



ПРОХОРОВИЧ Е. А.
ВЁРТКИН А. Л.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ

Аркадий Львович Вёрткин
Елена Адамовна Прохорович
Хроническая болезнь почек
Серия «Врач высшей категории»

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=66807698

*Хроническая болезнь почек : руководство для практических врачей / Е.
А. Прохорович, А. Л. Вёрткин: Эксмо; Москва; 2022
ISBN 978-5-04-161837-7*

Аннотация

На рубеже XX и XXI веков мировое сообщество столкнулось с глобальной проблемой, имеющей не только медицинское, но и огромное социально-экономическое значение, – пандемией хронических неинфекционных болезней, которые ежегодно уносят миллионы жизней, приводят к тяжелым осложнениям, связанным с потерей трудоспособности и необходимостью высокочрезвычайно затратного лечения. Медики, научные работники, врачи-исследователи, клиницисты приняли этот вызов. Медицина последних десятилетий достигла больших успехов. Среди достижений – уточнение этиологических факторов и патогенетических механизмов ряда заболеваний, успешная разработка новых подходов к лечению. Российскими экспертами созданы национальные рекомендации по выявлению и коррекции

факторов риска, профилактике, диагностике, лечению и ведению пациентов ХБП, стратегии нефро- и кардионефропротекции. Утвержденные в этих рекомендациях положения легли в основание данного пособия для врачей общей практики.

В формате PDF A4 сохранен издательский макет.

Содержание

Введение	6
Рецензия	10
Список сокращений	13
Вместо предисловия: пациент с хронической болезнью почек на амбулаторном приеме у терапевта	15
Конец ознакомительного фрагмента.	20

**Аркадий Вёрткин,
Елена Прохорович
Хроническая болезнь
почек: руководство для
практических врачей**

© Прохорович Е.А., текст, 2021

© Вёрткин А. Л., текст, 2021

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2022

Введение

На рубеже XX и XXI веков мировое сообщество столкнулось с глобальной проблемой, имеющей не только медицинское, но и огромное социально-экономическое значение – пандемией хронических неинфекционных болезней, которые ежегодно уносят миллионы жизней, приводят к тяжелым осложнениям, связанным с потерей трудоспособности и необходимостью высокочувствительного лечения. Медики, научные работники, врачи-исследователи, клиницисты приняли этот вызов. Медицина последних десятилетий достигла больших успехов. Среди достижений – уточнение этиологических факторов и патогенетических механизмов ряда заболеваний, успешная разработка новых подходов к лечению. Выделены факторы риска, способствующие возникновению наиболее распространенных, социально значимых болезней, многие из которых являются общими для этих заболеваний и вносят большой, в ряде случаев определяющий, вклад в механизмы их развития и прогрессирования. Заболевания почек занимают важное место не только из-за большой распространенности в популяции, но и значительного снижения качества жизни, высокой инвалидизации и смертности пациентов. Нарушение почечной функции требует применения дорогостоящих методов заместительной терапии, таких как диализ и трансплантация почки, а также сопроводительно-

го лекарственного лечения. Многочисленные исследования показали существование общности механизмов формирования почечной недостаточности независимо от первичного заболевания, «запустившего» механизмы почечного повреждения. Это послужило основанием для разработки высокоэффективных и доступных методов воздействия на эти механизмы, которые легли в основу стратегии нефропротекции, позволяющей существенно замедлить прогрессирование и стабилизировать нарушение функции почек при различных заболеваниях, снизить риск развития осложнений и затраты на лечение. Такие подходы применимы к подавляющему большинству пациентов с почечной патологией, независимо от ее нозологической причины. Подобный унифицированный подход позволяет решить ряд медикосоциальных и медико-экономических проблем: проводить адекватную оценку заболеваемости и распространенности поражения почек, составлять региональные и национальные регистры пациентов и на этой основе рассчитывать потребность в соответствующих методах лечения, планировать необходимые финансовые затраты. Так как проблема носит междисциплинарный характер, то вполне логично и обоснованно создание концепции хронической болезни почек (ХБП), основная цель которой – как можно более раннее выявление и торможение развития почечной недостаточности при различных нозологиях, увеличение периода додиализной консервативной терапии, а также снижение риска сердечно-со-

судистых осложнений, к которым ведет почечная дисфункция. Снижение функции почек, по современным представлениям, является самостоятельной и важной причиной ускоренного развития патологических изменений сердечно-сосудистой системы. Это обусловлено рядом метаболических и гемодинамических нарушений, которые развиваются у больных со сниженной скоростью клубочковой фильтрации, когда возникают и выходят на первый план нетрадиционные, «почечные» факторы сердечнососудистого риска: альбуминурия/протеинурия, системное воспаление, оксидативный стресс, анемия, гипергомоцистеинемия и др.

Исторически первая попытка решения этих вопросов была инициирована в начале XXI века Национальным Почечным Фондом США (National Kidney Foundation – NKF). В дальнейшем в разработке данной модели принимали участие эксперты Европейской Почечной Ассоциации – Европейской Ассоциации Диализа и Трансплантации (ERA-EDTA) [European Best Practice, 2002] и KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes). Российскими экспертами созданы национальные рекомендации по выявлению и коррекции факторов риска, профилактике, диагностике, лечению и ведению пациентов ХБП, стратегии нефро- и кардио-нефропротекции. Утвержденные в этих рекомендациях положения легли в основание данного пособия для врачей общей практики. Именно клиницисты амбулаторного звена первыми сталкиваются с пациентами группы риска развития и про-

грессирования ХБП. Важно осознание того, что подходы к первичной профилактике ХБП неотделимы от мероприятий по ее скринингу и выявлению факторов риска. А значит, основой первичной профилактики ХБП являются диспансерное наблюдение пациентов групп риска, разработка индивидуальных медицинских рекомендаций по контролю модифицируемых факторов риска и контроль за их выполнением. Врачи должны использовать в своей работе простые критерии и универсальную классификацию, позволяющие выявлять и оценивать степень нарушения функции почек, строить прогноз для конкретного пациента. У больных с уже имеющейся ХБП вторичная профилактика должна быть одновременно направлена на замедление темпов ее прогрессирования (ренопротекция) и предупреждение развития сердечно-сосудистой патологии (кардиопротекция). Врачи должны быть осведомлены, что одним из важных факторов поражения почек является применение нефротоксичных лекарственных средств, биологически активных пищевых добавок, травяных сборов, часть из которых свободно доступна в аптеках, рекламируется в средствах массовой информации и принимается бесконтрольно. У больных с нарушенной функцией почек резко повышается риск нежелательных лекарственных реакций и лекарственных взаимодействий.

Авторы надеются, что данное пособие повысит информированность врачей амбулаторного звена по проблеме ХБП и будет полезно в их практической работе.

Рецензия

Данное пособие стало очередным в ряду книг серии «Амбулаторный прием», подготовленных сотрудниками кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова под руководством профессора А. Л. Верткина. Как и у всех предыдущих изданий, ее целевой аудиторией являются врачи амбулаторного звена – терапевты, врачи общей практики, семейные врачи. Оно посвящено крайне актуальной и важной для медицины сегодняшнего дня проблеме – выявлению и ведению пациентов с хронической болезнью почек (ХБП).

Распространенность ХБП в мире составляет 12–18 %. ХБП отмечается у 36 % лиц в возрасте старше 60 лет и у 16 % лиц трудоспособного возраста. Количество пациентов с ХБП увеличивается параллельно росту числа людей пожилого и старческого возраста, больных с артериальной гипертонией, сахарным диабетом, ИБС, атеросклерозом, метаболическим синдромом. При этом нарушение почечной функции значительно ухудшает течение и прогноз этих заболеваний.

Академик РАН и РАМН Н. А. Мухин говорил, что «нефрологическим» может стать любой больной как при естественном течении заболевания, так и в результате лечения.

И действительно, определенную долю среди пациентов с нарушенной функцией почек составляют больные с осложнениями лекарственной терапии. Это существенно затрудняет выбор лекарственного препарата для лечения основного заболевания и повышает риск развития терминальной почечной недостаточности.

Еще одну группу пациентов с высоким риском развития ХБП составляют больные, перенесшие эпизод острого повреждения почек вследствие экзогенной или эндогенной интоксикации, например при алкогольном отравлении, сепсисе. Особенно это актуально во время пандемии коронавирусной инфекции, при тяжелом течении которой часто поражаются почки, а следовательно, пациенты, перенесшие эту инфекцию, составляют многочисленную группу, которой следует проводить профилактику, мониторировать и своевременно выявлять персистирующее нарушение функции почек.

Именно врачи амбулаторного звена – первые специалисты, которые могут и должны выявлять пациентов с факторами риска развития или уже начальными проявлениями ХБП, проводить ее профилактику и лечение.

Данное пособие содержит систематизированные сведения о классификации, этиологических факторах, патогенетических особенностях развития, профилактики, диагностической и лечебной тактики при ХБП на амбулаторном этапе ведения этих пациентов. Пособие включает материалы

актуальных международных и отечественных методических рекомендаций, ряда клинических и фармакоэпидемиологических исследований с акцентом на поликлинический этап оказания медицинской помощи.

Эта книга займет свое место и будет востребована в системе непрерывного медицинского образования врачей амбулаторной практики. Несомненно она будет полезна и для ординаторов, аспирантов и студентов старших курсов медицинских вузов.

Доктор медицинских наук,
профессор кафедры поликлинической терапии
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава
РФ

A stylized, handwritten signature in dark ink, featuring fluid, sweeping strokes and a long horizontal flourish extending to the right.

Л. Б. Лазебник

Список сокращений

АГ – артериальная гипертония

АД – артериальное давление

А/К – отношение содержания альбумина к креатинину в моче

БРА – блокатор рецепторов ангиотензина II

ГБ – гипертоническая болезнь

ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка

ГПП-1 – глюкагоноподобный пептид

ДБП – диабетическая болезнь почек

ДВС – синдром диссеминированного внутри сосудистого свертывания

ЗПТ – заместительная почечная терапия

ИАПФ – ингибитор ангиотензинпревращающего фермента

ИМТ – индекс массы тела

КК – клиренс креатинина

КРС – кардиоренальный синдром

ЛП – лекарственные препараты

ЛПНП – липопротеиды низкой плотности

ЛПОНП – липопротеиды очень низкой плотности

НК – недостаточность кровообращения

ОПП – острое повреждение почек

ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии

ПИК – постинфарктный кардиосклероз

РААС – ренин-ангиотензин-альдостероновая система

САД – систолическое артериальное давление

САС – симпатoadренaловaя система

СД – сахарный диабет

СМП – скорая медицинская помощь

СКФ – скорость клубочковой фильтрации

рСКФ – расчетная скорость клубочковой фильтрации

СРБ – С-реактивный белок

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ТПН – терминальная почечная недостаточность

ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФП – фибрилляция предсердий

ФР – фактор/факторы риска

ХБП – хроническая болезнь почек

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

nbA1 – гликированный гемоглобин

KDIGO – Kidney Disease: Improving Global Out

comes – Инициатива по улучшению глобальных исходов

заболеваний почек

SGLT2 – ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера

2-го типа

Вместо предисловия: пациент с хронической болезнью почек на амбулаторном приеме у терапевта

К терапевту обратился пациент Б., 70 лет, с жалобами на нарастающую одышку при ходьбе, слабость, повышение АД. Пациент наблюдается в поликлинике у терапевта по поводу ГБ. Постоянно принимает: лозартан/гидрохлортиазид 50/12,5 мг, биспролол 5 мг, Тромбо АСС 100 мг в сутки. По поводу болей в суставах регулярно принимает диклофенак, периодически кеторолак. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. При осмотре состояние расценено как удовлетворительное. Рост – 168 см, вес – 88 кг. ИМТ – 31,4. Пастозность голеней и стоп. ЧД – 20 в мин. SO₂ – 97 % на атмосферном воздухе, дыхание везикулярное. АД – 160/90 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин., ритмичные сердечные тоны. Диспепсических симптомов нет. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Дизурических симптомов

нет. Больной в сознании, контактен, ориентирован, очаговой неврологической симптоматики нет. При обследовании: анализ крови: Нв – 143 г/л, лейкоциты – 9200, тромбоциты – 350 000, лимфоциты – 1500. СОЭ – 8 мм/час. Глюкоза крови – 5,5 ммоль/л, креатинин крови – 120 мкмоль/л. Аспарагиновая трансаминаза – 45 Ед/л, аланиновая трансаминаза – 38 Ед/л, общий билирубин – 18,2 мкмоль/л, общий холестерин – 6,88 ммоль/л, калий – 5,2 ммоль/л, натрий – 142,0 ммоль/л. В анализе мочи выявлена протеинурия – 0,33 г/л, эритроцитурия – 6, лейкоцитурия – 10 в поле зрения. На ЭКГ правильный синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка. По данным ЭхоКГ – дилатация левого предсердия, гипертрофия межжелудочковой перегородки, увеличение толщины миокарда левого желудочка, фракция выброса – 53 %, нарушение диастолической функции левого желудочка по типу нарушенной релаксации.

Обсуждение. Пожилой человек с умеренно выраженной одышкой, отеками, дестабилизацией АД. При обследовании выявлена атерогенная дислипидемия: повышение уровня об-

щего холестерина и липопротеидов низкой плотности. Выявлена гипертрофия левого желудочка, при этом по данным ЭхоКГ фракция выброса сохранена, но имеется дилатация левого предсердия, диастолическая дисфункция миокарда. Таким образом, можно предположить, что у больного с высоким сердечно-сосудистым риском имеет место ишемическая кардиомиопатия на фоне гипертонической болезни III ст. с развитием нефропатии, ожирения I ст., осложнившаяся развитием НК IIA ст., ХСН III ФК с сохраненной фракцией выброса. Кроме того, у пациента выявлено умеренное повышение уровня креатинина крови и протеинурия. Следовательно, необходимо уточнить функциональное состояние почек. При оценке состояния почек у лиц старших возрастных групп следует учитывать несоответствие уровня креатинина в плазме крови и клиренсом креатинина. Для оценки истинной функциональной способности почек требуется определение рСКФ или клиренса креатинина. У нашего пациента нет ограничений по использованию формул расчета СКФ, по формуле CKD – EPI Creatinine 2009 Equation рСКФ составила 52 мл/мин/1,73 м², что со-

ответствует С 3А и должно быть отражено в клиническом диагнозе в рубрике «осложнения». Таким образом имеет место кардиоренальный синдром 2 типа, обусловленный сочетанным поражением почек при АГ, атеросклерозе и ХНС. Больному следует провести ряд дополнительных обследований (УЗДГ, измерение суточной протеинурии, уровня белка в крови) для уточнения состояния почек, предстательной железы, брахецефальных и периферических артерий. Наличие ХБП существенно ухудшает прогноз пациента. Известно, что при СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² и сохраненной систолической функции левого желудочка риск смерти в 2,9 раза выше, чем при отсутствии почечной дисфункции. Больному необходимо внести в диагноз ХБП и при дальнейшем наблюдении требуется мониторирование почечной функции, при стабильном состоянии раз в 4 месяца и при ухудшении состояния больного, присоединении инфекционных заболеваний. Больному следует дать рекомендации по немедикаментозной терапии (диета, физические нагрузки, назначить кардиопротективную терапию: один из вариантов – продолжение приема лозартана с постепен-

ным титрованием дозы до целевой (150 мг/сут.) или максимально переносимой. С учетом стадии ХБП возможно добавление диуретиков (торасемид 5 мг/сут.), бета-адреноблокаторов (бисопролол 5 мг/сут.), продолжение приема аспирина как антиагреганта. Необходимо назначение статина (аторвастатин +/- эзетимиб, розувастатин). Лечение начинают с малых доз с постепенным повышением до максимально переносимых или целевых. Безопасность проводимой терапии контролируется клиническими и лабораторными методами (уровень креатинина, креатинфосфокиназы, липидов, калия крови, мочевого синдрома, динамика уровня натрийуретического пептида). Очень важное значение имеет ограничение приема потенциально нефротоксичных лекарственных препаратов, прежде всего, нестероидных противовоспалительных средств, которые часто использует наш пациент. Следует рекомендовать использование местных форм при болевом синдроме, лечебной гимнастики, прием хондропротекторов.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.