

*Н.М. Андон'єва, М.Я.Дубовик, О.А. Гуц, Т.Л. Валковська, Г.В. Лісова, С.О. Олянич*

## **Інтегрований підхід до лікування анемії у діалізних хворих та визначення причин резистентності до еритропоез-стимулюючих препаратів**

**Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна**  
**Обласний клінічний центр урології та нефрології ім. В. І. Шаповала, м. Харків, Україна**

**А**немія є найбільш раннім і найчастішим ускладненням у хворих з хронічною хворобою нирок (ХХН). Етіологія її багатофакторна, обумовлена різними причинами, однак, провідну роль в її розвитку відіграє як недолік, так і неефективність еритропоетину (ЕПО). Впровадження в клінічну практику препаратів рекомбінантного людського еритропоетину, з ціллю подолання відносного дефіциту ЕПО, корінним чином змінило стратегію лікування та наслідки анемії у пацієнтів з ХХН (Priyadarshi A., Shapiro J., 2006). Однак, згідно з літературними даними, у 80–90% пацієнтів призначення еритропоез-стимулюючих препаратів (ЕСП) викликає адекватну еритропоетинову відповідь, тоді як у решти 10-20% спостерігається сповільнена або відсутня реакція, не дивлячись на використання високих доз еритропоетинів (Kilpatrick R.D., Critchlow S.W., 2008).

Метою нашого дослідження було вивчення причин резистентності до ЕСП у пацієнтів з анемією, які отримували перитонеальний діаліз (ПД).

Матеріали та методи. Дослідження проводилось у відділенні нефрології та перитонеального діалізу Харківського обласного клінічного центру урології та нефрології ім. В.І. Шаповала. Приймали участь 27 пацієнтів (16 чоловіків та 11 жінок) у віці від 23 до 55 років (в середньому  $38,3 \pm 3,7$  років) з ХХН V стадії, які знаходились на ПД в середньому  $44 \pm 5,8$  місяці. Хворим проводилась корекція анемії ЕПО на тлі базової терапії препаратами заліза, вітамінами групи В. Доза ЕПО титрувалася в залежності від приросту гемоглобіну. Обстеження хворих включало визначення рівня гемоглобіну крові, гематокриту, концентрацію сироваткового заліза, феритину, насичення трансферину залізом. Також визначалися рівень паратгормону сироватки крові, альбуміну, показники адекватності діалізу, наявність скритих інфекцій та кровотеч.

Результати та обговорення. Рівень гемоглобіну у хворих на початку дослідження коливався від 67 до 98 г/л (середній  $84,1 \pm 4,67$  г/л). У фазі корекції цільовий рівень

гемоглобіну (110–120 г/л) був досягнутий за 15 тижнів у 23 (85%) хворих. Середній його приріст складав  $12,2 \pm 3,8$  г/л. У 4-х (15%) пацієнтів з початковим рівнем гемоглобіну 67–74 г/л застосування еритропоетину не дало очікуваного клінічного результату. В нашому спостереженні у двох хворих мало місце абсолютний дефіцит заліза (феритин сироватки  $< 100$  мг/л), що потребувало парентерального призначення препаратів заліза в більших дозах до нормалізації показників. У 1 пацієнта резистентність до ЕПО була обумовлена високим рівнем паратгормону та розвитком вторинного гіперпаратгиреозу. Паратгиреодектомія дозволила у даного хворого подолати резистентність анемії до ЕСП. Ще у одного пацієнта виявлена множинна мієлома, що потребувало паралельного лікування у гематолога. У фазі підтримуючої терапії, на 33-му тижні дослідження була проведена конверсія на еритропоетин пролонгованої дії. 14 пацієнтів (52%) отримували препарат в дозі 100 мкг 1 раз в міс, 13 (48%) – в дозі 75 мкг 1 раз в міс. Причому у 5 хворих на 24-му тижні дослідження рівень гемоглобіну досягнув в середньому  $134,2 \pm 2,6$  г/л, в зв'язку з чим терапія еритропоетинами була припинена з ціллю уникнення кардіоваскулярних ускладнень.

Середня доза бета-еритропоетину в фазі корекції складала  $7040 \pm 1846$  МЕ в тиждень, у фазі підтримуючої терапії середня доза стимулятора еритропоезу пролонгованої дії –  $96 \pm 34$  мкг в місяць, що відповідало результатам аналогічних досліджень.

Висновки. Так як анемія і стійкість її до ЕСП сприяє підвищенню захворюваності та летальності хворих з ХХН, важливо зрозуміти етіологічні фактори та методи їх подолання з метою покращення клінічних результатів. В нашому дослідженні у 15% хворих спостерігалась резистентність до еритропоетинів, що було обумовлено дефіцитом заліза, високим рівнем паратгормону та приєднанням множинної мієломи. Успішну корекцію анемії слід розглядати як важливу частину лікування діалізних пацієнтів.

*В.І. Величко, Д.О. Лагода*

## **Немедикаментозні підходи до покращення астма-контролю**

**Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна**

**Н**а даний момент в медичній галузі зроблено багато відкриттів та нововведень, проте залишаються невирішені питання, одним з них є

бронхіальна астма (БА). Недостатній комплаєнс та не коректне лікування приводить до низького рівня астма-контролю у пацієнтів в Україні та в світі загалом.