

хворих ВІЛ-інфекцією, як і раніше високий, зазнала певні зміни, серед яких можна назвати помітне збільшення ролі лікарських препаратів. Частота гострої ниркової недостатності у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією вище, ніж у представників загальної популяції і складає приблизно 5,9 на 100 людино-років.

Слід підкреслити, що можливість розвитку ниркових небажаних ефектів не є аргументом на користь відмови від ВААРТ. Більш того, у переважній більшості хворих на ВІЛ-інфекцію, у т. ч. мають ВІЛ-асоційовану нефропатію, застосування антиретровірусної терапії дозволяє домогтися поліпшення функції нирок.

В даний час не викликає сумніву те, що є додатковою до ВААРТ лікувальною стратегією, що істотно знижує протеїнурію, ризик термінальної ниркової недостатності і смерті, є призначення інгібіторів АПФ. Досвід їх застосування, очевидно, може бути повністю екстрапольований на блокатори рецепторів ангіотензину II. Користь хворим на ВІЛ-асоційованої нефропатією приносять також глюкокортикостероїди, однак їх не слід розглядати в якості реальної альтернативи ВААРТ. Певні перспективи в лікуванні ВІЛ-асоційованої нефропатії можуть зв'язуватися зі статинами, якщо орієнтуватися на патогенетичне обґрунтування їх дії та результати експериментальних досліджень.

При розвитку термінальної ниркової недостатності починають програмний гемодіаліз (ГД) або постійний амбулаторний перитонеальний діаліз (ПАПД). Очевидна необхідність дотримання санітарно-гігієнічних норм в відділеннях, де проводиться замісна ниркова терапія (ЗНТ) ВІЛ-інфікованим. В теперішній час накопичено позитивний досвід раніше трансплантації нирки ВІЛ-інфікованим. Досвід окремих клінічних центрів, оснований на підставі спостереження за десятками ВІЛ-інфікованих реципієнтів ниркового трансплантату, свідчить про те, що завдяки комбінації ВААРТ з імунодепресантами (базіліксімабом, циклоспорином) та глюкокортикоїдами вдається домогтися того, що виживаємість пацієнтів на протязі 2-х років перевищує 85%, а приживлюваність трансплантату досягає 70%. При первісно низькій (<400 копій/мл РНК ВІЛ-1) прогресування ВІЛ-інфекції не спостерігають.

ВІЛ-асоційована нефропатія – потенційно стабілізуємий вісцеральний прояв ВІЛ-інфекції, що представляє інтерес для нефрологів та інтерністів, а також по мірі зростання числа хворих на ВІЛ-інфекцію, збільшення тривалості їх життя стає все більш реальним для нашої країни. Готовність лікарів до своєчасної діагностики та раціонального лікування ВІЛ-асоційованої нефропатії з вибором найбільш безпечних схем ВААРТ багато в чому визначається знанням клінічних і лабораторних ознак цього захворювання. Не викликає сумніву необхідність моніторингу аналізів сечі показників, що характеризують функцію нирок (креатининемія, розрахункова СКФ) у всіх хворих на ВІЛ-інфекцію, особливо на пізніх її стадіях, що мають інші вісцеральні прояви, а також отримують ВААРТ.

ЗОСЕРЕДИМО УВАГУ НА ДИТИНСТВО ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ НАСЛІДКІВ ХВОРОБ НИРОК

Н.М. Андон'єва, Р.В. Муратов, Т.Ф. Колібаєва

Харківський національний медичний університет

КЗОЗ «Областний клінічний центр урології і нефрології ім.В.І.Шاپовала»

Харківська обласна дитяча клінічна лікарня

Наявність передумов у дитячому віці до розвитку ниркової патології, яка часто має хронічний перебіг, рідко закінчується одужанням і може проявитися у дорослих. Захворювання нирок у дітей нерідко виявляються на пізніх стадіях, коли втрачена можливість контролю прогресування захворювання. Відбувається хронізація процесу, ремоделювання нирки, що в подальшому призводить до формування хронічної ниркової недостатності.

У дітей, які перенесли гостре ураження нирок (ГУН) внаслідок широкого спектра станів, можуть розвиватися віддалені наслідки, що призводять багато років потому до хронічної хвороби нирок (ХХН).

Більш того, ХХН у дітей, яка являє собою переважно вроджену патологію, або виникає в результаті ускладнень ряду позаниркових захворювань, що можуть ушкоджувати нирки вторинно, не тільки призводить до значної захворюваності і смертності в дитячому віці, але і створює комплекс медичних проблем за межами дитячого віку.

Дитяча смертність від низки інфекційних захворювань нерозривно пов'язана з залученням нирок. Знання і розуміння спектру захворювань і станів, що виникають у дитинстві та асоційованих з високим ризиком, дають можливість для виявлення осіб, що перебувають у групі підвищеного ризику розвитку ХХН протягом життя, і для здійснення у них адекватних превентивних втручань.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) вперше внесла захворювання нирок і сечових шляхів у список станів, що підлягають реєстрації при зборі інформації про причини смертності, простежується в усьому світі. Різні бази даних, такі як Північно-Американські педіатричні ниркові об'єднані дослідження (NAPRTCS), Система ниркових даних США (USRDS) і реєстр Європейської асоціації діалізу та трансплантації (EDTA Registry), включають відомості про термінальної хронічної ниркової недостатності (тХНН) і частково про ХХН у дітей.

Спектр станів, що ведуть до розвитку ХХН в дитячому віці, з переважанням вроджених та спадкових захворювань, істотно відрізняються від такого у дорослих.

Вроджені аномалії нирок і сечовивідних шляхів (ВАПМП) складають найбільшу категорію ХХН у дітей та включають гіпоплазію/дисплазію нирок і обструктивну уропатію.

Серед ниркових дисплазій важливу підгрупу складають кістозні захворювання нирок, які розвиваються в результаті генетичних дефектів клітин каналцевого епітелію – «первинних вій». Багато гломерулопатій у дітей викликані генетичними або набутими дефектами подоцитів, унікальних клітин, що вистилають капіляри клубочка.

Менш поширеною, але дуже важливою причиною ХХН в дитячому віці є спадкові порушення обміну речовин, такі як первинна гіпероксалурія і цистиноз; а також атиповий гемолітико-уремічний синдром – тромботична мікроангіопатія, пов'язана з генетичними аномаліями системи комплементу, згортаючої системи і деяких шляхів метаболізму.

Накопичуються докази, ніби ХХН з маніфестацією в дитячому віці призводить до підвищення серцево-судинної захворюваності та скорочення очікуваної тривалості життя. В даний час відомо, що крім вроджених захворювань нирок на стан здоров'я протягом життя можуть вплинути і деякі перинатальні порушення – навіть у відсутність явного захворювання нирок у ранньому періоді. Дані досліджень показують, що недоношені діти мають дуже високий ризик розвитку захворювання нирок у майбутньому – через багато років після народження. Виживання недоношених дітей неухильно зростає, в т. ч. і тих, хто народжується задовго до завершення нефрогенеза.

Наявні дані показують, що в період перебування новонароджених у відділеннях інтенсивної терапії багато з них отримують масу нефротоксичних лікарських засобів, а у загинувших в стаціонарі недоношених дітей при аутопсії виявляється зниження кількості і збільшення розмірів клубочків. Крім того, у тих, що вижили недоношених новонароджених нерідко розвивається ГУН, прояви якого можуть бути стертими.

Ще більше насторожують великі епідеміологічні дані, що свідчать, що діти, які народилися в строк, але з відносно низькою масою тіла при народженні, можуть мати високий ризик розвитку гіпертензії, альбумінурії та ХХН в подальшому житті.

Статистичні дані щодо поширеності та захворюваності хвороб органів сечової системи у дітей Харківської області протягом останніх років перевищують середньореспубліканські. Поширеність по Україні 59,2 (Харківська обл. 64,6); захворюваність – 29,61 (Харківська обл. – 39,8).

Показник дитячої інвалідності становить 4,5 на 10000 дитячого населення залишається високим, перевищуючи середньореспубліканські значення (Україна 3,5), однак до 2015 року є тенденція до зниження

Організація дитячого обласного нефрологічного центру на базі ОДКЛ дозволила підвищити доступність спеціалізованої допомоги дітям Харківської області. У 2015 році зберіглася стабільно висока кількість дітей отримали як амбулаторну, так і стаціонарну допомогу в нефрологічному центрі, що склало близько 5 тис.

За 2015 рік відзначено значне збільшення вродженої та спадкової патології, стабільна кількість дітей з гломерулярними поразками і обмінними нефропатіями, зменшення кількості дітей з інфекціями нирок і пієлонефрит, що свідчить про детальній верифікації даної патології.

Структура захворюваності у дітей виглядає наступним чином:

- у 30% дітей підтверджений пієлонефрит;
- у 35% дітей - вроджена аномалія органів сечовидільної системи,

- у 25% дітей - обмінні нефропатії,
- у 10% дітей - нейрогенна дисфункція сечового міхура.

На 01.01.16. у Харківській області на обліку в нефрологів перебувало 65 дітей з ХНН різного ступеня, з них 13 у додіалізованому періоді.

У 2015 році вперше ХНН встановлена 10 дітей, з яких 1 пацієнт з моменту надходження отримує гемодіаліз. Для проведення гемодіалізу дітям з ХНН в Харківській області функціонують 4 гемодіалізнi ліжка на базі ОДКЛ і МДКЛ №16. У 2015 р. програмний гемодіаліз отримували 4 дітей. В даний час хронічний гемодіаліз отримують 2-а дитини на базі ОДКЛ.

Згідно сучасним стандартам, всі пацієнти з термінальною стадією ХНН повинні розглядатися як кандидати до трансплантації нирки, що дозволить забезпечити більшу тривалість і кращу якість життя, скасування гемодіалізу. Протягом останніх 2-х років проведена родинна трансплантація нирки 5-ти дітям на базі Харківського обласного клінічного центру урології і нефрології. У 2015 році споріднена проведена трансплантація 1 дитині, 1 дитина перебуває на етапі підготовки.

В даний час в світі існують великі відмінності в забезпеченні та методик проведення діалізу, а також трансплантації нирки у дітей. У той час як у багатьох розвинених країнах показники виживаності як дітей, так і методик досить високі і навіть перевершують такі для дорослих, майже половині дитячої популяції у світі, за наявними оцінками, взагалі не пропонується проведення хронічної ЗПТ. Забезпечення доступу до ЗПТ для всіх дітей – найважливіше завдання майбутнього.

Зосередивши увагу на хворобах нирок у дитячому віці, можна підвищити економічну ефективність лікування, оскільки ранні превентивні втручання можуть запобігати прогресуванню в більш пізні стадії ХХН. Очікувані результати залежать від доступності медичної допомоги і догляду. У дітей, в т. ч. і у немовлят, які потребують замісної ниркової терапії, лікування ОПП та ХХН може бути високоефективним і дозволить знизити тягар хвороб нирок в зрілому віці. Але щоб здійснювати це лікування, необхідно направити ресурси на забезпечення доступності найбільш швидких і економічних методів гострої ЗПТ в дитячому віці. Необхідно підкреслити обов'язковість контролю функції нирок і артеріального тиску протягом усього життя пацієнтів, які народилися передчасно або з малою для відповідного гестаційного віку масою тіла. Якщо це буде здійснено і якщо протягом життя цим особам можна буде уникнути застосування нефротоксичних препаратів, виявиться можливим запобігти розвитку ХХН у багатьох людей.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ.

Н.М. Андоньева, Е.А.Гуц, М.Я.Дубовик, М.А.Грушка, А.В.Лесовая

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шاپовала»

Гломерулонефриты - группа иммунных заболеваний почек, характеризующихся первичным поражением клубочков и последующим вовлечением в патологический процесс интерстиция с тенденцией к прогрессированию, переходом в нефросклероз и развитием синдрома хронической почечной недостаточности. Биопсия почек позволяет уточнить морфологическую форму хронического гломерулонефрита, его активность, исключить заболевания почек со сходной симптоматикой, определить дальнейшую тактику лечения пациентов, основанную на «Клинических практических рекомендациях по лечению гломерулонефритов 2013г, разработанных инициативной группой по улучшению глобальных исходов заболеваний почек (KDIGO)».

В 2016г на базе отделения нефрологии и перитонеального диализа харьковского областного центра урологии и нефрологии имени В.И.Шаповалана нефробиопсия была произведена 13 пациентам в возрасте от 21 до 62 лет (средний возраст составил $47,2 \pm 1,3$ г). Показанием к биопсии почек у 9 пациентов явился нефротический синдром, у 4 пациентов – быстро прогрессирующая почечная недостаточность. Анамнестически длительность заболевания составила от нескольких недель до полу-года. По результатам биопсии почек у 6 пациентов диагностирован мезангиопролиферативный гломерулонефрит с тубулоинтерстициальным и сосудистым компонентом, у 7 – мембранопролиферативный с тубулоинтерстициальным компонентом, из них у 1 с преобладанием очаговых и у 1 - диффузных фибропластических процессов. Мезангиопролиферативный