

УДК 616.379-008.64-07:616.33

Дорофеев А.Е.<sup>1</sup>, Чичула Ю.В.<sup>1</sup>, Дядик О.О.<sup>1</sup>, Даниленко А.Л.<sup>2</sup>, Аветисян І.Л.<sup>2</sup><sup>1</sup> Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна<sup>2</sup> Київський міський клінічний ендокринологічний центр, м. Київ, Україна

## Можливості патогенетичного лікування діабетичної гастропатії в пацієнтів із цукровим діабетом 2-го типу

**Резюме. Мета дослідження:** вивчити ефективність застосування Берлітіону в комплексній терапії діабетичного гастропарезу (ДГ) у хворих на цукровий діабет 2-го типу (ЦД2) і його вплив на моторно-евакуаторну функцію шлунка (МЕФШ) і стан слизового бар'єра в таких хворих. **Матеріали та методи.** Під спостереженням перебували 172 хворі на ЦД2 віком від 40 до 75 років. Тривалість захворювання на ЦД2 в обстежуваних пацієнтів становила  $13,7 \pm 9,2$  року. Критерієм включення в дослідження були наявність у пацієнтів із ЦД2 клінічних симптомів діабетичного гастропарезу. Усім пацієнтам до та через 8 тижнів від початку лікування застосовували загальноклінічні, лабораторні й інструментальні методи дослідження, у тому числі відеоезофагогастроуденоскопію з біопсією з антрального відділу шлунка, тіла й кута шлунка. Хворі були розподілені на дві групи: 48 осіб у першій (група контролю) і 46 — у другій групі. Хворі обох груп отримували комплексну гіпоглікемізуючу терапію на основі метформіну. Пацієнтам другої групи додатково призначали Берлітіон® 600 ОД доведено протягом двох тижнів і Берлітіон® 600 капсули протягом шести тижнів. **Результати.** У пацієнтів із ЦД2 порушення МЕФШ були виявлені у 94 (54,9 %) осіб. За результатами <sup>13</sup>С-октаноевального дихального тесту (<sup>13</sup>С-ОДТ) у 42 хворих (44,6 %) отримані результати свідчили про нормальну МЕФШ. У частини хворих — 55,4 % (52 особи) було виявлено помірне (42,6 %) й виражене (12,8 %) порушення МЕФШ. Через 8 тижнів пацієнтам повторно було проведено вивчення МЕФШ на основі клініко-анамнестичного й інструментального методів. Так, 71,7 % пацієнтів другої групи відмітили більш суттєве зменшення суб'єктивних проявів порушення моторики порівняно з 31,2 % пацієнтів групи контролю ( $p < 0,05$ ). За даними <sup>13</sup>С-ОДТ, серед хворих з помірним зниженням МЕФШ у 35 % пацієнтів другої групи зареєстровано нормальні показники порівняно з 10 % пацієнтів групи контролю ( $p < 0,05$ ). У хворих із вираженим зниженням МЕФШ на тлі додавання до комплексного лікування Берлітіону була виявлена лише тенденція до нормалізації МЕФШ (у 33,2 % пацієнтів другої групи дані свідчили про помірне зниження МЕФШ на відміну від групи контролю, у якій динаміки показників тесту виявлено не було). Згідно з даними морфологічного дослідження, у пацієнтів після лікування виявлено зменшення запального клітинного інфільтрату в біоптаті шлунка, особливо в тих хворих, яким була проведена ерадикаційна антихелікобактерна терапія. Інтенсивність забарвлення біоптатів пацієнтів другої групи при проведенні PAS-реакції і мембранна експресія клаудину-1 вірогідно підвищувалась порівняно з групою контролю, що свідчить про нормалізацію процесів слизоутворення, нормалізацію проникності слизового бар'єра шлунка й ущільнення міжклітинних контактів. **Висновки.** Застосування препарату Берлітіон® 600 ОД і Берлітіон® 600 капсули у комплексній терапії хворих на ЦД2 із діабетичним гастропарезом є доцільним та ефективним. Берлітіон не тільки мінімізує прояви автономної нейропатії у хворих на ЦД2, що покращує моторно-евакуаторну функцію шлунка, а ще й чинить патогенетичний вплив на процеси слизоутворення й стабілізує стан слизового бар'єра шлунка за рахунок покращення щільних клітинних контактів.

**Ключові слова:** діабетична автономна нейропатія; діабетичний гастропарез; епітеліальний бар'єр; міжклітинні щільні контакти; клаудин-1; <sup>13</sup>С-октаноевий дихальний тест