

**В.В. Новаківський,  
Н.М. Степанова**

## **ВПЛИВ ЗАСТОСУВАННЯ ВІТАМІНУ Д НА РІВЕНЬ ГЕМОГЛОБІНУ ТА ДОЗУ ТРИВАЛОГО АКТИВАТОРА РЕЦЕПТОРІВ ЕРИТРОПОЕТИНУ В ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК V СТАДІЇ, ЯКІ ЛІКУЮТЬСЯ МЕТОДОМ ГЕМОДІАФІЛЬТРАЦІЇ**

*Медичний центр ТОВ "Фрезеніус Медикал Кер Україна"  
Черкаси, 18000, Україна  
ДУ «Інститут нефрології НАМН України»  
вул. Дегтярівська, 17В, Київ, 04050, Україна*

Вторинний гіперпаратиреоз є однією з багатьох причин, які призводять до анемії у хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН). Для лікування гіперпаратиреозу в цієї категорії пацієнтів вже майже 35 років застосовується Альфакальцидол (1-альфа-гідрохолекальциферол). На сьогодні немає однозначної думки щодо впливу застосування аналогів вітаміну Д на ефективність лікування анемії.

Метою нашого дослідження було ретроспективно оцінити вплив застосування Альфакальцидолу у хворих на ХХН V Д, які лікувались методом гемодіалізації (ГДФ), на рівень гемоглобіну (Hb) та необхідну дозу тривалого активатора рецепторів еритропоетину (ТАРЕ).

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Нами проведено ретроспективне багаточентрове когортне дослідження за участю 105 пацієнтів, які лікувались ГДФ з травня 2013 по січень 2017 року. Серед обстежених було 55,3% чоловіків та 44,7% жінок. Вік хворих у середньому становив 48,8±13,8 року. Середня тривалість діалітичної терапії до включення в дослідження становила 49,2 [26,2-99,5] місяців.

Для лікування ГДФ використовували апарати 4008S та 5008 Fresenius з блоками гемодіалізації online та діалізаторами FX 50, FX 60, FX80 Fresenius, Німеччина.

ТАРЕ (метоксиполіетиленгіколь-епоетин бета) призначали в початковій дозі 0,6 мкг/кг 1 раз на 2 тижні. У разі приросту рівня Hb менше 10 г/л за місяць, дозу ТАРЕ збільшували на 50%. За підвищення рівня Hb більше 20 г/л за місяць дозу ТАРЕ зменшували на 50%. У випадку перевищення цільових рівнів Hb ТАРЕ відміняли до зниження його рівня менше 120 г/л. Після досягнення цільового рівня Hb (фаза корекції) пацієнти переходили в підтримуючу фазу ліку-

вання анемії. Середня тривалість лікування ТАРЕ становила 44,2 (36,9-69,6) місяця.

Пацієнтів було розподілено на 2 групи: I група (n=41) не отримувала Альфакальцидол, пацієнтам II групи (n=64) призначався Альфакальцидол у дозі 1 мкг після діалітичної сесії 3 рази на тиждень.

Для статистичного аналізу ми використовували t-критерій Стьюдента, непараметричний U-тест, рівняння кореляції Манна-Уїтні та Пірсона. Всі статистичні аналізи виконувалися за допомогою MedCalc.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Порівняльний аналіз рівня Hb залежно від прийому Альфакальцидолу не продемонстрував статистично значущих результатів. Так, через рік після ініціації лікування ТАРЕ середній рівень Hb у пацієнтів I групи становив 102±11 г/л проти 106±8 г/л у хворих II групи (p=0,08). Середня доза навантаження ТАРЕ для I групи становила 108,8 [89,4-128,2] проти 100 [68,6-131,4] мкг/міс групи Альфакальцидолу (p=0,08). Проте підтримуюча доза ТАРЕ була достовірно нижчою в пацієнтів II групи: 46,1 [23,7-68,6] проти 63,9 [50,1-78,8] мкг/міс відповідно (p<0,0001).

Крім того, протягом року лікування цільового рівня Hb (110 г/л) було досягнуто в 31/41 (75,6%) пацієнтів I групи та 58/64 (90,6 %) хворих II групи ( $\chi^2=4,3$ ; p=0,03). Відношення шансів досягти цільового рівня Hb у пацієнтів групи Альфакальцидолу було в 2,2 рази вищим порівняно з пацієнтами I групи: 2,2 (95% ДІ 1,4-6,0), p=0,003.

### **ПІДСУМОК**

Застосування Альфакальцидолу в пацієнтів, які лікуються ГДФ, статистично значуще знижує необхідну для лікування анемії дозу ТАРЕ та вдвічі підвищує шанси досягнення цільового рівня гемоглобіну.