

Hlavní téma – klinická nefrologie

Milé kolegyně, vážení kolegové, dostává se vám do rukou nové číslo Vnitřního lékařství, věnované vybraným tématům nefrologie, která se obdobně jako další oblasti vnitřního lékařství velmi dynamicky rozvíjí. Trend v přibývání nových poznatků, zejména v oblasti imunologie a genetiky, se neustále zrychluje a intenzivně se rozšiřují také možnosti terapie nefrologických onemocnění. Do tohoto čísla Vnitřního lékařství jsme vybrali témata z oblasti klinické nefrologie, která je, na rozdíl od dialyzační nefrologie a transplantační nefrologie, podle mého názoru internistům nejbližší.

Velmi si vážím toho, že všichni oslovení autoři, přední odborníci v problematice nefrologie, přijali pozvání přispět svojí prací k vysoké odborné úrovni časopisu a jsem si jistý, že svými příspěvky, které čtenářům přinášejí nejnovější informace v dané oblasti, zaujmou širokou internistickou veřejnost. Dovolte mi, abych v krátkosti představil jednotlivé práce.

V prvním článku se paní doc. Hrušková a kol. věnuje velmi aktuální problematice ANCA asociovaných vaskulitid (AAV). V této oblasti přibývají nové poznatky velmi rychle, což nejlépe dokumentuje skutečnost, že doporučení KDIGO pro diagnostiku a léčbu těchto onemocnění publikovaná v r. 2021 musela být již po třech letech, tedy v r. 2024, revidována. Po popisu klinického obrazu a diagnostických a klasifikačních kritérií se autoři věnují současným doporučením v léčbě a managementu AAV. Jako iniciační terapie nově diagnostikované AAV se doporučují kortikosteroidy (KS) v kombinaci s rituximabem nebo cyklofosfamidem. Alternativou ke KS je avakopan (inhibitor receptoru C5a). U pacientů, kteří zůstávají na dialýze a nemají extrarenální projevy onemocnění, imunosupresivní terapii ukončujeme po třech měsících. Plazmaferézy je třeba zvážit u pacientů s koncentrací kreatininu $> 300 \mu\text{mol/l}$ a u těch, kteří vyžadují dialýzu nebo mají rychle stoupající hodnotu kreatininu, nebo u pacientů s difúzním alveolárním krvácením a hypoxemií. Po navození remise se doporučuje udržovací terapie buď rituximabem, nebo azathioprinem, případně methotrexát.

Článek paní doc. Petejové a kol. je zaměřen na problematiku akutního poškození ledvin (AKI). AKI je klinický syndrom, který je charakterizován náhlým, potenciálně reverzibilním snížením renálních metabolických a exkrečních funkcí. AKI se vyvíjí v průběhu hodin nebo dnů a typickým klinickým příznakem bývá snížení diurézy nebo anurie a vzestup sérové koncentrace kreatininu. Nicméně je nutno zdůraznit, že ne ve všech případech AKI musí být přítomna oligoanurie. AKI může vzniknout z primárně nefrologických příčin, ale mnohem častěji se vyvíjí jako sekundární projev při postižení jiného orgánu nebo jiné závažné nemoci. Diferenciální diagnostika je proto neobvykle široká a zahrnuje mnoho stavů napříč interními specializacemi. AKI je nezávislý rizikový faktor chronického onemocnění ledvin (CKD) a prediktor mortality u kriticky nemocných pacientů. S různým stupněm AKI se můžeme setkat v mnoha oborech medicíny, nicméně internista bývá obvykle prvním specialistou, který je k pacientovi s podezřením na AKI volán, a proto musí být seznámen s etiologií, diagnostikou, diferenciální diagnostikou a základními principy léčby těchto závažných stavů.

Ve třetím článku se paní MUDr. Vanková a kol. věnují velmi aktuálnímu tématu, kterým jsou indikace, účinnost a bezpečnost NOAC u pacientů s CKD. Tato problematika je mimořádně důležitá nejen z praktického, ale i z teoretického hlediska, protože u pacientů s CKD se vyskytuje zvýšené riziko krvácivých stavů a současně i hyperkoagulační stav. Fibrilace síní a tromboembolická choroba se vyskytují u pacientů s CKD asi dvakrát častěji než v běžné populaci. Z hlediska antikoagulační terapie bylo podávání antagonistů vitaminu K dlouhou dobu jediným možným terapeutickým přístupem, protože NOAC nebyly pro pacienty s CKD dostupné. K významnému pokroku v antikoagulační léčbě u pacientů s CKD došlo až během uplynulé dekády, kdy byla účinnost a bezpečnost NOAC u těchto pacientů ověřena v randomizovaných kontrolovaných studiích. Výsledky potvrdily lepší účinnost a větší bezpečnost NOAC v porovnání s warfarinem u pacientů s méně pokročilými stadii CKD. Rovněž u pacientů s CKD 4–5 snižují NOAC ve srovnání s warfarinem riziko fatálních i nefatálních kardiovaskulárních příhod i riziko velkého nebo život ohrožujícího krvácení.

V dalším článku se pan prof. Teplan a kol. zamýšlejí nad přínosem souběžného podávání ketoanalog esenciálních aminokyselin a inhibitorů SGLT-2 v komplexní konzervativní léčbě pokročilých stadií CKD. Do klinického sledování bylo zařazeno celkem 42 pacientů ve věku 65–80 let s CKD 3 b–4 a současným postižením kardiálním nebo diabetem. Všichni sledovaní pacienti byli léčeni nízkobílkovinnou dietou s limitovaným příjmem bílkovin $0,8 \text{ g/kg}$ doplněnou o ketoanalogy esenciálních aminokyselin v dávce $0,1 \text{ g/kg}$. U 22 pacientů, kteří byli randomizováni k léčbě SGLT-2 inhibitory, byla léčba rozšířena o dapagliflozin nebo empagliflozin v dávce 10 mg/den . Pacienti byli sledováni po dobu 36 měsíců. Prezentovaná studie potvrdila, že přidání SGLT-2 inhibitorů ke komplexní konzervativní léčbě pokročilých stadií CKD umožňuje dlouhodobě stabilizovat metabolické parametry a progresi renální insuficience. Výsledky této studie jsou v souladu se současnými trendy v léčbě CKD a poukazují na možnou alternativu konzervativní léčby chronického selhání ledvin u seniorů, zejména ve věkové kategorii stáří, tj. nad 75 let věku, kdy v důsledku závažných komorbidit, zejména chronických orgánových komplikací diabetu nebo srdečního selhání, není možná transplantace ledviny a zahájení pravidelného dialyzačního léčení je rovněž spojeno se zvýšeným rizikem, nebo je dokonce kontraindikováno.

Vážení a milí přátelé, doufám, že se vám tematické číslo Vnitřního lékařství věnované nefrologii bude líbit. Věřím, že vás předkládané články zaujmou, pomohou rozšířit spektrum vašich znalostí v oblasti diagnostiky a léčby chorob ledvin a budou přínosem pro vaši další klinickou praxi.

prof. MUDr. Josef Zadražil, CSc.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická
LF UP a FN Olomouc