

# Раннее выявление хронической болезни почек и вмешательства на этапе оказания первичной медицинской помощи



## Этап 01

Выявление лиц, находящихся в группах риска

### Основные клинические факторы риска ХБП:

- Артериальная гипертензия
- Сахарный диабет
- Сердечно-сосудистые заболевания
- ХБП в семейном анамнезе

### Другие факторы риска:

- Системные заболевания с поражением почек (например, СКВ)
- Ожирение
- Генетические факторы риска (например, Аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек)
- Воздействие нефротоксических факторов окружающей среды
- Демографические особенности: старший возраст, расовая/этническая принадлежность
- Острое повреждение почек в анамнезе

## Этап 02

Обследования для выявления ХБП у взрослых из групп высокого риска (не все население)

### Оценка функции почек – рСКФ:

- рСКФ рассчитывается на основании уровня креатинина и (или) цистатина С в сыворотке

### Оценка повреждения почек – альбуминурия:

- Анализ на альбумин-креатининовое отношение в моче или анализ мочи с помощью тест-полоски\* (если анализ на АКО недоступен)

Если АКО  $\geq 30$  мг/г ( $\geq 3$  мг/ммоль)  
и/или  
рСКФ  $< 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>

Если АКО  $< 30$  мг/г ( $< 3$  мг/ммоль)  
и  
рСКФ  $\geq 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>

Повторный анализ через 3 месяца

## Этап 03

ХБП диагностирована

Если низкая рСКФ или высокое АКО сохраняются в течение  $> 3$  месяцев, диагностируется ХБП

Повторный анализ не реже одного раза в год†

## Этап 04

Стратификация и лечение (см. также таблицу 1)

Категории риска прогрессирования ХБП, заболеваемости и смертности; частота мониторинга (в скобках указано количество оценок состояния здоровья в год); и консультация нефролога<sup>2</sup>

		Категории альбуминурии		
		A1 < 30 мг/г < 3 мг/ммоль	A2 30–299 мг/г 3–29 мг/ммоль	A3 $\geq 300$ мг/г $\geq 30$ мг/ммоль
Категории рСКФ (мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> ). Описание и диапазон	Диапазон			
	$\geq 90$ С1	Наблюдение (1)	Лечение (1)	Лечение и консультирование (3)
	60–89 С2	Наблюдение (1)	Лечение (1)	Лечение и консультирование (3)
	45–59 С3а	Лечение (1)	Лечение (2)	Лечение и консультирование (3)
	30–44 С3б	Лечение (2)	Лечение и консультирование (3)	Лечение и консультирование (3)
	15–29 С4	Лечение и консультирование (3)	Лечение и консультирование (3)	Лечение и консультирование (4 и более)
< 15 С5	Лечение и консультирование (4 и более)	Лечение и консультирование (4 и более)	Лечение и консультирование (4 и более)	

### Низкий риск

Стабильное заболевание ИЛИ ОТСУТСТВИЕ ХБП при отсутствии других маркеров повреждения почек.<sup>‡</sup> Требуется проводить анализы один раз в год или ранее в случае появления новых симптомов / факторов риска

### Умеренно повышенный риск

Требуется проводить обследования не реже одного раза в год

### Высокий риск

Требуется проводить обследования не реже двух раз в год

### Очень высокий риск

⚠️ Лечение по согласованию с нефрологом

Требуется проводить обследования не реже трех раз в год

Требуется тщательный мониторинг не менее четырех раз в год (каждые 1–3 месяца)

## Этап 05

Консультация нефролога

Принятие мер на основании категории риска прогрессирования ХБП, заболеваемости и смертности, а также частоты мониторинга (см. выше).

При начале лечения врачи общей практики должны проконсультироваться с нефрологом; при наличии показаний некоторые пациенты могут находиться под непосредственным наблюдением нефролога (см. таблицу 3).



## Проводите лечение, чтобы замедлить прогрессирование ХБП и снизить риск смертности, и контролируйте сопутствующие заболевания

Таблица 1

Изменение образа жизни	
Отказ от курения; регулярные физические упражнения; хорошо сбалансированная диета (исключение чрезмерного потребления белка и обработанных пищевых продуктов, ограничение потребления натрия < 2 г/сут)	
Медикаментозное лечение	
Лечение диабета, гипертензии и ССЗ: оптимизируйте контроль артериального давления, и гликемии	Максимально переносимые дозы <b>иАПФ / БРА, ингибиторов НГЛТ2 и нестероидных АМКР</b> с доказанными в клинических исследованиях у пациентов с СД 2 преимуществами в отношении почечных и сердечно-сосудистых исходов; следует рассмотреть <b>липидснижающую терапию</b> и (или) применение <b>антитромбоцитарных препаратов</b> (у пациентов с ХБП и риском атеросклеротических осложнений).
Дополнительные соображения	
Корректируйте дозировку препаратов на основании рСКФ; проявляйте осторожность при назначении анальгетиков, противомикробных препаратов, гипогликемических препаратов, химиотерапевтических препаратов и антикоагулянтов; избегайте нефротоксичных препаратов (например, НПВП) и некоторых контрастных веществ.	

## Мониторинг прогрессирования ХБП и сопутствующих заболеваний

Таблица 2

Прогрессирование ХБП и сопутствующие заболевания	Контроль ХБП	ССЗ и дислипидемия	Сахарный диабет
Что нужно контролировать	рСКФ, АКО, общий анализ мочи (осадок мочи)	Артериальное давление, стратификация сердечно-сосудистого риска, липидный профиль	Глюкоза в крови, HbA1c

Выявляйте осложнения ХБП: анемию, минерально-костные нарушения, метаболический ацидоз и т.д.

## Дополнительные факторы для получения консультации нефролога

Таблица 3

Необъяснимое, прогрессирующее снижение рСКФ $\geq 5$ мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> в течение 12 месяцев или внезапное снижение рСКФ в течение нескольких дней или недель.
Необъяснимая значительная альбуминурия/протеинурия или гематурия.
Стойкая гиперкалиемия, резистентная гипертензия (определяемая как неконтролируемая гипертензия на фоне применения трех антигипертензивных препаратов, включая диуретики), рецидивирующие камни в почках или наследственные заболевания почек (например, АДПБП).
Другие выявленные осложнения (анемия, минерально-костные нарушения, метаболический ацидоз и т.д.).

Консультация нефролога может быть необходима для выявления других устранимых причин или для разработки плана лечения. Хотя некоторые пациенты могут получать дальнейшее лечение у нефролога, большинство вернутся к наблюдению у врача общей практики.

### Сноски:

\* – Если альбуминурия выявлена с помощью тест-полоски, используйте АКО для количественного определения выведения альбумина с мочой.

† – Повторное обследование на основании индивидуальной оценки пациента, не реже 1 раза в год.

‡ – Изменения осадка мочи, нарушения электролитного баланса вследствие канальцевых расстройств, гистологические изменения, структурные нарушения, выявляемые с помощью визуализирующих методов (например, поликистоз почек, рефлюкс-нефропатия), или трансплантация почки в анамнезе.

**Сокращения:** **иАПФ** – ингибитор ангиотензин-превращающего фермента; **БРА** – блокатор рецепторов ангиотензина II; **рСКФ** – расчетная скорость клубочковой фильтрации; **HbA1c** – гликированный гемоглобин; **АМКР** – антагонист минералокортикоидных рецепторов;

**НПВП** – нестероидный противовоспалительный препарат; **НГЛТ2** – натрий-глюкозный котранспортер 2 типа;

**СКВ** – системная красная волчанка; **СД2** – сахарный диабет 2 типа.