



Хронічна хвороба нирок (ХХН)  
Раннє виявлення та втручання  
у первинній медико-санітарній допомозі



ХХН погано діагностується та недостатньо піддається лікуванню в суспільстві<sup>1</sup>  
Раннє виявлення, стратифікація ризику та лікування можуть зменшити захворюваність і рівень смертності від ХХН і пов'язаних з нею ускладнень, таких як ССЗ<sup>2</sup>

**Крок 1**  
**Визначте осіб, які перебувають у групі ризику**

Основні клінічні фактори ризику розвитку ХХН:

- Артеріальна гіпертензія
- Цукровий діабет
- ССЗ
- Сімейний анамнез ХХН

Враховуйте інші фактори:

- Системне захворювання з ураженням нирок (наприклад, СЧВ)
- Ожиріння
- Генетичні фактори ризику (наприклад, АДПХН)
- Вплив нефротоксинів навколишнього середовища
- Демографічні дані — похилий вік, расова/етнічна приналежність
- ГУН в анамнезі

**Крок 2**  
**Проведення обстеження дорослих пацієнтів з групи високого ризику для виявлення ХХН (не для всього населення)**

Оцінка функції нирок — **рШКФ**

- рШКФ, розрахована на основі креатиніну сироватки та/або цистатину С ТА

Оцінка ураження нирок — **альбумінурія**

- САК або тест-смужка\* (якщо показник САК недоступний)

Якщо САК  $\geq 30$  мг/г ( $\geq 3$  мг/ммоль) АБО рШКФ  $< 60$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>

Якщо САК  $< 30$  мг/г ( $< 3$  мг/ммоль) ТА рШКФ  $\geq 60$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>

Повторний аналіз через 3 місяці

Повторний аналіз принаймні раз на рік<sup>†</sup>

**Крок 3**  
**Поставити діагноз ХХН**

Якщо низький рівень рШКФ або високий показник САК спостерігаються протягом  $> 3$  місяців, **поставити діагноз ХХН**

**Крок 4**  
**Стратифікація та лікування (також див. табл. 1)**

		Категорії альбумінурії		
		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
Категорії рШКФ (мл/хв/1,73 м <sup>2</sup> ) Опис і діапазон	$\geq 90$ G1	Моніторинг (1)	Лікування (1)	Лікування та консультація (3)
	60–89 G2	Моніторинг (1)	Лікування (1)	Лікування та консультація (3)
	45–59 G3a	Лікування (1)	Лікування (2)	Лікування та консультація (3)
	30–44 G3b	Лікування (2)	Лікування та консультація (3)	Лікування та консультація (3)
	15–29 G4	Лікування та консультація (3)	Лікування та консультація (3)	Лікування та консультація (4+)
	$< 15$ G5	Лікування та консультація (4+)	Лікування та консультація (4+)	Лікування та консультація (4+)

Адаптовано на основі de Boer et al. 2022<sup>3</sup>

**Низький ризик**

Стабільне захворювання АБО **НЕМАЄ ХХН за відсутності інших маркерів ураження нирок**<sup>†</sup>

Вимагає вимірювань раз на рік або раніше у разі появи нових симптомів / факторів ризику.

**Помірно підвищений ризик**

Вимагає вимірювань принаймні раз на рік

**Високий ризик**

Вимагає вимірювань принаймні двічі на рік

**Дуже високий ризик**

Лікування за погодженням з нефрологом

Вимагає вимірювань принаймні тричі на рік

Вимагає ретельного моніторингу принаймні чотири рази на рік (кожні 1–3 місяці)

**Крок 5**  
**Консультація нефролога**

Необхідно вжити заходів на основі категорій ризику прогресування ХХН, захворюваності та смертності, а також частоти моніторингу (див. вище).

Перед початком лікування спеціалісти, які надають первинну медико-санітарну допомогу, повинні проконсультуватися з нефрологом; деякі пацієнти можуть перебувати під безпосереднім наглядом нефролога за наявності показань (див. таблицю 3).

## Хронічна хвороба нирок (ХХН) Раннє виявлення та втручання у первинній медико-санітарній допомозі

**Таблиця 1. Лікування для сповільнення прогресування ХХН, зниження ризику смерті та лікування супутніх захворювань:**

Зміна способу життя	
Відмова від куріння; регулярні фізичні вправи; збалансоване харчування (уникати надмірного споживання білка та обробленої їжі, обмежити споживання натрію до < 2 г/добу)	
Медичне лікування	
Лікуйте цукровий діабет, артеріальну гіпертензію та ССЗ: оптимізуйте артеріальний тиск і глікемічний контроль	Забезпечення адекватного медичного лікування згідно з керівними документами для уповільнення прогресування ХХН і зниження ризику ССЗ: максимально переносимі дози ІАПФ/БРА, інгібіторів НЗКГТ2, нестероїдних АМР з доведеною користю в дослідженнях результатів з боку нирок і серцево-судинної системи при цукровому діабеті 2-го типу (ЦД2); також необхідно розглянути ліпідознижувальну терапію (статини) та/або антитромбоцитарну терапію (для пацієнтів із ХХН з ризиком розвитку атеросклеротичних явищ)
Міркування	
Коригування доз препаратів на основі рШКФ; слід проявляти обережність при призначенні анальгетиків, протимікробних, гіпоглікемічних, хіміотерапевтичних препаратів або антикоагулянтів; слід уникати застосування нефротоксинів (наприклад, НПЗП) та деяких контрастних речовин	

**Таблиця 2. Моніторинг прогресування ХХН і супутніх захворювань**

Прогресування ХХН і супутні захворювання	Що слід контролювати
Моніторинг ССЗ і дисліпідемія	ХХН рШКФ, САК, аналіз сечі (осад сечі) Артеріальний тиск, стратифікація ризику серцево-судинних захворювань, ліпідний статус
Цукровий діабет	Рівень цукру в крові, HbA1c

Визначити ускладнення ХХН: анемія, мінеральні та кісткові порушення, метаболічний ацидоз тощо.

**Таблиця 3. Додаткові міркування для консультації нефролога**

- Незрозуміле, прогресуюче зниження рівня рШКФ на  $\geq 5$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> протягом 12 місяців або раптове зниження рівня рШКФ протягом кількох днів або тижнів
- Значима альбумінурія/протеїнурія або гематурія незрозумілого походження
- Стійка гіперкаліємія, стійка до лікування артеріальна гіпертензія (визначається як неконтрольована артеріальна гіпертензія при застосуванні трьох гіпотензивних препаратів, включно з діуретиком), рецидивуюче утворення каменів у нирках або спадкові захворювання нирок (наприклад, АДПХН)
- Інші виявлені ускладнення (анемія, мінеральні та кісткові порушення, метаболічний ацидоз тощо)

Консультація нефролога може бути проведена для визначення інших причин, які піддаються лікуванню, або для розробки плану лікування. Хоча деякі пацієнти можуть і надалі отримувати лікування у нефролога, більшість повернуться до первинної медико-санітарної допомоги.

Розгляньте можливість використання інших рекомендацій програми KDIGO: KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. [https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO\\_2012\\_CKD\\_GL.pdf](https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf); KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/10/KDIGO-2022-Clinical-Practice-Guideline-for-Diabetes-Management-in-CKD.pdf>; KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2016/10/KDIGO-2021-BP-GL.pdf>; KDIGO Clinical Practice Guideline for Lipid Management in Chronic Kidney Disease <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO-2013-Lipids-Guideline-English.pdf>

### Висновки

\*Якщо альбумінурія виявлена за допомогою тест-смужки, використовуйте показник САК для кількісного визначення виведення альбуміну з сечею.<sup>1</sup> Повторний аналіз на основі оцінки кожного окремого пацієнта принаймні раз на рік. <sup>4</sup> Відхилення від норми показників осаду сечі, порушення електролітного балансу через порушення з боку каналців, гістологічні порушення з боку нирок, структурні порушення, виявлені за допомогою візуалізаційного обстеження (наприклад, полікістоз нирок, рефлюкс-нефропатія), або трансплантація нирки в анамнезі.

### Скорочення

АДПХН — аутосомно-домінантна полікістозна хвороба нирок; АМР — антагоніст мінералокортикоїдних рецепторів; БРА — блокатор рецепторів ангіотензину II; ГУН — гостре ураження нирок; ІАПФ — інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту; HbA1c — глікозильований гемоглобін; НПЗП — нестероїдний протизапальний препарат; НЗКГТ2 — натрій-залежний котранспортер глюкози-2; рШКФ — розрахункова швидкість клубочкової фільтрації; ССЗ — серцево-судинне захворювання; СЧВ — системний червоний вовчак; САК — співвідношення альбумін/креатинін у сечі; ХХН — хронічна хвороба нирок; ЦД2 — цукровий діабет 2-го типу; G означає категорію ШКФ; KDIGO — програма «Хвороби нирок: поліпшення глобальних результатів лікування» (Kidney Disease: Improving Global Outcomes).

### Посилання

1. Sundström J зі співавт. Lancet Reg Health Eur 2022; 20: 100438.
2. Shlipak MG зі співавт. Kidney Int 2021; 99 (1): 34–47.
3. Adapted from de Boer IH et al. AADA/KDIGO Consensus Report: Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Diabetes Care 2022; In press by Adapted from de Boer IH et al. Kidney International (2022); <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2018/03/ADA-KDIGO-Consensus-Report-Diabetes-CKD-KI-2022.pdf>.

PCDE схвалює та підтримує клінічний односторонковий документ (Clinical One Pager) щодо первинної медико-санітарної допомоги з метою раннього виявлення та втручання при ХХН.

Друкується з дозволу Romane Blondel (rblondel@theisn.org)