

**Д.Д. Иванов, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины по специальности «Детская нефрология», заведующий кафедрой нефрологии и почечно-заместительной терапии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев**

# Как развивается современная нефрология

**Эпидемиологические исследования последнего десятилетия предоставили убедительные данные о том, что в современной популяции около 10% людей имеют признаки повреждения почек, трактуемые как хроническая болезнь почек (ХБП). У лиц старше 60 лет частота ХБП стремительно возрастает, достигая при наличии сопутствующих заболеваний 30%.**

Термин ХБП подразумевает под собой любое нарушение структуры или функции почки, длящееся более 3 мес и приводящее к негативным последствиям для здоровья больного. К маркерам повреждения почек относятся альбуминурия (>30 мг/сут), снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, изменения в осадке мочи, электролитные и другие нарушения, ассоциированные с канальцевыми расстройствами, структурные аномалии, выявленные в ходе визуализационных исследований, трансплантация почки в анамнезе.

Первоначально предполагалось выявление таких людей, которым основной диагноз формулировался как ХБП, а затем, при возможности, он бы расшифровывался исходя из причины. Такая тактика оправдывала себя в сфере взаимодействия «семейный врач – узкий специалист». С 2012 года после выхода вторых международных рекомендаций признано целесообразным первично формулировать причину повреждения почек, приводящую к ХБП. Это позволяет модифицировать течение ХБП в зависимости от дебютного заболевания. Однако ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИААПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) в большинстве случаев остаются основной составляющей лечения.

Актуальность выделения ХБП в отдельную нозологическую единицу во многом обусловлена неблагоприятной прогностической значимостью по выживанию таких людей. Снижение функции почек, документируемое сегодня по расчетной скорости клубочковой фильтрации (формула GFR-EPI, калькулятор доступен на страничке [www.nephrology.kiev.ua](http://www.nephrology.kiev.ua)), уменьшает адаптивные возможности организма. Это проявляется, прежде всего, в увеличении кардиоваскулярной смертности за счет инсультов, инфарктов и правожелудочковой недостаточности.

Помимо СКФ, для формирования прогноза у людей с ХБП предложено использовать уровень альбуминурии (рис. 1).

Несколько упрощая информацию, представленную на рисунке 1, можно ожидать возможное полное здоровье для людей с параметрами зеленых секторов, относительные возможности медикаментозной терапии для желтых секторов и, к сожалению, крайне малую эффективность лечения в увеличении времени до почечно-заместительной терапии для красного сегмента.

Полностью принимая позицию международных рекомендаций, хотелось бы сделать ремарку. На наш взгляд, целесообразным в предложенную схему было бы внести показатели уровня артериального давления (АД), что отражено на рисунке 2. Это связано, прежде всего, с эпидемиологическими причинами ХБП. Около 2/3 из них отводится на диабетическую болезнь почек (диабетическую нефропатию) и гипертензивную болезнь почек. При этих состояниях вначале развивается внутривисочечная (гломерулярная) гипертензия, затем появляется альбуминурия и потом гипертензия, регистрируемая при измерении АД тонометром. Таким образом, первый этап развития повышенного давления в ткани-мишени ускользает от внимания врача. К сожалению, в большинстве случаев внутривисочечная гипертензия приводит к гиперфильтрации и появлению альбуминурии, что логично предполагало бы назначение соответствующей терапии. Тем не менее доказательная база для такого подхода еще не сформулирована и в существующих рекомендациях не отражена. Однако он уже применяется нами на практике путем раннего использования ИАПФ или БРА в низких вечерних дозах.

Если перейти от эпидемиологических проблем, экстраполируемых на конкретные контингенты людей, к частным вопросам нефрологии, то, на мой взгляд, можно выделить 2 существенные тенденции современной нефрологии.

Первая связана с внедрением методов генетического анализа для верификации нефрологического диагноза. Алгоритм его постановки сегодня выглядит так: жалобы – анамнез – клинико-

лабораторные данные – нефробиопсия – генетическое исследование. Последнее от эксклюзивно выполняемого для установления «редких синдромов» перешло к практически необходимому элементу современной диагностики. На сегодняшний день накоплено достаточно примеров успешного применения данной процедуры в рамках установления типа поликистоза, генеза нефротического синдрома и фокально-сегментарного склероза. При этом данные генетического тестирования (по буккальному эпителию, образцу крови или нефробиоптату) используются не только для верификации диагноза, но и для определения тактики/прогноза лечения и рисков для членов семьи. Сравнение данных генетического анализа с существующими базами данных (открытыми и частными) позволяют поставить практически любой нефрологический диагноз.

Вторая тенденция – это поиск альтернативных лечебных подходов за пределами существующих протоколов. Тезис «там, где заканчиваются рекомендации, начинается настоящее искусство врачевания» достаточно смело используется на этапе специализированной нефрологической помощи. Это касается, прежде всего, иммунобиологических препаратов, назначение которых нередко выглядит «отчаянно современно». Вместе с тем, определенный уклон в таком направлении делают и официальные рекомендации. Инфекции мочевых путей (ИМП) составляют наиболее частую патологию среди нефрологических (урологических) пациентов. И если обратиться к рекомендациям Европейской ассоциации урологов (EAU, 2014), то впервые за последние годы в разделе оценки эффективности профилактического лечения было сказано о том, что антимикробную профилактику при рецидивирующей ИМП необходимо тщательно оценивать в каждом отдельном случае, а эффективные альтернативные меры должны приветствоваться. То есть специалистам предлагается определенная свобода для принятия решений вне



Д.Д. Иванов

протокольных рекомендаций. Такую возможность при ИМП дают фитопрепараты, не прописанные в руководствах. Примером может служить долгий успешный опыт применения фитонина в Украине. В Research and Reports in Urology 2013 опубликован обзор по оценке 17 клинических исследований и 18 отдельных публикаций, касающихся безопасности, эффективности и дополнительных свойств Канефрона Н, который используется в нашей стране для лечения и профилактики ИМП у взрослых и детей. Последнее рандомизированное исследование у 125 женщин с неосложненной инфекцией мочевой системы, в котором принимала участие Украина, показало принципиальную возможность замещения уроантисептика монотерапией Канефроном Н. Эти результаты достоверно не отличались от традиционной терапии при наблюдении в течение последующих 3 мес (рис. 3).

Таким образом, существующие тенденции в лечении предполагают последовательное использование данных доказательной медицины, что отражено в международных рекомендациях, и инициативный взвешенный подход, направленный на индивидуализацию лечения людей.

Современная нефрология – динамичная, во многом междисциплинарная наука. Интернет сделал знания безграничными, совершенствование навыков зависит от желания самого врача и технических возможностей. Мы не теряем оптимизм.

Прогноз ХБП по уровню СКФ и категориям альбуминурии: KDIGO 2012		Категории персистирующей альбуминурии. Характеристика и уровни		
		A1	A2	A3
Категория СКФ (мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> ) Описание и диапазон	G1	Нормальная или высокая	≥90	
	G2	Незначительно снижена	60-89	
	G3a	Незначительно или умеренно снижена	45-59	
	G3b	Умеренно или выражено снижена	30-44	
	G4	Выражено снижена	15-29	
G5	Почечная недостаточность	<15		
		Нормальная или незначительно повышена	Умеренно повышена	Выраженно повышена
		<30 мг/г <3 мг/ммоль	30-300 мг/г 3-30 мг/ммоль	>300 мг/г >30 мг/ммоль

Рис. 1.

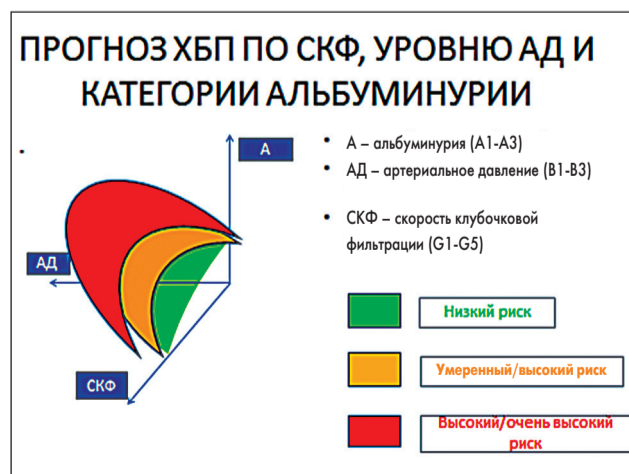


Рис. 2.

**Конечные точки при терапии Канефроном**  
**H: Изменение симптомов ИМП (в баллах)**

Симптом	День 1 среднее значение (исходно)	День 7 среднее значение (к исходному)	День 37 среднее значение (к исходному)
Дизурия	2,5	0,5 (-1,9)	0,2 (-2,3)
Поллакиурия	2,7	0,9 (-1,8)	0,4 (-2,3)
Империативные позывы	2,1	0,5 (-1,6)	0,2 (-1,9)
Недержание	0,6	0,2 (-0,4)	0,2 (-0,4)
Никтурия	1,5	0,7 (-0,8)	0,4 (-1,1)
Боль или дискомфорт внизу живота или в тазу	1,3	0,3 (-1,0)	0,1 (-1,2)
Суммарное значение (дизурия, поллакиурия и империативные позывы)	7,3	1,9 (-5,4)	0,7 (-6,6)

Full Analysis Set (FAS) N=125 ; P-value < 0,001

Рис. 3.