

Význam včasné diagnózy chronických onemocnění ledvin – editorial

S. Dusilová Sulková

*Katedra vnitřního lékařství Lékařské fakulty UK a FN, Hradec Králové, přednosta prof. MUDr. Jaroslav Malý, CSc.,
a Klinika gerontologická a metabolická Lékařské fakulty UK a FN, Hradec Králové, přednosta prof. MUDr. Luboš Sobotka, CSc.*

Michelová Z et al. Jsou chronická onemocnění ledvin a poruchy ledvinové funkce dostatečně diagnostikovány na standardním lůžku interních oborů? Vnitř Lék 2006; 52(4): 308–312.

Autoři původního sdělení „Jsou chronická onemocnění ledvin a poruchy ledvinové funkce dostatečně diagnostikovány na standardním lůžku interních oborů?“ na základně rozboru diagnostických souhrnů hospitalizací velké univerzitní nemocnice konstatují, že „nephropatie a porucha ledvinových funkcí jsou nedostatečně diagnostikovány, zejména v ranějších stádiích, kdy je možná cílená léčba a včasné ovlivnění specifických komplikací renální insuficience.“ S tímto závěrem je nutné bohužel souhlasit, ale zároveň je třeba hledat cesty, jak situaci změnit. Proč má včasná detekce chronického renálního onemocnění tak velký význam? Důvodů je více.

Prvním důvodem je pochopitelně snaha o kauzální léčbu onemocnění ledvin: léčit lze jen to onemocnění, které je diagnostikováno. Bohužel, většinu nefropatií kauzálně ovlivnit neumíme. Přesto však má rozpoznání nemoci velký význam, protože nefroprotektivní léčbou můžeme významně zpomalit progresi nemoci.

Dalším důvodem je souvislost mezi včasnou predialyzační péčí a prognózou pacientů v dialyzačním programu. Sledování příčin vysoké mortality dialyzovaných pacientů přibližně

před 15 lety ukázalo poněkud překvapivě, že osud pacientů v dialyzačním programu není ovlivněn pouze dialyzační dávkou resp. kvalitou dialyzační léčby, ale je do velké míry dán kvalitou péče, která je pacientům poskytována v predialyzačním období. Tím byl dán impuls pro změnu přístupu: obvyklá hranice mezi klinickou nefrologií a dialyzační nefrologií se stala méně zřetelnou a v současné době je již rozvolněna. Pacient s onemocněním ledvin si při selhání ledvin přináší do dialyzačního programu všechny své jiné nemoci, které ho provázely v období, kdy ledviny byly ještě funkční (byť nemocné). Tyto přidružené nemoci, a nikoliv selhání ledvin jako takové, často rozhodují o kvalitě i délce života na dialýze. Je tedy potřeba onemocnění ledvin diagnostikovat včas, abychom mohli včas upravit ty komplikace, které zhoršují prognózu v dialyzačním programu. Příkladem je sledování metabolismu vápníku a fosforu s cílem včasné léčby renální osteopatie, úprava renální anémie, úprava stavu nutrice (prevence malnutrice) a další (souvislost s kardiovaskulárním systémem viz dále).

Vzájemné spojení všech fází renálního onemocnění bez ohledu na

základní renální diagnózu dokumentovaly v roce 2002 „guidelines“ americké National Kidney Foundation v rámci iniciativy K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative). Tyto směrnice přesně definují pojem chronické onemocnění ledvin (chronic kidney disease – CKD) a rozdělují stupeň postižení funkce ledvin do 5 stadií (CKD 1–5). Pro jednotlivá stadia určují, jaká rizika lze očekávat a jak je rozpoznat. Současně ukazují na souvislost s přidruženými komplikacemi jednotlivých stadií. Klasifikace CKD podle K/DOQI je dnes v literatuře zcela rutinně používána, resp. je považována za obligatorní. I u nás se postupně aplikuje. Její znalost a rozšíření nám pomůže lépe poznat kontinuum mezi nemocí ledvin, sníženou funkcí ledvin, „predialýzou“ a dialýzou.

Třetím odůvodněním významu časně detekce onemocnění ledvin je stále výrazně rostoucí počet pacientů s nutností náhrady funkce ledvin. Tento důvod je závažný nejen medicínsky: ačkoliv náhradu funkce ledvin vyžaduje přibližně 0,01 % obyvatel (v ekonomicky rozvinutých zemích), jsou na ni spotřebována přibližně 2 % nákladů pro zdravotnictví. Pokud by se podařilo incidenci selhání ledvin

snížit, znamenalo by to nejen významný úspěch medicíny, ale i velkou ekonomickou úsporu. Včas detekované onemocnění ledvin je prvním předpokladem toho, aby se snížilo riziko progresu do selhání ledvin. Jak je uvedeno, ne všechna renální onemocnění umíme léčit kauzálně, avšak vždy lze uplatnit principy nefroprotektce (udržení normotenze, euhydratace, iontové a metabolické rovnováhy; ACE inhibitory, eliminace nefrotoxických látek).

K uvedeným důvodům *přistupuje ještě další*, rozpoznáný v posledních letech. Tím je kardiovaskulární riziko při iniciačních stádiích nefropatií. Je známo, že hlavní příčinou úmrtí pacientů v dialyzačním programu jsou kardiovaskulární komplikace. Jen 15 % pacientů vstupujících do dialyzačního programu má normální echokardiografický nálezn. Kardiovaskulární postižení však je spojeno již s iniciačními fázemi nefropatií (bez snížení funkce ledvin). Většina pacientů s onemocněním ledvin není ohrožena selháním ledvin, protože k němu ani nedospěje. Pacient, který má chronické onemocnění ledvin, zemře s vyšší pravděpodobností na kardiovaskulární komplikace než pacient, které onemocnění ledvin nemá. Jinými slovy, onemocnění ledvin

je samo o sobě kardiovaskulárním rizikovým faktorem.

Sledování pacienta s klesající funkcí ledvin má tedy několik cílů: léčit vlastní onemocnění ledvin, zpomalit progresi, rozpoznat a léčit přidružené nemoci a rizika, a souběžně s tím zajistit přípravu pro dialyzační léčbu. Pacient, u kterého nefropatii nerozpoznamy, ztrácí možnost benefitu ze všech těchto oblastí cílené péče. Takovýchto pacientů je bohužel u nás (jak ukázaly nálezy autorů), ale též celosvětově stále velmi mnoho.

Mezinárodní nefrologická společnost ve snaze upozornit na riziko nerozpoznaných nefropatií a zvýšit jejich diagnostický záchyt vyhlásila 9. březen 2006 jako „Celosvětový nefrologický den“. V preambuli výzvy uvádí, že chronické onemocnění ledvin, kardiovaskulární komplikace a diabetes mellitus představují nyní významné zdravotní riziko. V kontrastu s klesajícím výskytem infekčních onemocnění je počet chronických neinfekčních onemocnění významně zvyšuje. Již nyní postihují více než dvě třetiny populace ve věku nad 30 let a očekává se jejich vzestup o 17 % do roku 2030. Léčba těchto stavů je ekonomickou a sociální záležitostí a jediným řešením, jak zabránit dalšímu nárůstu, je důsledná infor-

movanost a prevence. Celosvětově bude tomuto tématu věnován každoročně druhý čtvrtek v měsíci březnu.

V našich podmínkách představuje sdělení autorů nejen informaci o podcenění diagnostiky chronických nefropatií, ale i naléhavou výzvu na změnu přístupu. Doufejme, že pokud by autoři své sledování zopakovali s odstupem, byly by výsledky podstatně příznivější.

Literatura

1. Curlin RB, Becker B, Kimmel PL et al. An integrated approach to care for patients with chronic kidney disease. *Semin Dial* 2003; 16: 399–402.
2. Grassmann A, Gioberge S, Moeller S et al. ESRD patients in 2004: global overview of patient numbers, treatment modalities and associated trends. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20: 2587–2593.
3. Levey S, Coresh J, Balk E et al. National Kidney Foundation Practice Guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Ann Intern Med* 2003; 139: 137–147.
4. <http://www.worldkidneyday.org>

prof. MUDr. Sylvie Dusilová Sulková,
DrSc., MBA
www.fnhk.cz
e-mail: sulkovas@volny.cz

Doručeno do redakce: 10. 3. 2006

www.kardiologickarevue.cz