ПОЧКИ
НИРКИ KIDNEYS

Коментар спеціаліста

КУЧЕР О.В.,
професор кафедри гематології та трансфузіології НМАПО імені П.Л.Шупика, д.м.н.

Коментар спеціаліста на статтю Ротової С.О., Дядик О.О., Тімощук Л., Білик С.Д., Репинської Г.Г. «Ураження нирок при солідних пухлинах»

Значна поширеність злоякісних новоутворень серед населення, особливо у регіонах з високою техногенною небезпекою, та високий рівень смертності обумовлюють актуальність проведення досліджень щодо визначення найбільш інформативних критеріїв ранньої діагностики злоякісного процесу у хворої людини, в тому числі визначення спектра неспецифічних реакцій, об'єднаних у паранеопластичні синдроми.

Відомо, що паранеопластичні нефропатії виникають у 2–15 % випадків злоякісних пухлин та можуть бути першими проявами захворювання. Ураження нирок у рамках паранеопластичного синдрому найчастіше проявляється клінічними ознаками нефротичного синдрому із швидким розвитком ниркової недостатності. Це слід враховувати при проведенні диференціальної діагностики вторинних нефропатій — гломерулонефриту та амілоїдозу.

Слід зазначити, що сучасний рівень терапії онкологічних захворювань у великій кількості випадків дозволяє досягнути курабельності злоякісного процесу. Саме тому знання лікарями всього спектра асоційованих з пухлинами нефропатій дозволять своєчасно проводити комплекс профілактичних заходів, а в разі виникнення захворювання своєчасно його діагностувати та призначати лікування з метою мінімізації ризику розвитку ниркової недостатності, віддалення початку дорогої замісної ниркової терапії та покращення якості життя хворих.

Наведений клінічний випадок демонструє не тільки труднощі у діагностиці паранеопластичної нефропатії, але й недостатню увагу лікарів до проведення диспансерного огляду, метою якого насамперед є виявлення загрозливих для життя станів. ■

ПОЧКИ
НИРКИ KIDNEYS

СИМПОЗІУМ № 217 «ДІАГНОСТИЧНА РОЛЬ N-АЦЕТИЛ-β-D-ГЛЮКОЗАМІНІДАЗИ (NAG) ЯК РАННЬОГО МАРКЕРА ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК»

Проводять: *кафедра нефрології і нирково-замісної терапії НМАПО імені П.Л. Шупика, Донецький національний медичний університет ім. М. Горького.*
Рекомендовано: *нефрологам, сімейним лікарям, терапевтам.*

Шановні колеги!

Для того щоб правильно відповісти на нижченаведені запитання, уважно ознайомтеся зі статтею **О.О. Мельника «Диагностическая роль N-ацетил-β-D-глюкозаминидазы (NAG) как раннего маркера повреждения почек»**, що надрукована на с. 37 цього номера журналу.

Питання до симпозіуму № 217 «Діагностична роль N-ацетил-β-D-глюкозамінідази (NAG) як раннього маркера пошкодження нирок»

1. Використовувати ферменти у медицині можна:
А. Як лікарські препарати.
Б. Для діагностики захворювань.
В. Для корекції захворювань, пов'язаних з порушеннями функціонування ферментів.
Г. Як аналітичні реактиви.
Д. Усі відповіді правильні.

2. Локалізація NAG у клітині:
А. Лізосоми.
Б. Мітохондрії.
В. Ядро.
Г. Рибосоми.
Д. Ендоплазматичний ретикулум.

3. NAG бере участь у розщепленні:
А. Нуклеїнових кислот.
Б. Ліпідів.
В. Мукополісахаридів та глікопротеїнів.
Г. Вуглеводів.

4. NAG належить до такого класу ферментів:
А. Гідролази.
Б. Оксидоредуктази.
В. Трансферази.
Г. Ліази.
Д. Ізомерази.

5. Яка молекулярна вага NAG?
А. ~ 50 кДа.
Б. ~ 100 кДа.
В. ~ 140 кДа.
Г. ~ 200 кДа.
Д. ~ 240 кДа.

6. NAG є специфічним маркером ушкодження:
А. Дистальних канальців.
Б. Проксимальних канальців.
В. Петлі Генле.
Г. Збірних протоків.
Д. Клубочків.

7. За якої патології нирок активність NAG у сечі підвищується?
А. Первинне й вторинне пошкодження нирок.
Б. Полікістоз нирок.
В. Прееклампсія у вагітних.
Г. Діабетична нефропатія.
Д. Усі відповіді правильні.

8. З якими з показників корелює активність NAG?
А. Рівень протеїнурії.
Б. Швидкість клубочкової фільтрації.
В. Екскреція креатиніну.
Г. β_2-мікропротеїнурія.
Д. pH і температура.

9. Що може відображати збільшення активності NAG у сечі?
А. Активність захворювання.
Б. Залишкову функціональну здатність нирок.
В. Підвищену активність лізосом.
Г. Зниження фільтраційної функції.
Д. Усі відповіді правильні.

10. З якими з показників не корелює NAG?
А. Вік.
Б. Тривалість захворювання на цукровий діабет.
В. Індекс маси тіла.
Г. Глікований альбумін.
Д. Альбуміно-креатиніновий коефіцієнт.

11. Які сучасні лабораторні методи використовують для визначення NAG?
А. Афінна хроматографія.
Б. Полімеразна ланцюгова реакція.
В. Колориметричний та імуноферментний.
Г. Високоефективна рідинна хроматографія.

12. У яких одиницях можлива оцінка активності NAG?
А. U/L.
Б. mIU/ml.
В. U/mmol.
Г. ng/ml.
Д. Усі відповіді правильні.

Підготував О.О. Мельник

ПОЧКИ
НИРКИ KIDNEYS

СИМПОЗІУМ № 218
«ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА З ПАТОЛОГІЄЮ НИРОК ТА ЛИХОМАНКОЮ НЕВІДОМОЇ ЕТІОЛОГІЇ»

Проводять: *кафедра нефрології і нирково-замісної терапії НМАПО імені П.Л. Шупика, Донецький національний медичний університет ім. М. Горького.*
Рекомендовано: *нефрологам, сімейним лікарям, терапевтам.*

Шановні колеги!

Для того щоб правильно відповісти на нижченаведені запитання, уважно ознайомтеся зі статею **О.І. Таран «Обстеження пацієнта з патологією нирок та лихоманкою невідомої етіології»**, що надрукована на с. 48 цього номера журналу.

Питання до симпозіуму № 218
«Обстеження пацієнта з патологією нирок та лихоманкою невідомої етіології»

1. Скільки умовних класифікаційних категорій ЛНЕ існує?
А. 2–3.
Б. 3–4.
В. 4–5.
Г. 5–6.
Д. 6–8.

2. До якої категорії ЛНЕ належить пневмоцистна пневмонія на тлі нефропатії?
А. Нозокоміальна.
Б. Класична.
В. Імунодефіцитна.
Г. Пов'язана з ВІЛ.

3. До якої категорії ЛНЕ належить мієломна нефропатія?
А. Нозокоміальна.
Б. Класична.
В. Імунодефіцитна.
Г. Пов'язана з ВІЛ.

4. При якій злоякісній пухлині з лихоманкою найчастіше розвивається нефропатія?
А. Лімфома.
Б. Нирково-клітинний рак.
В. Мієлома.
Г. Гепатома.
Д. Хронічний лейкоз.

5. За який термін повинен бути верифікований етіологічний чинник лихоманки?
А. 3 доби.
Б. 5 діб.
В. Тиждень.
Г. 10 діб.
Д. 12 діб.

6. Які ревматична хвороба найчастіше супроводжується лихоманкою?
А. Системний червоний вовчак.
Б. Ревматоїдний артрит.
В. Ювенільний ревматоїдний артрит.

Г. Геморагічний васкуліт.
Д. Синдром Шегрена.

7. Які захворювання з вторинною нефропатією найчастіше супроводжуються лихоманкою?
А. Гепатити.
Б. Ревматоїдний артрит.
В. Вузликовий поліартеріїт.
Г. Тромбоз здухвинних вен.
Д. Ревматична поліміалгія в дорослих.

8. Які з інгібіторів АПФ є причиною лихоманки?
А. Лізиноприл.
Б. Раміприл.
В. Фозиноприл.
Г. Периндоприл.
Д. Каптоприл.

9. У якій пріоритетній послідовності необхідно вести пошук етіологічного чинника ЛНЕ?
А. Ревматичні хвороби — злоякісні пухлини — інфекції.
Б. Злоякісні пухлини — інфекції — ревматичні хвороби.
В. Інфекції — злоякісні пухлини — ревматичні хвороби.
Г. Інфекції — ревматичні хвороби — злоякісні пухлини.
Д. Злоякісні пухлини — ревматичні хвороби — інфекції.

10. У якій пріоритетній послідовності необхідно вести пошук етіологічного чинника ЛНЕ на тлі нефропатії з нефротичним синдромом?
А. Ревматичні хвороби — злоякісні пухлини — інфекції.
Б. Злоякісні пухлини — інфекції — ревматичні хвороби.
В. Інфекції — ревматичні хвороби — злоякісні пухлини.
Г. Інфекції — злоякісні пухлини — ревматичні хвороби.
Д. Злоякісні пухлини — ревматичні хвороби — інфекції.

Підготувала О.І. Таран

ПОЧКИ
НИРКИ KIDNEYS

СИМПОЗІУМ № 219
«ІНГІБІТОРИ SGLT-2 (НАТРІЙ-ЗАЛЕЖНОГО КО-ТРАНСПОРТЕРУ ГЛЮКОЗИ 2) У ЛІКУВАННІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ Й ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ»

Проводять: *кафедра нефрології і нирково-замісної терапії НМАПО імені П.Л. Шупика, Донецький національний медичний університет ім. М. Горького.*
Рекомендовано: *нефрологам, ендокринологам, сімейним лікарям, терапевтам.*

Шановні колеги!

Для того щоб правильно відповісти на нижченаведені запитання, уважно ознайомтеся з матеріалом **«Резюме керівництва NGC (2016): канагліфлозин, дапагліфлозин і емпагліфлозин як монотерапія для лікування цукрового діабету 2-го типу»**, що надрукований на с. 36 цього номера журналу.

Питання до симпозіуму № 219
«Інгібітори SGLT-2 (натрій-залежного ко-транспортеру глюкози 2) у лікуванні цукрового діабету 2-го типу й діабетичної нефропатії»

1. Які групи гіпоглікемічних препаратів використовують при діабетичній хворобі нирок?
А. Сульфонілсечовини.
Б. Тіазолідиндіони.
В. Інгібітори дипептидилпептидази-4.
Г. Інгібітори SGLT-2.
Д. Глітазони.
Е. Інсулін.
Є. Інкретини.
Ж. Усі перераховані.

2. Які препарати можна використовувати при ХХН 5-го ступеня на тлі діабетичної нефропатії?
А. Інсулін.
Б. Піоглітазон.
В. Гліквідон.
Г. Лінагліптин.
Д. Усі перераховані.

3. Які препарати належать до інгібіторів SGLT-2 (натрій-залежного ко-транспортеру глюкози 2)?
А. Канагліфлозин.
Б. Дапагліфлозин.
В. Емпаглфілозин.
Г. Усі перераховані.
Д. Усі відповіді неправильні.

4. Середня доза дапагліфлозину на добу:
А. 1 мг.
Б. 5 мг.
В. 10 мг.

Г. 20 мг.
Д. Усі відповіді неправильні.

5. Пацієнтам з тяжким порушенням функції печінки дапагліфлозин рекомендується в початковій дозі:
А. 1 мг.
Б. 5 мг.
В. 10 мг.
Г. 20 мг.
Д. Усі відповіді неправильні.

6. Дапагліфлозин не рекомендується для застосування пацієнтам з порушеннями ниркової функції при розрахованій швидкості клубочкової фільтрації:
А. < 30 мл/хв/1,73 м^2.
Б. < 45 мл/хв/1,73 м^2.
В. < 60 мл/хв/1,73 м^2.
Г. < 90 мл/хв/1,73 м^2.
Д. Усі відповіді неправильні.

7. Рекомендована доза дапагліфлозину становить 10 мг один раз на добу:
А. Для монотерапії та додаткової комбінованої терапії в поєднанні з іншими цукрознижувальними лікарськими засобами, включаючи інсулін.
Б. Для комбінованої в поєднанні з іншими цукрознижувальними лікарськими засобами, за винятком інсуліну.
В. Лише для монотерапії.
Г. Лише для комбінованої терапії.
Д. Усі відповіді неправильні.

8. Існує попередження про ризик гострого пошкодження нирок при лікуванні діабету 2-го типу такими препаратами:
А. Лише канагліфлозин.
Б. Лише дапагліфлозин.
В. Канагліфлозин і дапагліфлозин.
Г. Лише емпагліфлозин.
Д. Усі перераховані.
Е. Усі відповіді неправильні.

9. Канагліфлозин, дапагліфлозин і емпагліфлозин як монотерапія рекомендовані як опції вибору для лікування діабету 2-го типу в дорослих:
А. Яким протипоказаний метформін або які його не переносять і коли дієта та фізичні вправи поодинці не забезпечують адекватного глікемічного контролю.
Б. Коли неефективний інсулін.
В. Завжди.
Г. Усі відповіді правильні.
Д. Усі відповіді неправильні.

10. Дорослі, лікування яких канагліфлозином, дапагліфлозином або емпагліфлозином як монотерапія було розпочато до отримання даних про можливий розвиток гострого ушкодження нирок:
А. Можуть продовжувати лікування цим препаратом.
Б. Повинні негайно відмінити цей препарат.
В. Повинні додати до лікування інсулін.
Г. Повинні додати до лікування метформін.
Д. Усі відповіді неправильні.

11. Якщо пацієнт має непереносимість препарату сульфонілсечовини, йому може бути призначений як монотерапія:
А. Піоглітазон.
Б. Інгібітор дипептидилпептидази-4.
В. Інгібітор SGLT-2.
Г. Усі перераховані.
Д. Усі відповіді неправильні.

12. Канагліфлозин, дапагліфлозин і емпагліфлозин знижують глікований гемоглобін:
А. На 0,3 %.
Б. 0,6–0,9 %.
В. 1,2 %.
Г. 4 %.
Д. Усі відповіді неправильні.

13. Коригування дози інгібітору SGLT-2 у зв'язку з віком пацієнта:
А. Потрібне після 45 років.
Б. Потрібне після 65 років.
В. Потрібне після 80 років.
Г. Не потрібне.
Д. Усі відповіді неправильні.

14. Застосування інгібітору SGLT-2:
А. Може збільшити діуретичний ефект тіазидних і петльових діуретиків, а також може збільшити ризик розвитку дегідратації та артеріальної гіпотензії.
Б. Не збільшує діуретичний ефект тіазидних і петльових діуретиків.
В. Не може призвести до зниження артеріального тиску.
Г. Може призвести до гіперглікемії.
Д. Усі відповіді неправильні.

15. Метаболізм дапагліфлозину відбувається:
А. В основному шляхом кон'югації з глюкуронідом, опосередкованої УДФ-глюкуронілтрансферазою 1А9 (UGT1A9).
Б. В основному CYP 450.
В. Шляхом кон'югації з глюкуронідом та CYP 450.
Г. Усі відповіді правильні.
Д. Усі відповіді неправильні.

Підготував проф. Д. Іванов

GT-MEDICAL И КАФЕДРА НЕФРОЛОГИИ НМАПО ИМЕНИ П.Л. ШУПИКА

Уважаемые коллеги!

Медицинский мир подобен кастам, в которых необходимая информация аккумулируется и распространяется среди профессиональных сообществ по отдельным специальностям и нозологическим единицам. Подобное разделение позволяет накапливать огромные массивы глубоко специфического материала, разобраться в котором подчас нелегко даже узкому специалисту. Но тяжелее всего приходится докторам широкого профиля, терапевтам и семейным врачам, которые ежедневно нуждаются в систематизации практической информации по различным направлениям.

Врачи первого и второго звена службы здравоохранения, а также рамки их компетентности определяют качество медицинской службы в стране в целом. На государственном уровне проблема последипломного повышения квалификации решается циклами тематического усовершенствования, наибольший массив которых представлен в НМАПО имени П.Л. Шупика, выездными лекциями и ведением единого реестра медицинской документации.

Во всем мире быстро набирают популярность различные виды дистанционного обучения благодаря удобству и доступности, возможности расширить и углубить свои знания без отрыва от основных видов деятельности. При этом они не уступают по качеству и наполненности очным формам занятий.

В октябре 2016 года в Украине начал свою работу интернет-портал GT-Medical, основным направлением которого является дистанционная образовательная деятельность посредством сети Интернет: запись научно-практических конференций и лекций, организация и трансляция вебинаров ведущих специалистов. Цель проекта — объединить врачей терапевтического профиля, сократить дистанцию между ведущими специалистами и врачами первичного звена, создать максимально комфортные условия для самообразования и повышения профессионального уровня врачей-терапевтов.

Организация GT-Medical собрала и продолжает расширять базу практических материалов по различным направлениям терапии и семейной медицины: клинические протоколы от украинских и всемирных организаций, калькуляторы, календарь медицинских событий, нормативные документы, регламентирующие прохождение предаттестационного цикла, списки периодических медицинских интернет-изданий и форумов.

Первой представленной на нашем YouTube-канале записью является научно-практическая конференция с международным участием, организованная кафедрой нефрологии и ПЗТ НМАПО «Клінічний випадок в нефрології». Запись конференции разбита на отдельные видеоролики с лекциями, прочитанными профессором Д.Д. Ивановым, профессором Е.А. Дядык, гостями конференции: профессором Франко Феррарио и главным нефрологом МЗ Республики Армения профессором А.А. Саркисяном, а также сотрудниками кафедры нефрологии и ПЗТ. В лекциях раскрыты причины и методы лечения хронической почечной недостаточности (ХПН) в детском возрасте, возможности почечно-заместительной терапии, приведены клинические случаи редких нефрологических заболеваний. Ведущими специалистами даны мастер-классы по фармакогенетическому лечению ХПН в зависимости от клинической ситуации и синдрому CAKUT.

Используйте справочную информацию на нашем сайте http://gt-medical.com.ua, следите за обновлениями на нашей страничке в Facebook https://www.facebook.com/GTMbloknot/, подписывайтесь на наш YouTube-канал! Пишите о том, что вам необходимо, на наш адрес info@gt-medical.com.ua, и мы выложим информацию на сайт в течение недели! Развивайтесь вместе с нами!

С уважением, проф. Д.Д. ИВАНОВ

Пам'ятка для пацієнта

ЛІКУВАЛЬНИЙ ВІДПОЧИНОК ПРИ ХВОРОБАХ НИРОК

Маємо на увазі санаторно-курортне лікування хворих нефрологічного профілю. Адже перебування у відповідному профільному санаторії не тільки сприяє поліпшенню стану здоров'я, а й надає можливість відволіктися від буденних клопотів і обов'язків, зарядитися позитивними емоціями, відпочити фізично та духовно, що добре впливає на перебіг захворювань, допомагає легше, з більшим терпінням переносити недугу та обнадіює щодо майбутнього незалежно від перебігу хвороби.

Вказівки й поради щодо вибору курорту завжди повинен давати лікар, впевнений у діагнозі патології, фазі захворювання (ремісія), оцінивши стан хворого, якому доведеться змінити місце перебування й перенести прийняті в санаторії лікувальні процедури. При цьому слід застерегти хворого, попередити його щодо необхідності дотримання санаторного режиму, уникнення надмірних розваг з порушенням дієти, вживання алкоголю.

Санаторно-курортному лікуванню підлягають хворі з хронічною хворобою нирок (ХХН) 1–3-ї стадії з уточненою нозологією: хронічний гломерулонефрит (ХГН), хронічні інфекції сечової системи обмінного генезу (сольові діатези, уратна нефропатія — подагрична нирка, діабетична нефропатія, метаболічний синдром, гепаторенальний синдром), стан після трансплантації нирки.

При ХГН слід брати до уваги не тільки фазу процесу (стійка ремісія), функціональний стан нирок, але й рівень артеріального тиску (АТ) (не вище від 160–170/90–100 мм рт.ст.). Після трансплантації нирки хворому можна рекомендувати санаторне лікування через 8–10 місяців після операції, якщо зберігається стабільний рівень азотемії, АТ, відсутня загроза відторгнення трансплантата.

Лікування хворих з імунозалежною патологією нирок проводиться на курортах у зоні аридного клімату (висока температура, низька вологість). У 70-х роках минулого століття нами обґрунтовано й підтверджено багаторічним досвідом ефективність лікування хворих цієї категорії в межах України на Південному березі Криму в зоні між Місхором і Гурфузом (Ялта) від травня до вересня включно. Будемо вірити, що ця місцевість для кліматотерапії українців закрита тимчасово. Покращувати перебіг ХГН, посттрансплантаційний стан може перебування протягом не менше місяця (бажано до двох) між травнем і вереснем у місцевостях Херсон — Генічеськ — Сиваш, Херсон — Запоріжжя — Генічеськ, де температура утримується на рівні 23–24 °С (до 39–40 °С) і відносна вологість знижується до 40 %.

Класично й традиційно найефективнішою кліматотерапія вважається в місцевостях напівпустель (Єгипет, Середня Азія — Байрам-Алі, Бухара).

У Європі (Німеччина, Болгарія, Чехія) хворих цієї категорії, у тому числі з хронічною нирковою недостатністю, лікують на бальнеопитних курортах із застосуванням фізіотерапевтичних процедур, лікувальної фізкультури тощо. У санаторіях наявна апаратура для гемодіалізу, тому санаторне лікування доступне тут і хворим із 5-ю стадією ХХН.

Завдяки впливу кліматичних умов відбувається покращення самопочуття хворих, лабораторних показників активності захворювання: зменшення периферійного опору, протизапальний, спазмолітичний ефект, збільшення черезшкірної перспірації, імунокорекція.

Хворим з інфекцією сечової системи (хронічний пієлонефрит, цистит тощо), нефропатіями обмінного, токсичного генезу рекомендується лікування на бальнеопитних курортах з призначенням вживання слабомінералізованих вод, що сприяють підвищенню діурезу, зміні реакції сечі, покращанню обмінних процесів в організмі. Патологічний процес у хворого повинен бути у фазі ремісії, має бути збережена уродинаміка в сечовивідних шляхах. Порушення її при вживанні вод низької мінералізації у зв'язку з підвищенням виділення сечі може призвести до формування гідронефрозу або його збільшення, якщо він уже є. У разі поєднання інфекції сечової системи із

сечокам'яною хворобою рішення про санаторне лікування приймає уролог.

Залежно від загального стану хворого, його бажання та згоди лікування на бальнеопитних курортах можна рекомендувати в усі пори року.

Дія мінеральних вод зумовлена впливом на процеси адсорбції з кишечника, реакцію кишкового вмісту й сечі, процеси кристалізації. Під впливом мінеральних вод підвищується клубочкова фільтрація, знижується канальцева реабсорбція (збільшення діурезу), збільшується салурез. Кількість і режим прийому мінеральної води рекомендує лікар санаторію.

Вибір бальнеопитних курортів України широкий: Закарпаття (води «Поляна Квасова», «Поляна Купіль», «Лужанська», «Калечинська»), Харківщина («Березовська»), Прикарпаття («Моршинська», «Нафтуся»), Поділля (санаторій «Сатанів»). Найпопулярніша «Нафтуся» (Трускавець), яка, викликаючи збільшення діурезу, сприяє активації екскреторної й депураційної функції нирок, бактерицидної функції нейтрофілів, редукції дисбактеріозу товстого кишечника, зменшенню лейкоцитурії та нейроендокринних проявів стресу (Лукович Ю.С. і співавт., 2015).

Санаторно-курортне лікування в Україні слід поєднувати з популярним і поширеним в Європі так званим медичним туризмом. Організація його із збереженням лікувального ефекту сприяє урізноманітненню відпочинку, збагаченню знань та позитивних емоцій. Це стосується й можливостей розвитку та поширення санаторно-курортного лікування захворювань сечової системи.

Підготував Л.А. ПИРІГ, акад. НАМН України