

ВЛИЯНИЕ СЕЛЕКТИВНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОЧЕЧНЫЙ РЕЗЕРВ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ.

Попова М. А.

Ижевская государственная медицинская академия.

Город Ижевск, Россия.

Известно, что у больных сахарным диабетом (СД) гиперфльтрация способствует возникновению и прогрессированию диабетической нефропатии (ДН). Наряду с гиперфльтрацией у значительного числа больных СД отмечается нарушение функционального почечного резерва (ФПР), что может быть фактором риска быстрого прогрессирования ДН, в том числе с исходом в хроническую почечную недостаточность.

Цель. Изучить влияние селективного плазмафереза - криоафереза на внутриклубочковую гипертензию у больных СД 2 типа с диабетической нефропатией.

Методы. До и после курса криоафереза определяли ФПР посредством острой пробы с пероральной белковой нагрузкой. Производилось определение уровня клубочковой фильтрации (КФ) до и через 2 часа после пероральной нагрузки белком. Базальную и стимулированную клубочковую фильтрацию определяли по методу клиренса эндогенного креатинина. Динамика функционального почечного резерва изучалась нами у 48 пациентов, среди которых 23 пациентов с ДН на стадии микроальбуминурии и 25 человека с ДН на стадии протеинурии. Группу сравнения составили больные, получавшие только ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента. Резерв фильтрационной функции почек трактовался как сохранный при приросте КФ после нагрузки белком более чем на 10%, как сниженный - при приросте КФ от 5 до 10% и как истощённый - при КФ менее 5%. Каждому больному было проведено 5 - 7 процедур криоафереза. Данный способ лечения ДН криоаферезом имеет приоритетную справку №2003113169 от 5 мая 2003 года, выданную ФИПС. Больные находились в компенсированном и субкомпенсированном состоянии по СД.

Результаты. При определении исходных значений ФПР, они оказались сохранными у 15 пациентов с ДН на стадии микроальбуминурии, и в среднем их значения составили $+12,9 \pm 1,1\%$. У остальных 8 пациентов с микроальбуминурией ФПР отсутствовал (ФПР = $-16,3 \pm 3,6\%$). В то время как в группе пациентов с протеинурией ФПР отсутствовал у всех 25 человек (ФПР = $-24,6 \pm 4,6\%$). Отсутствие резервов фильтрации у больных СД с ДН 2 стадии свидетельствует о максимальной функциональной активности всех имеющихся нефронов и позволяет предположить дальнейшее прогрессирование диабетической нефропатии в отсутствие адекватного лечения.

После проведённого курса криоаферезом в течение 3 недель у пациентов повторно определяли ФПР. Была отмечена следующая тенденция: в группе больных СД типа 2 и ДН на стадии микроальбуминурии у 5 пациентов с исходно отрицательным ФПР отмечено его увеличение до $+6,1 \pm 0,6\%$ ($p < 0,05$), то есть произошёл «переход» этих пациентов из группы без резервов фильтрации в группу со сниженным ФПР. У 3 пациентов с микроальбуминурией показатели ФПР оставались на прежнем уровне. У остальных пациентов показатели ФПР оставались на прежнем уровне, что вероятнее всего свидетельствует о необратимых изменениях структуры почек. В контрольной группе пациентов, за 3 недели наблюдения, положительной динамики со стороны функционального почечного резерва обнаружено не было.

Выводы. Таким образом, определение резервов фильтрации острой пероральной нагрузкой позволяет судить о характере изменений происходящих в почках больных СД. Отсутствие резервов фильтрации у больных СД типа 2 как с ДН 1 стадии, так и ДН 2 стадии должно служить показанием к назначению методов, снижающих внутриклубочковое гидростатическое давление. В качестве такого метода может быть рекомендован криопреципитационный плазмаферез - криоаферез.

Работа представлена на II научную конференцию «Медицинские, социальные и экономические проблемы сохранения здоровья населения» с международным участием (18-25 мая, 2004 г., г. Анталия, Турция)