

Вьюн Т.И., Цимох И.Э.

Значение биохимических маркеров минеральной плотности костной ткани для диагностики остеопоротических состояний при хроническом панкреатите сочетанном с гипертонической болезнью

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Хронический панкреатит (ХП) – полиэтиологическое заболевание поджелудочной железы, которое имеет склонность к рецидивированию, характеризуется постепенным замещением ацинарной и островковой ткани, что приводит в дальнейшем к развитию экзокринной и эндокринной недостаточности. Также социально значимой болезнью считается гипертоническая болезнь (ГБ). В общей популяции показатель заболеваемости составляет от 28 до 45%. Среди пациентов с ГБ патология системы органов пищеварения выявлена в 62,35% случаев, среди них ХП встречается в 28% случаев. Коморбидность данных па-

тологий способствует возникновению осложнений, среди которых частым являются остеопоротические состояния, что существенно повышает уровень летальности в группе данных пациентов.

Цель – определение роли фракций кальция и общей кислой фосфатазы в диагностике остеопоротических состояний у больных с сочетанной патологией хронического панкреатита и гипертонической болезни.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 120 пациентов с ХП, который в 70 случаях был в сочетании с ГБ (основная группа). 50 пациентов составляли группу сравнения (пациенты с изолированным ХП). Группы были сопоставлены по возрасту $32,2 \pm 2,1$ (основная), $31,9 \pm 3,1$ (сравнения). Са в сыворотке крови определяли биохимическим методом (набор реактивов PLIVA-Lachema, Чехия). Ионизированный кальций сыворотки крови рассчитывали по формуле Д.И. Мицуры. Активность общей кислой фосфатазы определяли кинетическим методом (DAC-SpectroMed, Молдова). Полученные данные обработаны с помощью программного обеспечения «STATISTICA».

Результаты. У больных с сочетанием ХП и ГБ отмечается формирование гипокальциемии, как за счет содержания белоксвязанного ($2,33 \pm 0,01$ ммоль/л против $2,51 \pm 0,01$ ммоль/л в группе сравнения ($p < 0,05$)), так и свободного кальция ($1,16 \pm 0,01$ ммоль/л; $1,18 \pm 0,01$ ммоль/л соответственно ($p < 0,05$)) с увеличением показателя кальциевого коэффициента до $49,8 \pm 0,2$ % ($p < 0,05$). То есть, указанные нозологии приводят не только к количественным, но и к качественным изменениям: нарушение соотношения фракций кальция. Установлено увеличение содержания общей кислой фосфатазы - маркера костной резорбции, как в группе с изолированным ХП у 88 % ($7,4 \pm 1,4$ % Ед/л), пациентов, так и у 91% ($7,9 \pm 2,1$ % Ед/л) лиц в группе сочетанной патологией.

Выводы. Сочетание ГБ и ХП – кальций зависимых заболеваний – происходит за счет количественных и качественных изменений основных фракций кальция, что провоцирует поступление кальция из депо – костной ткани. Доказано, что формирование остеопенических состояний происходит несколькими путями: как в случае уменьшения поступления кальция, так и вследствие уменьшения синтеза костной ткани и увеличение костной резорбции.