ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Брошюра для тех, кто интересуется проблемой

abbvie

ПОЧЕМУ ВАЖНО ЗНАТЬ

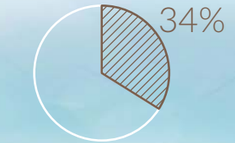
о вторичном гиперпаратиреозе?

1 из 10

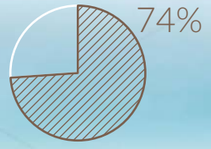
Каждый 10-й житель России страдает хронической болезнью почек (ХБП)

5 из 10

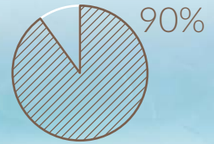
Каждый 2-й пациент с ХБП 3–5 стадий имеет нарушение минерально-костного обмена — **вторичный гиперпаратиреоз** (ВГПТ)[1,2]



ХБП 3 стадии
(СКФ 30–59 мл/мин/1,73 м^2)



ХБП 4 стадии
(СКФ 15–29 мл/мин/1,73 м^2)



ХБП 5 стадии
(СКФ <15 мл/мин/1,73 м^2)

ВГПТ — одно из самых распространенных осложнений при ХБП

ПОЧКИ

Маленький, но важный орган

- 2 почки, каждая весит 120–200 г, обычно левая почка несколько больше правой[3].
- Весь объем крови человека проходит через его поки за 5 минут. За сутки почки очищают от продуктов жизнедеятельности более 200 л крови.
- Почки могут справляться с очисткой крови до тех пор, пока не утратят 80–85% своей функции.

Выводят из организма продукты метаболизма — природный фильтр

Регулируют артериальное давление и баланс электролитов

Синтезируют активный витамин D

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК

Нарушения работы почек могут протекать без видимых симптомов длительное время — вплоть до выявления почечной недостаточности.

Чтобы вовремя отследить снижение функции почек, необходимо регулярно сдавать **анализы на креатинин** и оценивать **скорость клубочковой фильтрации (СКФ).**

ЧТО ТАКОЕ
вторичный гиперпаратиреоз

Вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ) является одним из самых распространенных осложнений при ХБП и может иметь серьезные последствия для организма.

ВГПТ ведет к разрушению костных тканей и нарушением системы кровообращения. Вторичный гиперпаратиреоз искажает внешний вид больных, деформируя позвоночник и другие кости скелета, что становится причиной многочисленных переломов, и, в конечном итоге, ведет к полной потере подвижности и инвалидности

×500

Повышает риски смерти от сердечно-сосудистых осложнений*[4]

×5

Повышает вероятность переломов*

×7

Повышает риск перехода на диализ**[5]

×2

Повышает риск смерти**[5]

* чем у человека без ХБП; ** у больных с сахарным диабетом.

ПОЧЕМУ ВОЗНИКАЕТ
вторичный гиперпаратиреоз

Снижение функции почек приводит к уменьшению эффективности их работы, тем самым, почки плохо выполняют свои основные задачи:

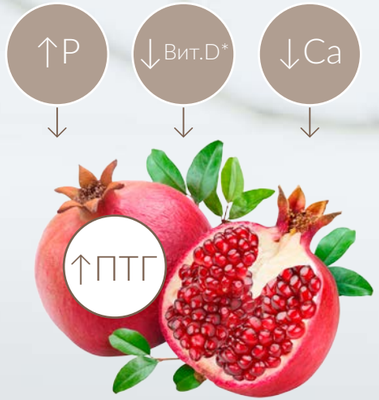
– ухудшается фильтрация продуктов распада из крови (в том числе фосфатов);

– снижается выработка активного витамина D, необходимого для нормального всасывания кальция из кишечника и поступления в кости, тем самым, снижается общий уровень кальция крови.

Компенсаторно оргнанизм активизирует паращитовидные железы которые начинают вырабатывать повышенное количество паратиреоидного гормона (ПТГ).

ПТГ повышает уровень кальция в крови, забирая его из всех возможных источников в организме (в том числе из основного источника — костей). Из-за этого кости становятся хрупкими, многократно увеличивается вероятность переломов.

Постоянно высокий уровень ПТГ в ответ на необходимость регуляции кальциево-фосфорного обмена вызывает такое осложнение как **ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИЕОЗ,** и без своевременного лечения это состояние может привести к разрушению костных тканей и нарушением системы кровообращения, гиперплазии паращитовидных желез.



* Активный витамин D.

ПАРАЩИТОВИДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

Паращитовидные железы — четыре небольшие эндокринные железы, расположенные за щитовидной железой. Паращитовидные железы вырабатывают паратиреиодный гормон (сокр. паратгормон или ПТГ).

ПТГ контролирует **поддержание уровней кальция и фосфора в крови,** обеспечивает нормальную работу костной ткани, сердца, мышц, нервных волокон и кровеносных сосудов. ПТГ обеспечивает необходимый транспорт кальция и фосфора в костную ткань и из нее.

Когда работа почек нарушается, паращитовидные железы начинают вырабатывать все больше ПТГ для поддержания уровня кальция и фосфора. В случае недостатка кальция в крови ПТГ способен вымыть часть кальция из костей, тем самым, сбалансировать обмен. Но постоянное выделение паратгормона крайне отрицательно влияет на организм и вызывает **вторичный гиперпаратиреоз.**

ВИТАМИН D В ОРГАНИЗМЕ

Откуда получить витамин D?

– Продукты питания (наиболее богаты витамином D молочные продукты, рыбий жир, печень рыб, икра, яичный желток).

– Синтез в коже под воздействием ультрафиолета.

Какие функции выполняет витамин D?

Регулирует минеральный обмен (усваивание кальция и всасывание фосфатов в кишечнике)

Обеспечивает рост и развитие костей

Уменьшает риски переломов

Влияет на состояние иммунитета, сердечно-сосудистой системы и щитовидной железы

Препятствует росту раковых клеток

Считается, что 20–50% людей в популяции имеют низкий уровень витамина D независимо от наличия или отсутствия ХБП[6].

Попадая в почки, витамин D преобразуется в **активную форму.** При хронической болезни почек активация витамина D снижается, что приводит к ухудшению усваивания кальция и всасывания фосфора. Рецепторы витамина D найдены в 30 тканях и органах человеческого организма. Активация рецепторов витамина D медикаментозными методами позволяет восстановить кальций-фосфорный баланс в организме и снизить риски прогессирования вторичного гиперпаратиреоза.

ДИАГНОЗ ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ

Диагноз «вторичный гиперпаратиреоз» ставится на основании лабораторных наблюдений: повышенного уровня ПТГ. Вы можете обратиться к своему лечащему врачу или самостоятельно сдать кровь на определение уровня ПТГ, кальция и фосфора.

Контроль уровня кальция, фосфора и ПТГ необходим всем пациентам при снижении скорости клубочковой фильтрации до 60 мл/мин./1,73м^2 (т.е. 3–5 стадии ХБП).

Рекомендуемые целевые диапазоны[6]:

	ХБП 3 ст.	ХБП 4 ст.	ХБП 5 ст.	ХБП 5 ст. (диализ)
Паратгормон (ПТГ)	35–70 пг/мл 3,85–7,7 пмоль/л)	70–110 пг/мл (7,7–12,1 пмоль/л)	110–150 пг/мл (7,7–14,4 пмоль/л)	150–300 пг/мл (16,5–33,0 пмоль/л)
Кальций (Ca)	2,1–2,5 ммоль/л (8,4–10,0 мг/дл)			
Фосфор (P)	0,81–1,45 ммоль/л (3,5–5,5 мг/дл)			

ДИАГНОСТИКА
вторичного гиперпаратиреоза

И нарушения работы почек, и вторичный гиперпаратиреоз могут протекать длительное время без видимых симптомов. Чтобы вовремя отследить изменения в организме, у больных с ХБП следует на регулярной основе сдавать анализы на ПТГ, кальций и фосфаты, на ранних стадиях ХБП рекомендуется также контролировать уровень витамина D в организме.

Рекомендуемая частота сдачи анализов на разных стадиях ХБП[6] (каждые n-месяцев):

Показатель	3 ст.	4 ст.	5 ст.	диализ
ПТГ	12 мес или чаще*	6 мес	3–6 мес	3–6 мес
Ca	6 мес	3–6 мес	1–3 мес	1–3 мес
P	6 мес	3–6 мес	1–3 мес	1–3 мес
25(OH)D*	12 мес	12 мес	не уст.	не уст.

* если ПТГ выше нормы и ХБП быстро прогрессирует.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Целью терапии вторичного гиперпаратиреоза является снижение уровня ПТГ до нормальных значений, а также нормализация кальций-фосфоного обмена для предотвращения прогрессирования заболеваний костной ткани и системных последствий вторичного гиперпаратиреоза.

Что делать?

1. Соблюдать рекомендации лечащего врача и диетолога по правильному питанию. Необходимо строго контролировать уровень фосфат-содержащей (особенно белковой) пищи.
2. Соблюдать рекомендации лечащего врача по коррекции вторичного гиперпаратиреоза с помощью[7]:

– витамина D (для восполнения его дефицита в организме);

– селективного и неселективных активаторов рецепторов витамина D (для пациентов на 3–5 стадиях ХБП для лечения вторичного гиперпаратиреоза — коррекции уровней ПТГ, кальция и фосфора);

– кальцимиметики (для лечения вторичного гиперпаратиреоза у пациентов на диализе);

– фосфатсвязывающих препаратов (для снижения уровня фосфора в крови).

Любая терапия подбирается строго индивидуально исходя из Вашего состояния, анамнеза, анализов и сопутствующих патологий. Пожалуйста, обратитесь к лечащему врачу для подбора терапии.

ЗАЧЕМ НУЖНО ЛЕЧИТЬ

вторичный гиперпаратиреоз

При отсутствии лечения вторичный гиперпаратиреоз прогессирует с течением времени.

Если не контролировать заболевание, может потребоваться операция по удалению паращитовидной железы

Ранняя постановка диагноза и лечение позволят:

– Снизить риски сердечно-сосудистых осложнений[8]

– Снизить частоту посещения врачей (по профилю заболевания)[9]

– Снизить частоту госпитализаций в стационар[9]

– Отсрочить время перехода на диализ[10]

Своевременное лечение вторичного гиперпаратиреоза позволит избежать разрушения костей (ломкие кости — большая вероятность переломов даже при небольших ударах и ушибах) и дополнительной нагрузки на седце и сосуды.

КАК ЕЩЕ ПОМОЧЬ ПОЧКАМ

Простые правила для профилактики нефрологических осложнений

- Поддерживать хорошую физическую форму.
- Регулярно контролировать уровень сахара крови.
- Контролировать артериальное давление.
- Соблюдать правильное питание и не злоупотреблять солью и мясной пищей.
- Контролировать вес. Резкое изменение веса — стресс для организма.
- Пить больше жидкости — 2–3 литра в день.
- Не курить, не злоупотреблять алкоголем.
- Регулярно проходить медицинское обследование, позволяющее оценить состояние почек и уровень паратиреоидного гормона.

КАК ПОЛУЧИТЬ ЛЕЧЕНИЕ

вторичного гиперпаратиреоза

Проблемой вторичного гиперпаратиреоза занимаются врачи-нефрологи и эндокринологи. Обратитесь к своему к лечащему врачу за назначением лечения.

Какие права есть у пациентов для получения инновационной терапии ВГПТ?

Правительством Российской Федерации утверждены **Перечни лекарственных препаратов для обеспечения отдельных категорий граждан (ОНЛС и ЖНВЛП),** куда включены препараты для лечения вторичного гиперпаратиреоза (№___ от ____).

Пациентам с вторичным гиперпаратиреозом (инвалидам I и II групп) предоставляется **федеральная льгота** на обеспечение необходимыми лекарственными препаратами, а также **региональная льгота.**

Для пациентов диализных центров лечение вторичного гиперпаратиреоза может также покрываться за счет **средств ОМС.**

Психологическую и правовую помощь можно всегда получить в профильных сообществах пациентов

Ссылки на источники информации

1. Andress DL. Vitamin D in chronic kidney disease: a systemic role for selective vitamin D receptor activation. Kidney Int. 2006 Jan; 69(1):33–43.
2. Levin A, Bakris GL, Molitch M, et al. Prevalence of abnormal serum vitamin D, PTH, calcium, and phosphorus in patients with chronic kidney disease: results of the study to evaluate early kidney disease. Kidney Int. 2007;71(1):31–38.
3. М.Р. Сапин, Г. Брыксина. Анатомия человека. — М: Просвещение, 1995. — С. 254. — 464 с.
4. Столичная ассоциация нефрологов. Состояние нефрологической помощи в России: http://nephrorus.ru/?page_id=3054.
5. Glen T. Schumock et al. Association of Secondary Hyperparathyroidism with CKD Progression, Health Care Costs and Survival in Diabetic Predialysis CKD Patients. Nephron Clin Pract 2009;113: p.54–61.
6. Российское диализное общество. Национальные рекомендации по минеральным и костным нарушениям при хронической болезни почек, 2010.
7. Ассоциация нефрологов, Научное общество Нефрологов России. Клинические рекомендации «Минеральные и костные нарушения при хронической болезни почек (МКН-ХБП)», 2015.
8. Л.Ю. Милованова, И.А. Добросмыслов, Ю.С. Милованов. Опыт применения активных метаболитов витамина D при нарушении фосфорно-кальциевого обмена у больных с додиализными стадиями хронической болезни почек. Терапевтический Архив 6, 2014.
9. Marx SE et al. Dialysis Health Outcomes Associated with Pre-dialysis Use of Paricalcitol for Secondary Hyperparathyroidism (SHPT). International Society for Pharmacoeconomics & Outcomes Research Atlanta, Georgia May 17–19, 2010.
10. Рудакова А.В. Эффективность затрат на пероральный парикальцитол у пациентов с хронической почечной недостаточностью 3-й и 4-й стадий и вторичным гиперпаратиреозом. Фармакоэкономика, т 5, №2, 2012 г, стр.13–16.

Для заметок

Для заметок

МООНП «НЕФРО-ЛИГА»
Тел.: +7 (910) 430-60-22
e-mail: nephroliga@gmail.com
www.nephroliga.ru

Компания AbbVie (ООО «ЭббВи)
Г.Москва, ул.Лесная, д.7, Бизнес центр «Белые сады», здание «А»
Тел.: +7 495 258 42 77, факс +7 495 258 42 87
www.abbvie.ru