

ОСОБЛИВОСТІ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОПАРЕЗУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Костіцька І.О., Маньковський Б.М.*, Шаповал О.А., Бабенко О.І.,
Петровська І.Н.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

* Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Актуальність. Нажаль у щоденній клінічній практиці діагноз діабетичного гастропарезу (ДГ) діагностують на пізніх стадіях, адже його симптоми перебігають під «масками» інших хворіб. Провідними патогномонічними ознаками важких порушень моторно-евакуаторної функції (М-ЕФ) шлунку у хворих на цукровий діабет (ЦД) слід вважати відчуття раннього насичення, нудоту, блювоту, тоді як початковими проявами є зниження апетиту, відчуття важкості після прийому їжі, метеоризм, печія, відрижка, біль і/чи дискомфорт в епігастральній ділянці. Розвиток критичних проявів ДГ викликають нестримну блювоту, електролітні порушення, втрату маси тіла, які значно погіршують якість життя осіб працездатного віку, а також є однією із безпосередніх причин зростання інвалідності і летальності населення.

Мета роботи. Розробка діагностичного алгоритму визначення ранніх стадій ДГ.

Матеріали та методи досліджень. Обстежено 120 хворих на ЦД, які за результатами анкетування оцінки індексу важкості проявів симптомів гастропарезу (GCSI) були розподілені на дві групи: перша група - 46 пацієнтів (20 чол./ 26 жін., середній вік - $50,3 \pm 4,8$ років, тривалістю ЦД – $9,4 \pm 6,1$ років, рівень глікованого гемоглобіну (HbA_{1C}) – $8,1 \pm 1,9\%$) з симптомами гастропарезу, друга група обстежених - 74 особи (38 чол./ 36 жін., середній вік - $49,7 \pm 3,7$ років, тривалістю ЦД – $8,3 \pm 4,8$ років, рівень HbA_{1C} – $8,4 \pm 1,1\%$) без ознак дизмоторики шлунку. Інструментальну оцінку стану М-ЕФ шлунку хворим першої групи виконано за показником

часу напіввивільнення діагностичного сніданку ($T_{1/2}$) при виконанні ^{13}C -октаносевого дихального тесту (^{13}C -ОДТ).

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами анкетування встановлено, що серед пацієнтів першої групи у 15,0% (18 осіб) виявлено симптоми ДГ легкого ступеня, середнього ступеня важкості у 16,6% (20 хворих), тоді як важкий перебіг наявний у 6,7% (8 пацієнтів) випадків. Показники ^{13}C -ОДТ виявлено уповільнення легкого ступеня М-ЕФ у 16 (13,3%) обстежених ($T_{1/2} - 86,4 \pm 9,6$ хв), у 23 (19,2%) пацієнтів середнього ступеня ($T_{1/2} - 100,7 \pm 4,1$ хв) та 7 (5,8%) осіб діагностовано брадикастрію важкого ступеня ($T_{1/2} - 117,1 \pm 2,2$ хв). За результатами кореляційного аналізу між сумою балів GCSI і ^{13}C -ОДТ спостерігається сильний прямий кореляційний зв'язок ($r = 0,859$, $p = 0,000$), а це свідчить про надійність і чутливість даного виду опитувальників у відношенні до ^{13}C -ОДТ. Для хворих другої групи не характерні зміни зі сторони шлунково-кишкового тракту. Отже, у 38,3% хворих на ЦД діагностовано гастропарез, а це відповідає даним наукових джерел.

Висновки та перспективи подальших досліджень. З метою раннього виявлення ознак гастропарезу у хворих на ЦД слід рекомендувати впровадження діагностичного алгоритму із використанням анкет-опитувальників (GCSI) з подальшим визначенням М-ЕФ шлунку за допомогою ^{13}C -ОДТ. На сьогодні, рутинне використання опитувальників оцінки індексу важкості проявів симптомів гастропарезу (GCSI) сприяє попередженню не виправданої гіпердіагностики, а дозволяє визначити ступінь важкості уповільнення М-ЕФ шлунку у хворих на ЦД та ефективності терапії.