

Комплексний інфузійний препарат для усунення ацетонемічних станів у дітей

КСИЛАТ®

- Має виражену антикетогенну дію
- Сприяє виробленню ендогенного інсуліну, тим самим покращуючи вуглеводний обмін
- Відновлює водно-електролітний баланс, в першу чергу гіпокаліємію
- Надає виражену ліпотропну дію
- Відновлює кислотно-лужну рівновагу

Інформація про лікарський препарат КСИЛАТ®. СКЛАД. ДІЮЧІ РЕЧОВИНИ: 100 мл розчину містять ксилітолу 5000 мг, натрію ацетату 260 мг, натрію хлориду 600 мг, кальцію хлориду 10 мг, калію хлориду 30 мг, магнію хлориду 10 мг. ЛІКАРСЬКА ФОРМА. Розчин для інфузії. Фармакотерапевтична група. Кровозамінники та перфузійні розчини. Електроліти в комбінації з іншими препаратами. Код АТС B05X A31. ПОКАЗАННЯ. Для зменшення інтоксикації, покращення мікроциркуляції, для часткового покриття потреби у вуглеводах, що виникає при цукровому діабеті та інших порушеннях утилізації глюкози, при травматичному, операційному, гемолітичному та опіковому шоці (з урахуванням осмолярності крові та сечі), при передопераційній підготовці та у післяопераційний період, при гострій крововтраті, а також при опіковій хворобі, при затяжних гнійних процесах, при різних інфекційних захворюваннях та хронічних токсичних гепатитах. ПРОТИПОКАЗАННЯ. Гіперосмолярна кома, анурія. КСИЛАТ® не треба вводити у випадках, коли протипоказано вливання рідини (набряки, крововилив у мозок, тромбоемболія, серцево-судинна декомпенсація, артеріальна гіпертензія III ст.). Побічні реакції. Алергічні реакції (свербіж, кропив'янка), рідко — тахікардія, підвищення температури тіла, подразнення периферійних вен у місці введення. Не рекомендується застосування препарату при загальному зневодненні та порушеннях водно-електролітного обміну. Може виникати гіпертонічна реакція, у цьому випадку вводять гіпотензивні засоби під контролем артеріального тиску. КАТЕГОРІЯ ВІДПУСКУ. За рецептом. Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Перед застосуванням слід обов'язково ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування та загальними застереженнями. РП МОЗ України №УА/1070/01/01 від 28.03.2014. Розробка макету: ТОВ «Бі-Брайт Медія». Фото: Shutterstock.com

 **ЮРІЯ·ФАРМ**

03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10
тел./факс: 044-275-01-08; 275-92-42
www.uf.ua



Д.Д. Іванов, д. мед. н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Дитяча нефрологія», завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

На консультації у дитячого нефролога дитина із цукровим діабетом 1 типу

Зазвичай на консультацію до нефролога дитина із цукровим діабетом (ЦД) 1 типу потрапляє при появі білка в сечі. Інші прояви сечового синдрому зустрічаються набагато рідше. Проте, враховуючи прогноз розвитку нефропатії, таке звернення є вже дещо запізненим. Мікросудинні ускладнення діабету зумовлюють підвищення біологічних ризиків, які стають еквівалентними таким у дорослих пацієнтів.

Нині завершується розробка Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при цукровому діабеті 1 типу у дітей МОЗ України. Відповідно до проекту цього документа діабетична нефропатія (ДН) є специфічним ураженням нирок у дітей, хворих на ЦД, що характеризується поступовим склерозуванням ниркової тканини із втратою всіх функцій нирок.

Формулювання діагнозу: ЦД 1 типу, тяжка форма, глікемічний контроль високого ризику. ДН ІV стадії. Артеріальна гіпертензія 1 стадії, 2 ступеня.

З 2007 року замість терміна «діабетична нефропатія» дедалі частіше використовують «діабетична хвороба нирок», що є частиною групи «хронічна хвороба нирок» (ХХН). Основу лікування ДН становлять корекція глікемії, рівня артеріального тиску (АТ) й альбумінурії. Останні рекомендації з визначення прогнозу ХХН представлено NICE (табл. 1).

Як видно з таблиці 1, для визначення прогнозу встановлено два критерії: співвідношення альбумін/креатинін – САК (або в більш ранній класифікації – рівень альбуміну сечі) і розрахункова швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ), яку вимірюють у дітей за формулою Шварца. Ці критерії, а також рівень АТ є визначальними для життя дітей з ДН.

Тому всі медикаментозні заходи будуються саме на корекції альбумінурії і ШКФ, яка є відзеркаленням рівня АТ.

Найбільш швидко оновлюється доказова база в настановах Американської діабетологічної асоціації (щороку), основні положення якої в розділі мікросудинних ускладнень (2016) є такими.

Таблиця 1. Класифікація ХХН за рівнем ШКФ та категорією САК і ризик несприятливих наслідків (NICE, 2014)			Категорії співвідношення альбумінурія/креатинін (мл/ммоль) і її рівні		
			<3 Нормальна або незначно підвищена	3-30 Помірно підвищена	>30 Виразно підвищена
			A1	A2	A3
Категорії ШКФ (мл/хв/1,73 м ²). Опис і рівні	≥290 Нормальна або висока	G1	Немає ХХН за відсутності маркерів ниркового ушкодження		
	60-89 Незначно знижена	G2			
	45-59 Незначно або помірно знижена	G3a			
	30-44 Помірно або виразно знижена	G3b			
	15-29 Виразно знижена	G4			
	<15 Ниркова недостатність	G5			

Таблиця 2. Класифікація стадій розвитку ДН		
Стадії ДН	Клініко-лабораторна характеристика	Термін розвитку
I стадія – гіперфункція нирок	Збільшення ШКФ Збільшення НК Гіпертрофія нирок Нормоальбумінурія (<30 мг/добу)	Розвивається в дебюті ЦД
II стадія – початкові структурні зміни в нирках	Потовщення базальних мембран капілярів клубочків Розширення мезангіума Збереження високої ШКФ Нормоальбумінурія (<30 мг/добу)	2-5 років від початку ЦД
III стадія – ДН, що починається	Мікроальбумінурія (від 30 до 300 мг/добу) ШКФ висока або нормальна Нестійке підвищення АТ*	5-15 років від початку ЦД
IV стадія – виражена ДН	Склероз 50-75% клубочків Протеїнурія (>500 мг/добу) ШКФ нормальна або помірно знижена Стабільна артеріальна гіпертензія	10-25 років від початку ЦД
V стадія – уремія	Тотальний дифузійний або вузликовий гломерулосклероз Зниження ШКФ <10 мл/хв Артеріальна гіпертензія Порушення азотовидільної функції нирок (збільшення в крові вмісту креатиніну, сечовини) Симптоми інтоксикації	>15-20 років від початку ЦД або 5-7 років від появи протеїнурії

Примітки: НК – нирковий кровообіг.
*Показники АТ в межах від 90-го до 95-го перцентилів відповідно до статі, віку і зросту визначаються як передгіпертензія, понад 95-й перцентиль – як артеріальна гіпертензія.

У дітей слід розглянути необхідність щорічного обстеження на наявність альбумінурії випадково-го відібраного зразка для визначення співвідношення САК при тривалості діабету понад 5 років (клас рекомендацій В).
– Необхідно вимірювати ШКФ під час первинного огляду, а потім – залежно від віку, тривалості діабету та лікування (клас рекомендацій Е).
– Лікування інгібіторами ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ), який титрують до нормалізації екскреції альбуміну, призначають при підвищеному А/К (>30 мг/г) і підтверджені занайменше в двох із трьох зразків сечі. Таке лікування має бути розпочато після 6-місячного періоду заходів щодо нормалізації рівня глікемії і АТ відповідно до віку дитини (клас рекомендацій В).

Така тактика є загальносвітовою і бажаною для застосування в Україні. У Києві доступним є визначення САК разової порції сечі, у разі неможливості його проведення бажаним є визначення альбумінурії замість виконання загального аналізу сечі з 5-го року від дебюту діабету 1 типу.
Призначення ІАПФ є необхідним незалежно від наявності підвищеного АТ. Тобто відсутність гіпертензії не є протипоказанням для застосування ІАПФ. Для запобігання розвитку гіпотензії у таких дітей доцільним є призначення препарату на ніч одноразово або двічі на добу із прийомом більшої дози ввечері. Слід звернути увагу, що сьогодні використовують лише середні терапевтичні дози, уникаючи надвисоких доз. Але ІАПФ/блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА) призначають пожиттєво незалежно від їх ефективності, і вони можуть бути відмінні лише при термінальній стадії ниркової недостатності.



Д.Д. Іванов

У разі постійного рівня систолічного або діастолічного АТ ≥95 перцентилів для конкретного віку, статі і зросту тривалістю понад 3-6 міс слід констатувати наявність гіпертензії і, за відсутності ефекту від модифікації способу життя, призначити ІАПФ (якщо не був призначений) або БРА. За наявності гіпертензії стартова терапія БРА є більш доцільною, ніж лікування ІАПФ. Можливість поєднання ІАПФ та БРА визначається в кожному окремому випадку нефрологом. Проте така терапія виправдана за умови, що ШКФ становить ≥60 мл/хв. Важливим є консультування підлітків щодо негативного тератогенного ефекту і неможливості використання ІАПФ/БРА під час вагітності.

- Слід зазначити, що всі інші терапевтичні заходи є більше симптоматичними, аніж такими, що впливають на прогноз перебігу і прогресування ДН. Вони викликають чимало питань, тому доцільно їх прокоментувати.
- Обмеження надходження білка у дітей з ДН практично не здійснюється. Винятком можуть бути підлітки з обережним обмеженням вживання білка тваринного походження до 0,8-0,9 г/кг/добу.
 - Сулодексид призначають уперше внутрішньом'язово 1 раз на добу упродовж 10-14 днів, після чого – по 2-3 капсули 2 рази на добу протягом 14 днів. Якщо через місяць лікування не спостерігається зниження альбумінурії, від застосування цього препарату в подальшому слід відмовитися як від неефективного.
 - Інгібітори синтезу тромбоксану А2 (аспірин) призначають, якщо немає протипоказань до їх прийому.
 - Щодо використання статинів існують суперечливі дані, і питання стосовно їх призначення вирішується індивідуально.
 - Інфузійна терапія, основу якої становить Ксилат або реосорбілакт, обмежена за своїм об'ємом (200 мл/добу) і може бути використана як база для застосування діуретиків, серед яких перевага надається торасеміду та ксипаміду.
 - Інші препарати призначають як симптоматичні за наявності ускладнень діабету або ниркової недостатності.