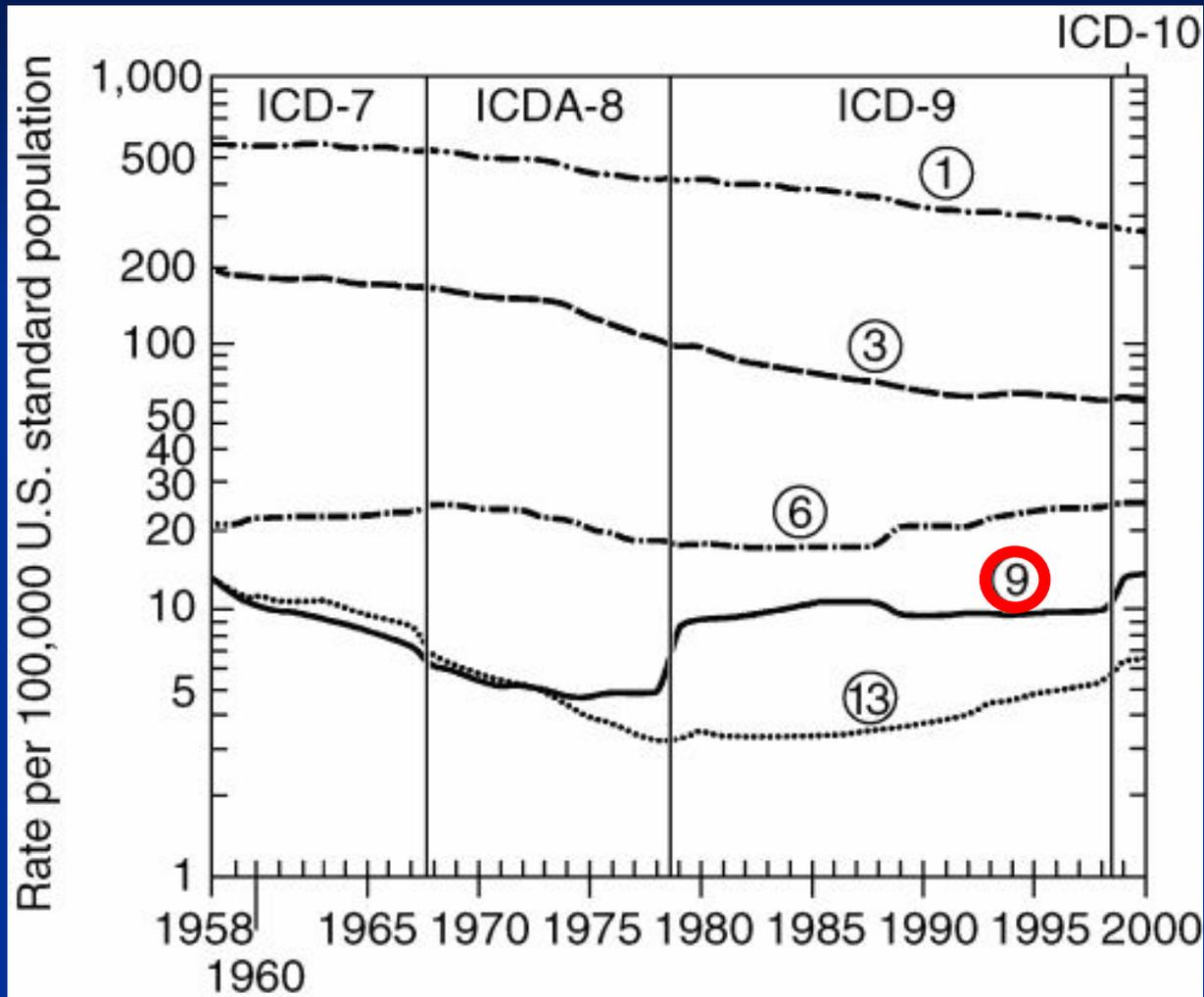


Проблемы выявления и диагностики ранних стадий хронической болезни почек

Профессор Н.Л. Козловская
ММА им. И.М. Сеченова

1-я рабочая конференция «Осенние встречи
НЕФРО-ЛИГИ»
Москва
7 сентября 2008г.

Ведущие причины смерти в США



Болезни сердца

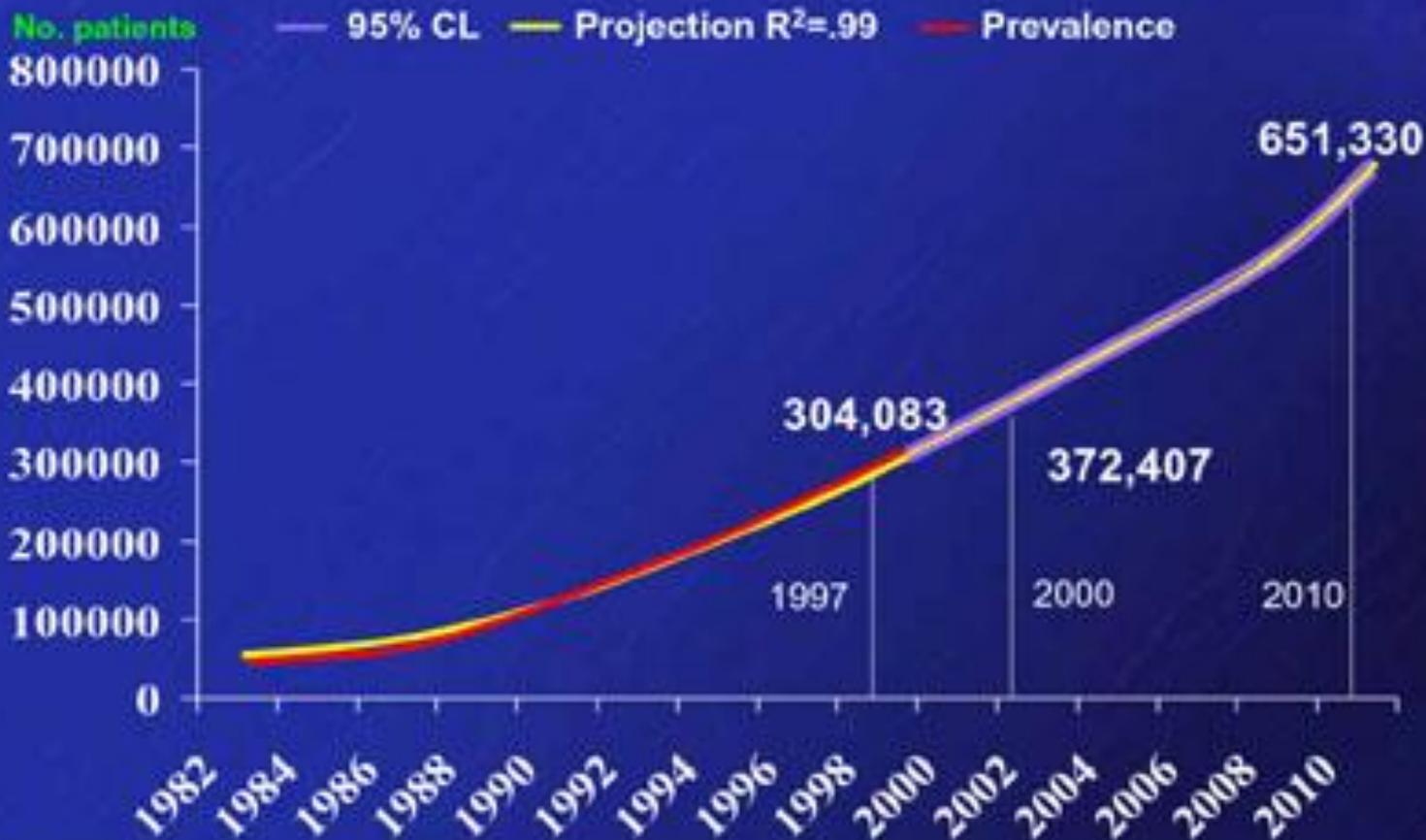
Цереброваскулярные болезни

Сахарный диабет

Болезни почек (нефрит и др.)

Гипертония (с поражением почек и без)

Распространенность терминальной почечной недостаточности в США (прогноз)



Exponential smoothing model with quadratic trend

Число больных, находящихся на гемодиализе (мировые данные за 1990-2010 гг.)



Диализ – верхушка айсберга

- Диализ составляет видимую дорогостоящую часть лечения
- Но больные на диализе представляют только верхушку айсберга
- 60 миллионов человек имеют ХБП, сопряженную с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта и диабета





« ...Выполнение строго разработанных **практических рекомендаций** может привести к гораздо большему успеху в лечении больных [заболеваниями почек], чем внедрение некоторых **новых технологий**...»

GLOBAL GUIDELINES IN NEPHROLOGY:
PERSPECTIVES AND BARRIERS

XLII Конгресс ERA-EDTA, 2005

Prof. G. Eknoyan, USA

Сопредседатель KDIGO –

Kidney Disease: Improving Global Outcomes



Хроническая болезнь почек и
клинические рекомендации,
основанные на доказательствах,
являются универсальными и не имеют
географических границ

Хроническая болезнь почек – это любые признаки поражения почек, вне зависимости от нозологического диагноза, которые могут прогрессировать вплоть до терминальной почечной недостаточности

Критерии определения хронической болезни почек (ХБП)

- Поражение почек в течение ≥ 3 месяцев, выявляемое на основании наличия клинических, структурных и/или функциональных маркеров их повреждения
- СКФ < 60 мл/мин/1.73 м² в течение ≥ 3 месяцев независимо от наличия других признаков почечного повреждения

Классификация ХБП

Стадия	Определение	СКФ (мл/мин/1,7 3 кв. м	Подход к лечению
1	Поражение почек с нормальной СКФ	> 90	Терапия основного заболевания
2	Минимальное снижение СКФ	60-89	Замедление прогрессирования
3	Умеренное снижение СКФ	30-59	Профилактика осложнений ХБП
4	Выраженное снижение СКФ	15-29	Подготовка к диализу
5	Почечная недостаточность	< 15	Диализ, трансплантация

Распространенность почечной недостаточности в США

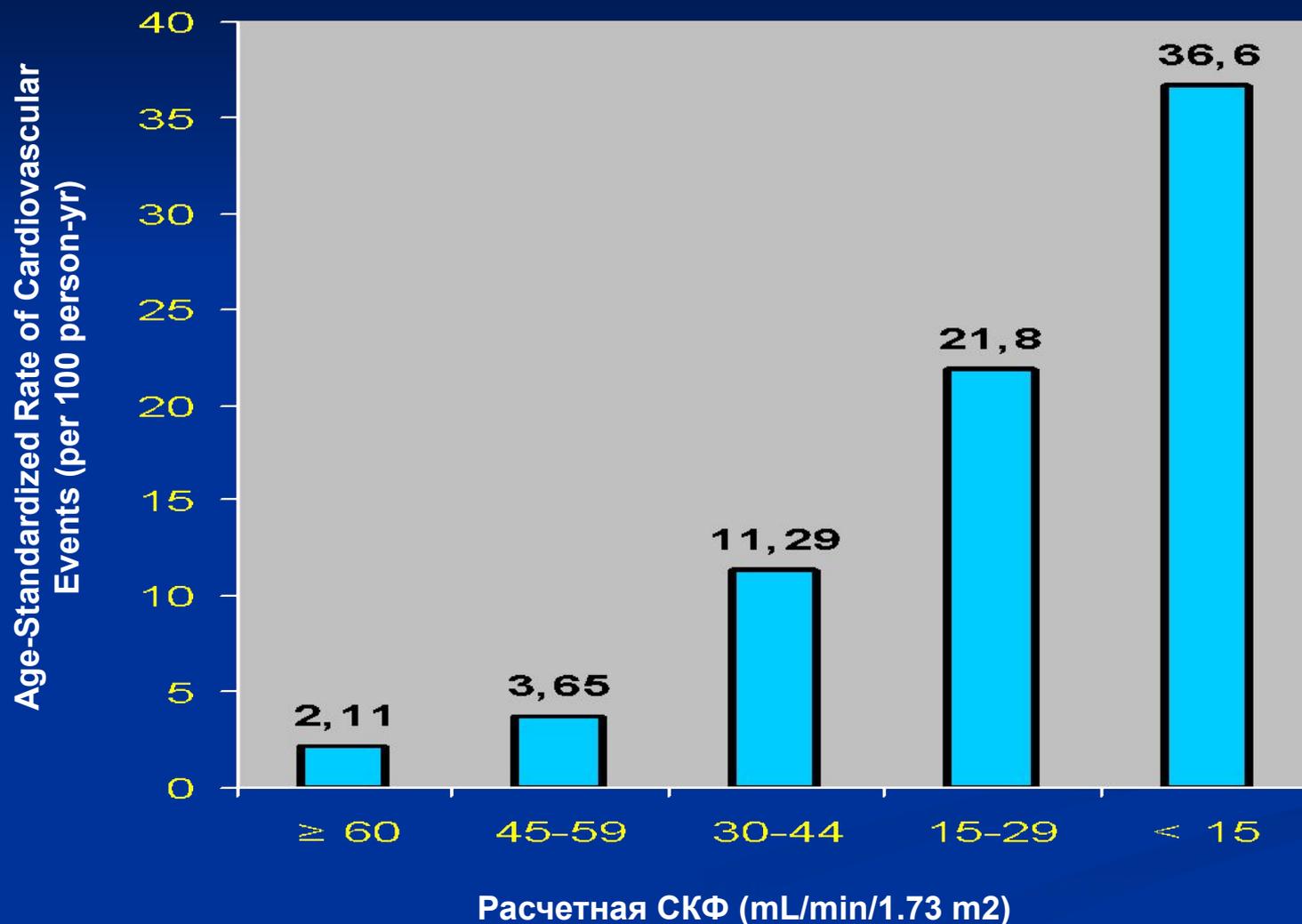
GFR (mL/min/1.73 m²)	59-30	29-15
Число больных	7.7 Миллионов	360,000

Таким образом, около 8 миллионов Американцев имеют СКФ < 60 mL/min/1.73 m². Плюс еще 11 миллионов со СКФ > 60 имеют персистирующую микроальбуминурию

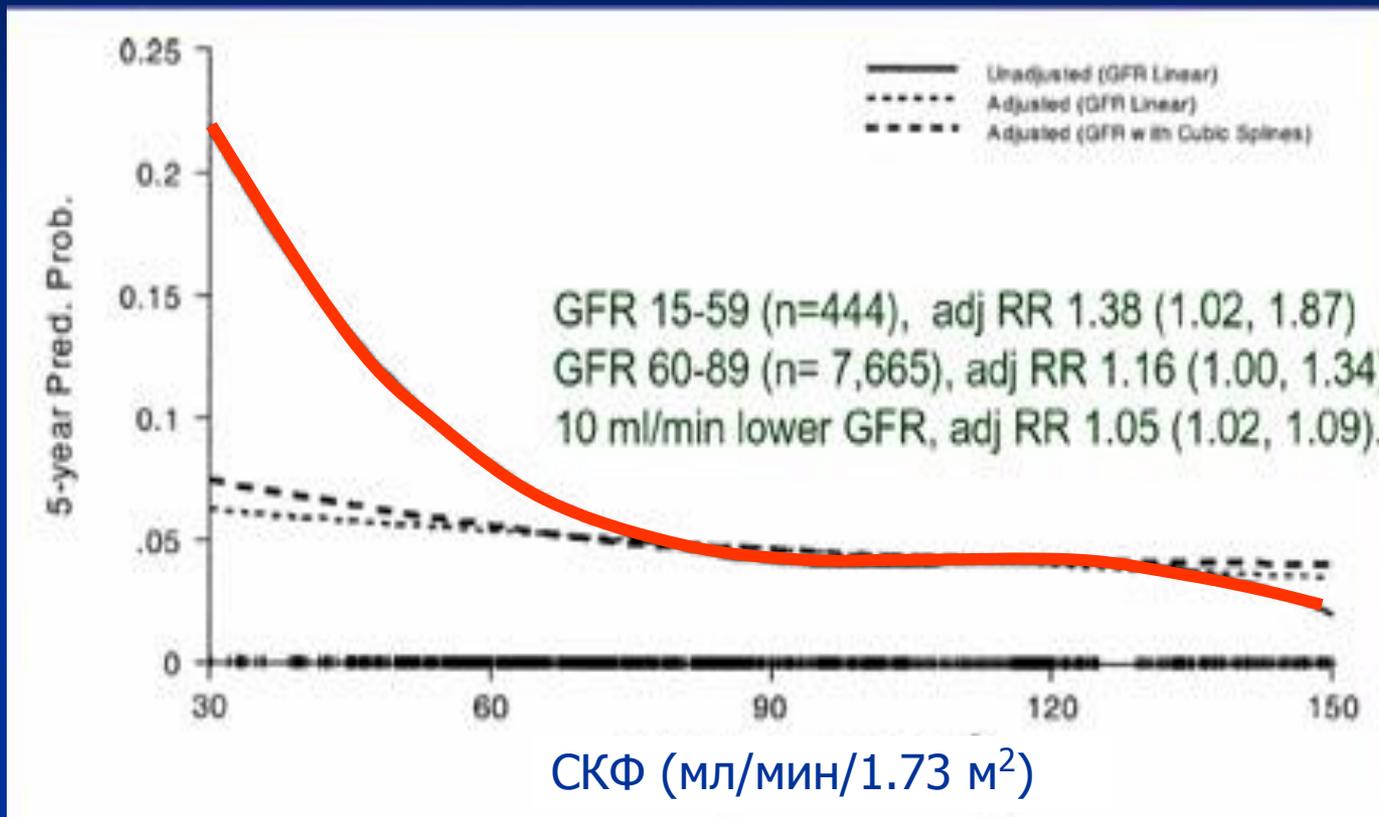
Распространенность ранних стадий ХБП

Страна	ХБП 1 (%)	ХБП 2 (%)	ХБП 3 (%)
Япония	-	-	40
Австралия	0,9	2,0	10,9
Испания	3,5	3,5	5,0
США	3,3	3,0	4,3

ХБП предсказывает развитие сердечно-сосудистых заболеваний

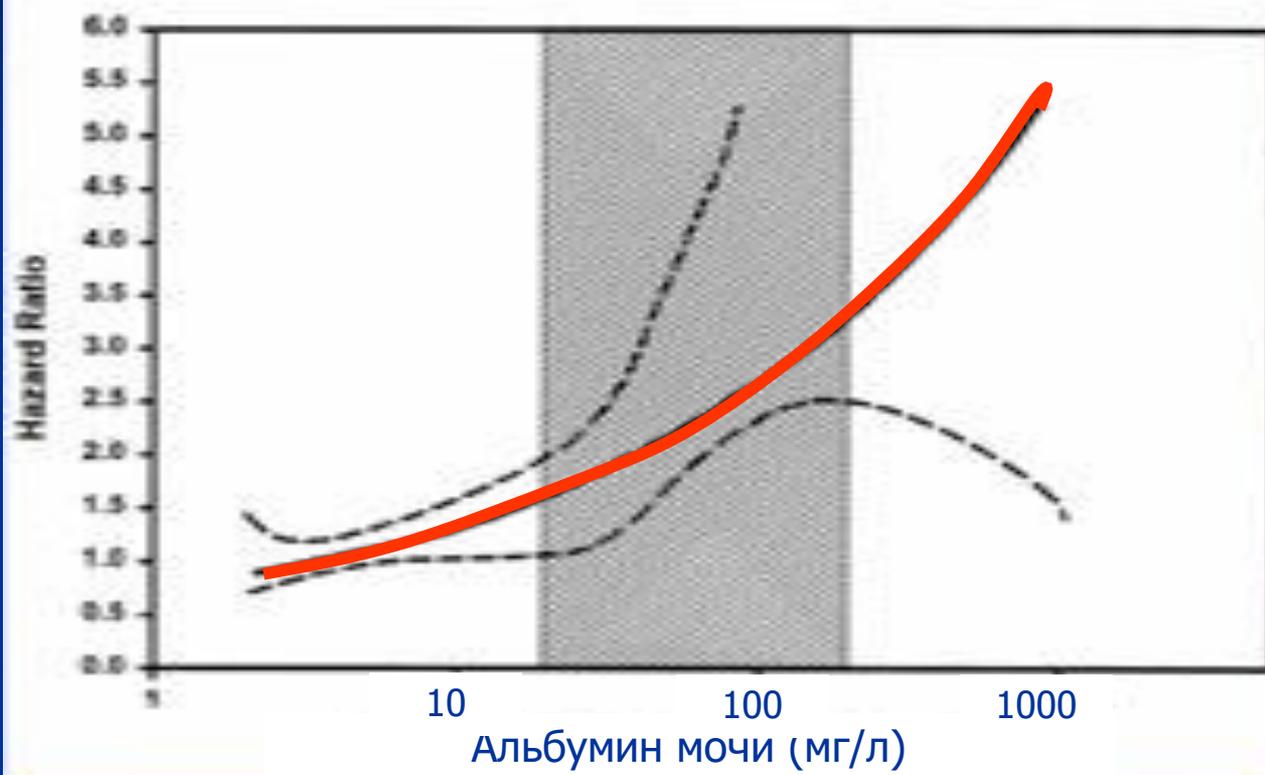


СКФ – фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний



Альбинурия – фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний

Смерть от сердечно-сосудистых заболеваний



Факторы риска ХБП (1)

Неустранимые:

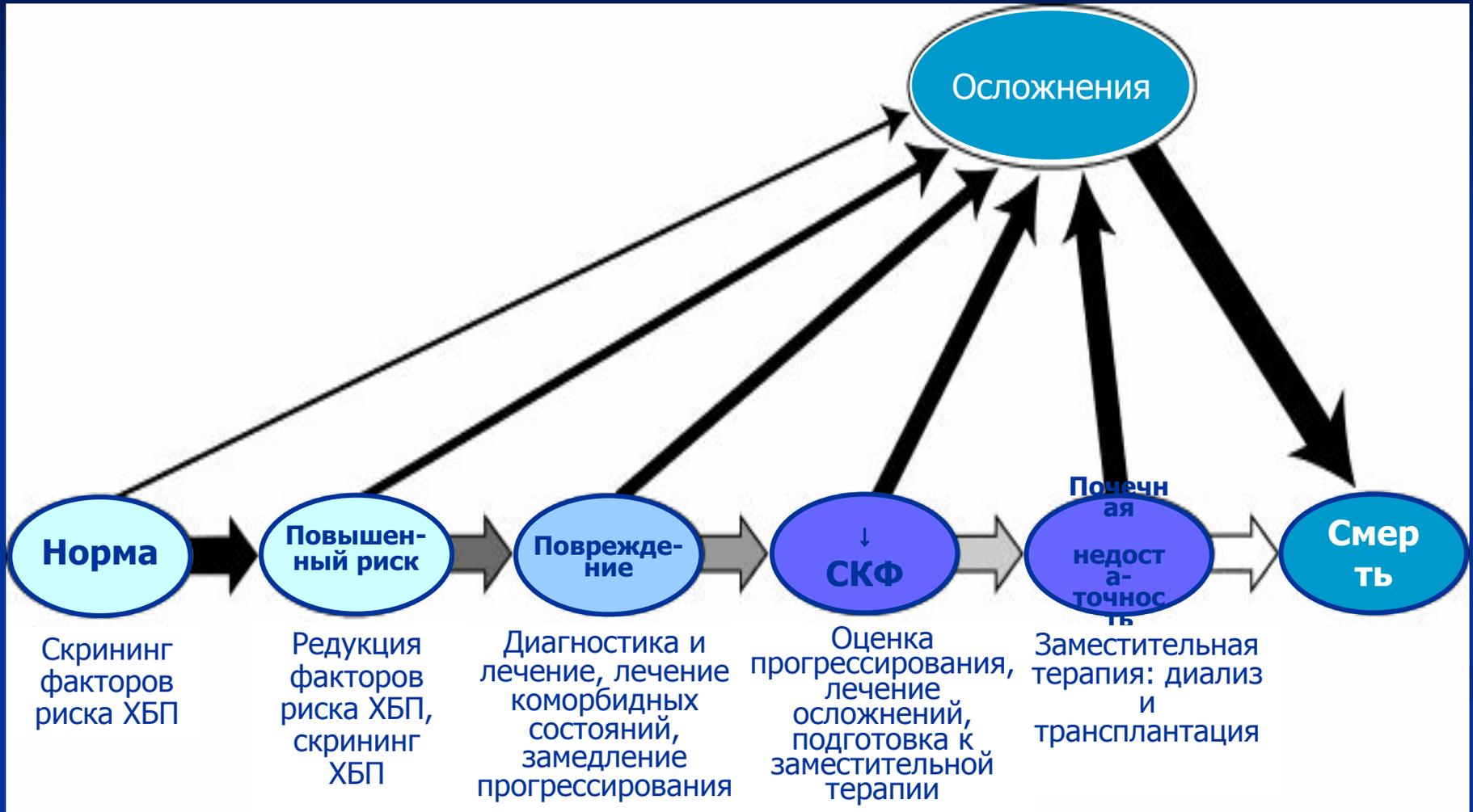
- ХБП у родственников
- Низкая масса тела при рождении (абсолютная олигонефрония)
- Раса
- Пожилой возраст
- Низкий социально-экономический статус

Факторы риска ХБП (2)

Устранимые:

- Артериальная гипертензия
- Курение
- Ожирение
- Сахарный диабет 2 типа
- Нарушения липидного обмена
- Метаболический синдром
- Гиперурикемия
- Заболевания сердечно-сосудистой системы
- Прием некоторых лекарственных препаратов
- HBV, HCV и ВИЧ-инфекция

Стадии прогрессирования ХБП и лечебные стратегии



Группы пациентов, подлежащие скринингу ХБП:

- Пожилые
- Страдающие артериальной гипертонией
- Страдающие сахарным диабетом 2 типа
- С метаболическим синдромом (ожирение, АГ, инсулинорезистентность, нарушение обмена липопротеидов)
- Страдающие заболеваниями сердечно-сосудистой системы
- Курильщики

Необходимые для выявления ХБП диагностические методы:

- Антропометрия (измерение роста, массы тела, окружности талии, расчет индекса массы тела)
- Общий анализ мочи
- УЗИ почек
- Исследование микроальбуминурии (при наличии показаний необходимо даже при отсутствии белка в разовом анализе мочи)
- Биохимическое исследование крови с обязательным определением креатинина (не мочевины !)
- Расчет скорости клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта-Голта или MDRD

Использование рекомендаций в совместном ведении больных ХБП



Цель лечения ранних стадий ХБП – замедлить прогрессирование ХБП и уменьшить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний

Принципы лечения ранних стадий ХБП

- АД < 130/80 мм.рт.ст. (< 125/75, если протеинурия более 1 г/сут
- использование ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или блокаторов ангиотензиновых рецепторов
- использование недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов
- при сахарном диабете поддержание гликированного гемоглобина < 6,5%
- поддержание уровня холестерина < 4 ммоль/л
- прекращение курения
- соблюдение диеты (уменьшение веса, ограничение алкоголя, соли, белка)
- поддержание физической активности