

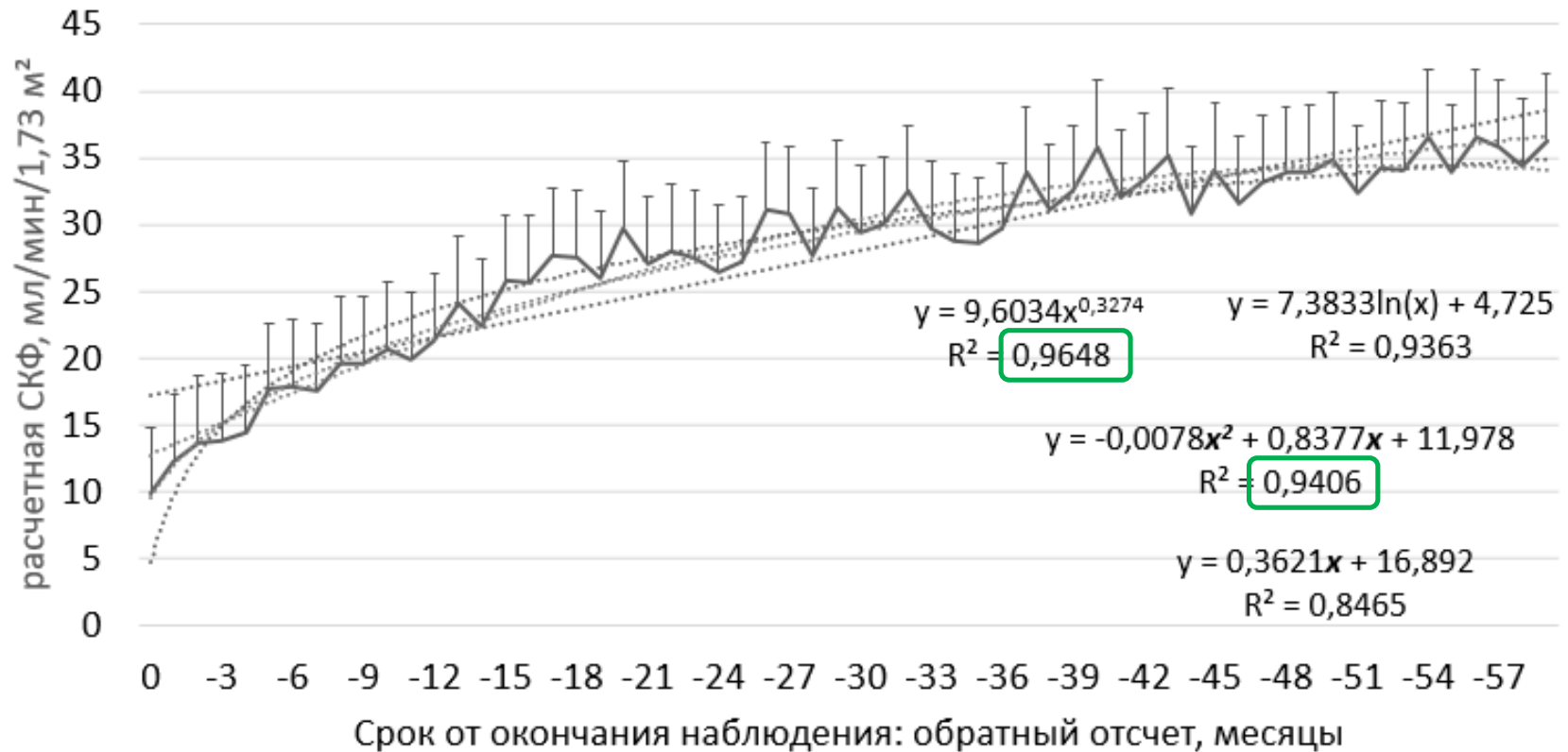
Как защитить почки и отсрочить диализ на поздних стадиях ХБП

Земченков А.Ю.
Городская Мариинская больница

День Почки – СПб 2023

СПб, 9 марта 2023

Динамика рСКФ в группе регулярного наблюдения (N=540)



А. Кратность плановых визитов в рамках преддиализного наблюдения по стадиям ХБП

ХБП3	1 раз в 2-3 месяца
ХБП4	1 раз в 2 месяца
ХБП5	1 раз в месяц

и чаще по врачебному назначению или по показаниям + удаленные консультации между визитами

В число плановых визитов не входит посещения медицинского психолога и групповые образовательные занятия.

Б. Плановые обследования	
Каждый визит	В крови: мочевина, креатинин, калий, натрий, общий кальций, неорганические фосфаты, глюкоза; расчет СКФ по формуле СКД-ЕРІ по креатинину, оценка кислотно-основного состояния (КОС) по уровню стандартных бикарбонатов,
	В случаях сомнения в результатах расчета СКФ по формуле СКД-ЕРІ – <i>измерение</i> СКФ: (клиренсы по Cr и Ur) /2
	В моче: общий анализ мочи, суточная протеинурия
	При проведении контроля потребления белков – мочевина в суточном объеме мочи.
	При проведении контроля потребления соли – натрий в суточном объеме мочи.
Раз в квартал	В крови: паратгормон (ПТГ), ферритин, магний
Раз в полугодие	В крови: витамин D ₃ , липидограмма
Одно-кратно	ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости, денситометрия у пожилых.
По показаниям	Биоимпедансный векторный анализ, консультация сосудистого хирурга, консультация психолога, сцинтиграфия и УЗИ паразитовидных желез.

В. Организационные вопросы

Совместное планирование и выбор метода ЗПТ, оценка возможности родственной трансплантации.

Вакцинация против гепатита В, пневмококка.

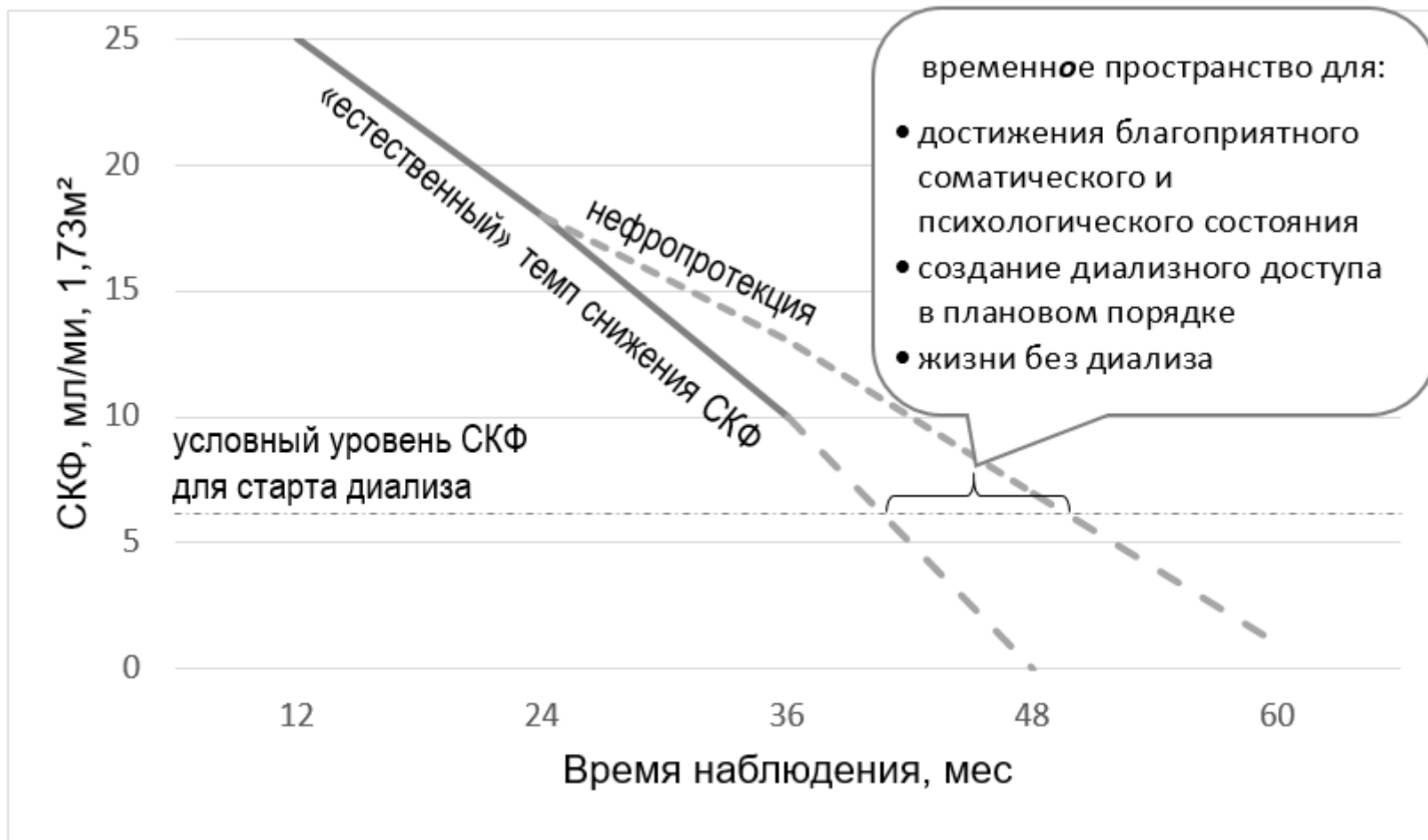
Восстановление доступа к льготным лекарственным препаратом.

Содействие в необходимых консультациях специалистов, плановые госпитализации.

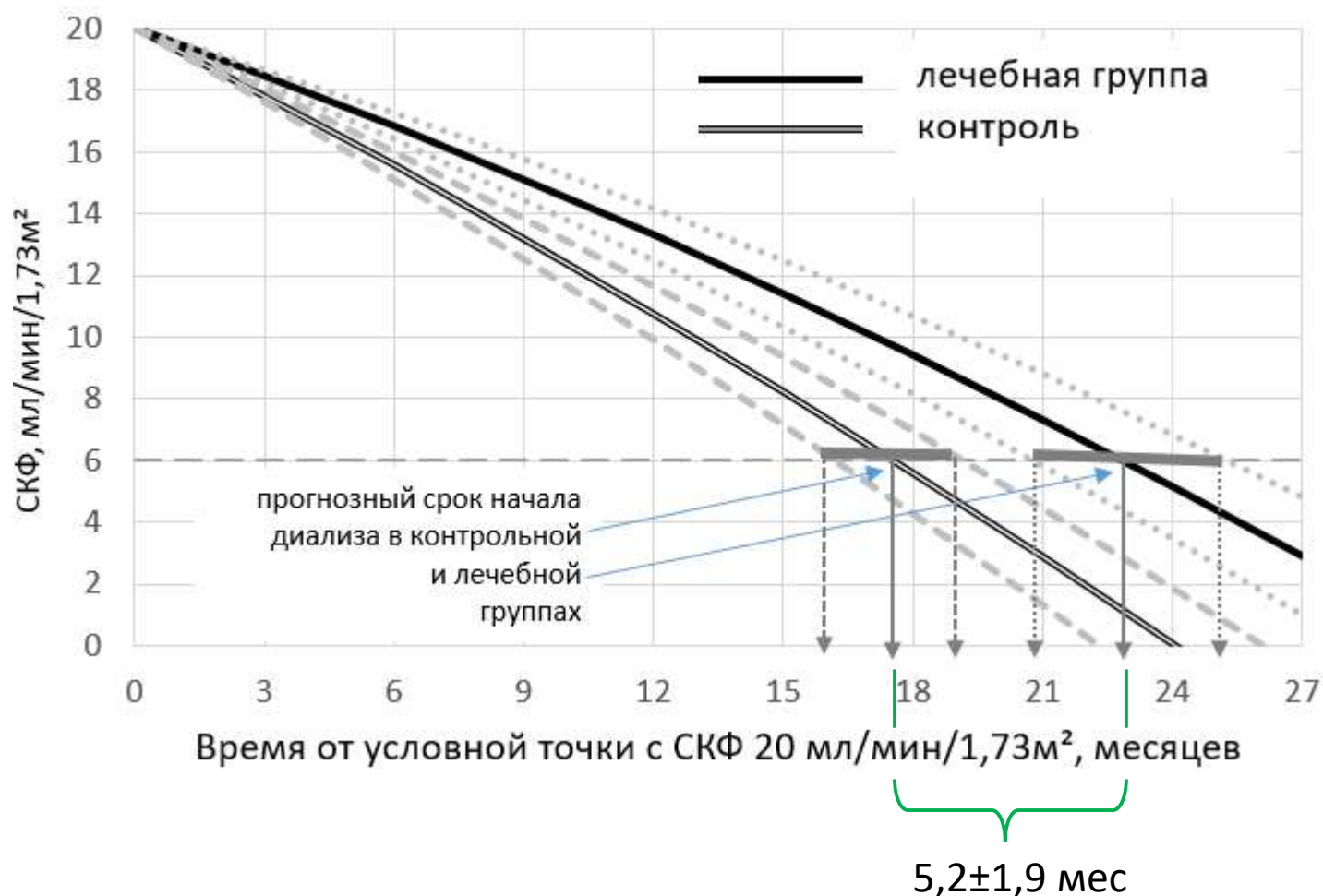
Вмешательства	Детали
модификация стиля жизни;	Увеличение физической активности, нормализация веса, отказ от курения
ограничение потребления соли	у отдельных пациентов – по суточному выведению Na; оценка водных объемов по биоимпеденсу в сомнительных случаях;
ограничение потребления белка (0,6-0,8 г/сутки)	у отдельных пациентов – по суточному выведению мочевины; у отдельных пациентов – с добавлением кетоаналогов аминокислот при обеспеченном ограничении потребления белков < 0,6 г/кг/сут
коррекция калиемии в целевой диапазон 3,5 – 5,5 ммоль; ограничение потребления /восполнение дефицита калия	Оценка – по уровню калиемии и ЭКГ; учащение контроля при назначении/изменении доз блокаторов РААС, мочегонных, антагонистов минерал-кортикоидных рецепторов; коррекция КОС, диетическая коррекция калиемии, «спасительная терапия» - калиевые сорбенты
назначение блокаторов РААС	при протеинурии > 1 г/сутки с оценкой снижения протеинурии и под контролем динамики креатининемии и калиемии
назначение гипотензивной терапии	целевое АД <140/90 или индивидуальный уровень

<p>коррекция фосфатемии (<1,45 ммоль/л)</p> <p>кальциемии (в целевой диапазон 2,15-2,5 ммоль/л)</p> <p>вторичного гиперпаратиреоза (целевые диапазоны по стадиям*)</p>	<p>диета, исключение избыточной нагрузки, редко – ФСП, торможение ВГПТ – витамин D нутритивный и альфакальцидол, парикальцитол</p>
<p>коррекция анемии до Hb 110-120 г/л</p>	<p>в/в препараты железа под контролем ферритина >100 мкг/л и СРБ<5 мг/л, затем - эритропоэтины</p>
<p>коррекция ацидоза до SB=22 ммоль/л;</p>	<p>бикарбонат натрия per os, диета</p>
<p>коррекция урикемии до нормального диапазона по полу</p>	<p>диета, аллопуринол, фебуксостат</p>
<p>статины, статины в сочетании с эзетимибом</p>	<p>при высоком риске сердечно-сосудистых событий (по KDIGO, Российским Клиническим рекомендациям [59]);</p>
<p>замена варфарина на прямые пероральные антикоагулянты (ПОАК) - апиксабан</p>	<p>при фибрилляции предсердий, при рСКФ ниже 15 мл/мин/1,73м²/год – по решению врачебной комиссии</p>
<p>назначение иНГЛТ-2</p>	<p>(совместно с эндокринологом) при СД (с 2019 г.)</p>
<p>восполнение дефицита магния</p>	<p>при уровне магния в крови ниже середины нормального диапазона, исключить гипермагниемию</p>
<p>поиск и коррекция воспалительных состояний</p>	<p>в пределах клинических возможностей, в том числе, консультация стоматолога</p>

Наши надежды



ЗПТ в сопоставленных группах: отсроченное время старта ЗПТ



Фактически диализ начали
в сопоставленной контрольной группе 53/200 (26,5%) пациентов,
в лечебной – 12/100 (12%) (χ^2 -тест, $p < 0,0001$)

Эффекты нефропротекции

темпы прогрессирования ХБП в последний год перед окончанием исследования,	на 30% ниже
Исходы:	риск потребности в диализе в 2,2 раза ниже, смерти – в 4 раза
доля пациентов, выбравших ПД в качестве первого метода	в 7,2 раза чаще
доля пациентов, начавших ЗПТ на постоянном доступе	только на постоянном доступе