

**СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ
АВТОНОМНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ**

Негматова Г. Ш.

Научный руководитель: PhD,

Содикова С. З.

Магистрант

Аннотация:

В статье рассмотрена современная интерпретация гастроинтестинального аспекта автономной диабетической нейропатии, которая охватывает дихотомию дисциплин: гастроэнтерологию и эндокринологию

Сахарный диабет (СД) представляет собой одну из важных проблем здравоохранения в XXI веке. По данным, около 415 миллионов взрослых по всему миру страдают от СД, а к 2040 году это число увеличится до 642 миллионов. Оценивается, что 193 миллиона людей с СД не осведомлены о своем состоянии, что делает их группой риска для осложнений. Постоянно высокий уровень глюкозы в крови может отрицательно сказываться на сердце, сосудах, глазах, почках и нервах [1].

Нейропатия является одним из наиболее распространенных осложнений СД и встречается примерно у 60% пациентов. У пациентов с СД 2-го типа нейропатия может развиваться после нескольких лет плохого контроля уровня глюкозы, а иногда она уже присутствует на момент постановки диагноза СД.

Автономная диабетическая нейропатия – вид периферической нейропатии, связанный с диабетом, подвержен постепенному увеличению с возрастом, длительностью заболевания и недостаточным контролем уровня глюкозы в крови. Эта нейропатия может затрагивать различные органы и системы, включая сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, мочеполовую систему, и проявляться как клинические симптомы, так и скрытые изменения, не проявляющиеся явно.

Несмотря на потенциально негативное воздействие на качество жизни пациентов, данная нейропатия остается одной из наименее изученных и редко диагностируемых осложнений диабета. Однако статистика показывает, что данное состояние может быть обнаружено у значительного числа пациентов: до 25% у больных с диабетом 1-го типа и до 34% у тех, кто страдает диабетом 2-го типа.

Вегетативная дисфункция часто воспринимается как сложная схема проявления расстройств, часто трудно различимое от здорового состояния» [2]. С одной стороны, это предположение абсолютно достоверно: большинство последствий вегетативной нейропатии проходят без каких-либо симптомов. Однако, с другой стороны, наблюдаются очень тяжелые проявления вегетативной дисфункции, такие как внезапная смерть и гастропарез.

Помимо сердечно-сосудистой вегетативной дисфункции, распространены и актуальны желудочно-кишечные проявления вегетативной нейропатии [3].

В желудочно-кишечном тракте существует несколько уровней регуляции: центральная, вегетативная и кишечная нервные системы и интерстициальные клетки Кахаля (в основном «кардиостимуляторные клетки»).

Микробиота кишечника также важна. Более того, многие другие факторы, вероятно, влияют на моторику желудочно-кишечного тракта, включая продолжительность диабета, гипер- и гипогликемию, электролитные нарушения, недостаточность питания и лекарства, такие как метформин, акарбоза и аналоги глюкагоноподобного пептида-1. [4].

Данные о распространенности желудочно-кишечных симптомов противоречивы, но в целом симптомы очень распространены, особенно у женщин с диабетом. Различия в методологии могут частично объяснить противоречивые результаты.

В целом связь между симптомами и нарушением моторики желудочно-кишечного тракта относительно слабая [5]. Частота симптомов составляет намного выше, часто 100%, когда данные сообщает гастроэнтеролог, но намного ниже, если данные сообщает эндокринолог.

Колебания уровня глюкозы и низкое качество жизни являются основными последствиями нарушения функции желудочно-кишечного тракта. Другими важными последствиями являются изменение фармакокинетики лекарств, недостаточное или очень вариабельное всасывание важных питательных веществ (потенциально приводящее к недостаточности питания), нарушение постпрандиальной регуляции артериального давления, повышенный риск образования желчных камней и более высокая распространенность желудочно-кишечных инфекций.

Парадокс диссоциации нейропатических желудочно-кишечных симптомов, обусловленные объективными признаками нейропатической дисфункции, являются обычным явлением. С одной стороны, отсутствие симптомов у пациентов с явно выраженными нарушениями работы желудка опорожнение может отражать дефект афферентного нерва вследствие нейропатии. С другой стороны, у пациентов с симптомами наблюдается явные признаки висцеральной гиперчувствительности, даже если при формальном обследовании не выявлено нарушений опорожнения желудка. Более того, фактический уровень глюкозы в окружающей среде может влиять на восприятие желудочно-кишечных симптомов в центральных нейрональных структурах. Эти важные факты способствуют разграничению субъективных симптомов и объективной моторики.

Библиография:

1. Зиннатулин М.Р., Трусков В.В., Данилова Л.М. Клинико-эпидемиологические особенности гастродуоденальной патологии у больных сахарным диабетом// Проблемы экспертизы в медицине, 2007, с. 39-42
2. Кемплер П., Американо Г., Фриман Р. и др. (2011) Желудочно-кишечный тракт. вегетативная нейропатия, эректильная, мочева и судомоторная дисфункция у больных сахарным диабетом: клиническое влияние, оценка, диагностика и лечение. *Diabetes Metab Res Rev* 27: с. 665–677

3. Азпироз Ф., Малагелада С. (2015) Диабетическая невропатия кишечника: патогенез и диагностика. *Диабетология*. doi:10.1007/s00125-015-3831-1
4. Интальята Н., Кох К.Л. (2007). Гастропарез при диабете 2 типа. Сахарный диабет: распространенность, этиология, диагностика и лечение. *Карр Гастроэнтерол, представитель 9*: с.270–279.
5. Избеки Ф., Ростоци А., Варкони Т., Виттманн Т. (2012). Клинические исследования. Картина, диагностика и терапия желудочно-кишечной автономной невропатии. В: Кемплер П., Варкони Т. (ред.) *Невропатии. Глобальный клиническое руководство*. Zafir Press, Будапешт, с.131–150.