

ПОШИРЕНІСТЬ ВТОРИННОГО ГІПЕРПАРАТИРЕОЗУ У ДІАЛІЗНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗА ДАНИМИ ОДНОГО ЦЕНТРУ

Мартинюк Лілія Петрівна

д-р. мед. наук, проф., зав.кафедри внутрішньої медицини №3
Тернопільський національний медичний університет, Україна

Мальська Тетяна Леонідівна

аспірант кафедри внутрішньої медицини №3
Тернопільський національний медичний університет, Україна

Науковий керівник: Мартинюк Лілія Петрівна

д-р. мед. наук, проф., зав.кафедри внутрішньої медицини №3
Тернопільський національний медичний університет, Україна

Актуальність. Вторинний гіперпаратиреоз (ВГПТ) - хронічне захворювання, яке характеризується надмірною секрецією паратиреоїдного гормону (ПТГ) внаслідок компенсаторної гіперфункції пара щитоподібних залоз, що розвивається при тривалій гіпокальціємії, дефіциті вітаміну D і / або гіперфосфатемії різного генезу. В основному захворювання обумовлено гіперплазією більше однієї пара щитоподібної залози. [1].

Хронічна хвороба нирок (ХХН) є найчастішою причиною розвитку ВГПТ. У міру прогресування ХХН підвищені концентрації ПТГ в сироватці крові призводять до формування захворювань кісток, кальцифікації судин, клапанів серця і м'яких тканин. Наслідком захворювань кісток є зростання частоти їх переломів і підвищення ризику смертності. [2-5]. Тому ВГПТ вимагає вчасної діагностики та адекватного лікування.

Мета. Визначити поширеність вторинного гіперпаратиреозу, частоту відхилень рівнів фосфору та кальцію, а також клінічну симптоматику з боку опорно-рухового апарату пацієнтів на ХХН 5 Д стадії, що перебувають на нирковозамісній терапії за даними одного гемодіалізного центру.

Матеріали та методи. Для виконання поставлених цілей на базі відділення гемодіалізу КНП "Тернопільської обласної клінічної лікарні" ТОР було обстежено 249 хворих на ХХН VД стадії, від 20 до 75-ти років, з них чоловіків - 115, жінок - 134. Було проведено стандартизоване клініко-лабораторне, антропометричне обстеження. Кальціє-фосфорний обмін вивчали за рівнем кальцію, фосфору в сироватці крові (біохімічні методи), та функцію при щитоподібних залоз - за рівнем у сироватці інтактного ПТГ (імуноферментний метод).

Результати досліджень. Вивчення клінічної симптоматики засвідчило, що головними клінічними ознаками ураження опорно-рухового апарату у хворих на ХХН VД є біль у спині - 107 (43%), м'язах - 52 (21%), в кінцівках - 42 (17%) пацієнтів. Дещо рідше в даній категорії пацієнтів мали місце м'язова слабкість - 30 пацієнтів (12%) і порушення ходи - 17 пацієнтів (7%). При оцінці мінерального обміну за даними лабораторного дослідження домінуючим порушенням є гіперфосфатемія, яка спостерігалась у 115 (46%) обстежених, рівень фосфору в межах референтних значень - 134 (54%), гіпофосфатемії не було зареєстровано в жодного з пацієнтів (0%). Гіперкальціємія мала місце у 57 (23%), нормальний рівень кальцію - 177 (71%), гіпокальціємія 15 (6%) пацієнтів. Підвищеним рівнем ПТГ вважали рівень ПТГ, який у 8 разів і більше перевищував верхню межу нормального значення. Таким чином

підвищений ПТГ був у 53 (21%), цільовий рівень ПТГ – 124 (50%) пацієнтів. Зниженим рівнем ПТГ є його підвищення нижче ніж в 2 рази вище нижньої межі норми, що було зареєстровано у 72 (29%) пацієнтів. Рівні кальцію та фосфору у хворих не залежали від статі та нозологічної форми первинного захворювання. Таким чином, У 46% хворих на ХХН VД спостерігається дисфункція прищитоподібних залоз, яка супроводжується гіперфосфатемією, у 23% обстежених виявлено гіперкальціємію. Вторинний гіперпаратиреоз, що супроводжувався підвищенням рівня ПТГ сироватки крові, виявлено у 21% обстежених.

Висновок. Порушення мінерального обміну мають місце у переважної більшості пацієнтів на ХХН 5 Д, що потребує ретельного моніторингу і вивчення з метою ефективної корекції даних порушень.

Список використаних джерел:

1. Goodman WG, Quarles LD. Development and progression of secondary hyperparathyroidism in chronic kidney disease: lessons from molecular genetics. *Kidney Int.* 2008;74(3):276-288. <https://doi.org/10.1038/sj.ki.5002287>.
2. Tentori F, Blayney MJ, Albert JM, et al. Mortality risk for dialysis patients with different levels of serum calcium, phosphorus, and PTH: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Am J Kidney Dis.* 2008;52(3):519-530. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2008.03.020>.
3. Taniguchi M, Fukagawa M, Fujii N, et al. Serum phosphate and calcium should be primarily and consistently controlled in prevalent hemodialysis patients. *Ther Apher Dial.* 2013;17(2):221-228. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.12030>.
4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Update Work Group. KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney Int Suppl* (2011). 2017 Jul;7(1):1-59.
5. Tentori F, McCullough K, Kilpatrick RD, et al. High rates of death and hospitalization follow bone fracture among hemodialysis patients. *Kidney Int.* 2014;85(1):166-173. <https://doi.org/10.1038/ki.2013.279>.