

Украина продвинулась в лечении болезней почек

13 марта в г. Киеве прошла X Международная научно-практическая конференция «Здоровье почек для всех», которая собрала более 200 ученых и практиков из 39 городов Украины и зарубежных стран. Бурное обсуждение среди участников вызвало ознакомление с актуальными европейскими подходами к лечению болезней почек.

Сотни врачей ознакомились с новыми подходами к лечению патологии почек на X Международной конференции, приуроченной ко Всемирному дню почки.

Юбилейная конференция была приурочена ко Всемирному дню почки, к участию в котором Украина присоединилась уже в седьмой раз. Соорганизаторами мероприятия выступили Министерство здравоохранения Украины, Национальная академия медицинских наук Украины, Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика и другие профильные организации.

«Мы гордимся проделанной работой, — поделился впечатлениями после конференции ее главный вдохновитель и организатор, профессор Дмитрий Иванов. — Нам удалось собрать сотни ученых и практиков со всех регионов Украины. Несмотря на сложные условия, мы обеспечили высокий уровень проведения мероприятия».

Особый интерес у участников конференции вызвал доклад специалиста из Беларуси, где, в отличие от Украины, разрешено донорство почек от любых доноров, а не только от родственников больного. Насыщенная научная программа мероприятия позволила осветить актуальные проблемы почечно-заместительной терапии, а также раскрыть возможности предотвращения хронических болезней почек в современных условиях благодаря использованию междисциплинарного подхода с участием врачей общей практики — семейной медицины, терапевтов, эндокринологов и кардиологов. Настоящий ажиотаж вызвал мастер-класс профессора Д. Иванова, проведенный в соответствии с высокими европейскими требованиями к организации подобных мероприятий.



Стремительно возросшая в последнее время распространенность заболеваний почек представляет серьезную опасность, что угрожает приблизить наличие этой патологии к одним из основных причин фатальных исходов в медицине — артериальной гипертензии и сахарному диабету. К тому же почки могут утрачивать до 90% своей функции без проявления каких-либо клинических симптомов. Считается, что хронической болезнью почек страдает 8-12% населения, а у лиц в возрасте старше 65 лет ее частота достигает 30%. Актуальность этой проблемы тяжело переоценить, поскольку осуществление своевременной диагностики и профилактики может иметь существенное влияние на состояние пациентов.

Мероприятие было проведено при поддержке генерального спонсора — украинской фармацевтической компании «Мегаком», а также благодаря содействию компании Woerwag Pharma.

Контакты:
Юлия Гулевич,
тел.: +38 (044) 587-87-50;
+38 (050) 338-89-80;
e-mail: mice@arena-cs.com.ua

Эритропоэтин-стимулирующие анемии у пациентов

13 марта в стенах Национальной академии наук Украины (г. Киев) состоялась научно-практическая конференция «Здоровье почек для всех», приуроченная ко Всемирному дню почки. В рамках прошедшего мероприятия современным видением подходов к диагностике и лечению анемии, являющейся одним из наиболее частых осложнений хронической болезни почек (ХБП), со всеми присутствующими поделилась доцент кафедры нефрологии и почечно-заместительной терапии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, кандидат медицинских наук Стелла Викторовна Кушниренко.



— Согласно реестру ERA-EDTA (Европейской ассоциация нефрологии, диализа и трансплантации) ведущими причинами почечной недостаточности у взрослых пациентов, начавших лечение методами заместительной почечной терапии (ЗПТ), в 2012 г. стали сахарный диабет (29,4% случаев), артериальная гипертензия (19,5%), гломерулонефрит (15,2%), поликистозная болезнь почек (7,4%), пиелонефрит (7,2%) и почечные сосудистые заболевания (4,6%). В свою очередь, у детей в возрасте <15 лет они были представлены врожденными аномалиями почек и мочевыводящих путей (30,2%), гломерулонефритом (14%), кистозной болезнью почек (11,6%), наследственной нефропатией (5,8%), метаболическими и тубулоинтерстициальными нарушениями (2,5%), а также гемолитико-уремическим синдромом (3,0%). По данным Vivante и соавт. (2014), на сегодняшний день в мире распространенность САКУТ-синдрома (сочетанного нарушения эмбриогенеза почки и мочевыводящих путей) у детей с ХБП достигает 40-50%. При этом в большинстве случаев к клиническим проявлениям САКУТ-синдрома относятся почечная агенезия или гиподисплазия, мультикистозная диспластическая почка, гидронефроз, лоханочно-мочеточниковая обструкция, мегауретер, удвоение мочеточника, пузырно-мочеточниковый рефлюкс и клапаны задней уретры. В целом результаты многочисленных эпидемиологических исследований, проведенных в различных регионах мира, указывают на то, что ХБП диагностируется в среднем у 10-16% взрослых.

Отдельного внимания заслуживает проблема верификации диагноза ХБП у новорожденных и детей, у которых показатель нормальной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) значительно отличается от такового у взрослых, что фактически ограничивает возможность использования классификации ХБП у пациентов в возрасте до 2 лет. Для того чтобы адекватно оценить состояние почек новорожденных разного гестационного возраста, следует использовать специальные таблицы, а у детей и подростков СКФ рассчитывать по формуле: $СКФ = (K \times \text{рост [в см]} \times 113) / (\text{креатинин крови [мкмоль/л]})$, где коэффициент K может быть равен 0,313 (у детей до 5 лет); 0,413 (5-13 лет) или 0,616 (у мальчиков старше 13 лет).

Последние наблюдения показывают, что количество больных с ХБП в мире удваивается каждые 7 лет, при этом 85-94% из них в дальнейшем получают лечение диализом.

В соответствии с руководством KDIGO 2012 (Инициатива по улучшению глобальных исходов заболеваний почек) к наиболее частым проявлениям ХБП относятся анемия, артериальная гипертензия (АГ), дефицит 25-гидроксиолекальциферола, ацидоз, гиперфосфатемия, гипоальбуминемия, гиперпаратиреоз. В частности, у пациентов с нормальной СКФ (≥ 90 мл/мин/1,73 м²) частота развития анемии и АГ составляет 4 и 18,3% соответственно, а при уровне СКФ < 30 мл/мин/1,73 м² — 51,5 и 82,1%. Так, исследование PAERI показало, что анемия формируется в среднем у 47% больных с ХБП: у 26,7% пациентов с I и 75,5% с V стадией заболевания. Схожие результаты были получены в ходе исследования MICENAS, в котором анемия диагностировалась у 58,5% больных с ХБП III-V стадий.

Доказано, что ведущими причинами развития анемии у пациентов с ХБП являются снижение выработки собственного эритропоэтина (ЭПО) почками, кровопотеря (в результате проведения гемодиализа, забора крови для исследований, кровотечений из желудочно-кишечного тракта), нарушения поступления и всасывания железа (вследствие анорексии, межлекарственного взаимодействия). При этом наличие анемии значительно повышает риск сердечно-сосудистых событий, являющихся одной из основных причин фатальных исходов в данной группе больных. В частности, сравнительный анализ выявил более высокую частоту развития инсульта и транзиторных ишемических атак у пациентов с ХБП и анемией, чем у больных без анемии (26,5 против 20,2%). Схожие данные были получены в отношении хронической сердечной недостаточности (44,2 против 19,5%) и инфаркта миокарда (12,5 против 6%).

Согласно рекомендациям KDIGO 2012 ведущим диагностическим критерием анемии у взрослых и детей старше 15 лет с ХБП является уменьшение содержания гемоглобина в крови: < 130 г/л у мужчин и < 120 г/л у женщин; < 110 г/л у детей в возрасте от 6 мес до 5 лет, < 115 г/л — у детей 5-12 лет и < 120 г/л — у пациентов 12-15 лет. Обследование больных с ХБП при подозрении на анемию должно включать общеклинический анализ крови с определением концентрации гемоглобина, количества эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов; подсчет абсолютного числа ретикулоцитов, определение уровня ферритина сыворотки (целевое значение 200-500 нг/мл), насыщения трансферрина сыворотки (целевое значение 30-50%), содержания витамина В₁₂ и фолатов в сыворотке. Частота проведения диагностических исследований зависит от стадии заболевания и наличия у пациента анемии. Так, детей с ХБП III стадии без анемии необходимо обследовать 1 раз в год, с ХБП IV-V стадий до диализа — 2 раза в год, больных с ХБП V стадии, находящихся на гемодиализе, — 4 раза в год. В свою очередь, у пациентов с ХБП III-V стадий, не получающих лечения эритропоэтин-стимулирующими агентами (ЭСА) в додиализном периоде, обследование должно проводиться 4 раза в год, а у детей с ХБП V стадии, находящихся на гемодиализе, — 1 раз в месяц.

Алгоритм ведения больных с анемией предусматривает мониторинг уровня гемоглобина в крови каждые 3 мес. В дальнейшем пациентам, у которых будет обнаружена анемия, назначается дообследование для исключения такого состояния, как дефицит железа в организме. Согласно наблюдению S. Fishbane и соавт. (2009) у 59% мужчин и 73% женщин с ХБП III-V стадий уровень железа в организме ниже пороговых критериев диагностики анемии, отмеченных в руководстве KDOQI (Инициатива качества лечения заболеваний почек) — ферритин сыворотки < 100 нг/л или насыщение трансферрина $< 20\%$. При обнаружении железодефицита больным назначаются препараты железа для приема внутрь, как правило, в такой дозе, чтобы обеспечить поступление 200 мг элементарного железа в сутки. У детей с ХБП при пероральной терапии предлагается использовать 2-6 мг/кг/сут элементарного железа в 2-3 приема.

Если в ходе лечения железодефицитной анемии препаратами железа уровень гемоглобина не достигает целевых значений, пациентам должны быть назначены ЭСА на фоне контроля артериального давления при каждом введении этих препаратов.

В свою очередь, область применения гемотрансфузий в рамках борьбы с анемией ограничена urgentными случаями, в которых польза от этой процедуры перевешивает потенциальные риски: когда быстрая коррекция анемии необходима для стабилизации состояния больного (при острой кровопотере, нестабильной ишемической болезни сердца и др.), а также в рамках предоперационной подготовки пациента.

По мнению экспертов KDIGO, терапию ЭСА не следует назначать людям с уровнем гемоглобина ≥ 100 г/л, а также в целях поддержания концентрации гемоглобина > 115 г/л у взрослых больных с ХБП. В то же время у лиц с ХБП V стадии, находящихся на диализе, лечение ЭСА необходимо начинать при уровне гемоглобина < 90 г/л, а у детей при использовании ЭСА следует стремиться к достижению целевых уровней гемоглобина (110-120 г/л). Также в руководстве отмечено, что у пациентов с ХБП V стадии, находящихся на гемодиализе, гемофильтрации или гемодиализации, ЭСА могут вводиться внутривенно (в/в) или подкожно (п/к), а у больных с ХБП не на диализе и с ХБП