

частоти призначення дарбепоетину; дарбепоетину проти рлЕПО; різні частоти призначення рлЕПО. Не було встановлено жодних істотних відмінностей у збереженні остаточного гемоглобіну між CERA із двотижневим інтервалом (4 дослідження, 1762 учасники: MD 0,08 г/дл, 95% ДІ -0,04–0,21) або чотиритижневими інтервалами (два дослідження, 1245 учасників: MD -0,03 г/дл, 95% ДІ -0,17–0,12) порівняно з рлЕПО, що вводили 2–3 рази на тиждень. В одному дослідженні при порівнянні CERA, який вводили кожні два тижні, з дарбепоетином один раз на тиждень не було істотного розходження в кінцевому рівні гемоглобіну (313 учасників: MD 0,30 г/дл, 95% ДІ 0,05–0,55). У порівнянні введення раз на тиждень із введенням раз на два тижні дарбепоетину (два дослідження, 356 учасників: MD 0,04 г/дл, 95% ДІ -0,45–0,52) і один раз на два тижні із щомісячним дарбепоетином (одне дослідження, 64 учасники: MD 0,40 г/дл, 95% ДІ -0,37–1,17) не було істотних відмінностей у кінцевих рівнях гемоглобіну. У восьми дослідженнях дарбепоетин раз на тиждень порівняно з рлЕПО два-три рази на тиждень; статистичної різниці в остаточному гемоглобіні не було продемонстровано (6 досліджень, 1638 учасників: MD 0,02 г/дл, 95% ДІ -0,09–0,12). Чотирнадцять досліджень порівнювали різні частоти рлЕПО. Не було виявлено статистичної різниці за кінцевим гемоглобіном (7 досліджень, 393 учасники: MD -0,17 г/дл, 95% ДІ -0,39–0,05). Небажані явища істотно не відрізнялися при порівнянні.

Висновки. ЕСА тривалої дії (дарбепоетин і CERA), які вводять один раз на 1–4 тижні, не гірші, ніж рлЕПО із введенням один-три рази на тиждень, з точки зору досягнення цільового гемоглобіну без будь-яких істотних відмінностей у несприятливих подіях у хворих, які перебувають на гемодіалізі. Додаткові дослідження потрібні для оцінки ефективності різних ЕСА у пацієнтів на перитонеальному діалізі та в дитячому віці.

Антимікробна профілактика у дітей із міхурово-сечовідним рефлюксом

RIVUR Trial Investigators. Antimicrobial Prophylaxis for Children with Vesicoureteral Reflux // N. Engl. J. Med. — 2014 May 4. (Original). PMID: 24795142, <http://plus.mcmaster.ca/EvidenceUpdates/NewArticles.aspx?Page=1&ArticleID=58666#Data>

Обґрунтування. Діти з фебрильною інфекцією сечовивідних шляхів зазвичай мають міхурово-сечовідний рефлюкс (МСР). Результати досліджень із використанням антимікробних препаратів для профілактики й запобігання рецидивам у дітей із рефлюксом залишаються спірними.

Методи. У цьому 2-річному багатоцентровому рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні за участю 607 дітей із МСР, який було діагностовано після першого або другого епізоду симптоматичної інфекції сечовивідних шляхів, ми оцінювали ефективність триметоприму-сульфаме-

токсазолу для профілактики рецидивів (первинний результат). Вторинними результатами були формування ниркових рубців, неефективність лікування (сумарна кінцева точка — рецидиви і рубці) і стійкість до протимікробних препаратів.

Результати. Повторні епізоди інфекції сечовивідних шляхів спостерігали у 39 із 302 дітей, які отримували профілактику, порівняно з 72 із 305 дітей, які отримували плацебо (відносний ризик 0,55, 95% довірчий інтервал (ДІ) 0,38–0,78). Профілактика знижує ризик рецидивів на 50 % (відношення ризиків 0,50, 95% ДІ 0,34–0,74) і є особливо ефективною в дітей із фебрильною температурою (відношення ризиків 0,41, 95% ДІ 0,26–0,64) та в тих, які мали дисфункцію міхура й кишечника (відношення ризиків 0,21, 95% ДІ 0,08–0,58). Виникнення ниркових рубців суттєво не відрізнялося в групах, що отримували профілактику або плацебо (11,9 і 10,2 % відповідно). Серед 87 дітей із першим рецидивом, спричиненим *E.coli*, частка культур, які були стійкі до триметоприму-сульфаметоксазолу, становила 63 % у групі профілактики та 19 % — у групі плацебо.

Висновок. Серед дітей із МСР після інфекції сечовивідних шляхів антибіотикопрофілактика була пов'язана з істотно меншим ризиком рецидиву, але не формуванням ниркових рубців.

Ефективність та безпечність дулаглутиду проти ситагліптину в лікуванні діабету 2-го типу протягом 52 тижнів: рандомізоване контрольоване дослідження

Nauck M., Weinstock R.S., Umpierrez G.E. et al. Efficacy and Safety of Dulaglutide Versus Sitagliptin After 52 Weeks in Type 2 Diabetes in a Randomized Controlled Trial (AWARD-5) // Diabetes Care. — 2014 Apr 17 (Original). PMID: 24742660, <http://plus.mcmaster.ca/EvidenceUpdates/MMA.aspx?ArticleID=58347>

Об'єкт дослідження. Мета — порівняти ефективність і безпеку двох доз один раз на тиждень дулаглутиду, глюкагон-подібного агоніста рецептора пептиду-1, із ситагліптином у лікуванні хворих на цукровий діабет 2-го типу, які не досягли цільових значень при терапії метформіном, за даними рівня глікозильованого гемоглобіну A1c (HbA1c), при лікуванні протягом 52 тижнів.

Дизайн і методи. Багатоцентрове адаптивне подвійне сліпе в паралельних групах рандомізоване дослідження (N = 1098 пацієнтів; середній вік 54 роки; HbA1c 8,1 % (65 ммоль/моль); середня маса тіла 86,4 кг; тривалість діабету 7 років), дози дулаглутиду 1,5 мг, 0,75 мг, ситагліптину 100 мг або плацебо (плацебо-контрольований період до 26 тижнів). Період лікування тривав 104 тижні, із 52-тижневою оцінкою первинної кінцевої точки.

Результати. Зміни HbA1c до 52-го тижня були такими: $-1,10 \pm 0,06$ % ($-12,0 \pm 0,7$ ммоль/моль), $-0,87 \pm 0,06$ % ($9,5 \pm 0,7$ ммоль/моль) і $-0,39 \pm 0,06$ %

($4,3 \pm 0,7$ ммоль/моль) при призначенні дулаглутиду 1,5 мг, 0,75 мг і ситагліптину відповідно. Обидві дози дулаглутиду перевершували ефективність ситагліптину ($P < 0,001$ для обох порівнянь). Не повідомлялося про випадки тяжкої гіпоглікемії. Середня маса знизилася до 52-го тижня й була менша при прийомі дулаглутиду 1,5 мг ($-3,03 \pm 0,22$ кг) і дулаглутиду 0,75 мг ($-2,60 \pm 0,23$ кг) порівняно з ситагліптином ($-1,53 \pm 0,22$ кг) ($P < 0,001$ для обох груп порівняння). Найбільш поширені шлунково-кишкові небажані події спостерігались при призначенні дулаглутиду 1,5 і 0,75 мг: нудота, діарея і блювота.

Висновки. Обидві дози дулаглутиду продемонстрували чудовий глікемічний контроль порівняно із ситагліптином протягом 52-тижневого лікування з прийнятним профілем безпеки і переносимості.

10 найпоширеніших помилок у лікуванні люпус-нефриту

Ten Common Mistakes in the Management of Lupus Nephritis / Bhadrans Bose, Earl D. Silverman, Joanne M. Bargman // Disclosures Am. J. Kidney Dis. — 2014. — 63(4). — 667-676, http://www.medscape.com/viewarticle/822609?src=wnl_int_edit_tp10&uac=142284CK

Лікування хворих із вовчаковим нефритом може бути складним і тяжким. Ми вважаємо, що є деякі

поширені помилки у лікуванні вовчака, що, на жаль, лежать в основі лікування багатьох пацієнтів. Існує мало доказів на підтримку загального припущення, що внутрішньовенне пульсове введення циклофосфаміду є кращим засобом для лікування вовчакового нефриту. Занадто мало уваги приділяється належній дозі і тривалості прийому кортикостероїдів та супутньої терапії, у тому числі протималарійним засобам. Багато лікарів рутинно виконують біопсію нирок, коли ці біопсії можуть мати високий ризик, а їх результати не впливають на терапію. Приділяється мало уваги недотриманню режиму терапії, що є недооціненою причиною терапевтичної резистентності. Установлення рівня протеїнурії і гематурії може забрати багато часу, проте імунотерапію не слід активізувати на основі тільки осаду сечі. Крім того, інтенсивність імуносупресії слід розглядати в контексті класу вовчакового нефриту і тривалості пошкодження нирок. Нарешті, лікарі знають про ризики, пов'язані з вагітністю при активному вовчаку, але припускають, що їхні пацієнти також знають про це, і забувають обговорити це з ними. Маючи загальний стаж більше 50 років у лікуванні дітей і дорослих з вовчаком, ми пропонуємо взяти до уваги наші застереження від повторюваних помилок у лікуванні вовчака в цілому з акцентом на лікування саме вовчакового нефриту. ■