

Secondary prevention of renal complications in patients with type 2 diabetes and hypertension

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. At present the necessity of a renoprotection at the early stages of diabetic nephropathy (DN) for the prevention or delay of terminal renal insufficiency becomes increasingly evident.

Aim. On the base of studying changes of markers of kidney function to optimize the diagnosis and treatment of patients with diabetes mellitus (DM) of type 2 with renal impairment by using phytoconcentrates.

Methods. The study involved 47 patients with type 2 diabetes, arterial hypertension (AH) and DN at the stage of microalbuminuria (MAU). All patients were randomized into 2 groups: group 1 was of 21 patients who received basic therapy (hypoglycemic, antihypertensive), group 2 was of 26 patients, who received basic treatment and phytotherapy by "Nefropatin" and "Crystal-K". There were used general clinical, laboratory and statistical methods in the study.

Results. In patients with type 2 diabetes with AH and DN in both groups during treatment clinical symptoms were reversed, but in group 2 this process was faster. A table, which shows the dynamics of markers of kidney function in examined patients (creatinine, urea, calculated glomerular filtration rate, MAU), is presented. The concentration of creatinine in the blood in group 2 was significantly decreased by 30% compared to 11% in group 1. The level of urea in group 1 and 2 decreased equally (46% and 48% respectively). MAU level in group 2 decreased by 53% compared to 27% in group 1 ($p < 0.05$). A tendency to increase in GFR in group 2 was observed, which was virtually unchanged in the patients of group 1.

Conclusions. Application of phytoconcentrates accelerates regression of clinical symptoms and improves the overall health of patients with diabetes with renal pathology. The use of phytoconcentrates with standard pharmacotherapy significantly positively affects the kidney function in patients with pre-clinical stage of diabetic nephropathy. It is recommended the use of phytoconcentrates in the complex therapy for secondary prevention of kidney lesion in patients with type 2 diabetes.

Key words: diabetic nephropathy, diabetes mellitus, therapy, phytoconcentrates, prevention.

© Ю. Я. КОЦАБА, Л. С. БАБІНЕЦЬ, 2013

Ю. Я. Коцаба, Л. С. Бабінець

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ КОРЕКЦІЇ ДИСБІОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Вступ. У роботі доведено доцільність включення в комплексну схему лікування хронічного панкреатиту препаратів синбіотичного складу, зокрема синбіотика Лактіале.

Мета. Визначити зміни показників якості життя, клінічних симптомів та відхилення у бактеріограмах фекальних мас, оцінити їх динаміку під впливом різних програм корекції. Результати. При хронічному панкреатиті встановили – достовірне погіршення якості життя за параметрами опитувальників GSRS та SF-36. Наявність дисбіозу товстої кишки у хворих на хронічний панкреатит погіршувала клінічну симптоматику. Застосування комплексної програми корекції із включенням синбіотика Лактіале достовірно покращило стан пацієнтів із хронічним панкреатитом за параметрами клінічної симптоматики на 47,4%, нормалізувало мікрофлору товстої кишки і підвищило якість життя хворих на 60,1%. Ключові слова: хронічний панкреатит, дисбіоз товстої кишки, синбіотик.

ВСТУП

Відповідно до Міжнародної Марсельсько-Римської класифікації (1989 р.) хронічний панкреатит (ХП) – це хронічне запальне ушкодження тканини підшлункової залози з деструкцією екзокринної паренхіми, її атрофією, фіброзом і, принаймні на пізніх стадіях, деструкцією ендокринної паренхіми. Захворювання має фазово-прогресуючий перебіг з періодичними нападами гострого панкреатиту, відповідального за рецидивуючий біль, що нерідко є єдиним клінічним синдромом [3, 5].

ХП – одне з найпоширеніших гастроентерологічних захворювань. Захворюваність на ХП у різних країнах Європи становить від 4 до 8 випадків на 100 тис. населення в рік, а поширеність захворювання – 250 - 500 хворих на 100 тис. населення. Через 10 років після постановки діагнозу ХП приблизно 25,0% пацієнтів змушені залишати свою професійну діяльність або стають інвалідами. Смертність від ХП протягом 10 років становить 30,0%, 20 років – 50,0%. Також помітна певна залежність частоти ХП від соціально-економічного рівня країни. Найвищий рівень захворюваності відзначають як у бідних країнах, що пов'язано з недостатнім харчуванням, так і у високорозвинених – через підвищене вживання жирів тваринного походження та алкоголю. Частота ХП серед інших захворювань органів травлення становить 6,0 – 9,0% і має тенденцію до зростання [4].

Мета роботи – визначити зміни показників якості життя (ЯЖ), клінічних симптомів та відхилення у бактеріограмах фекальних мас у хворих на ХП. Оцінити їх динаміку під впливом різних програм корекції.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Об'єктом дослідження стало 46 хворих на ХП у фазі ремісії або нестійкої ремісії, які лікувались в денному стаціонарі та гастроентерологічному відділенні Тернопільської міської лікарні №2. Вік хворих – від 18 до 69 років. Серед них було 26 жінок і 20 чоловіків. Верифікацію діагнозу проводили згідно із робочою класифікацією ХП, запропонованою Я.С. Ціммерманом з доповненнями Н.Б. Губерґріц.

Для оцінки ЯЖ використовували два опитувальника: SF-36 – для вивчення всіх компонентів ЯЖ (складається з 36 запитань, які об'єднуються у 8 шкал кожна з них оцінюється від 0 до 100 балів, і чим вищий показник, тим кращий стан здоров'я) та GSRS, що використовується для оцінки ЯЖ хворих шлунково-кишковими захворюваннями (складається з 15 пунктів, які об'єднуються у 5 шкал (нижчі показники відповідають слабшій симптоматичі та відповідно вищій ЯЖ) [2]. Дослідження копрокультури на дисбіоз товстої кишки (ДБК) проводили за методикою Р.В. Епштейн-Литвак і Ф.Л. Вільшанської (1977). Ступінь тяжкості ДБК встановлювали згідно із загальноприйнятою класифікацією (Г.І. Кузнєцова, 1975; І.Б. Куваєва, К.С. Ладо, 1991) [1].

Пацієнтів поділили на дві групи: 1-ша (21 хворий) отримувала загальноприйнятую схему лікування, яка включала дотримання дієти №5п за Певзнером, відмову від вживання алкоголю та тютюнопаління, застосування регуляторів моторики органів травлення – спазмолітиків (но-шпа 0,04 по 2 таб. 2 р/д) і/або прокінетиків (мотиліум 0,01 по 1 таб. 3 р/д), блокаторів H₂-гістамінових рецепторів (квamatел 0,02 ввечері) і/або інгібіторів протонної помпи (проксіум 0,04 вранці) і ферментів (креон 25000 по 1 кап. 3 р/д). Усі засоби призначалися “за вимогою”, оскільки хворі знаходилися у фазі ремісії чи нестійкої ремісії [6]. 2-га (25 чоловік) додатково до загальноприйнятої схеми лікування отримувала синбіотик Лактіале по 2 капсули в день після основного прийому їжі протягом 4 тижнів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведене клінічне обстеження виявило наявність у хворих наступних синдромів: больовий – у 80,9% хворих 1-шої групи і у 84,0% пацієнтів 2-гої групи, астено-невротичний – у 71,4% та у 80,0%, диспепсичний – у 85,7% та у 100%, анемічний – у 61,9% і у 68,0%, алергічний – у 61,9% й у 76,0%, гіповітамінози – у 80,9% і у 84,0% та стеаторея – у 66,7% й у 76,0% відповідно.

Результати оцінки ЯЖ за шкалами опитувальника GSRS усі мали досить високі значення, що відображало зниження ЯЖ. Синдром абдомінального болю сягав позначки 8 балів у 1-шій групі та 10 балів у 2-гій групі, гастральний рефлюкс – 12 і 13 балів відповідно, диспепсичний синдром – 15 і 18 балів, ознаки діареї – по 9 і 13 балів, симптоми закрепи – по 7 і 10 балів. Було також встановлено зниження показників ЯЖ переважно за компонентами фізичного здоров'я опитувальника SF-36 (шкали рольового функціонування в середньому сягали 37 балів – у 1-шій групі та 33 балів – у 2-гій групі, фізичного функціонування – по 28 і 21 балу, інтенсивності болю – 30 й 29 балів та загального стану здоров'я – 40 і 38 балів відповідно).

При оцінці бакпосіву копрокультури – серед хворих 1-шої групи виявлено у 47,6% ДБК I ст., у 19,0% ДБК II ст. У 33,4% пацієнтів дисбіотичних змін не спостерігалось. В обстежуваних 2-гої групи встановили наявність у 48,0% ДБК I ст., у 20,0% ДБК II ст., у 12,0% ДБК III ст., у 20,0% хворих показники були в межах норми. Таким чином, дані обох груп були співставими з дещо глибшими проявами ДБК у 2-гій групі.

Після проведеного лікування за різними програмами корекції спостерігалась позитивна динаміка за параметрами ЯЖ, клінічних синдромів та за показниками бакпосіву копрокультури в обох групах. Проте результати у групі з включенням синбіотика Лактіале були достовірно кращими за такі у 1-шій групі.

Результати лікування за параметрами клінічної симптоматики наведені на рис. 1. Клінічні синдроми в обстежуваних хворих після проведеного курсу лікування стали спостерігатися рідше: серед хворих 1-шої групи в середньому на 27,9%, а серед пацієнтів 2-гої – на 47,4%.

Результати показників ЯЖ за опитувальником GSRS після проведеного лікування, наведені на рис. 2, показують, що параметри ЯЖ у хворих 2-гої групи достовірно покращилися в середньому на 7,2 бали відносно 2,8 бали у 1-шій групі.

За даними оцінки шкал SF-36 (рис. 3), покращення ЯЖ у хворих на ХП становило 63,8% під впливом програми із включенням синбіотика Лактіале і 24,6% під впливом загальноприйнятої схеми лікування.

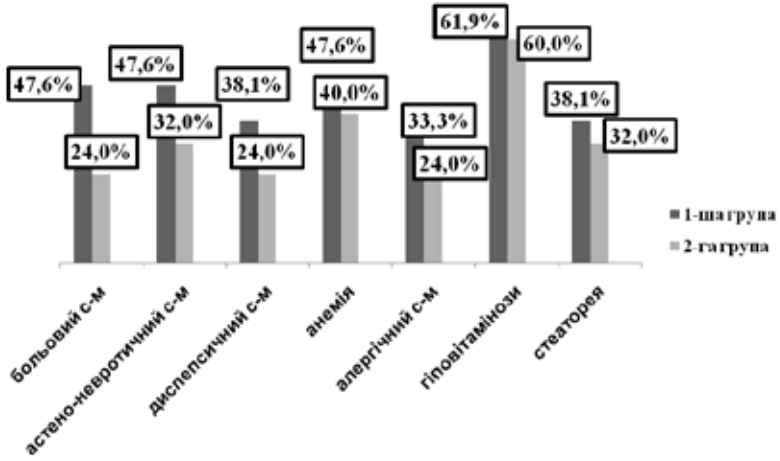


Рис. 1. Динаміка клінічної симптоматики під впливом різних схем корекції

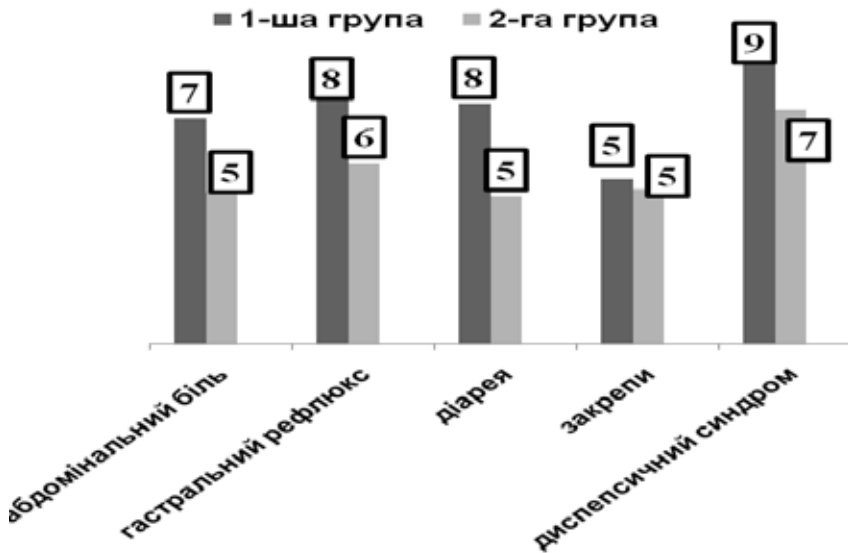


Рис. 2. Показники ЯЖ (у балах) після лікування за шкалами опитувальника GSRS

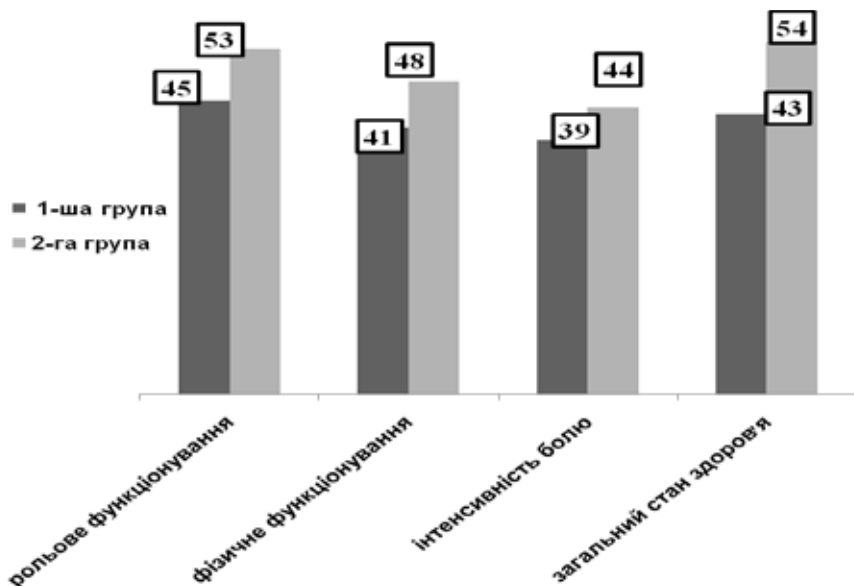


Рис. 3. Показники ЯЖ (у балах) після лікування за шкалами опитувальника SF-36

Результати бакпосіву калу показали, що у пацієнтів 1-шої групи, хоча й намітилася позитивна тенденція, але ще у 38,1% хворого виявили ДБК I ст., у 14,3% - ДБК II ст., а в 47,6% показники відповідали нормі. А у хворих 2-гої групи кишкова флора практично відновилася, лише у 24,0% хворих спостерігався ДБК I ст.

ВИСНОВКИ

- При хронічному панкреатиті встановили – достовірне погіршення якості життя за параметрами опитувальників GRSR та SF-36. Наявність дисбіозу товстої кишки у хворих на хронічний панкреатит погіршувала клінічну симптоматику.

- Застосування комплексної програми корекції із включенням синбіотика Лактіале достовірно покращило стан пацієнтів із хронічним панкреатитом за параметрами клінічної симптоматики на 47,4%, нормалізувало мікрофлору товстої кишки і підвищило якість життя хворих на 60,1%.

Перспектива подальших досліджень – плануємо дослідити динаміку стану трофологічного статусу та імунної системи хворих на хронічний панкреатит під впливом запропонованих програм корекції.

Література

1. Бабінець Л.С., Гаврилюк Д.В. Дисбактеріоз кишечника як предиктор ускладнення клінічного перебігу хронічного панкреатиту. Український мед. альманах. 2005, 5: 11-13.
2. Бримкулов Н.Н., Сенкевич Н.Ю., Калиева А.Д. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни. Центральньо-азиатський медичинський журнал. 1998, 4-5: 236 - 241.

3. Гастроэнтерология: национальное руководство. Под ред В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. М.: ГЕОТАР Медиа. 2008.
4. Губергриц Н.Б. Хронический панкреатит: лечение. Лікування та діагностика. 2003, 1: 47–58.
5. Звягинцева Т.Д., Шаргород И.И., Мирзоева Л.А. и др. Хронический пенкреатит. Харьков. 2004.
6. Наказ МОЗ України від 13 червня 2005р. №271 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія».

Ю. Я. Коцаба, Л. С. Бабинец

Возможности семейного врача в комплексной коррекции дисбиоза толстой кишки при хроническом панкреатите

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я.Горбачевского МО Украины»

Вступление. В работе доказано целесообразность включения в комплексную схему лечения хронического панкреатита препаратов синбиотического состава, в частности синбиотика Лактиале.

Цель. Определить изменения показателей качества жизни, клинических симптомов и отклонения в бактериограммах фекальных масс, оценить их динамику под влиянием различных программ коррекции.

Результаты. При хроническом панкреатите установили - достоверное ухудшение качества жизни по параметрам опросников GSRS и SF-36. Наличие дисбиоза толстой кишки у больных хроническим панкреатитом ухудшало клиническую симптоматику. Применение комплексной программы коррекции с включением синбиотика Лактиале достоверно улучшило состояние пациентов с хроническим панкреатитом по параметрам клинической симптоматики на 47,4%, нормализовало микрофлору толстой кишки и повысило качество жизни больных на 60,1%.

Ключевые слова: хронический панкреатит, дисбиоз толстой кишки, синбиотики.

Yu. Ya. Kotsaba, L. S. Babinets

Effectiveness of complex program of correction of the colon dysbiosis in chronic pancreatitis in the practice of family doctors

Ternopol state Medical University named after I.Ya.Gorbachevskogo MH
Ukraine

Introduction. In this work there is proved the expediency of including the drugs of synbiotic composition, especially a synbiotic Lactiale, in the complex scheme of treatment of chronic pancreatitis.

Aim. To determine the changes in the quality of life, clinical symptoms and deviations of stool bacteriograms of patients with chronic pancreatitis, to evaluate their dynamic under the influence of the various correction programs.

Results. In case of chronic pancreatitis there was established a significant deterioration of the

quality of life according to the indicators of the GSRS and SF-36 questionnaires. The presence of colon dysbiosis in patients with chronic pancreatitis deteriorates the clinical symptoms. The use of a complex program of correction with inclusion of Laktialye synbiotic significantly has improved the condition of the patients with chronic pancreatitis according to the indicators of clinical symptoms by 47,4%, normalized microflora of the colon and increased the quality of life of patients by 60.1%.

Key words: chronic pancreatitis, colon dysbiosis, synbiotic.

© І.Я. ЛОПУХ, 2013

І.Я. Лопух

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕРЛІПРЕСИНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГЕПАТОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

Національна медична академія післядипломної освіти

імені П. Л. Шупика

Вступ. Гепаторенальний синдром (ГРС) – потенційно зворотній стан, що розвивається у хворих з декомпенсованим цирозом печінки (ЦП), асцитом і печінковою недостатністю і характеризується значним погіршенням прогнозу виживання таких хворих. Лікування ГРС залишається складним завданням сучасної медицини. В ряді досліджень препарати вазоконстриктори (орніпресин, терліпресин) показали позитивний вплив у лікуванні ГРС. Мета. Оцінити ефективність застосування інфузій терліпресину в поєднанні з розчином альбуміну у лікуванні хворих на ЦП, ускладнений ГРС 2-го типу.

Методи. В дослідження залучено 53 пацієнти з декомпенсованим ЦП, ускладненим ГРС 2-го типу. В залежності від призначеної терапії хворі були розподілені на 2 групи. Пацієнти першої групи (27 осіб) отримували традиційне лікування: інфузії альбуміну в дозі 30г/добу та діуретик фуросемід. Пацієнти другої групи (26 осіб) окрім традиційної терапії отримували препарат терліпресин, синтетичний аналог вазопресину, в дозі 0.5мг довенно кожні 4 години. Функцію нирок оцінювали за показником креатиніну сироватки, швидкістю клубочкової фільтрації, рівнем натрію в сироватці крові і в сечі.

Результати. Поліпшення ниркової функції і зворотній розвиток ГРС досягнуто у 6 (23%) хворих першої групи і у 20 (76%) хворих другої групи ($p < 0.01$).

Висновки. Застосування інфузій терліпресину в поєднанні з альбуміном є ефективним методом покращення ниркової функції у хворих на ЦП, ускладнений ГРС 2-го типу.

Ключові слова: цироз печінки, гепаторенальний синдром, функціональна ниркова недостатність, вазоконстриктори, терліпресин.

ВСТУП

Гепаторенальний синдром (ГРС) визначається як гостра функціональна ниркова недостатність у хворих з прогресуючим гострим, чи хронічним захворюванням печінки з вираженою печінковою недостатністю і портальною гіпертензією при умові заперечення інших причин, які могли б викликати органічне ураження нирок [1,6]. Частіше ГРС розвивається у хворих в термінальній стадії цирозу печінки з проявами асцити. Функціональний характер ниркової недостатності у хворих з асцитом на фоні