

Vyšetření renální funkce v praxi

Vladimíra Bednářová, Hana Šafránková

Klinika nefrologie VFN a 1. LF UK Praha

Pacienti s chronickým onemocněním ledvin nejsou často pro minimální obtíže včas podchyceni ani praktickým lékařem ani odborným lékařem a přicházejí k léčbě nahrazující funkci ledvin nepřipraveni a pozdě. Nemají informace o možnostech léčby, včetně preemptivní transplantace ledvin a nemají vytvořený trvalý dialyzační přístup. Tento fakt pak zvyšuje riziko úmrtí a morbiditu pacientů po zařazení do dialyzačního programu. Preventivní vyšetření, jako je kontrola krevního tlaku, biochemické vyšetření séra, vyšetření moči a vyšetření glomerulární filtrace by umožnilo záchyt těchto pacientů praktickými a odbornými lékaři a včasné předání nemocných nefrologům.

Klíčová slova: chronické selhání ledvin, albuminurie, proteinurie, glomerulární filtrace.

Testing renal function in practice

Chronic kidney disease patients often present late for dialysis due to minimal clinical symptoms, which are frequently undiscovered by both general practitioners and specialists. They have no information about renal replacement therapy, including preemptive kidney transplantation and do not have a permanent dialysis access. This fact increases the morbidity and mortality of those patients. Common preventive examinations such as blood pressure measurement, serum biochemistry, urinalysis, and glomerular filtration tests, might help with earlier diagnosis of these patients by others specialities and timely referral to nephrologist.

Key word: chronic kidney disease, albuminuria, glomerular filtration.

Úvod

Chronické onemocnění ledvin (CKD – chronic kidney disease) je definováno přítomností zhoršené renální funkce nebo přítomností strukturálních a funkčních změn ledvin a dobou trvání více než 3 měsíce (tabulka 1). Jedná se o heterogenní skupinu onemocnění, která ve výsledku ovlivňuje celkový stav pacienta, zvyšují riziko kardiovaskulárního onemocnění, riziko akutního renálního selhání a riziko mortality (1). Snížená glomerulární filtrace je definována jako snížení renální funkce pod 1 ml/s na 1,73 m². Selhání ledvin nebo ESKD (end stage kidney disease) je definováno jako zhoršení renální funkce pod 0,25 ml/s na 1,73 m² (2). Pacienti s ESKD jsou indikováni při dalším zhoršení glomerulární filtrace k léčbě nahrazující funkci ledvin, k RRT (renal replacement therapy). Včasná diagnostika CKD je velmi obtížná, neboť pacienti s CKD nemají žádné klinické projevy až do stadia pokročilé renální insuficience. V této fázi onemocnění se začínají projevovat metabolické a hormonální změny, jako je anémie, pokročilá kostní nemoc, těžká metabolická acidóza, poruchy kognitivních funkcí a retence uremických toxinů, které společně vedou k rozvoji uremického syndromu. Uremický syndrom se

může projevit gastroenteritidou, krvácivými stavy, uremickou encefalopatií a polyserositidou. Komplikace mohou vést k úmrtí pacienta (3). Cílem péče o pacienty s CKD je zpomalit progresi renálního poškození a co nejdále oddálit konečné selhání ledvin. Dalším úkolem je léčba komplikací renální insuficience a včasná příprava do transplantačně dialyzačního programu. Pacient s CKD by měl být proto včas diagnostikován a odeslán k nefrologovi, to je nejpozději rok před zahájením dialyzační léčby (2). Další indikace k odeslání pacienta na nefrologii jsou uvedeny v Tabulce číslo 6. Odhalení rizika CKD a diagnostika CKD může významně ovlivnit další osud nemocného. Cílem tohoto článku je seznámit lékaře, jak postupovat při vyšetření pacienta s chronickým onemocněním ledvin a pacienta s rizikem CKD, jaká vyšetření provést a kdy odeslat pacienta k nefrologovi.

Chronické onemocnění ledvin CKD

Může mít celou řadu příčin, které jsou uvedeny v tabulce č. 2. Mezi hlavní rizikové faktory CKD patří hypertenze, diabetes, genetická predispozice, kardiovaskulární onemocnění, riziko CKD se zvyšuje s vě-