

## ТЕЗИ

О.В. АБЛОГІНА, Н.М. СТЕПАНОВА,  
В.С. САВЧЕНКО, В.Є. ДРІЯНСЬКА

**ВПЛИВ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ НА  
ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ ТА СИСТЕМНЕ  
ЗАПАЛЕННЯ**

ДУ «Інститут нефрології НАМН України»

**МЕТОЮ** роботи було дослідити вплив ініціації ПД на інсулінорезистентність та показники системного запалення у хворих на ХХН V стадії з недіабетичним ураженням нирок.

**ПАЦІЄНТИ ТА МЕТОДИ.** Проспективне обсерваційне дослідження за участю 15 пацієнтів з ХХН V стадії з недіабетичним ураженням нирок, яким розпочато лікування постійним амбулаторним перитонеальним діалізом (ПАПД) в умовах ДУ «Інститут нефрології НАМН України» з 2012 по 2015 роки. Усі хворі були чоловічої статі, віком  $49,6 \pm 5,9$  років. Лікування ПАПД здійснювали використовуючи Dianeal PD4 з концентрацією глюкози 1,36% і 2,27% у подвійних мішках «Твін Бег» по 2,0 л (Baxter Healthcare Corporation, США). Пацієнти були обстежені до початку ініціації ПД та через 3 місяці лікування. Групу контролю склали 10 умовно здорових осіб, співставлених за віком та статтю.

Методом твердофазного імуоферментного аналізу досліджували рівні у сироватці крові інсуліну, лептину, С-пептиду, інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) та моноцитарного хемотаксичного протеїну-1 (МСП-1). Вміст інсуліну визначали за допомогою антитіл проти молекули людського інсуліну з використанням реактивів

фірми «DRG Instruments GmbH» (Німеччина). Рівні ІЛ-10 та МСП-1 визначали з використанням реактивів фірми «Вектор-Бест» (Росія). Для дослідження глюкози та С-реактивного протеїну крові (СРП) використовували біохімічний аналізатор «Flexog junior» (Нідерланди).

Індекс НОМА (Homeostatic Model Assessment), що характеризує ступінь інсулінорезистентності (ІР), розраховували за формулою: рівень інсуліну натще (мкОд/мл)  $\times$  глюкоза крові натще (ммоль/л) / 22,5. ІР діагностували за цифрового значення індексу НОМА  $\geq 2,77$  ум. од. Вищезазначені дослідження виконувались у імунологічній та клініко-діагностичній лабораторіях Інституту.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програми «MedCalc». Нормальність розподілу даних перевіряли за допомогою критерію Шапіро-Уїлкса. За розподілу відмінного від нормального кількісні характеристики представлені як медіана (Me) і інтерквартильний розмах [Q25-Q75]. Для їх порівняння використовували критерій Манна-Уїтні (U). Показники з нормальним розподілом представлені як середнє значення (M) та стандартне квадратичне відхилення (SD). Для їх порівняння застосовували t-критерій Стьюдента.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.** В усіх обстежених хворих на ХХН V стадії до ініціації ПД, у порівнянні з умовно здоровими донорами, спостерігалось достовірне підвищення досліджуваних показників вуглеводного обміну та медіаторів системного запалення (табл. 1).

Таблиця 1

**Показники вуглеводного обміну та медіаторів системного запалення ПД-пацієнтів та умовно-здорових донорів**

M $\pm$ SD / Me [Q25-Q75]	Умовно-здорові донори (n=10)	Хворі на ХХН V ст (n=15)		P Стьюдента / Манна-Уїтні *
		До ініціації ПД	Через 3 місяці лікування	
Інсулін (мкОд/мл)	9,8 $\pm$ 1,5	22 $\pm$ 2,9	10,4 $\pm$ 1,6	0,008 / 0,002
Індекс НОМА (ум.од.)	2,4 $\pm$ 0,4	4,6 $\pm$ 0,3	3,3 $\pm$ 0,29	0,0002 / 0,009
Лептін (нг/мл)	5,1 $\pm$ 1,3	14,5 $\pm$ 2,8	18,8 $\pm$ 5,8	0,0004 / 0,51
С-пептид (нг/мл)	3,5 [1,9-4,3]	15,2 [13,1-16,8]	17,3 [13,2-21]	0,0001 / 0,08
ІЛ-10 (пг/мл)	3,4 $\pm$ 0,3	178,7 $\pm$ 27,6	91,2 $\pm$ 24	<0,0001/0,002
МСП-1 (пг/мл)	120,2 $\pm$ 9,6	273 $\pm$ 23	163,7 $\pm$ 17,1	<0,0001 / 0,001
СРП (мг/л)	2,8 [0,9-5,3]	48,6 [19-57,3]	45,2 [14-66,9]	<0,0001 / 0,73

\*Примітка: p у порівнянні досліджуваних показників умовно-здорових донорів та хворих на ХХН V ст. до ініціації ПД / та через 3 місяці лікування ПД.

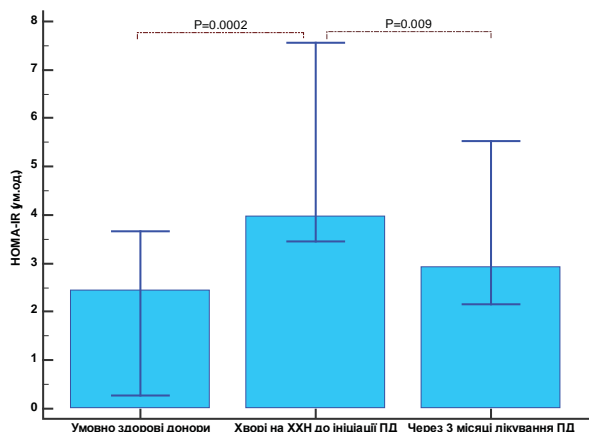


Рис. 1. Інсулінорезистентність хворих на на ХХН V стадії в динаміці лікування ПД.

**В. ДЕРЕЦЬКИЙ, Ю. ДЕРЕЦЬКИЙ,  
Л. ІВЛЄВА, С. ШЕВЧУК**

**СТРУКТУРА ХВОРИХ, НАПРАВЛЕНИХ  
НА ЗАМІСНУ НИРКОВУ ТЕРАПІЮ У  
ВОЛИНСЬКІЙ ОБЛАСТІ  
ЗА ПЕРІОД 2009-2014 РР.**

Львівський Національний медичний університет  
ім. Д. Галицького  
Волинська обласна клінічна лікарня, м.Луцьк

**МЕТА РОБОТИ:** проаналізувати контингент хворих, направлених на ниркову замісну терапію (НЗТ) у Волинській області за період 2009-2014 рр.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ** наведені у таблиці 1.

Через 3 місяці лікування ПД інсулін крові обстежених пацієнтів знизився до показників групи контролю, тоді як рівні лептину та С-пептиду достовірно не змінювались. Індекс НОМА після ініціації ПД знизився на 25% (рис. 1).

Лікування ПД позитивно впливало і на динаміку ІЛ-10 та МСП-1, тоді як рівень СРП крові залишався не змінним (див. табл.1).

**ВИСНОВКИ.** Лікування ПД протягом 3 місяців достовірно знижує рівень інсулінорезистентності та медіаторів системного запалення у крові пацієнтів з ХХН V стадії. Подальші дослідження необхідні для визначення впливу тривалого застосування глюкозвмісних діалізуючих розчинів на стан інсулінорезистентності у ПД-пацієнтів.

Як випливає з таблиці, структура основних причин термінальної ниркової недостатності змінилась — розширилась номенклатура патології, що її зумовила, зростає доля цукрового діабету як підстави для ЗНТ, зменшується частка хворих на полікістоз нирок при сталій їх кількості. Розширення номенклатури патології свідчить про покращення її діагностики, спостереження та лікування на додіалізованому етапі, психологічну орієнтацію хворих на ЗНТ. Разом з тим діабетична нефропатія ще не стала превалуючою підставою для ЗНТ, що свідчить про недостатню корекцію глікемії на додіалізованому етапі, і, як наслідок, спричиняє смертність цієї категорії хворих в результаті позаниркових ускладнень.

Таблиця 1

**Структура основних причин термінальної ниркової недостатності**

	2009р.		2010р.		2011р.		2012р.		2013р.		2014р.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хронічний гломерулонефрит	20	49	10	25,6	7	14,3	15	26,3	15	27,8	23	41,1
Цукровий діабет	10	24	10	25,6	16	32,7	15	26,3	13	24	16	28,6
Сечокам'яна хвороба	1	2,4	-		3	6,1	2	3,5	2	3,7	-	
Хронічний пієлонефрит	4	10	4	10,3	1	2	3	5,3	4	7,4	4	7,1
Полікістоз нирок	1	2,4	7	17,9	7	14,3	6	10,6	7	13	4	7,1
Системний червоний вівчак	3	7,4										
Склеродермічна нирка	1	2,4									1	1,8
Гіпертензивна нефропатія	1	2,4	8	20,6	6	12,2	5	8,8			1	1,8
Нефросклероз					5	10,2	5	8,8	11	20,4	5	8,9
Хронічний інтерстиціальний нефрит					3	6,1			2	3,7	2	3,6
Гідронефроз					1	2						
Спадкова нефропатія							1	2				
Єдина нирка							2	3,5				
Гіпоплазія нирок							1	2				
Амілоїдоз нирок							2	3,5			1	1,8
Міеломна нефропатія												
Всього	41	100	39	100	49	100	57	100	54	100	56	100

Нефросклероз невстановленої етіології свідчить про те, що хворі до моменту направлення на ЗНТ в медичні заклади не звертались і, відповідно, не спостерігались за місцем проживання.

**ВИСНОВКИ.** Таким чином, необхідно продовжувати роботу по ранньому виявленню хронічної ниркової недостатності, її своєчасному лікуванню, попередженні прогресування та санітарно-освітню роботу серед населення.