

снизились с $7,88 \pm 1,52$ до $4,85 \pm 0,9$ ммоль/л ($p < 0,0001$), холестерин ЛПНП (ХСЛПНП) с $5,6 \pm 1,48$ до $2,98 \pm 0,89$ ммоль/л ($p < 0,0001$), индекс атерогенности с $5,9 \pm 1,8$ до $3,6$ ммоль/л $\pm 1,2$ ($p < 0,0001$), ТГ с $2,17 \pm 1,0$ до $1,68 \pm 0,78$ ммоль/л ($p < 0,05$). Целевой уровень ОХС менее 4,8 ммоль/л и ХС ЛПНП менее 2,6 ммоль/л достигнут у 7 из 14 больных диабетом и у 4 из 10 больных без него. Положительная динамика этого показателя прослеживалась уже через 4 недели приема препарата. Побочные эффекты не наблюдались.

Заключение: холетар в дозе 10-20 мг в сутки хорошо переносится и эффективен в коррекции дислипидемии у лиц пожилого возраста, страдающих ИБС и артериальной гипертензией на фоне СД 2 типа или без него.

ВЛИЯНИЕ СЕЛЕКТИВНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОЧЕЧНЫЙ РЕЗЕРВ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Попова М. А.

*Ижевская государственная медицинская академия,
Город Ижевск*

Известно, что у больных сахарным диабетом (СД) гиперфилтрация способствует возникновению и прогрессированию диабетической нефропатии (ДН). Наряду с гиперфилтрацией 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 - криофереза на внутриклубочковую гипертензию у больных СД 2 типа с диабетической нефропатией.

Методы. До и после курса криофереза определяли ФПР посредством острой пробы с пероральной белковой нагрузкой. Производилось определение уровня клубочковой филтрации (КФ) до и через 2 часа после пероральной нагрузки белком. Базальную и стимулированную клубочковую филтрацию 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 филтрационной функции почек трактовался как сохраненный при приросте КФ после нагрузки белком более чем на

10%, как сниженный - при приросте КФ от 5 до 10% и как истощенный - при КФ менее 5%. Каждому больному было проведено 5-7 процедур криофереза. Данный способ лечения ДН криоферезом 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 сохраненными 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 филтрации 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 проведенного курса криоферезом 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 филтрации 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 филтрации острой пероральной нагрузкой позволяет судить о характере изменений происходящих в почках больных СД. Отсутствие резервов филтрации 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 криопресипитационный плазмаферез - криоферез.

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)