

World Kidney Day 2014 в Украине: искусство врачевания в области нефрологии и урологии

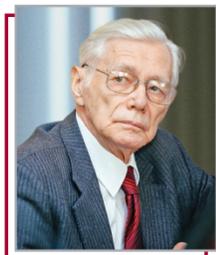
14 марта 2014 г. в Украине прошли основные тематические мероприятия, приуроченные к Всемирному дню почки (World Kidney Day 2014). В частности, на базе Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев) при поддержке Министерства здравоохранения Украины состоялась научно-практическая конференция «Хронические заболевания почек. Возрастной аспект».



Научная программа форума традиционно была насыщенной и разноплановой и включала почти 20 докладов, сгруппированных в 4 секции – «Почки и возраст», «Почечнозаместительная терапия и возраст», «Минеральный обмен и почки. Фитотерапия», «Почки и междисциплинарные аспекты».

Эксперты не ограничились рассмотрением исключительно профильных вопросов, таких как поражение почек при артериальной гипертензии (АГ) и сахарном диабете (СД), особенности проведения почечнозаместительной терапии (ПЗТ) и медикаментозная поддержка нуждающихся в ней пациентов, терапия мочекаменной болезни (МКБ) и др., но и уделили внимание проблемам, находящимся на стыке различных специальностей и требующих тесного взаимодействия врачей: подходам к трансплантации, риску развития дисфункции почек у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и СД после реваскуляризации, современным возможностям использования фитотерапии.

Секция «Почки и возраст»



Геронтологические аспекты клинической нефрологии осветил академик НАМН Украины, член-корреспондент НАН Украины, доктор медицинских наук, профессор кафедры нефрологии и почечнозаместительной терапии НМАПО им. П.Л. Шупика Любомир Антонович Пыриг.

Он отметил, что у пациентов в возрасте 65-74 лет уровень смертности, обусловленной патологией почек, повышается в 50 раз, а у больных в возрасте старше 75 лет – в 250 раз по сравнению с таковым в возрастной группе 15-34 лет. Предпосылки к повышению риска заболеваний почек у пациентов пожилого возраста создают патофизиологические изменения, ассоциированные с возрастом, такие как:

- инволюция почек – морфологическая (потеря 1/2-1/3 нефронов, гипертрофия сохранных нефронов) и функциональная (суммарное снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) на фоне гиперфильтрации в сохранных клубочках, снижение экскреторной, ионо-, осморегулирующей и метаболической функций);
- нарушение уродинамики (у мужчин);
- изменения иммунной реактивности;
- дисбаланс эндокринного гомеостаза;
- нарушение липидного обмена;
- бессимптомная протеинурия;
- бессимптомная бактериурия.

Л.А. Пыриг остановился на различиях в показателях, отражающих функцию почек (СКФ, концентрации

сывороточного креатинина, креатинина в моче и др.), у пациентов молодого и пожилого возраста. Академик порекомендовал клиницистам обеспечивать адекватный контроль уровня артериального давления (АД), а при интерпретации мочевого синдрома и определении незначительного количества белка (например, 0,033 г/л) по данным общего анализа мочи повторить таковой и оценить степень суточной протеинурии, поскольку протеинурия не только является признаком существующих патологических нарушений, но и оказывает прямое повреждающее действие на нефрон.

К почечным нарушениям, наиболее часто встречающимся в когорте лиц пожилого возраста, относятся пиелонефрит, нефроангиосклероз, поликистоз, миеломная нефропатия, нефролитиаз, подагрическая нефропатия (может отмечаться у пациентов, у которых нет симптомов подагры, но наблюдается гиперурикемия), амилоидоз, опухоли почек, паранеопластические нефропатии, туберкулез, диабетическая нефропатия.

У пациентов пожилого возраста симптоматика заболеваний почек не соответствует классической клинической картине и может быть нетипичной (как правило, доминируют явления астении), ренальная патология часто сочетается с расстройствами со стороны других органов и систем и может осложниться острой почечной недостаточностью, имеет неблагоприятный прогноз в силу более быстрого прогрессирования с возможным возникновением АГ, хронической почечной недостаточности (ХПН), экстраренальных осложнений.

«При лечении больных пожилого и старческого возраста необходимо обеспечивать нормализацию уродинамики; избегать использования нефротоксических препаратов и полипрагмазии; учитывать возможные лекарственные взаимодействия, особенности дозирования в зависимости от возраста и ограничения относительно применения методов диализа, трансплантации и др. Кроме того, у данного контингента больных требуется проведение диспансеризации», – подытожил Л.А. Пыриг.



На поражении почек при АГ и СД, а также возрастных особенностях антигипертензивного лечения сфокусировал внимание заведующий кафедрой нефрологии и почечнозаместительной терапии НМАПО им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Дмитриевич Иванов. Докладчик подчеркнул, что в настоящее время происходит пересмотр терминологии, в частности вместо определения «микроальбуминурия» предлагается использовать дефиницию «альбуминурия», вместо

«диабетическая нефропатия» – «диабетическая болезнь почек», а при установлении диагноза придерживаться определенной последовательности, указывая первичный диагноз (поликистоз или др.), затем значение СКФ, уровень альбуминурии, а в конце – стадию хронической болезни почек (ХБП).

Согласно руководству ESH/ESC (2013), основные цели лечения пациентов с ХБП с/без СД – профилактика сердечно-сосудистых событий и предотвращение развития почечной недостаточности / замедление дальнейшего прогрессирования ухудшения функции почек.

Целевой уровень АД при ХБП и диабетической нефропатии находится в интервале 140-130 / 90-80 мм рт. ст., а для пациентов пожилого возраста, вероятно, в пределах 150-140 / 90 мм рт. ст. Однако независимо от уровня АД при наличии диабетического повреждения почек нефролог имеет право назначить низкодозовую комбинированную антигипертензивную терапию с целью замедлить прогрессирование ухудшения функции почек.

Д.Д. Иванов детально проанализировал особенности назначения и дозирования различных классов лекарственных средств, применяющихся для снижения АД (ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, сартанов, антагонистов кальция, диуретиков, β-блокаторов и др.), определения резистентной (рефрактерной) и злокачественной АГ. В частности, под рефрактерной подразумевают АГ, при которой использование трех антигипертензивных препаратов, один из которых диуретик, не обеспечивает достижения целевых уровней АД.

Помимо контроля АД, для улучшения выживаемости у пациентов с ХБП и СД необходимо корректировать уровень глюкозы.

Также обсуждались возможности сопроводительной терапии (коррекции анемии, гиперурикемии, полинейропатии, дислипидемии и др.).

Докладчик высказал сомнения в целесообразности применения у данного контингента больных статинов: «В нефрологии отношение к гипохолестеринемической терапии сдержанное, так как четких указаний относительно режимов ее назначения, целевых уровней и способов контроля эффективности в последних рекомендациях нет, как и исследований ее результативности в популяции пациентов с ХБП II-V ст.».



Главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «терапия», член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой внутренней медицины № 1 Национального медицинского университета (НМУ) им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Василий Захарович Нетяженко коснулся некоторых вопросов реформирования системы здравоохранения,

подчеркнув, что в настоящее время группами экспертов ведется активная работа по созданию и оптимизации протоколов для лечения различных патологий (за основу приняты международные рекомендации): разработаны стандарты лечения АГ, СД, ИБС, острого ишемического и геморрагического инсульта, инфаркта миокарда; до конца 2014 г. планируется создание постановлений и протоколов лечения по всем терапевтическим дисциплинам.

В настоящее время отечественными учеными разрабатываются мобильные приложения для мониторинга здоровья, использующиеся смартфонами, iPad и iPhone, имеющие доступную стоимость (гаджеты, «превращающие» мобильное устройство в доктора, ранее были представлены на международных выставках и дают возможность выполнить электрокардиографию, ультразвуковое исследование, осмотр слухового прохода, оценку уровня АД и глюкозы в крови, определить остроту зрения, измерить пульс, температуру тела, электрическую активность сердца. – Прим. авт.)

Докладчик проанализировал распространенность сердечно-сосудистой патологии, привел международные рекомендации касательно антиромбоцитарной терапии и данные относительно результатов внедрения пилотного проекта по АГ: в частности, 44% больных получали препарат более 3 мес, почти на 6% уменьшилось количество случаев инсульта, снизилась частота вызовов бригад скорой помощи по поводу гипертонического криза. Наибольшей популярностью среди пациентов с АГ, согласно анализу данных пилотного проекта, пользовалась комбинация лизиноприла и гидрохлортиазида.

Продолжение на стр. 24.

World Kidney Day 2014 в Україні: искусство врачевания в области нефрологии и урологии

Продолжение. Начало на стр. 23.

По словам В.З. Нетяженко, в ближайшей перспективе в помощь врачу будут разработаны так называемые карманные справочники и руководства по АГ.

Пациентам с АГ и нефропатией показано назначение комбинированной терапии (запрещено сочетание ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и сартанов, не рекомендуется использование антагонистов альдостерона у пациентов с ХПН). У больных пожилого и старческого возраста коррекцию АД следует проводить с учетом их самочувствия и не стремиться к строгим целевым уровням.

«Если прием антигипертензивного препарата не обеспечивает контроль АД, не рекомендуется увеличивать его дозу, нецелесообразно переходить на монотерапию иным антигипертензивным средством; оптимальным представляется добавление препарата другого класса», — констатировал профессор В.З. Нетяженко.

Также докладчик представил результаты магистерской работы А.И. Кирпач, посвященной изучению состояния системы свертывания крови у пациентов с эссенциальной АГ и сопутствующей микроальбуминурией (n=60): наблюдались повышение АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, адреналин-индуцированная агрегация, уменьшение фибринолитической активности крови и другие нарушения тромбоцитарного гомеостаза.

Секция «Почечнозаместительная терапия и возраст»



В поле зрения заведующего отделением нефрологии Александровской клинической больницы г. Киева Игоря Любомировича Кучмы попали принципы проведения ПЗТ у пациентов пожилого возраста.

Для данного контингента больных ПЗТ уже не исключение, а правило. По данным USRDS (2008), средний возраст пациентов, которым было начато лечение гемодиализом (ГД), составил 64,4 года. Согласно сведениям из Национального реестра больных ХБП за 2012 г., количество больных в возрасте старше 64 лет, которым выполнялся ГД, составляло 9,6% от общего числа находящихся на диализной терапии, перитонеальный диализ (ПД) получали 10,3% пациентов. В последние годы прослеживается тенденция к медленному, но стабильному увеличению доли пациентов старшего возраста, находящихся как на ГД, так и на ПД.

При ведении больных пожилого возраста спорными вопросами ПЗТ являются период начала лечения и выбор терапевтической модальности (ГД или ПД). Есть данные, указывающие на то, что в случае незапланированного начала диализной терапии у пациентов в возрасте 75 лет и старше риск смерти повышается на 50% по сравнению с таковым при плановом лечении (С. Couchoud et al., 2007).

В соответствии с европейскими рекомендациями по проведению диализа данный вид терапии следует начинать при снижении СКФ <15 мл/мин/1,73 м² или при наличии одного из перечисленных состояний: уремии, неконтролируемой гипергидратации или АГ, при прогрессирующем ухудшении нутритивного статуса. В любом случае диализ необходимо инициировать до уменьшения СКФ ≤6 мл/мин/1,73 м², даже если состояние пациента удовлетворительное. У пациентов группы риска (например, имеющих СД) целесообразно отдать предпочтение более раннему началу ПЗТ.

Работы, посвященные изучению преимуществ начала терапии в том или ином периоде, отсутствуют. Как отметил выступающий исходя из собственного практического опыта, у пациентов в возрасте старше 65 лет рациональным представляется начало диализа при СКФ ≤15 мл/мин/1,73 м².

Кроме того, он акцентировал внимание на сложности сравнения у пациентов старшей возрастной группы эффективности таких терапевтических модальностей, как ГД и ПД, разнородности их результатов, сопоставимой результативности (например, в исследовании NTDS). К преимуществам ГД докладчик отнес хорошие показатели длительной выживаемости, большее количество возможностей для обеспечения диализной дозы, меньшие затраты времени пациента; ПД — отсутствие необходимости в сосудистом доступе, меньший риск развития артериальной гипотензии, независимость от лечебного учреждения, условия для путешествий, поддержание остаточной функции почек с помощью члена семьи. Недостатками ГД признаны трудности, связанные



с сосудистым доступом, использование центрального катетера, повышение риска заражения крови и развития артериальной гипотензии, потребность в госпитализации; использование ПД ограничивается малой численностью больных, которым подходит этот метод, трудностями в учебе, социальной изоляцией, повышением вероятности перитонита.

«На сегодня у пациентов пожилого возраста убедительных доказательств касательно клинических или социальных преимуществ той или иной терапевтической модальности не получено; лечение должно быть индивидуализировано, нефролог обязан предоставить больному право выбора и максимально полную информацию об особенностях лечения», — резюмировал И.Л. Кучма.

Что касается частоты выполнения ГД и ПД у больных в возрасте старше 64 лет, в Украине методы применяли в 84 и 16% случаев соответственно (данные Национального реестра больных хронической болезнью почек, 2012). Опыт специалистов Александровской клинической больницы г. Киева (доля пациентов старшей возрастной группы, находящихся на ГД и ПД, — 55 и 45% соответственно) позволяет сделать вывод о возможности успешного применения ПД в популяции больных пожилого возраста при условии выбора ими данной модальности. При этом в указанной популяции следует учитывать необходимость профилирования натрия, бикарбоната и ультрафильтрации.

Длительность лечения и его частота должны быть увеличены у пациентов с гемодинамической нестабильностью и сердечно-сосудистыми заболеваниями; аналогичную стратегию следует использовать у больных пожилого возраста (European Best Practice Guidelines, 2002).

В Национальном реестре больных ХБП анализ особенностей диализной терапии у пациентов в возрасте старше 65 лет отсутствует. В целом уровень смертности среди лиц пожилого возраста, получающих ПЗТ, выше такового у пациентов молодого возраста (в 1-й год лечения достигает 80%).

«Возраст не диктует модальность терапии: ГД и ПД абсолютно равнозначны по таким параметрам, как качество жизни и социальная реабилитация», — заверил И.Л. Кучма.



Доцент кафедры нефрологии и почечно-заместительной терапии НМАПО им. П.Л. Шупика, кандидат медицинских наук Стелла Викторовна Кушниренко посвятила свой доклад возрастным и гендерным особенностям диагностики и терапии анемии на фоне ХПН.

Средняя частота анемии при ХБП составляет 47% (варьирует от 27% на I ст. до 76% на V ст. заболевания). Данное состояние по значимости при ХБП сопоставимо с АГ, СД, дислипидемией. Значения гемоглобина (Hb), при которых констатируют анемию:

- у детей в возрасте от 6 мес до 5 лет — <110 г/л;
- у пациентов 5-12 лет — <115 г/л;
- у больных 12-15 лет — <120 г/л;
- у пациентов старше 15 лет — <130 г/л (у мужчин) и <120 г/л (у женщин).

Существуют также детализированные диагностические параметры для детей в возрасте младше 6 мес.

У пациентов с ХБП и анемией выполняют общий анализ крови (определяют концентрацию Hb, количество эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов), подсчитывают абсолютное число ретикулоцитов, оценивают уровень ферритина, степень насыщения трансферрина (а не его

количество), уровни витамина B₁₂ и фолатов в сыворотке крови. Частота мониторинга с целью выявления анемии у пациентов с ХБП на диализной терапии — как минимум 1 раз в 3 мес.

Если значения Hb меньше возрастной нормы, но больше 100 г/л, назначаются препараты железа. У пациентов с ХБП и анемией, не получающих комплексы железа или эритропоэстимулирующие средства (ЭСС), можно провести пробную терапию внутривенными препаратами железа или 1-3-месячный курс пероральной терапии; основной целью данной стратегии являются повышение уровня Hb и нормализация значений ферритина и насыщения трансферрина.

С.В. Кушниренко подробно описала принципы проведения терапии препаратами железа и контроля состояния обмена железа, подчеркнув, что при внутривенном введении начальной дозы декстрана железа рекомендуется, а при использовании железосодержащих средств на основе других действующих веществ предлагается обеспечить 60-минутное наблюдение за пациентом в условиях доступа к реанимационному оборудованию. При наличии системного воспаления следует избегать применения препаратов железа — возобновляют его прием через 5-7 дней после нормализации температуры тела и уровня С-реактивного белка.

Также обсуждались особенности использования препаратов железа у детей, анализировались подходы к лечению ЭСС (показаны при уровне Hb <100 г/л), свойства препаратов этого класса, их оптимальные дозировки и сроки лечения.



Терапия сопровождения ХПН предполагает коррекцию АГ, анемии, нарушений фосфорно-кальциевого обмена, соблюдение диеты (ограничение потребления белка, соли и т. д.), иммунизацию, оптимизацию образа жизни. По мнению ассистента кафедры патологической анатомии НМУ им. А.А. Богомольца, кандидата медицинских наук Марины Дмитриевны Ивановой, в

качестве дополнительных терапевтических мер можно рассматривать восполнение дефицита микро- и макроэлементов, витаминов, L-карнитина.

L-Карнитин относится к витаминоподобным веществам (имеет сходное строение с витаминами группы В), синтезируется в печени и почках, накапливается в скелетных мышцах, сердце, головном мозге, сперме. Доказано, что данное вещество влияет на метаболизм жирных кислот, облегчает их поступление в митохондрии, а при избытке жирных кислот способствует их утилизации. Ряд состояний, сопровождающихся врожденным дефектом обмена веществ и дефицитом L-карнитина, прямо или опосредованно приводят к ХПН. Есть и обратная связь: установлено, что ХПН, характеризующаяся нарушением синтетической функции почек и недостатком железа, обуславливает дефицит L-карнитина.

Кроме того, есть данные об активации жирового обмена под воздействием L-карнитина (при условии физической активности усиливается расщепление липидов, снижается уровень холестерина), его анаболическом (прирост мышечной массы), антиоксидантном и детоксикационном эффектах, противоишемическом, ангиопротекторном и антиангинальном свойствах. Значимые потери L-карнитина регистрируются на диализной стадии ХПН, что обусловлено образованием данного вещества в почках и его потерями через гемодиализную мембрану. Время, проведенное на ГД, коррелирует со снижением уровня сывороточного L-карнитина.

«Терапия L-карнитином у пациентов, получающих ПЗТ, не является обязательной (не входит в рекомендации KDIGO, KDOQI), но может быть полезна как дополнительная лечебная стратегия в силу его способности уменьшать количество свободных радикалов; улучшать сократительную функцию миокарда и нервную проводимость; усиливать фракцию выброса; снижать частоту эпизодов аритмии, астении, артериальной гипотензии, судорог; оптимизировать коррекцию анемии (улучшать действенность ЭСС); нормализовать уровень общего холестерина», — прокомментировала М.Д. Иванова.

Практическим опытом и нюансами выполнения трансплантации почки у пациентов пожилого возраста поделился заведующий отделом трансплантации почки ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии



им. А.А. Шалимова» НАМН Украины (г. Киев), доктор медицинских наук Рубен Овакимович Зограбян. Этот чрезвычайно интересный доклад будет представлен в виде отдельной публикации в тематическом номере «Хирургия. Ортопедия. Травматология».

Секция «Минеральный обмен и почки. Фитотерапия»



Роль и место фитотерапии в профилактике и лечении заболеваний почек рассмотрел старший научный сотрудник отдела нефрологии ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» (г. Харьков), доктор медицинских наук, профессор Виктор Петрович Денисенко.

Растительные средства — первые лекарства, которые были открыты человечеством, — активно используются в нефрологической практике в коррекции острых и хронических пиелонефритов и циститов (в составе комплексного лечения), с целью профилактики образования и лизиса конкрементов (в т. ч. после оперативных вмешательств), в терапии диабетической и подагрической нефропатии. Данный подход позволяет избежать развития полипрагмазии и нежелательных лекарственных взаимодействий у пациентов пожилого возраста. К значимым недостаткам фитотерапии относят невозможность достижения быстрого клинического эффекта. Рациональным представляется применение растительных комплексов, реализующих разнонаправленное влияние.

В.Д. Денисенко перечислил некоторые растительные компоненты, которые могут с успехом применяться в лечении нефрологической патологии, и описал их свойства. Противовоспалительным действием обладают морковь дикая, зверобой, спорыш, ромашка, шалфей, чистотел; литолитическим — морковь дикая, спорыш, кукурузные рыльца, марена серделистная, шелковичашечник курчавый; анальгезирующее и спазмолитическое влияние демонстрируют зверобой, морковь дикая, мята, розмарин, любисток, солодка голая; диуретический эффект обеспечивают хвощ полевой, березовые почки, бузина черная, спорыш; достижению гемостаза способствуют хвощ полевой, лабазник вязолистный (цветки), калина (кора), крапива (листья), кукурузные рыльца, спорыш, горец перечный; антигипоксическое действие свойственно для мяты перечной (листья), хмеля (соплодия), зверобоя, березовых почек, хвоща полевого; токсины нейтрализуют морковь дикая, бузина черная, леспедеза головчатая.

«Фитотерапия не является базисным методом лечения патологии почек, но может рассматриваться как вспомогательная терапевтическая стратегия», — поделился мнением выступающий.

Второй доклад С.В. Кушниренко назывался «Мочекаменная болезнь: концепция урологической и нефрологической помощи». Докладчик обозначила ключевые аспекты, касающиеся терминологии МКБ, перечислила факторы риска образования конкрементов и необходимые диагностические процедуры. В частности, у всех пациентов с МКБ необходимо определять pH не только мочи, но и крови (в норме 7,33-7,45). Соли мочевой кислоты образуются только в кислой среде, оксалаты — при любых значениях pH, щелочная среда является благоприятной для роста фосфатных камней. В качестве профилактических мер в отношении МКБ предложены потребление 2,5-3 л жидкости в сутки; равномерный ее прием в течение дня; предпочтение напитков с нейтральным pH; сбалансированное питание с преобладанием овощей и клетчатки; минимизация стрессогенных влияний; достаточная физическая активность; суточное поступление кальция в количестве 1-1,2 г, хлорида натрия — 4-5 г, белков животного происхождения — 0,8-1 г/кг; обеспечение диуреза — 2-2,5 л/сут; контроль массы тела (индекс массы тела для взрослых — 18-25 кг/м²); предотвращение обезвоживания (Guidelines on Urolithiasis, 2013).

С.В. Кушниренко привела схемы лечения МКБ, включающие диетические ограничения в зависимости от химического состава камней. Так, при наличии уратов следует отказаться от белка животного происхождения, крепкого чая, кофе, шоколада, жареных и острых блюд, исключить субпродукты, бобовые (фасоль, горох, арахис); в случае выявления оксалатов рекомендуется избегать употребления листовых овощей, какао-продуктов, цитрусовых, шиповника, уменьшить содержание в рационе сыра и молока; при образовании фосфатных камней нежелательны щелочные минеральные воды, цельное молоко, острые блюда, картофель, бобовые, тыква, ягоды, зеленые овощи, сыр, брынза; брусничный и клюквенный морсы, напротив, могут оказать благоприятное влияние.

Докладчик сфокусировала внимание на смене парадигмы в отношении купирования болевого синдрома при МКБ: в настоящее время в качестве средств первой линии применяются нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак, индометацин, ибупрофен и др.), второй — наркотические анальгетики (гидроморфон, пентазоцин, трамадол и др.). В меньшей степени актуальны широко используемые в нашей стране спазмолитики (прифиния бромид, дроперин и др.).

С целью хирургического устранения конкрементов выполняются ударно-волновая литотрипсия, ретроградная интратенальная хирургия, чрескожная нефролитотомия (выбор метода осуществляют с учетом размера камней).

Активное удаление конкрементов целесообразно при невозможности купирования болевого синдрома с помощью адекватной консервативной терапии, при сочетании обструкции конкрементом и инфекции, высоком риске пионефроза или уросепсиса, обструкции единственной почки, билатеральной обструкции.

«Общий анализ мочи необходимо выполнять ежемесячно; проводить общий и биохимический анализ крови, оценивать кислотно-основной баланс и СКФ — ежегодно, транспорт солей — 1 раз в 6-12 мес, ультразвуковое исследование — через 1, 3, 6 мес после удаления конкремента, затем 1 раз в 6-12 мес. Оптимальным санаторно-курортным лечением (перед его назначением следует обязательно оценить уродинамику) является отдых в регионах, известных наличием минеральных источников, таких как Нафтуся, Свалява, Лужанская, Поляна Квасова», — подытожила С.В. Кушниренко. «Положительный эффект при МКБ оказывает потребление минеральной воды из источника № 4 курорта Моршин», — дополнил перечень Л.А. Пыриг.

Секция «Почки и междисциплинарные аспекты»



Почему пациенты часто забывают рекомендации врача сразу после выхода из его кабинета? В чем кроется причина отказа от лечения и отсутствия веры в его результативность? На эти и другие вопросы, касающиеся приверженности больных к терапии, ответил заведующий кафедрой общей практики — семейной медицины Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Алексей Николаевич Корж.

Согласно статистическим данным, около 50% пациентов нарушают режим, самостоятельно изменяют длительность курса лечения, используют неправильные дозы препаратов; в случае бессимптомного течения патологии их количество увеличивается до 75%. В США рекомендациям врача не следуют 33% больных (Harris Interactive, 2005).

Особенно актуальна проблема низкого комплайенса в популяции больных с АГ, дислипидемиями, СД, требующими длительной (пожизненной) терапии.

На приверженность к лечению влияет множество факторов (экономические, социальные, поведенческие, биологические и др.); в некоторых случаях пациенты ссылаются на невнимательность и забывчивость, объясняют прекращение терапии желанием сэкономить, однако значительная часть больных попросту не верят в необходимость приема терапии или ее действенность (31 и 33% соответственно). Поразительно, но всего через 1 ч после посещения врача 60% пациентов не могут вспомнить и воспроизвести его рекомендации!

В настоящее время выведена специальная формула для определения комплайенса:

$$\text{Высокая приверженность} = \min \text{таблеток} \times \max \text{эффекта}$$

«Самое лучшее лекарство не поможет больному, если он отказывается его принять», — процитировал докладчик слова Мигеля де Сервантеса. — На приверженность к лечению влияют уровень коммуникации между участниками процесса и степень их взаимодействия, личность врача, информационная поддержка, письменный

и устный инструктаж и др. Улучшить комплайенс можно посредством выбора лекарственных средств длительно-го действия, что уменьшает количество приемов; активного наблюдения в течение 4-6 нед, обучения пациента навыкам самоконтроля и самопомощи».



Главный научный сотрудник отдела сексопатологии и урологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии НМАПО им. П.Л. Шупика Юрий Николаевич Гурженко в свойственном ему юмористическом стиле проанализировал современные методы лечения неспецифических уретритов. Согласно данным статистики,

в Украине с указанной проблемой сталкивается практически каждый 5-й мужчина. К наиболее частым возбудителям неспецифического уретрита относят *E. coli*, грибы рода *Candida*, *Klebsiella spp.*, часто выявляется микст-инфекция. Клинические проявления урогенитальных заболеваний разнообразны. Классик европейской простатологии, профессор Никель емко описал данное заболевание, сравнив его с «корзиной невыясненных состояний». Наиболее достоверными методами идентификации возбудителя уретрита признаны культуральное исследование (>90%) и полимеразная цепная реакция (>95%).



Анализируя подходы к терапии неспецифического уретрита, выступающий акцентировал внимание на необходимости параллельно проводить комплексное лечение пациента и его полового партнера и оптимизировать образ жизни. Что касается назначения антимикробной терапии, Ю.Н. Гурженко призвал клиницистов руководствоваться при принятии решения известным изречением В.Г. Бочоришвили: «Если антибиотик не показан, значит, он противопоказан».

Особое внимание в данном аспекте следует уделить препаратам нитрофуранового ряда, в частности комбинации растворимого фурагина и магнезия гидроксикарбоната, обладающей высокой эффективностью в лечении инфекций урогенитального тракта (95-97%), обеспечивающей достижение длительной ремиссии и характеризующейся гораздо меньшей токсичностью по сравнению с другими производными нитрофурана (в 8,3 раза ниже таковой фурагина). Рекомендованная схема приема у взрослых — 100 мг 3 р/сут после еды, запивая большим количеством воды; длительность курса — 5-10 дней.

Помимо антибиотиков и уросептиков, в составе комплексной терапии неспецифического уретрита можно применять иммуномодуляторы, адаптогены, нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты и спазмолитики, растительные средства, биорегуляторные пептиды, витаминные комплексы, α -адреноблокаторы.

Участники конференции (семейные врачи, терапевты, урологи, нефрологи) получили в подарок учебно-методическое пособие «Нефрология в практиці сімейного лікаря», изданное при содействии компании Ranbaxy (авторы — Д.Д. Иванов и А.Н. Корж), и калькулятор для расчета СКФ (предоставлен компанией Servier), ознакомились с наиболее современными данными и разработками в области медицины и фармакологии.

Приятно, что мероприятие включало не только теоретическую составляющую, базирующуюся на доказательных данных, но и обмен практическим опытом с коллегами, обсуждение реальных клинических ситуаций, ведь, как отметил организатор конференции профессор Д.Д. Иванов, «искусство врачевания начинается там, где заканчиваются рекомендации».

Подготовила Ольга Радучич

