

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНО-ТРЕТИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Е.А. Григорьянц, В.М. Васьков, Т.П. Киселёва

*ГБОУ ВПО Уральская Государственная Медицинская академия Минздрава России,
МАУ ГКБ № 40,
г. Екатеринбург*

Актуальность. Вторичный гиперпаратиреоз – заболевание, в основе которого лежит компенсаторная гиперфункция и гиперплазия околотитовидных желез, развивающаяся при длительной гипокальциемии и гиперфосфатемии различного генеза (хроническая почечная недостаточность, синдром мальабсорбции, болезнь Педжета, миеломная болезнь и др.)

При третичном гиперпаратиреозе происходит развитие автономной гиперпродукции паратормона гиперплазированными околотитовидными железами с формированием аденомы околотитовидной железы при длительно существующем вторичном гиперпаратиреозе.

Вторично-третичный гиперпаратиреоз (ВТГПТ) развивается у 45–70% пациентов [по данным Дедова И.И., Мельниченко Г.А., 2009] с хронической почечной недостаточностью (ХПН), получающих заместительную почечную терапию (перитонеальный или гемодиализ). К моменту перевода пациентов на диализ гистологические изменения костной ткани той или иной степени выявляют у 90% пациентов [по данным Дедова И.И., Мельниченко Г.А., 2009]

На фоне доминирующих симптомов основного заболевания (чаще всего ХПН: слабость, вялость, апатия, похудание, землистый цвет кожи, сниженный тургор, отсутствие аппетита, головные боли, боли в сердце, артериальная гипертензия, перикардит, частые инфекции и др.) у пациентов появляются: боли в костях, слабость в проксимальных отделах мышц, артралгии, кожный зуд, костные деформации, спонтанные переломы (вследствие «обеднения» кальцием кости становятся мягкими, гибкими; под влиянием нагрузки легко возникают искривления и переломы), образование внекостных кальцинатов (периартикулярных, сосудистых, конъюнктивальных, роговичных).

Цель. Изучить отдаленные результаты хирургического лечения вторично-третичного гиперпаратиреоза у гемодиализных больных.

Задачи. Сравнить динамику показателей общего С, Р у больных хронической почечной недостаточностью до и после хирургического лече-

ния; проследить динамику уровней паратгормона в до- и послеоперационном периоде; проанализировать жалобы пациентов до и после операции.

Материалы и методы. По данным операционных журналов за период с 2007 по 2011 гг. было прооперировано 48 пациентов с ВТГПТ, получающих заместительную почечную терапию. Из них для работы было опрошено и осмотрено 25 пациентов, имеющих необходимые для анализа лабораторные данные (8 мужчин и 17 женщин). Ретроспективно проанализированы данные 25 историй болезни пациентов.

Критерии оценки качества жизни:

- Уровень паратгормона до операции и в послеоперационном периоде;
- Содержание в крови общего Са, фосфора, произведение Са*Р до операции и в ближайшем послеоперационном периоде;
- Характер жалоб до операции и в послеоперационном периоде.

Результаты. Из обследованных 25 пациентов 60% имели уровень паратгормона (ПТГ) до операции более, чем в 3 раза, превышающий норму. Медиана уровня ПТГ составила 1097,8 нг/мл. В послеоперационном периоде наблюдается улучшение показателей уровня ПТГ. Только у 8% пациентов наблюдается подъем ПТГ до дооперационного уровня. Нормальное значение ПТГ у 36% пациентов. Более половины пациентов в дооперационном периоде имели гипокальциемию различной степени выраженности. Лишь у 24% наблюдалась нормокальциемия. В послеоперационном периоде отмечается улучшение показателей: 56% имеют нормокальциемию. Все 100% пациентов в дооперационном периоде имели гиперфосфатемию разной степени выраженности. В послеоперационном периоде у 56% достигнута компенсация по данному показателю. Однако, у 44% пациентов сохраняется повышенное содержание фосфора в крови, обусловленное сохраняющейся хронической почечной недостаточностью (ХПН). Одним из критериев компенсации и показанием к операции является произведение [Са*Р]. Из обследованных 25 пациентов у 8% этот показатель до операции составил >6,5, что является одним из показаний для оперативного лечения. В послеоперационном периоде большая часть пациентов имела нормальное произведение [Са*Р].

92% предъявляли жалобы на боли в костях, которые в послеоперационном периоде сохранились лишь у 12% пациентов. Третья по частоте жалоба до операции на кожный зуд в послеоперационном периоде беспокоит только 8% больных. 60% пациентов не предъявляют жалоб после операции. Таким образом, отчетливо видна положительная клиническая динамика, заключающаяся в улучшении общего самочувствия и в целом качества жизни пациентов.

Выводы

1. При ВТГПТ на фоне терминальных стадий ХПН предпочтительна тотальная паратиреоидэктомия, в связи с высокой частотой рецидива ВТГПТ при недостаточном объеме паратиреоидэктомии.

2. После оперативного лечения у 56% пациентов наблюдается нормализация уровня общего кальция в крови, но при этом у большинства пациентов сохраняется гиперфосфатемия, обусловленная имеющейся ХПН.

3. После проведения паратиреоидэктомии значительно улучшается качество жизни пациентов, в связи с исчезновением характерных жалоб ВТГПТ и уменьшением ренальной анемии.

ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

О.П. Давиденко, Я.В. Гирш

*ГБОУ ВПО Сургутский государственный университет ХМАО-Югры,
Медицинский институт, МБУЗ ГП № 4,
г. Сургут*

Диабетическая нефропатия – специфическое поражение почек при СД, сопровождающееся формированием узелкового или диффузного гломерулосклероза, терминальная стадия которого характеризуется развитием хронической почечной недостаточности. Диабетическая нефропатия (ДН) развивается у больных СД при неудовлетворительной компенсации углеводного обмена и имеет прямую зависимость от длительности диабета. Пациенты с диабетической нефропатией составляют группу риска по развитию синдрома диабетической стопы (СДС).

Цель исследования: оценить функциональное состояние почек у больных с различными формами СДС.

Объект и методы исследования. Обследованы 49 пациентов, состоящие на учете в кабинете «Диабетическая стопа». Среди указанной груп-