Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК

Выполнила студентка 8 группы 6курса
педиатрического факультета
Сбоева АВ

Новосибирск
2017

- Хроническая болезнь почек (ХБП) – наднозологическое понятие, объединяющее всех пациентов с признаками повреждения почек и/или снижением функции, оцениваемой по величине скорости клубочковой фильтрации, которые сохраняются в течение 3 и более месяцев.

- Под маркерами повреждения почек следует понимать любые изменения, выявляющиеся при клинико-лабораторном обследовании, которые отражают наличие патологического процесса в почечной ткани

Маркер	Примечания
Повышенная альбуминурия/ протеинурия	
Стойкие изменения в осад- ке мочи	Эритроцитурия (гематурия), цилиндрурия, лейкоци- турия (пиурия)
Изменения электролитного состава крови и мочи	Изменения сывороточной и мочевой концентрации электролитов, нарушения кислотно-щелочного равно- весия и др.
Изменения почек по данным лучевых методов исследования	Аномалии развития почек, кисты, гидронефроз, изме-нение размеров почек и др.
Патоморфологические изменения в ткани почек, выявленные при прижизненной нефро- биопсии	Признаки активного необратимого повреждения почечных структур, специфические для каждого хронического заболевания почек, и универсальные маркеры нефросклероза, указывающие на «хронизацию» процесса
Стойкое снижение скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м2	Указывает на наличие ХБП даже при отсутствии повышенной альбуминурии/протеинурии и других маркеров повреждения почек

- Критерием снижения функции почек является уровень скорости клубоч- ковой фильтрации, стандартизированной на поверхность тела, находящий- ся ниже нормальных значений, т.е. ниже 90 мл/мин/1,73 м2 .
- СКФ в пределах 60–89 мл/мин/1,73 м2 расценивают как начальное или незначительное ее снижение. Для установления ХБП в этом случае необ- ходимо наличие также и маркеров почечного повреждения. При их отсут- ствии ХБП не диагностируется.
- Если СКФ ниже 60–89 мл/мин/1,73 м2 , наличие ХБП устанавливается даже при отсутствии каких-либо маркеров почечного повреждения.

Диагностика ХБП в зависимости от состояния функции почек и наличия маркеров повреждения

	Маркеры повреждения почек	**Маркеры повреждения почек**
СКФ, мл/мин/1,73 м2	Есть	Нет
≥ 90	ХБП	Норма
60-89	ХБП	Группа риска
< 60	ХБП	ХБП

- 3-месячное ограничение (критерий «стойкости») в качестве временно- го параметра определения ХБП было выбрано потому, что в данные сро- ки острые варианты развития дисфункции почек, как правило, завершают- 8 ся выздоровлением или приводят к очевидным клинико-морфологическим признакам хронизации процесса.

- Понятие ХБП, с одной стороны, отражает наличие общих факторов риска развития и прогрессирования нефропатий, универсальных механизмов формирования нефросклероза и вытекающих отсюда способов первичной и вторичной профилактики, а также наличие общего исхода – терминальной почечной недостаточности.

Стадии хронической болезни почек

Стадия	Описание	СКФ, мл/мин/1,73 м2	Доп. риск ССО
1	Признаки повреждения почек с нормальной или повышенной СКФ	≥ 90	Небольшой
2	Повреждение почек с начальным снижением СКФ	60-89	Умеренный
3	Умеренное снижение СКФ	30-59	
3А		45-59	Высокий
3Б		30-44	Оч.высокий
4	Выраженное снижение СКФ	15-29	Оч.высокий
5	Терминальная почечная недостаточность	< 15 или начало ЗПТ	Оч.высокий

- Следует подчеркнуть, что понятие ХБП не отменяет нозологического подхода к диагностике заболеваний почек. Необходимо добиваться идентификации конкретной при- чины (или причин) развития повреждения почек для того чтобы установить нозологический диагноз и назначить этиотропную и патогенетическую терапию. Рекомендуется диагноз ХБП указывать после основного заболевания, с кодировкой болезни в соответствии с МКБ по основному заболеванию

Факторы риска развития ХБП

Немодифицируемые	Модифицируемые
Пожилой возраст Мужской пол Исходно низкое число нефронов (низкая масса тела при рождении) Расовые и этнические особенности Наследственные факторы (в том числе семейный анамнез по ХБП)	Диабет Артериальная гипертензия Аутоиммунные болезни Хроническое воспаление/системные инфекции Инфекции и конкременты мочевых путей Обструкция нижних мочевых путей Лекарственная токсичность Высокое потребление белка Дислипопротеидемия Табакокурение Ожирение/метаболический синдром Гипергомоцистеинемия Беременность

Факторы прогрессирования ХБП

Немодифицируемые	Модифицируемые
Пожилой возраст Мужской пол Исходно низкое число нефронов (низ- кая масса тела при рождении) Расовые и этнические особенности	Персистирующая активность основного патологического процесса Высокие уровни: - системного АД - протеинурии Плохой метаболический контроль СД Ожирение/метаболический синдром Дислипопротеидемия Т абакокурение Анемия Метаболический ацидоз Беременность Нарушения кальций-фосфорного обмена (гиперпаратиреоз) Высокобелковая диета и повышенное потребление натрия с пищей

Диагностика хронической болезни почек.

Существуют следующие жалобы, позволяющие заподозрить заболевания почек и мочевых путей, нарушение функции:

- отеки стоп, голеней, лица;
- боли и дискомфорт в поясничной области;
- изменение вида мочи (красная, бурая, мутная, пенистая, содержащая «хлопья» и осадок);
- учащенные позывы на мочеиспускание, императивные позывы (трудно терпеть позыв, надо сразу бежать в туалет), затрудненное мочеиспускание (вялая струя);
- уменьшение суточного количества мочи (менее 500 мл);
- полиурия, нарушение процесса концентрирования мочи почками ночью (регулярные позывы на мочеиспускание в ночные часы);
- постоянное чувство жажды;
- плохой аппетит, отвращение к мясной пище;
- общая слабость, недомогание;
- одышка, снижение переносимости нагрузок;
- повышение артериального давления, нередко сопровождающееся головными болями, головокружениями;
- боли за грудиной, сердцебиения или перебои сердца;
- кожный зуд

Маркеры повреждения почек

Лабораторные

- Изменения в анализах мочи
  - Протеинурия
  - Повышенная альбуминурия
  - Изменения мочевого осадка (гематурия, лейкоцитурия)
  - Признаки поражения почечных канальцев
- Изменения в анализах крови (нарушения водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса)
- Признаки повреждения почек по данным методов лучевой диагностики

Методы оценки функции почек

- Клиренсовые методы
- Расчетные методы, основанные на определении уровня креатинина в крови

Показания к амбулаторной консультации нефролога

Впервые выявленные и подтвержденные при повторном исследовании:

- Протеинурия
- Повышенная альбуминурия
- Гематурия
- Снижение СКФ до уровня менее 60 мл/мин/1,73 м2
- Повышение креатинина или мочевины крови
- Артериальная гипертония, впервые выявленная в возрасте моложе 40 лет или старше 60 лет. Резистентная к лечению артериальная гипертония
- Нарушение концентрационной функции почек, канальцевые нарушения (никтурия, полиурия, стойкая депрессия удельного веса мочи, глюкозурия при нормальном уровне сахара в крови)

Показания к госпитализации в нефрологический стационар

- Олигурия (диурез менее 500 мл/сут), анурия
- Быстропрогрессирующее снижение функции почек (удвоение уровня креатинина крови менее чем за 2 месяца)
- Впервые выявленное снижение СКФ до уровня ниже 30 мл/мин или уровень креатинина крови ≥ 250 мкмоль/л для мужчин и ≥ 200 мкмоль/л для женщин
- Нефротический синдром (протеинурия более 3 г/сут, гипоальбуминемия)
- Впервые выявленный выраженный мочевой синдром (протеинурия более 0,5 г/сут)