

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

Анемія 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±3,7 років) з ХХН V стадії, які знаходились на ПД в середньому 44±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±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±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 <100мг/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 гіперпаратіреозу. Паратіреоїдектомія 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±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±1846 МЕ в тиждень, у фазі підтримуючої терапії середня доза стимулятора еритропоезу пролонгованої дії – 96±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

На 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.

Проведення навчання пацієнтів в умовах астма-школи на нашу думку може мати позитивний ефект на стан пацієнта та рівень астма-контролю.

Мета: покращення астма-контролю шляхом навчання пацієнтів у Астма-школі.

Матеріали та методи. Заняття проводяться на базі кафедри сімейної медицини та загальної практики Одеського національного медичного університету. Курс навчання складається з 6 теоретичних та 9 практичних занять. Теоретичні заняття мають на меті поглибити теоретичні знання пацієнта про бронхіальну астму, методи лікування та профілактики. Практичні заняття несуть в собі індивідуальну програму, що включає навчання пацієнта, а саме дієтотерапія, дихальна гімнастика та лікувальна фізкультура.

На даний момент навчання тривають. 20 пацієнтів з різною ступеню тяжкості БА пройшли 3 теоретичні та 5 практичних занять. З 20 пацієнтів 14 (70%) мають надмірну масу тіла (НадМТ) або ожиріння та мали більш тяжкий перебіг БА. На початку лікування астма-контроль за даними теста АСТ складав у середньому $15 \pm 1,5$, що

говорить про недостатній астма контроль. На початку навчання комплаєнс пацієнтів складав 45%, а фізичні вправи виконувало лише 2 пацієнти з 20.

Пацієнти отримали рекомендації щодо збільшення кратності харчування з переважанням легкої їжі, що легко засовується та має імуностимулювальні властивості. Також пацієнти проводили дихальну гімнастику за розробленою нами схемою та займались дозованими, контрольованими фізичними вправами.

Результати. Натепер навчання триває, проте пацієнти визначають позитивні зрушення у самопочутті, тест АСТ не досяг контрольованої позначки проте має позитивну динаміку і у середньому склав $18 \pm 0,5$. Комплаєнс зріс до 85%.

Висновки. Бронхіальна астма поширена патологія, що має обтяжливий фактор ожиріння або НадМТ. Пацієнти мають недостатній комплаєнс з лікуючим лікарем. Окрім фармакологічної корекції пацієнти можуть проходити навчання у астма-школі. Наші результати є проміжними та потребують більш детальних спостережень та подальшого дослідження.

*О.Л. Зюков¹, О.О. Ошивалова^{1, 2}, І.М. Пономаренко³,
Н.В. Краснопольська³, С.І. Ганноченко³, А.А. Камка³*

Поширеність факторів ризику розвитку раку шкіри серед населення Чернігівської області

¹Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ, Україна

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шурика, м. Київ, Україна

³Чернігівський обласний шкірно-венерологічний диспансер, м. Чернігів, Україна

Фактори ризику (ФР) – це потенційно небезпечні для здоров'я явища поведінкового, біологічного, генетичного, екологічного, соціального характеру, навколишнього та виробничого середовища, що підвищують ймовірність розвитку захворювань, їх прогресування та несприятливого результату. Незважаючи на те, що ФР часто не є визначальними у виникненні захворювань, інтерес до їх вивчення пов'язаний із розуміння того, як найбільш оптимальним способом виявити осіб з ФР, що допоможе оптимізувати стратегію профілактики і тактику лікування.

Мета. Вивчити поширеність соціально-біологічних ФР розвитку раку шкіри серед неорганізованого дорослого населення Чернігівської області.

Матеріали і методи. Проведено медико-соціологічне опитування неорганізованого дорослого населення Чернігівської області. При опитуванні враховували соціально-біологічні ФР: фототип шкіри по Фіцпатрику, вплив надлишкового сонячного опромінення, контакт з радіоактивними речовинами і токсичними речовинами, тривале (більше 5 років) застосування лікарських засобів з фотосенсибілізуючою дією, періодичне травмування доброякісних новоутворень шкіри, обтяжену спадковість.

Статистичну обробку матеріалу проводили із застосуванням програмного забезпечення Excel.

В опитуванні прийняли участь 323 особи без онкологічної патології шкіри, із них 167 (51,7%) чоловіків та 156 (48,3%) жінок. За віком опитувані були представлені: 60–64 років – 29,4% осіб (чол. – 30,5%, жін. – 28,2%), 65–69 років – 25,7% осіб (чол. – 22,7%, жін. – 28,8%), 70–74 років – 26% осіб (чол. – 27,5%, жін. – 24,4%), 75 років і старші – 18,9% осіб (чол. – 19,1%, жін. – 18,6%). Серед опитуваних переважали ФР раку шкіри: II фототип шкіри – 55% (чол. – 52,5%, жін. – 57,5%), вплив надлишкового сонячного опромінення мали 43,5% осіб (чол. – 40%, жін. – 46,8%), контакт з радіоактивними речовинами мали 1,5% осіб (чол. – 1,9%, жін. – 1,1%) і токсичними речовинами – 1,8% осіб (чол. – 2,2%, жін. – 1,3%), тривале застосування лікарських засобів з фотосенсибілізуючою дією відмітили 19,4% осіб (чол. – 19,9%, жін. – 18,8%), періодичне травмування доброякісних новоутворень шкіри вказали 23% осіб (чол. – 22%, жін. – 24%), обтяжену спадковість по базальноклітинного раку мали 4% осіб (чол. – 5%, жін. – 3%), по плоскоклітинного раку – 3,5% осіб (чол. – 5%, жін. – 2%).