

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ФОСФОРНО-КАЛЬЦІЄВОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ХВОРОБИ НИРОК

*Никула Т.Д., Мойсєєнко В.О., Карпенко О.В.
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця,
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №2*

Вторинний гіперпаратиреоїдизм (ВГПТ) зустрічається майже в усіх пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю при рівні швидкості клубочкової фільтрації менше 60 мл/хв та проявляється порушеннями фосфорно-кальцієвого обміну. Поряд з анемією і серцево-судинними ускладненнями порушення фосфорно-кальцієвого обміну є головною причиною смерті таких хворих. Гіперфосфатемія є незалежним фактором виникнення ВГПТ. Підвищений рівень фосфору прискорює кальцифікацію судин.

В дослідження було включено 30 хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) 3-5 стадій (18 пацієнтів на хронічний гломерулонефрит, 5 – хронічний пієлонефрит, 5 – полікістоз нирок, 2 – діабетичну нефропатію). Серед обстежених хворих: 4 отримували замісну ниркову терапію (сеанси програмного гемодіалізу), 26 пацієнтів перебували на додіалізованому лікуванні. Критеріями включення в дослідження була відсутність попереднього контролю та корекції фосфорно-кальцієвого обміну. Вміст кальцію, фосфору та паратгормону сироватки крові визначали у пацієнтів до початку лікування та впродовж 6 місяців на тлі гіпофосфатної дієти, використання фосфатбіндерів та активних форм вітаміну Д₃.

Якщо у пацієнта вихідний рівень фосфатемії перевищував цільовий рівень, призначали дієту з обмеженням добового вмісту фосфору у продуктах харчування денного раціону до 800-1000 мг. У більшості хворих на ХХН 3-4 стадій вдалось досягти корекції фосфатемії за допомогою дієти, а при 5 стадії ХХН однієї дієтотерапії недостатньо. Для корекції фосфатемії у таких пацієнтів призначали кальціймісткий фосфатбіндер – кальція карбонат 1,0-1,5 г/добу.

Призначення кальцитріолу або α -кальцидолу проводилось під щомісячним контролем рівнів кальція та фосфора сироватки крові, тому що при підвищенні рівня кальція вище 2,37 ммоль/л, а рівня фосфора вище 1,49 ммоль/л, необхідно припинити прийом препаратів вітаміну Д до нормалізації зазначених показників. Початкова доза кальцитріолу та α -кальцидолу у пацієнтів на ХХН 3-4 стадій становила 0,25 мкг/добу.

На тлі комплексного лікування відбулось покращення клініко-лабораторних показників: зменшення проявів судомного синдрому, парестезій, зуду шкіри, у частини хворих досягнуто цільових рівнів фосфору, кальцію та паратгормону.

Одже, комплексне лікування хворих на ХХН 3-5 стадій повинно передбачати діагностику та корекцію порушень фосфорно-кальцієвого обміну.