PRZEWLEKŁA HIPOKALCEMIA: LECZENIE ZACZNIJMY OD DIETY

II Środkowo Europejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy oraz XIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej Fundacji Osteoporozy, Kraków 11-13.10.2007
Streszczenia:
Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2007, vol 9 (Suppl. 2), s1155-156.

P10
PRZEWLEKŁA HIPOKALCEMIA: LECZENIE ZACZNIJMY OD DIETY

Gowin E.

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Słowa kluczowe: hipokalcemia, wapń zjonizowany, osteoporoza

Wstęp
Hipokalcemia jest częstym odchyleniem laboratoryjnym spotykanym u wielu pacjentów. Manifestuje się w bardzo różny sposób od asymptomatycznej do zagrażającej życiu. Przewlekła hipokalcemia może doprowadzić do upośledzenia procesu mineralizacji kości, utrudniać osiągniecie szczytowej masy kostnej, zwiększać ryzyko wystąpienia osteoporozy. Analizy diet różnych grup ludności w naszym kraju wskazują na duży niedobór wapnia. Średnie spożycie wapnia u statystycznego Polaka wynosi zaledwie 400 mg, podczas gdy dzienne zapotrzebowanie na wapń wynosi 1000-1500mg. Celem pracy była ocena wpływu suplementacji wapnia na regresję objawów klinicznych hipokalcemii oraz na normalizację parametrów laboratoryjnych gospodarki wapniowej.
Materiał i metody
Grupę badaną stanowiło 51 pacjentów, w tym 42 kobiety 9

mężczyzn w wieku od 29 do 89 lat (średnia wieku 58 lat). Pacjenci byli w dobrym stanie zdrowia, nie stosowali leków mogących obniżać poziom wapnia. Wyłączono chorych z niedoczynnością przytarczyc oraz innymi stanami chorobowymi mogącymi wpływać na gospodarkę wapniowo-fosforanową. Analizowano inne możliwe przyczyny hipokalcemii, w tym dietę ubogowapniową. Oceniano poziom wapnia zjonizowanego. Za istotną hipokalcemię przyjęto poziom wapnia zjonizowanego 4,0mg/dl (norma 4,2 – 5,2mg/dl). Na podstawie analizy diety oszacowano dzienne spożycie wapnia u każdego z pacjentów. Pacjentom spożywającym <500mg wapnia udzielono porady dietetycznej i zalecono suplementację preparatami węglanu wapnia (1000mg) i witaminy D3 (400j cholekalcyferolu) przez 3 miesiące. Pacjentom deklarującym dobowe spożycie wapnia 500-1000mg zalecono dietę bogatowapniową oraz suplementację wapnia 500mg i witaminy D3 (200j). Przy spożyciu wapnia >1000mg zalecono wprowadzenie do diety pokarmów bogatowapniowych. Po upływie 3 miesięcy ponownie oceniono obecność objawów klinicznych hipokalcemii oraz poziom wapnia zjonizowanego we krwi.

Wyniki

W analizowanej grupie pacjentów najczęściej podawanymi dolegliwościami były: uczucie mrowienia i drętwienia zlokalizowane głównie w rejonie odcinka lędźwiowego kręgosłupa oraz w kończynach dolnych (76%), suchość skóry (64%), łamliwość włosów i paznokci (64%). Na początku badania zakres wartości wapnia zjonizowanego wynosił od 3,2 do 4,0 mg/dl (średnia 3,9mg/dl). Dzienne spożycie wapnia <500mg stwierdzono u 12 pacjentów (23%), 500-1000mg u 30 (59%), 1000-1500mg u 9 (18%). Poziomy wapnia zjonizowanego nie różniły się istotnie przed wprowadzeniem leczenia pomiędzy pacjentami z poszczególnych grup. Po upływie 3 miesięcy stwierdzono ustąpienie objawów klinicznych hipokalcemii. Poziom wapnia zjonizowanego wzrósł do 4,4 – 4,9mg/dl. Najlepszą korekcję zanotowano w grupie z największą farmakologiczną suplementacją (średnio o 0,8mg/dl).

Wnioski

1. Najczęstszą przyczyną przewlekłej skąpoobjawowej hipokalcemii jest dieta ubogowapniowa.
2. Zgłaszane objawy hipokalcemii są nieswoiste, różnorodne.
3. Najskuteczniejszą metodą leczenia hipokalcemii jest farmakologiczna substytucja preparatami wapnia i witaminy D3.
4. Przewlekła hipokalcemia pogarsza jakość życia.