентов с функциональной диспепсией ($41,2 \text{ лет} \pm 10,61 \text{ лет}$, женщин 16,1 %, мужчин 83,9 %).

Статистическая обработка проведена с применением пакетов программы SPSS 11,5. Для количественных данных при нормальной симметрии рассчитывали среднее значение (M) и стандартное среднеквадратическое отклонение (SD), результаты представлены как $M \pm SD$. При асимметричном распределении результаты представлены в виде медианы (Me), 25 и 75 квартилей. Для парного межгруппового сравнения показателей пользовались U-критерием Манна-Уитни. Для проверки гипотез равенства дисперсий использовали критерий Фишера. Для определения связи между изучаемыми признаками использовали коэффициенты корреляции Пирсона и ранговой корреляции Спирмена. Отношение шансов (OR) с 95 % доверительными интервалами рассчитывали по таблицам сопряженности. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез (p) принимали менее 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Синдром диспепсии выявлен у 76 из 107 включенных в исследование больных СД 2 типа (71,0 %). По данным других исследований, частота симпто-

мов диспепсии у больных СД 2 типа была выше, чем в общей популяции [Abid S. et al., 2007; Quan C. et al., 2008; Oh J. H. et al., 2009], и достигала 18,2 % – 68,0 % в зависимости от критериев диспепсии и клинических особенностей больных СД 2 типа, включенных в исследование.

Из 76 больных СД 2 типа с диспепсией только у 42,1 % были выявлены органические заболевания ЖКТ, которыми можно объяснить наличие синдрома диспепсии: у 34,4 % больных патология билиарного тракта, у 25,0 % язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, у 21,9 % гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, у 18,7 % эрозии желудка и/или двенадцатиперстной кишки. У остальных 57,9 % проявления диспепсии нельзя было объяснить имеющимися заболеваниями ЖКТ.

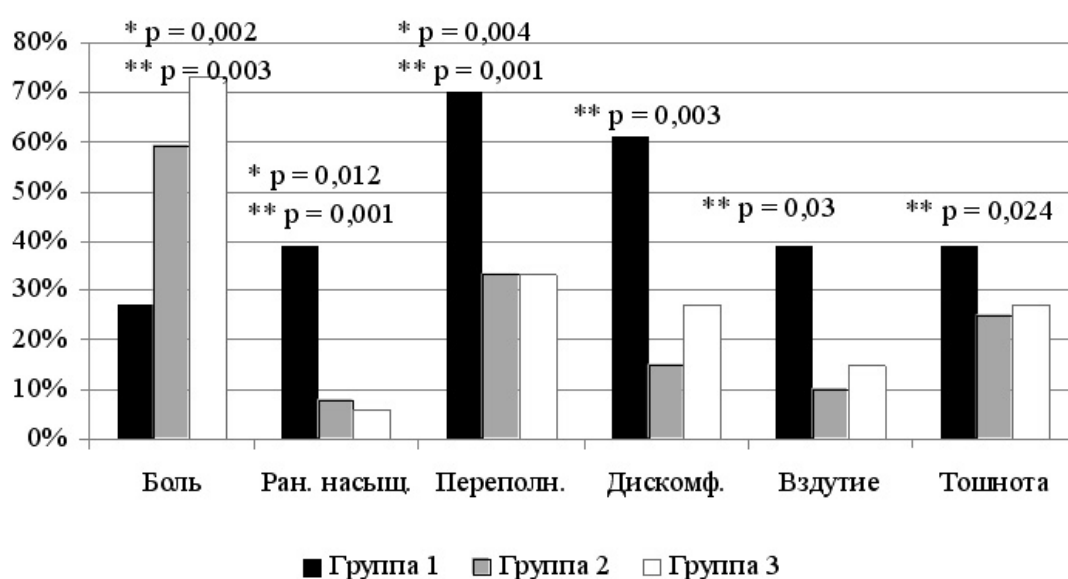
Как видно на рисунке 2, у больных СД 2 типа с синдромом диспепсии, который нельзя объяснить органической патологией ЖКТ, преобладал дискинетический вариант, что соответствует данным и других исследователей [Oh J. H. et al. 2009; Quan C. et al., 2008]. Чувство переполнения наблюдалось у 70,0 % обследованных, дискомфорт в эпигастрии – у 61,0 %. У больных СД 2 типа с диспепсией и органической патологией ЖКТ, обуславливающей симптоматику диспепсии, как и у пациентов с функциональной диспепсией, доминировал язвенноподобный вариант диспепсии с преобладанием симптома эпигастральной боли, который наблюдался в 59,0 % и 73,0 % соответственно.

Частота ранней насыщаемости и переполнения у больных СД 2 типа с диспепсией, которую нельзя объяснить органическими заболеваниями ЖКТ, была выше по сравнению с другими группами. Еще выше, как видно на рисунке 3, была частота этих симптомов у инфицированных Нр больных СД 2 типа.

Больные СД 2 типа с диспепсией по сравнению с пациентами с функциональной диспепсией были более старшего возраста ($57,0 \text{ лет} \pm 9,84 \text{ лет}$ и $41,2 \text{ лет} \pm 10,61 \text{ лет}$, $p = 0,001$), имели более высокий индекс массы тела ($29,8 \text{ кг/м}^2 \pm 3,30 \text{ кг/м}^2$ и $25,6 \text{ кг/м}^2 \pm 1,60 \text{ кг/м}^2$, $p = 0,001$), у них чаще выявлялись ишемическая болезнь сердца (75,0 % и 18,0 %, $p = 0,005$), нарушения липидного обмена (уровень общего холестерина $5,8 \text{ ммоль/л} \pm 1,00 \text{ ммоль/л}$ и

5,4 ммоль/л $\pm$ 1,04 ммоль/л, $p = 0,04$), ниже была скорость клубочковой фильтрации почек (100,3 мл/мин $\pm$ 24,82 мл/мин и 118,5 мл/мин $\pm$ 15,71 мл/мин, $p = 0,0001$).

Продолжительность основного заболевания у больных СД 2 типа с синдромом диспепсии была в 2 раза больше, чем в группе без диспепсии (соответственно 8,7 лет $\pm$ 6,30 лет и 4,3 лет $\pm$ 3,68 лет, $p = 0,001$). У больных с диспепсией в 3,9 раза чаще выявлялась ишемическая болезнь сердца, в 2,6 раза чаще диабетическая ретинопатия и в 2,0 раза чаще диабетическая нейропатия, выше был уровень HbA1c (7,5 % $\pm$ 1,30 % и 7,0 % $\pm$ 0,79 %, $p = 0,03$).



Примечания: * - различия достоверно значимые между группами 1 и 2; ** - различия достоверно значимые между группами 1 и 3

Рис. 2. Частота клинических проявлений синдрома диспепсии, не обусловленной (группа 1) и обусловленной органическими заболеваниями ЖКТ (группа 2), у больных СД 2 типа и пациентов с функциональной диспепсией (группа 3)

Выявленные ассоциации синдрома диспепсии с клиническими особенностями основного заболевания – его продолжительностью (OR 1,2; $p = 0,003$), наличием таких осложнений как диабетическая ретинопатия (OR 4,2; $p = 0,009$) и нейропатия (OR 3,7; $p = 0,009$), а также ишемической болезнью сердца (OR 8,8; $p = 0,0001$) позволяют заключить, что синдром диспепсии наблюдается при декомпенсации углеводного обмена, способствующей формированию различ-

ных осложнений [Дедов И. И. и соавт., 2007; Дедов И. И. и соавт., 2011]. Следовательно, синдром диспепсии можно рассматривать как одно из осложнений сахарного диабета 2 типа. Помимо синдрома диспепсии в целом и отдельные его симптомы также ассоциировались с некоторыми характеристиками основного заболевания, что подтверждает высказанную точку зрения. Так симптом переполнения в эпигастрии ассоциировался с диабетической ретинопатией (OR 2,8; $p = 0,03$), диабетической нейропатией (OR 3,3; $p = 0,015$), ишемической болезнью сердца (OR 9,1; $p = 0,001$), уровнем HbA1c (OR 1,7; $p = 0,02$), постпрандиальной гликемией (OR 1,3; $p = 0,03$). Симптом дискомфорта ассоциировался с длительностью СД 2 типа (OR 1,1; $p = 0,01$), диабетической нейропатией (OR 4,7; $p = 0,003$), диабетической ретинопатии (OR 3,4; $p = 0,016$), ишемической болезнью сердца (OR 3,3; $p = 0,01$), инфицированностью Hр (OR 3,2; $p = 0,02$), постпрандиальной гликемией (OR 1,4; $p = 0,003$), базальной гликемией (OR 1,5; $p = 0,024$) и уровнем HbA1c (OR 2,4; $p = 0,002$). Симптом тошноты ассоциировался с диабетической ретинопатией (OR 6,3; $p = 0,002$).

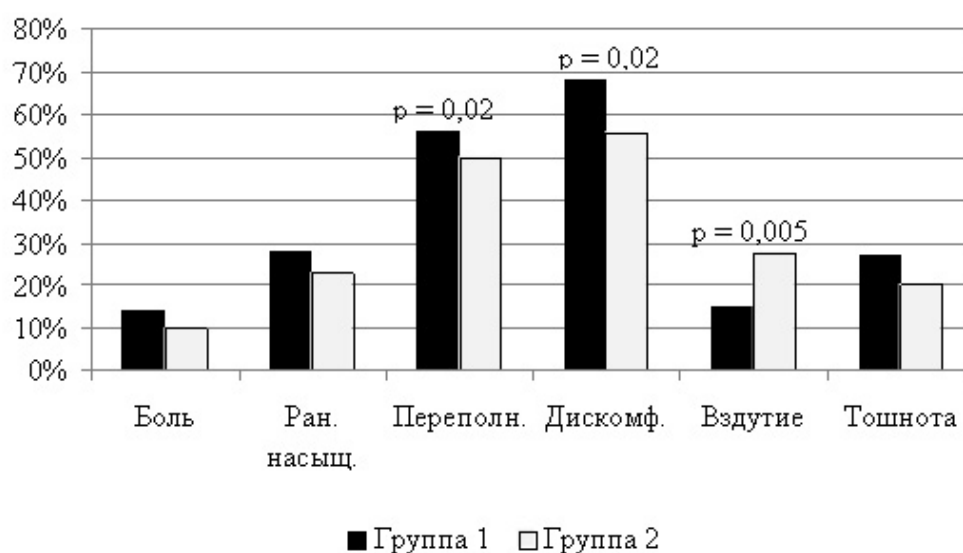


Рис. 3. Частота клинических проявлений синдрома диспепсии, не обусловленной органической патологией ЖКТ, у инфицированных (группа 1) и неинфицированных *Helicobacter pylori* (группа 2) больных СД 2 типа

При наличии синдрома диспепсии у больных СД 2 типа частота Hр инфекции была статистически значимо выше, чем у больных без диспепсии и со-

ставляла 58,0 % и 27,0 % ($p = 0,007$). Помимо ассоциации диспепсии с хелико-бактерной инфекцией ($OR\ 3,8$; $p = 0,009$) обнаружена связь с возрастом больных ($OR\ 1,1$; $p = 0,001$).

Уровень вегетативной дисфункции у больных СД 2 типа был повышен ($38,9$ балла $\pm 8,80$ балла) и ассоциировался с наличием синдрома диспепсии ($OR\ 1,1$; 95 % CI $1,01-1,13$, $p = 0,019$) вне зависимости от его генеза. У пациентов с функциональной диспепсией уровень вегетативной дисфункции был выше, чем у больных СД 2 типа с диспепсией ($39,1$ балла $\pm 8,40$ балла и $31,1$ балла $\pm 7,41$ балла, $p = 0,001$).

Средний уровень общей тревожности у больных СД 2 типа был умеренным и не различался у больных с разным генезом диспепсии (соответственно $30,4$ балла $\pm 7,92$ балла у больных без органических заболеваний ЖКТ и $32,0$ балла $\pm 9,06$ балла у больных с органической патологией ЖКТ, $p = 0,3$). Средний уровень общей тревожности не отличался от показателя у пациентов с функциональной диспепсией ($28,6$ балла $\pm 6,23$ балла, $p = 0,29$). У больных СД 2 типа с диспепсией, которую можно объяснить органической патологией ЖКТ, как и среди пациентов с функциональной диспепсией, преобладали больные с высокой общей тревожностью (соответственно 9,0 % у больных СД 2 типа с диспепсией, которую нельзя объяснить патологией ЖКТ; 55,0 % у больных СД 2 типа с диспепсией, которую можно объяснить органическими заболеваниями ЖКТ; 26,0 % у пациентов с функциональной диспепсией ($p < 0,01$).

Качество жизни у больных СД 2 типа и пациентов с функциональной диспепсией было снижено. По шкалам, характеризующим физический компонент здоровья, снижение было более значительным ($p < 0,05$) у больных СД 2 типа. При наличии синдрома диспепсии у больных СД 2 типа качество жизни статистически значимо ($p < 0,05$) больше снижалось по всем шкалам, за исключением шкалы «ролевого функционирования», связанного с эмоциональным состоянием. У больных СД 2 типа с диспепсией, которую нельзя объяснить органической патологией ЖКТ, качество жизни значительно было снижено у лиц старших возрастных групп, у женщин, при большей длительности

нарушений углеводного обмена, наличии диабетических осложнений (ретинопатии, нейропатии, ишемической болезни сердца), а также у больных с более высоким уровнем общей тревожности и вегетативной дисфункции (коэффициенты корреляции от 0,30 до 0,68 при достоверном уровне значимости $p < 0,005$).

ВЫВОДЫ

1. Синдром диспепсии при сахарном диабете 2 типа наблюдается в 71,0 % случаев; в 42,3 % его можно объяснить органическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, а в 57,7 % связи с пищеварительным трактом не выявлено.

2. Синдром диспепсии у больных сахарным диабетом 2 типа, который нельзя объяснить органическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, проявляется преимущественно дискинетическим вариантом (68,2 %) с преобладанием чувства переполнения (70,0 %) и дискомфорта в эпигастрии (61,0 %), в то время как у больных с функциональной диспепсией и больных сахарным диабетом 2 типа с органическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта преобладает язвенноподобный вариант диспепсии, соответственно 73,0 % и 59,0 %).

3. Синдром диспепсии у больных сахарным диабетом 2 типа, который нельзя объяснить заболеваниями желудочно-кишечного тракта, ассоциируется с особенностями течения основного заболевания: длительностью нарушений углеводного обмена (OR 1,2; $p = 0,003$), наличием диабетической ретинопатии (OR 4,2; $p = 0,009$), диабетической нейропатии (OR 3,7; $p = 0,009$), ишемической болезни сердца (OR 8,8; $p = 0,0001$).

4. Такие проявления синдрома диспепсии, как симптом переполнения и дискомфорта в эпигастрии, которые нельзя объяснить у больных сахарным диабетом 2 типа органическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, также ассоциируются с показателями углеводного обмена: симптом переполнения – с уровнем гликированного гемоглобина A1c (OR 1,7; $p = 0,02$) и постпрандиальной гликемии (OR 1,3; $p = 0,03$), симптом дискомфорта – с уровнем гликированного гемоглобина A1c (OR 2,4; $p = 0,002$), базальной (OR 1,5; $p =$

0,024) и постпрандиальной гликемии (OR 1,4; $p = 0,003$).

5. Синдром диспепсии у больных сахарным диабетом 2 типа, который нельзя объяснить органическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, ассоциируется с инфицированностью *Helicobacter pylori* (OR 3,8; $p = 0,009$) и возрастом больных (OR 1,1; $p = 0,001$).

6. У больных сахарным диабетом 2 типа уровень вегетативной дисфункции повышен, особенно при наличии синдрома диспепсии любого генеза (OR 1,1; 95 % CI 1,01–1,13, $p = 0,019$), но в меньшей степени, чем у пациентов с функциональной диспепсией ($p = 0,001$).

7. Средний уровень общей тревожности у больных сахарным диабетом 2 типа соответствует умеренному, не отличается от показателя у пациентов с функциональной диспепсией и не зависит от наличия синдрома диспепсии. Среди больных СД 2 типа с синдромом диспепсии, обусловленным органической патологией ЖКТ, как и среди пациентов с функциональной диспепсией, преобладают больные с высокой общей тревожностью.

8. Независимо от генеза диспепсии качество жизни больных сахарным диабетом 2 типа статистически значимо снижено по большинству шкал, а по сравнению с пациентами с функциональной диспепсией в большей степени по шкалам, характеризующим физический компонент здоровья. Сниженное качество жизни больных сахарным диабетом 2 типа с диспепсией коррелирует с возрастом, женским полом, длительностью сахарного диабета, наличием диабетических осложнений, уровнем общей тревожности и вегетативной дисфункции.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У больных сахарным диабетом 2 типа синдром диспепсии, который нельзя объяснить сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта, необходимо рассматривать как проявление основного заболевания. Вероятность его наличия увеличивается по мере возрастания длительности основного заболевания, декомпенсации углеводного обмена, наличия диабетических осложнений и инфицированности *Helicobacter pylori*.

2. В комплексном лечении больных сахарным диабетом 2 типа необходимо учитывать синдром диспепсии и проводить его коррекцию как фактора, дополнительно снижающего качество жизни больных.

3. Больных сахарным диабетом 2 типа рекомендовано обследовать на инфицированность *Helicobacter pylori* и при положительном результате проводить эрадикационную терапию.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Осипенко М.Ф., Жук Е.А., **Медведева О.В.** Сахарный диабет и синдром диспепсии // **Клиническая медицина.** 2008. № 10. С. 13-16, автора – 0,17 п.л.

2. **Медведева О.В.**, Осипенко М.Ф., Жук Е.А. Синдром неорганической диспепсии у больных сахарным диабетом типа 2 // **Сибирское медицинское обозрение.** 2010. № 4. С. 85-89, автора – 0,2 п.л.

3. **Медведева О.В.**, Жук Е.А., Осипенко М.Ф. Инфицированность *Helicobacter pylori* и синдром диспепсии у больных сахарным диабетом 2 типа // **Сибирское медицинское обозрение.** 2011. № 5. С. 62-66, автора – 0,2 п.л.

4. **Медведева О.В.**, Жук Е.А. Качество жизни больных сахарным диабетом с разными вариантами синдрома функциональной диспепсии // Человек и лекарство: материалы XV Российского национального конгресса. Москва, 2008. С. 225, автора – 00,06 п.л.

5. **Медведева О.В.**, Жук Е.А. Качество жизни у больных с синдромом диспепсии в зависимости от наличия или отсутствия нарушений углеводного обмена // Актуальные проблемы медицины. Клиника, диагностика и лечение воспалительных заболеваний в терапевтической практике: материалы Второй городской научно-практической конференции врачей. Новосибирск, 2008. С. 106-107, автора – 0,13 п.л.

6. **Медведева О.В.**, Жук Е.А. Уровень тревожности у больных с синдромом диспепсии в зависимости от наличия или отсутствия нарушений углеводного обмена // Актуальные проблемы медицины. Клиника, диагностика и лечение воспалительных заболеваний в терапевтической практике: материалы

Второй городской научно-практической конференции врачей. Новосибирск, 2008. С. 108-109, автора – 0,13 п.л.

7. Ярославцев Т.А., **Медведева О.В.** Структура диспепсического синдрома и уровень тревожности у больных сахарным диабетом 2 типа // Авиценна-2008: тезисы докладов ежегодной конкурс-конференции молодых ученых. Новосибирск, 2008. С. 41, автора – 0,06 п.л.

8. **Медведева О.В.** Характеристика структуры синдрома диспепсии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа // Авиценна-2009: тезисы докладов ежегодной конкурс-конференции молодых ученых. Новосибирск, 2009. С. 24-25, автора – 0,25 п.л.

9. **Медведева О.В.**, Жук Е.А. Факторы, влияющие на качество жизни больных сахарным диабетом 2 типа с синдромом диспепсии // Актуальные проблемы профилактики, диагностики и лечения болезней внутренних органов: материалы III городской научно-практической конференции врачей. Новосибирск, 2009. С. 225, автора – 0,06 п.л.

10. **Медведева О.В.**, Жук Е.А. Синдром органической и неорганической диспепсии у больных сахарным диабетом 2 типа // Патология органов пищеварения и ассоциированные с ней заболевания. Проблемные вопросы и пути решения: тезисы докладов XXXVII сессии ЦНИГ и XI съезда НОГР. Москва, 2011. С. 142, автора – 0,06 п.л.

11. **Медведева О.В.**, Жук Е.А. Гипергликемия и синдром органической диспепсии у больных сахарным диабетом 2 типа // Человек и лекарство: сборник тезисов XVIII Российского национального конгресса. Москва, 2011. С. 94-95, автора – 0,06 п.л.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

HbA1c	гликированный гемоглобин A1c
Hp	Helicobacter pylori
OR (odds ratio)	отношение шансов
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
СД	сахарный диабет