

ТЕРМИНАЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, КАК ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

З.Н. Тотоева

ГБОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития России,
г. Владикавказ. Кафедра анатомии человека (зав. кафедрой –
к.м.н., доцент Туаева З.С.)

Сахарный диабет (СД) – является одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения, ввиду с высокой распространенностью, нарастающей в геометрической прогрессии, развитием тяжелых осложнений и хроническим течением. Диабетическая нефропатия вышла на первое место по потребности в заместительных видах терапии почечной недостаточности (ГД, ПД или трансплантация почки), вытеснив на 2-3-е место первичнопочечные заболевания любой этиологии.

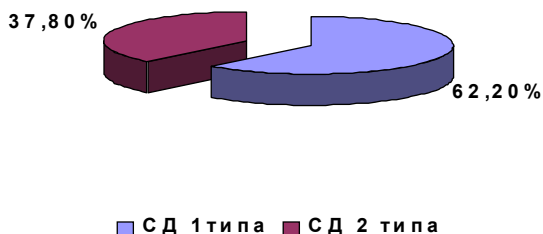
Тот факт, что число пациентов с сахарным диабетом в последние годы стремительно и угрожающе увеличивается, заставляет задуматься. Количество пациентов, нуждающихся в диализе, прогрессивно растет. Причины, ведущие к развитию терминальной хронической почечной недостаточности – нарушение гликемического контроля, диеты, отказ от использования сахароснижающих препаратов и тем самым часто сменяющие друг друга гипергликемические и гипогликемические состояния.

Развившаяся терминальная почечная недостаточность приводит к развитию грозного осложнения вторичного гиперпаратиреоза (ВГПТ) – тяжелое метаболическое поражение костной ткани: переломы костей, разрывы сухожилия 4-хглавой мышцы бедра и др., которые требуют дифференцированной терапии, включая паратиреоидэктомию (ПТЭ), которая не всегда решает проблему. Таким образом, появление явных клинических проявлений ренальной остеодистрофии, заметно усугубляющих состояние диализных больных, как правило, уже

плохо поддается коррекции, что жестко ставит вопрос о более раннем контроле, профилактике и лечении нарушений P-Са обмена.

Целью исследования было изучение эффективности лечения нарушений фосфорно-кальциевого обмена у пациентов с сахарным диабетом на хроническом гемодиализе.

Материалы и методы: Было обследовано 37 пациентов с СД, получающих лечение хроническим гемодиализом. Заболевания, приведшие к гемодиализной терапии, составили сахарный диабет 1 типа и 2 типа.



Всем пациентам определяли концентрацию общего и ионизированного кальция, фосфора, креатинина, АЛТ и АСТ, альбумина, глюкозы крови, щелочной фосфатазы, интактного паратгормона (иПТГ), остеокальцина (ОК), проводилась ультразвуковая денситометрия костной ткани и рентгенологическое исследование костей кистей и стоп.

Были выделены 3-и группы в зависимости от концентрации интактного паратгормона (иПТГ) (при норме 10-69 пг/мл): I) иПТГ<150пг/мл, II) иПТГ= 150-450пг/мл, III) иПТГ>450пг/мл.

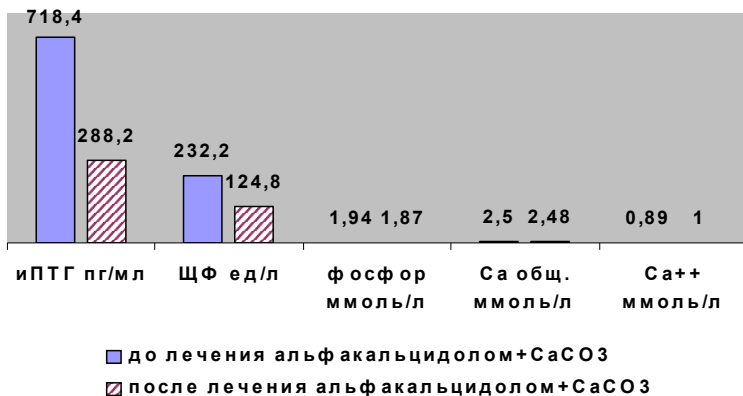
Результаты: в результате проведенного обследования количество пациентов в каждой группе составило: с СД 1 типа 62,2% и СД 2 типа 37,8% с наиболее выраженными клинико-лабораторными, рентгенологическими и денситометрическими показателями нарушений P-Са обмена.

Группы обследованных		иПТГ 10-69 пг/мл	ЩФ 63-306 Ед/л	Саобщ. 2,13- 2,68 ммоль/л	Са ⁺⁺ 1,15-1,32 ммоль/л	Фосфор 0,81- 1,55 ммоль/л
Пациенты с СД	I n=21 56,76%	59,31	242,2	2,38	0,91	1,66
	II n=10 27,03%	253,7	169,7 ±	2,37	0,88	1,87
	III n=6 16,23%	1015	577,5	2,2	0,93	2,05

Показатели фосфорно-кальциевого обмена: уровень фосфора и общего кальция оставались в пределах нормы. Концентрация уровня ионизированного кальция составила ниже нормативных показателей. Изменение щелочной фосфатазы менялся соответственно концентрации иПТГ.

Пациентам проводилось измерение минерализации костной ткани дистальных отделов скелета. Снижение денситометрических показателей на 1 стандартное отклонение по Т-критерию соответствует увеличению риска остеопоротических переломов в 2 раза. В соответствии с рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения (1994г.) при Т-критерии $-2,5$ и ниже делалось заключение об остеопорозе; при Т $-1,0$ – $-2,4$ – об остеопении; нормой считался Т выше $-1,0$. Средний показатель снижения минерализации костей в основной группе и группе сравнения составил $-5,9 \pm 1,9$ и $-3,6 \pm 0,55$, соответственно.

Проанализировав результаты обследования, пациентам с ВГПТ проводилось 6-ти месячное лечение альфакальцидолом и карбонатом кальция с положительной динамикой: уменьшение болей в костях и мышцах, достоверное снижение уровня иПТГ ($p=0,03$) и отсутствия подъема щелочной фосфатазы ($p=0,308$), т.е. активации хронических процессов печени не отмечалось. На фоне проводимого лечения альфакальцидолом состояния костной ткани у пациентов обеих групп по данным УЗД незначительно улучшилось: $-5,7 \pm 2,1$ (основная группа) и $-3,51 \pm 0,55$ (группа сравнения).



Таким образом, пациентам с СД на хроническом гемодиализе целесообразно назначение препаратов альфакальцидола и карбоната кальция от 6 месяцев и более, ведя строгий контроль показателей фосфорно-кальциевого обмена, для предотвращения развития осложнений.

УДК:616-071.3;572.783

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ ЖЕНЩИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

М.М. Тохсырова

ГБОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития России, г. Владикавказ.

Кафедра анатомии человека (зав. каф.- доц. Туаева З.С.)

E-mail: mtokhsyrova@yandex.ru

Изучение строения органов и систем тела человека невозможно без учета его конституциональных особенностей (Никитюк Б.А., 1991). Строение и топографо-анатомические взаимоотношения внутренних органов зависят от типа телосложения, сформировавшегося в онтогенезе и обусловленного