

DOI: <https://doi.org/10.22141/2307-1257.10.2.2021.234330>

Всесвітній день нирки 2021: «Жити добре з хворобою нирок»

Всесвітній день нирки (World Kidney Day) — щорічна дата, що відзначається в усьому світі кожен другий четвер березня, вона покликана привернути увагу пацієнтів і лікарської спільноти до правил і принципів збереження здоров'я нирок і лікування захворювань нирок. У зверненні Міжнародного комітету Всесвітнього дня нирки зазначено, що діагноз захворювання нирок може стати величезною проблемою як для пацієнта, так і для оточуючих його людей. Діагностика й лікування даної патології, особливо на пізніх стадіях захворювання, серйозно впливають на якість життя. За оцінками ВООЗ, 850 млн осіб у всьому світі страждають від різних захворювань нирок. Хронічна хвороба нирок (ХХН) — наднозологічне поняття, що об'єднує всіх пацієнтів, у яких зберігаються протягом 3 і більше місяців ознаки пошкодження нирок і/або зниження їх функції. ХХН викликає як мінімум 2,4 млн випадків смерті на рік. У даний час ХХН є шостою і найбільш швидко зростаючою причиною смерті. Крім того, ХХН є важливим фактором, що сприяє збільшенню рівня захворюваності й смертності від інших захворювань, особливо хвороб органів серцево-судинної системи.

Медико-соціальна значущість ХХН визначається її високою поширеністю: за різними оцінками, захворювання виявляється в 15 % населення. Поширеність ХХН у світі досить широко різниться. Захворювання виявляється з частотою від 6,8 % у Західній Європі (Іспанія) до 15,9 % у Східній Європі (Польща), у США — у діапазоні від 10 до 17 % у різних етнічних групах, у Японії — більше ніж у 20 % популяції. Число хворих, які отримують лікування діалізом, у всьому світі становить понад 2,5 млн осіб, і це число щорічно збільшується на 7–8 %. Сьогодні в Україні близько пів мільйона осіб

страждають від ХХН і потребують замісної ниркової терапії.

Керівний комітет Всесвітнього дня нирки оголосив 2021 рік «роком доброго життя із захворюванням нирок». Це було зроблене для підвищення рівня освіти й обізнаності про ефективне лікування симптомів і розширення прав і можливостей пацієнтів, з кінцевою метою заохочення до більш активної участі в житті. Хоча ефективні заходи щодо запобігання захворюванню нирок і його прогресуванню важливі, пацієнти із захворюванням, у тому числі ті, які залежать від діалізу й трансплантації, а також їх близькі повинні відчувати підтримку, особливо під час пандемії та інших складних періодів, що забезпечується спільними зусиллями нефрологічних спільнот.

Цьогорічна конференція, присвячена Дню нирки, стала ювілейною, уже 10 років ця подія відзначається в Україні. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання нефрології, діалізу та трансплантації — День нирки в Україні 2021» відбулася 1–3 квітня, вона проходила у форматі онлайн. Конференція організована Національним університетом охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, кафедрою нефрології і НЗТ НУОЗУ імені П.Л. Шупика, Українською асоціацією нефрологів, Українською асоціацією дитячих нефрологів і нефрологічною клінікою проф. Д. Іванова.

У масштабному заході взяли участь лектори з різних країн світу: Великої Британії, Білорусії, Італії, Росії, Туреччини.

На початку конференції модератор події професор Д.Д. Іванов передав привітання й побажання плідної роботи учасникам заходу від академіка НАМН України, ректора НУОЗ України імені П.Л. Шупика, акаде-

міка НАМН Ю.В. Вороненка. Формат конференції передбачав тематичні лекції й майстер-класи, наведення клінічних випадків.

Конференція почалась із майстер-класу «Цукровий діабет 2-го типу, діабетична хвороба нирок і гіпертензія. Останні дослідження», що був проведений д.м.н. Л.К. Соколовою, керівником відділу діабетології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України», д.м.н. Л.А. Міщенко, завідувачою відділом гіпертонічної хвороби ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України» та д.м.н., професором Д.Д. Івановим, зав. кафедри нефрології та НЗТ НУОЗУ імені П.Л. Шупика. Була розглянута епідеміологія ХХН і зазначено, що рання стадія безсимптомної ХХН не діагностована в 70–90 % випадків. 43,5 % пацієнтів із цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу мають ХХН, 17% — гіпертензію. Хоча існує безліч факторів ризику ХХН, основною причиною є діабет. ХХН спостерігається при гломерулонефриті (18 %), полікістозі нирок, інфекціях, вовчаку. Останні настанови рекомендують плановий скринінг на ХХН у пацієнтів із серцево-нирково-метаболічними захворюваннями. Регулярне тестування груп високого ризику (у тому числі хворих на цукровий діабет, гіпертензію і серцево-судинні захворювання) може виявити ранню ознаку пошкодження нирок. Первинна профілактика ХХН включає модифікацію способу життя: зменшення споживання солі, зниження ризику інфекції і правильне харчування в осіб з ожирінням і гіпертензією. Важливим є контроль глюкози, ліпідів та артеріального тиску (АТ). National Kidney Foundation був першим, хто запропонував спрощений спосіб стратифікації хворих на ХХН за стадіями на основі рШКФ. Тому дуже важливо вміти розраховувати цей показник.

Ведення хворих було розглянуто на прикладі пацієнта з артеріальною гіпертензією (АГ), ЦД 2-го типу, ішемічною хворобою серця, стенокардією, ХХН 2-ї стадії (рШКФ-ЕРІ 62 мл/хв/м²), АГ 2-ї стадії. Сучасні рекомендації з ведення таких хворих включають: ендокринологічні рекомендації ADA, кардіологічні рекомендації ESC/EASD і нефрологічні рекомендації KDIGO. Д.м.н. Л.К. Соколова підкреслила, що, за рекомендаціями ADA 2021 року, метою лікування є запобігання ускладненням та оптимізація якості життя. Метформін у терапії таких пацієнтів повинен бути присутнім завжди. Як другий цукрознижувачий препарат Л.К. Соколова запропонувала дапагліфлозин — інгібітор натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу (НЗКТГ-2), який поряд з ефективним контролем глікемії дає нефропротекторний ефект, знижує систолічний артеріальний тиск (САТ), покращує мікро- і макроциркуляцію. Було розглянуто дослідження дапагліфлозину — DAPA-CKD. Важливо відзначити, що вплив дапагліфлозину на первинну кінцеву точку був практично однаковим незалежно від базових рівнів глікозильованого гемоглобіну (A1c). Інгібітори НЗКТГ-2 покращують результати перебігу серцевої недостатності завдяки зниженню перед- і постнавантаження, по-

кращанню енергетичного метаболізму міокарда й ремоделювання серця.

Д.м.н. Л.А. Міщенко звернула увагу на стандартизоване вимірювання артеріального тиску. У пацієнтів із ЦД та АГ цільовий рівень САТ становить 130 мм рт.ст. і < 130 мм рт.ст., якщо переноситься, але не < 120 мм рт.ст. У людей похилого віку цільовий рівень САТ становить 130–139 мм рт.ст. Рівень діастолічного артеріального тиску (ДАТ) — < 80 мм рт.ст., але не < 70 мм рт.ст. Фармакотерапевтичне лікування серцевої недостатності (СН) у пацієнтів зі зниженою фракцією викиду (ФВ) включає: інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ), бета-блокатори, петльові діуретики, антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів, сакубітріл/валсартан. Результати дослідження DAPA-CKD показали, що лікування інгібітором НЗКТГ-2 дапагліфлозином на додаток до стандартної терапії СН зі зниженою ФВ порівняно тільки зі стандартними препаратами привело до значного зниження ризику не тільки для клінічної складової первинної кінцевої точки, але й для смерті та інших значущих вторинних результатів.

Професор Д.Д. Іванов підкреслив, що, незважаючи на те, що в первинній ланці системи охорони здоров'я ХХН зазвичай безсимптомна, її ізолюваний варіант — це скоріше виняток, ніж правило, оскільки ця патологія зазвичай супроводжується супутніми захворюваннями, такими як гіпертензія, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання. Ефективне своєчасне виявлення ХХН є важливим для запобігання прогресуванню до термінальної стадії та ускладненням з боку інших систем та органів, а також для збереження якості життя пацієнта. За рекомендаціями KDIGO-2020 з ведення пацієнтів з діабетом і ХХН, слід застосовувати комплексну терапію для зниження ризику прогресування захворювань нирок і ССЗ. Це модифікація способу життя, контроль глікемії за допомогою метформіну та інгібіторів НЗКТГ-2, застосування блокаторів ренін-ангіотензинової системи в пацієнтів з альбумінурією та АГ. Інгібітори НЗКТГ-2 і блокатори ренін-ангіотензинової системи знижують гіперфільтрацію за допомогою взаємодоповнюючих механізмів.

Лекція «САКУТ-синдром і ХХН» була подана д.м.н. С.В. Кушніренко, НУОЗУ імені П.Л. Шупика, м. Київ.

Було зазначено, що однією з найважливіших проблем нефрології є рання діагностика спадкових нефропатій і структурного дизембріогенезу нирок. Ця проблема актуальна в різні вікові періоди, оскільки першим проявом своєчасно не виявлених у дитячому віці вроджених аномалій розвитку органів сечової системи в дорослих нерідко може бути зниження ниркових функцій. Уроджені аномалії нирок і сечових шляхів (САКУТ — congenital anomalies of kidney and urinary tract) являють собою широкий спектр дефектів морфогенезу нирок і/або сечових шляхів і зустрічаються в близько 40–50 % дітей із хронічною хворобою нирок у всьому світі. ХХН посідає важливе місце через значну поширеність у популяції, високу смертність

пацієнтів і значні витрати, пов'язані з необхідністю застосування методів нирково-замісної терапії (НЗТ). Найчастіші причини ХХН — діабетична нефропатія, гломерулонефрит, гіпертонічна нефропатія, гостре пошкодження нирок, тубулоінтерстиціальне захворювання нирок, мультикістозна дегенерація нирок, ішемічна нефропатія.

Найчастішим ускладненням САКУТ-синдрому є інфекції сечових шляхів, які частіше маніфестно перебігають як один епізод, а потім мають рецидивуючий перебіг як інфекції нижніх сечових шляхів і тому потребують призначення уроантисептиків. Серед уроантисептиків в Україні найчастіше використовується ніфуратель (Макмірор). Його переваги полягають: 1) у дуже низькій токсичності і відповідно добрій переносимості; 2) відсутності пригнічувального впливу на нормальну кишкову і вагінальну лактофлору; 3) практично повній на сьогодні відсутності резистентності. Препарат з успіхом застосовують як у разі першого епізоду гострого циститу (тривалість прийому звичайно 5 днів), так і при рецидивуючому циститі (7 днів), а також для профілактики рецидивів циститу та загострень пієлонефриту (посткоїтально або щовечора перед сном упродовж 3–6 місяців).

Були розглянуті рекомендації KDIGO-2021. У рекомендаціях відзначається, що в осіб із високим АТ, ХХН і вираженою альбумінурією (G1-G4, A3) без діабету пропонується розпочинати терапію з інгібіторів ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) — ІАПФ або блокаторів рецепторів ангіотензину (БРА) (1B). Пропонується призначати зі старту блокатори РААС (ІАПФ або БРА) особам із високим АТ, ХХН і помірною альбумінурією (G1-G4, A2) без діабету (2C). Особам із високим АТ, ХХН і помірною і вираженою альбумінурією (G1-G4, A2-A3) із діабетом пропонується призначати зі старту ІАПФ або БРА (1B).

Із гіперкаліємією, пов'язаною з прийомом блокаторів РААС, часто можна впоратись уживанням заходів щодо зниження рівня калію в сироватці крові, а не зменшенням дози або припиненням прийому блокаторів РААС. Зміни АТ, вмісту креатиніну та калію слід визначати протягом 2–4 тижнів після початку або збільшення дози блокаторів РААС залежно від початкового рівня ШКФ і калію в сироватці крові.

За час пандемії з'явився новий термін: COVAN — коронавірус-асоційована нефропатія. Застосування противірусної і протизапальної терапії підвищує ризик нефротоксичності. Великі дози вітаміну С викликають ризик ішемії. Гіпоксія, синдром системної запальної відповіді сприяють кристалотворенню й утворенню медикаментозно-індукованих конкрементів. Ренопротекцію обов'язково потрібно продовжувати.

Доповідь «3 IgA-нефропатією жити нормально. Часті питання лікаря-нефролога» була прочитана к.м.н., доцентом К.С. Комісаровим (Державна установа «Мінський науково-практичний центр хірургії, трансплантації та гематології», м. Мінськ, Білорусь).

IgA-нефропатія є найчастішою формою гломерулонефриту в усьому світі. Етіологія і патогенез IgA-

нефропатії залишаються до кінця не вивченими. Як ініціюючий фактор розглядається продукція патогенного IgA з подальшим формуванням імунних комплексів, що мають підвищену спорідненість до мезангіальних клітин ниркових клубочків.

У 13–22 % пацієнтів через 10 років може настати термінальна стадія ХХН, 1–2 % починають нирково-замісну терапію через нефропатію. Рекомендується обмеження споживання натрію до 2400 мг, що дорівнює приблизно 6 г солі. Звертається увага на споживання Са, Mg, необхідна відмова від куріння. Дуже важлива помірна фізична активність. Не було доведено несприятливого ефекту вагітності на ниркову функцію, відсутнє більш швидке зниження ШКФ після пологів. Згідно з рекомендаціями KDIGO-2020, основним підходом у лікуванні цієї патології є максимальне використання блокади РААС. Використання глюкокортикоїдів (ГК) максимально вибіркове.

Доповідь професора І.Ю. Головач (Клінічна лікарня «Феофанія» ДУС, м. Київ, Україна) була присвячена системному червоному вовчаку й люпус-нефриту.

Люпус-нефрит (ЛН) вважається одним із найбільш тяжких проявів системного червоного вовчака (СЧВ), що значно ускладнює перебіг захворювання й погіршує його прогноз щодо життя. Ірина Юріївна підкреслила, що ураження нирок при СЧВ залишається найбільш поширеним, тяжким і найбільш прогностично несприятливим вісцеритом. У переважній кількості пацієнтів розвиток ЛН спостерігається упродовж перших 5 років від початку захворювання. За оновленими у 2019 році рекомендаціями EULAR/ERA-EDTA лікування активних фаз люпус-нефриту включає початковий період інтенсивної імуносупресивної терапії з метою контролю активності захворювання з подальшим більш тривалим періодом, як правило, менш інтенсивної терапії для закріплення. Основна мета — досягнення повної відповіді на терапію з боку нирок. Дослідження белімабу (BEAT-LUPUS, BLISS-LN) підтвердили його ефективність у лікуванні люпус-нефриту. Новий підхід до лікування СЧВ — подвійна блокада В-клітин із використанням ритуксимабу й белімабу.

Нещодавно FDA схвалило воклоспорин — перший пероральний препарат для лікування ЛН — імуносупресант, механізм дії якого заснований на інгібуванні кальциневрину — білка, що активує Т-клітини. Підставою для схвалення воклоспорину стали результати двох досліджень — AURORA (дослідження 3-ї фази) і AURA-LV (дослідження 2-ї фази). Усього учасниками цих досліджень стали 533 пацієнти з вовчаковим нефритом, які були рандомізовані в групи воклоспорину або плацебо на додаток до стандартної терапії. Також було підкреслено, що при старті з більш високих доз ГК покращується ниркова реакція при ЛН. Були розібрані помилки в лікуванні ЛН.

Клінічний випадок недиагностованого первинного гіперпаратиреозу в пацієнтки з термінальним гідронефрозом на тлі сечокам'яної хвороби, обструктивного пієлонефриту був наведений к.м.н. О.І. Чуб, асистентом кафедри терапії, нефрології та ЗП-СМ ХМАПО.

Лікарка нагадала захворювання, що асоціюються з розвитком сечокам'яної хвороби: гіперпаратиреоз, метаболічний синдром, нефрокальциноз, полікістоз нирок, гастроінтестинальні захворювання (єюноілеальний обхідний анастомоз, резекція кишечника, хвороба Крона, мальабсорбція, кишкова гіпероксалурія після відведення сечі), високий рівень вітаміну D, саркоїдоз, нейрогенний сечовий міхур.

Дуже цікава доповідь «Ангіоедема: диференціальний діагноз, ведення і лікування» була подана нашою співвітчизницею, професором Аллою Наконечною (Angioedema: Differential Diagnosis, Management and Treatment — 1st April 2021, Alla Nakonechna, MD, PhD, Prof, University of Liverpool, Department of Allergy & Clinical Immunology, Royal Preston Hospital, Lancashire University Hospitals NHS Foundation Trust, United Kingdom). Доповідь була прочитана українською мовою.

Ангіоедема, або ангіоневротичний набряк, — один із різновидів алергічних захворювань організму у відповідь на вторгнення алергенних речовин. Захворювання характеризується глибоким ураженням шкіри й набряком у ділянці шиї, голови, кінцівок рук, ніг, статевих органів, а також черевної порожнини. Може розвинути у будь-якому віці, у будь-який період часу в дітей і дорослих, які мають схильність до алергії. Були розглянуті типи набряку й диференціальна діагностика з іншою патологією.

Дефіцит СІ-інгібітору призводить до виникнення характерного клінічного синдрому — спадкового ангіоневротичного набряку. Основним клінічним проявом спадкового ангіоневротичного набряку є рецидивні набряки, які можуть загрожувати життю хворого при розвитку в життєво важливих локалізаціях. У Великій Британії пацієнти з ангіоедемою мають для екстреного застосування СІ-інгібітор ікатибант, також в екстрених випадках рекомендоване застосування амінокапронової кислоти.

Часто виникають питання про водне навантаження при захворюваннях нирок. Цій темі була присвячена доповідь «Гідратація при ХХН 1–5-ї стадії: як правильно і кому доцільно», зроблена к.м.н. М.Д. Івановою (Universita degli Studi Milano-Bicocca, м. Мілан, Італія).

Надмірна гідратація не має остаточних даних щодо терміну її дотримання, ефективності в збільшенні тривалості або підвищенні якості життя. Гідратація корисна при дефіциті рідини, наприклад, для літніх осіб і спортсменів. Надмірна гідратація ефективна при рецидивуючих циститах у пременопаузі, але в жінок, які випивають невелику кількість рідини. Збільшення вживання води на 2 л (насправді на 1,3 л) зменшує ризик кристалізації в сечі. Добре відома рекомендація про профілактичну надмірну гідратацію для осіб із сечокам'яною хворобою, для її профілактики рекомендується гідратація з метою отримання не менше за 2 л сечі. Ключовим є не збільшення вживання рідини на певний об'єм, а отримання заданої кількості сечі.

Були наведені результати рандомізованих досліджень, метою яких було визначення ефекту «коучин-

гу» зі збільшенням вживання води в дорослих із ХХН. Тривалість досліджень — до 12 місяців. За результатами досліджень, коректні рекомендації полягають у вживанні тієї кількості рідини, що забезпечує фізіологічний діурез 1,2–1,8 і нормоосмолярність сечі. Примусова гідратація нерідко є надмірною і не сприяє здоровому способу життя. Примусова гідратація стає примусовою надмірною гідратацією при зниженні функції нирок. Імовірно, переваги примусової гідратації втрачаються при ХХН із прогресуванням втрати функції нирок. Ефект примусової гідратації протягом 12 місяців може бути позитивним при ХХН 1-ї і 2-ї стадій із великим функціональним нирковим резервом. Посилене вживання води призводить до більш швидкого зниження рШКФ при ХХН 3–5-ї стадії. Імовірно, посилений режим пиття не рекомендується при ХХН 3–5-ї стадії.

Наступна лекція професора Д.Д. Іванова була присвячена ХХН.

Хронічна хвороба нирок — поширений у всьому світі патологічний стан, що становить значний тягар для всесвітньої системи охорони здоров'я із важкими соціоекономічними наслідками. ХХН визначається як порушення функції нирок протягом 3 і більше місяців із негативним впливом на здоров'я і загальний стан організму. Діагноз ХХН встановлюється за умови зниження ШКФ < 60 мл/хв/1,73 м² щонайменше двічі за період 90 днів незалежно від наявності інших маркерів ушкодження нирок.

Після введення класифікатора для ХХН було запропоновано ще декілька нових термінів, що використовуються сьогодні в практиці:

- діабетична хвороба нирок = діабет + хронічна хвороба нирок (раніше — діабетична нефропатія; KDOQI, 2007/2012);
- гіпертензивна хвороба нирок, що є наслідком гіпертензії;
- ішемічна хвороба нирок, що є наслідком атеросклерозу.

Дмитро Дмитрович знову звернув увагу на розрахунок ШКФ. Для цього зручно завантажити мобільний додаток yourGFR із Play Market.

Згідно з керівництвом із клінічної практики для управління артеріальним тиском при хронічній хворобі нирок KDIGO-2021, рекомендовано споживання натрію < 2 г на день або < 5 г хлориду натрію на день у пацієнтів із високим АТ і ХХН. Пацієнтам із високим АТ і ХХН пропонується фізична активність середньої інтенсивності сукупною тривалістю не менше ніж 150 хвилин на тиждень.

У рекомендації 3.1.1 зазначено: «Ми пропонуємо дорослих із високим АТ і ХХН лікувати до цільового систолічного артеріального тиску (САТ) < 120 мм рт.ст., за переносимістю, із використанням стандартизованого офісного вимірювання артеріального тиску (2В)».

Препаратами вибору при ХХН є: ІАПФ, ПІР/БРА, вазодилатуючі бета-блокатори, селективні кальцієві блокатори, діуретики (трифас). Професор Д. Іванов підкреслив, що БРА/ІАПФ призначаються незалежно

від наявного підвищення АТ. ІАПФ або БРА слід призначати в найвищій затвердженій дозі, яка добре переноситься, для досягнення зазначених переваг, оскільки доведена користь була досягнута під час випробувань із застосуванням саме цих доз. Прийом препаратів перед сном перевершує показники покращення серцево-судинних наслідків і покращання функції нирок порівняно з ранковим прийомом.

За даними метааналізу рандомізованих клінічних досліджень, призначення одного антигіпертензивного препарату перед сном значно зменшило серцево-судинні події.

Був розглянутий алгоритм лікування АГ у поєднанні з ХХН (ЄТК, 2018) і надані практичні рекомендації щодо харчування при хронічній хворобі нирок.

Тема другого дня конференції мала назву «Від ХХН до нирково-замісної терапії».

Досвідом застосування діалізу в пацієнтів із ХХН поділився к.м.н., доцент В.Ю. Шило (кафедра нефрології Московського державного університету медицини та стоматології ім. Євдокимова, м. Москва, Російська Федерація) у доповідях «Діаліз для пацієнта і лікаря» і «Якість життя для пацієнта із ХХН 5Д: що може зробити лікар». Доповідач звернув увагу на нові домени процедури діалізу, які можливо очікувати в майбутньому: це домашній діаліз, більш частий і більш тривалий; фокус на якість життя пацієнта, оцінка сприйняття лікування; лікування дуже літніх, коморбідних і ослаблених пацієнтів; індивідуальне лікування і цифровізація діалізу.

Досвідом використання Oxiris в інтенсивній терапії сепсису та COVID-19 поділився І.Л. Кучма (Клініка нефрології проф. Д. Іванова, кафедра нефрології та НЗТ НУОЗУ імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна).

Доповідач звернув увагу на результати останніх досліджень, згідно з якими розлади, що демонстрували як сильну асоціацію з COVID-19, так і високий абсолютний ризик, включали: вірусну пневмонію, дихальну недостатність, гостре ураження нирок і сепсис. Гостра травма нирки, пов'язана з COVID-19 (COVID-19 associated acute kidney injury (AKI)), є частою, особливо при тяжких формах цього захворювання. Критично хворі пацієнти з AKI у 61,5 % випадків мали показання до гострої нирково-замісної терапії, а рання індикація (на основі «запального шторму» або кумулятивного водного балансу > 3 % ваги) була пов'язана з кращим виживанням. Ендотеліальна дисфункція, коагулопатія й додаткова активація, імовірно, є важливими механізмами для AKI у пацієнтів із COVID-19. Набір Oxiris був схвалений FDA для лікування пацієнтів з інфекцією COVID-19. Oxiris можна використовувати з системами PrisMax і PrismaFlex, і це єдиний фільтр, який одночасно виконує кілька процедур очищення крові, включаючи безперервну замісну ниркову терапію й видалення цитокінів і медіаторів запалення з крові. Був наведений досвід його застосування.

Лекцію «IgG4-асоційоване захворювання: акцент на нирки» прочитав проф. О.Б. Яременко (Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

м. Київ, Україна). IgG4-асоційоване захворювання — це імуніопосередковане фіброзно-запальне захворювання, що характеризується утворенням склеротичних пухлиноподібних мас, які містять значну кількість IgG4-плазматичних клітин. Це захворювання було ретельно розглянуте.

Дуже важлива тема «COVID-19: найчастіші помилки» була розглянута д.м.н. С.О. Дубровим, президентом Асоціації анестезіологів України, професором кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна.

Професор нагадав, що на сьогодні в Україні існують два нормативні документи, які регламентують надання допомоги пацієнтам з коронавірусною інфекцією: це стандарт (Наказ МОЗ України № 10 від 07.01.2021), який містить рекомендації з діагностики, відбирання матеріалу для дослідження, критерії госпіталізації тощо, і протокол (Наказ МОЗ України № 3094 від 31.12.2020), що безпосередньо регламентує дії з ведення й лікування хворих на COVID-19 (поширюється як на лікарів первинної ланки, так і на спеціалізовану допомогу).

Однією з важливих проблем ведення амбулаторних пацієнтів із COVID-19 є вирішення питання стосовно госпіталізації. Госпіталізація за клінічними критеріями показана хворим із підозрою на COVID-19 або з підтвердженим діагнозом у таких випадках:

- стан середньої тяжкості чи тяжкий (збільшення частоти дихальних рухів > 30 /хв, кровохаркання, $SpO_2 \leq 92$ %);
- порушення свідомості;
- пацієнти з перебігом захворювання середньої тяжкості, які мають тяжку супутню патологію (тяжкий перебіг артеріальної гіпертензії, некомпенсований цукровий діабет, імуносупресивні стани, тяжка хронічна патологія дихальної і серцево-судинної систем, ниркова недостатність).

Професор нагадав про серйозну помилку лікарів, якою є масове призначення пацієнтам антибіотиків. За протоколом у разі підтвердження COVID-19 середнього ступеня тяжкості рекомендоване повноцінне харчування й регідратація (пероральна); симптоматичне лікування із застосуванням жарознижувальних засобів (парацетамол, ібупрофен тощо) при лихоманці та болі; у разі утрудненого дихання рекомендоване положення лежачи на животі, оскільки це допомагає розкрити альвеоли, що спалися, і підвищити рівень кисню в крові (при цьому сатурація піднімається на 5–10 %). Лікування в таких випадках включає відмову від використання кортикостероїдів у пацієнтів, які не потребують кисневої підтримки.

Показанням до емпіричної протимікробної терапії у хворих із COVID-19 є приєднання бактеріальної коінфекції (бактеріальна пневмонія, сепсис, септичний шок, інфекція сечовивідних шляхів тощо).

Відповідаючи на часте запитання, чи потрібно перед вакцинацією визначати рівень IgG, професор підкреслив, що рутинне серологічне тестування не реко-

мендоване як перед, так і після щеплення вакциною проти COVID-19. Серологічне тестування може бути використане, якщо його результати становлять науковий інтерес.

Одним із важливих запитань щодо гострого пошкодження нирок (ГПН) у пацієнтів з COVID-19 є таке: чи вражає COVID безпосередньо нирки? Вірус зв'язується з рецептором ACE2, який є в нирках, і це може служити механізмом пошкодження нирок. За статистичними даними, із 3993 госпіталізованих пацієнтів із COVID-19 у Нью-Йорку ГПН трапилось у 1835 (46 %). Серед пацієнтів із ГПН 19 % потребували діалізу, половина з них померла. Серед виписаних пацієнтів у 35 % не відновилася початкова функція нирок.

Професор звернув увагу на те, що повідомлені випадки ГПН надзвичайно мінливі, однак проаналізовані результати свідчать, що > 20 % госпіталізованих пацієнтів і > 50 % пацієнтів у реанімаційному відділенні мають ГПН.

Тему ураження нирок при COVID-19 продовжив професор Д.Д. Іванов.

Професор зазначив, що гостре ураження нирок (ГУН) є відомим ускладненням серед пацієнтів, госпіталізованих із COVID-19. Показано, що із 1430 випадків ГУН + COVID-19 були тяжчі, ніж ГУН, яке не асоціюється з COVID, і такі пацієнти рідше мають внутрішньолікарняне відновлення функції нирок. За результатами досліджень не було виявлено, що підвищений ризик внутрішньолікарняної смерті пов'язаний із застосуванням інгібіторів АПФ або використанням БРА.

Докази рандомізованих клінічних випробувань свідчать про зниження розвитку пневмоній при застосуванні інгібіторів АПФ, що не спостерігається при прийомі БРА, і значно менший ризик госпіталізації серед групи Medicare (HR 0,61; $p = 0,02$), для інгібіторів АПФ спостерігалось зниження на 40 % смертельних подій у пацієнтів Medicare.

Професор зауважив, коли обов'язково треба консультуватися з нефрологом: якщо в людини була ХХН до коронавірусної інфекції; коли креатинін зростає понад 50 % від останнього відомого або від нормального значення; коли з'являється сечовий синдром, зокрема альбумінурія (ускладнення COVID-19).

Серед помилок, які при лікуванні пацієнтів негативно впливають на нирки, професор виділив: необгрунтоване призначення антибіотиків, призначення кортикостероїдів (тільки за необхідності оксигенотерапії), надмірна інфузійна терапія, надмірне призначення антикоагулянтів, а також коли за основу беруть дані комп'ютерної томографії, а не загальний стан пацієнта. Професор звернув увагу на наслідки, які можна очікувати: це бактеріємія і токсичний вплив, що можуть викликати ГПН; зростання летальності за наявності ХХН; провокування ГУН у разі ХХН і СН і при поліпрагмазії.

Тема була продовжена й закріплена в лекції професора О.М. Коржа «COVID-19 і нирки: практичний досвід для лікаря та пацієнта».

Останній день конференції був присвячений дитячій нефрології.

Були проведені два майстер-класи:

— «Дитяча нефрологія: сучасні знання. Гормоно-резистентний нефротичний синдром. Інфекції сечової системи. Харчування» (проф. Д.Д. Іванов, м. Київ, Україна);

— «Тубулопатії в практиці дитячого нефролога» (д.м.н. С.В. Кушніренко, НУОЗУ імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна).

З оновленими рекомендаціями з контролю артеріального тиску в дітей із хронічною хворобою нирок ознайомила д.м.н. Л.І. Вакуленко (кафедра педіатрії 2 ДДМУ, м. Дніпро, Україна).

Досвідом роботи й методами генетичної експертизи поділилася у своїй доповіді «Генетика в практиці лікаря-педіатра» Є.В. Мусатова, медичний директор ТОВ «Центр генетики і репродуктивної медицини «ГЕНЕТИКО», м. Москва, Російська Федерація.

Також були наведені цікаві клінічні випадки:

— клінічний випадок туберозного склерозу з мультисистемним ураженням у практиці дитячого нефролога (Звенигородська Г.Ю., Дудник В.М., Гумінська Г.С., Степанкевич Т.П., Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, КНП «Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня»);

— клінічний випадок гіпервітамінозу D і нефрокальцинозу в дитини раннього віку (к.м.н. О.О. Добрик, д.м.н. Н.С. Лук'яненко, Державна установа «Інститут спадкової патології НАМН України», м. Львів, Україна, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна);

— природжені вади розвитку органів сечовивідної системи як вісцеральні прояви недиференційованої дисплазії сполучної тканини: клінічні приклади (д.м.н. Н.С. Лук'яненко, к.м.н. К.А. Кенс, к.м.н. О.О. Добрик, Державна установа «Інститут спадкової патології НАМН України», м. Львів, Україна, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна);

— пароксизмальна гемоглобінурія в підлітковому віці: сучасні можливості діагностики й терапії на прикладі клінічного спостереження (д.м.н. Т.В. Будник, доцент кафедри фундаментальної медицини КНУ ім. Тараса Шевченка, м. Київ, Україна);

— випадок атипового гемолітико-уремічного синдрому в пацієнта 4 місяців (Р. Андруневич, м. Львів, Україна).

У цілому конференція була дуже насиченою і плідною, тому велику кількість сучасної наукової інформації неможливо вмістити в рамки одного огляду.

Після кожного виступу учасникам було запропоновано відповісти на тестові питання. Учасники отримали сертифікати НУОЗУ імені П.Л. Шупика з нарахуванням 10 балів за 1–2 квітня і УАН/УАДН — 10 балів за 3 квітня.

Матеріал надано організаторами конференції ■