

Hlavní téma – Nefrologie

Milé kolegyně, vážení kolegové, vážení čtenáři Vnitřního lékařství, toto číslo časopisu je ve svém monotematickém bloku zaměřeno na problematiku nefrologie. Mám to potěšení, že jsem editorem této části a mým úkolem bylo vybrat články, které by nejenom, aspoň částečně, reprezentovaly hlavní podobory nefrologie, ale které by také přinesly nejnovější informace v dané oblasti zajímavé i pro interně orientované lékaře.

Nefrologie patří mezi základní podobory vnitřního lékařství a jedním z jejich rysů, vynucených klinickou charakteristikou pacientů s onemocněními ledvin, je široký záběr nefrologa v řešení zdravotních problémů těchto pacientů. Ještě zřetelnější to je u skupiny pacientů spadajících do programu náhrady funkce ledvin (nejnověji se používá termín *Kidney replacement therapy*, KRT), tedy pacientů chronicky dialyzovaných či po transplantaci ledviny.

Další důležitou skutečností, která v poslední době přispěla k atraktivitě oboru, je nástup nových léků v nefrologii. Jedná se zejména o nové možnosti renoprotektivní terapie, ale také o nové imunosupresivní léky, které se používají zejména v léčbě glomerulonefritid. Současně i na poli léčby chronických komplikací v KRT je patrný neustálý pokrok, např. v možnostech léčby renální anémie či poruch kalcio-fosfátového metabolismu. Na základě výše uvedeného jsem proto požádal své kolegy o následující příspěvky z oblasti klinické konzervativní nefrologie, problematiky glomerulonefritid, renální anémie a transplantologie.

V prvním článku se prof. Tesař věnuje aktuálnímu tématu renoprotekce u chronického onemocnění ledvin (CKD). Pozornost je zaměřena na inhibici systému renin-angiotenzin (RAS). Další novou možností, jak posílit efekt inhibice systému RAS, je inhibice sodíko-glukózoového transportéru 2 (SGLT2) glifloziny či léčba inhibitorem mineralokortikoidního receptoru – finerenonem. Téma je však aktuální též z dalších důvodů: první je obecně medicínský – počet pacientů s poruchou funkce ledvin vzrůstá a část z nich je posléze odkázána na KRT, kdy chronická dialyzační léčba zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života pacientů a transplantace ledviny není možná pro každého. Současně program KRT odčerpává velké částky z rozpočtu zdravotnictví. Zpomalení progresu CKD tak může pomoci přímo postiženým pacientům i nepřímo uvolněním prostředků na léčbu jiných chorob. Druhým důvodem pro aktuálnost tématu je nedávné uvolnění preskripce gliflozinů pro ne-diabetické pacienty právě z indikace renoprotekce. To je koneckonců i jedním z témat následujícího sdělení prof. Viklického, kdy kolektiv autorů – zástupců České nefrologické společnosti a České diabetologické společnosti, publikuje stanovisko ke spolupráci diabetologů a internistů s nefrology v péči o nemocné s CKD. Většina z nich je sledována u prak-

tických lékařů, diabetologů, internistů, kardiologů či urologů, nikoli však u nefrologů. Společným cílem všech je zpomalení progresu CKD, a proto sjednocení indikace a preskripce gliflozinů a společné mezioborové postgraduální aktivity představují optimální možnost, jak rozšířit povědomí o jejich renoprotektivních vlastnostech mimo jejich antidiabetické a kardioprotektivní účinky. V případě nemocných s CKD G4 by situace měla být jednodušší, protože všichni tito nemocní by alespoň jednou ročně měli být vyšetřeni nefrologem, který by měl zrevidovat danou léčbu, a to včetně použití všech možností renoprotekce.

Třetí článek prim. Havrdy je zaměřen na téma parainfekčních glomerulonefritid (GN), významnou skupinu chorob ledvin, často podceňovanou, jejichž výskyt se posouvá od dětí a mladých osob k osobám vyššího věku. Pátrání po aktivní infekci je indikované u každého nemocného s nově diagnostikovanou GN, nicméně odlišení mezi parainfekční a autoimunitně podmíněnou GN může být obtížné, protože nejsou velké rozdíly v klinických projevech, v laboratorním a někdy ani v histologickém nálezu. Jejich léčba spočívá v eliminaci vyvolávající infekce, jen v ojedinělých případech může být indikovaná kombinace protinfekční léčby a šetrné imunosuprese.

V dalším příspěvku se zabývá prof. Ryšavá léčbou renální anémie. V léčbě původně zavedených ESA (erytropoézu stimulujících látek) se nyní více upřednostňuje bezpečnost léčby před kompletní normalizací hodnot hemoglobinu. Základem léčby stále zůstává podávání železa i. v. formou. Kromě ESA jsou k dispozici další preparáty, především HIF-stabilizátory (roxadustat, molidustat, vadadustat a daprodustat), které působí zcela novým mechanismem prostřednictvím stimulace genů pro erytropoézu. Výhodou je jejich podávání p. o. cestou. První z nich, roxadustat, získal v současné době úhradu i v České republice.

Konečně poslední článek Magicové et al. se věnuje velmi aktuální problematice covidu-19 u pacientů po transplantaci ledviny, kteří jsou velmi zranitelnou skupinou ohroženou závažným průběhem a úmrtím na toto onemocnění. V současnosti je dostupných několik antivirotik určených k ambulantní či nemocniční léčbě a také preparát k pasivní imunizaci. Problémem jsou však nové mutace viru, proti kterým dříve užívané monoklonální protilátky k post-expozici profylaxi již nejsou účinné. Nové mutace mohou navíc snižovat schopnost vakcín indukovat tvorbu neutralizačních protilátek a efektivitu vakcín. Očkování a pasivní imunizace tak zůstávají spolu s protiepidemickými opatřeními nejdůležitější prevencí.

Vážení čtenáři, přeji vám příjemné a věřím i poučné čtení!

Ivan Rychlík

Interní klinika 3. LF UK a FNKV, Praha 10