

## Screening onemocnění ledvin v ambulanci PL. Kdy odeslat pacienta ke specialistovi?

MUDr. Petra Ronová, Primář, Dialyzační středisko Fresenius Medical Care, Praha 9 – Vysočany

Chronická onemocnění ledvin (CKD) postihují skoro desetinu naší populace a jsou definována jako abnormality ledvinné struktury nebo funkce přítomné po více jak tři měsíce a ovlivňující zdraví.

Pacienti s CKD patří mezi pacienty s nejvyšším rizikem koronárních příhod a úmrtí. Zavedení screeningových programů, které budou vyhledávat nemocné s CKD, může pomoci zpomalit nebo dokonce zvrátit progresi renálního postižení, snížit kardiovaskulární riziko a předejít úmrtím. V neposlední řadě jde i o sociálně-ekonomický problém.

Jako abnormální funkce ledvin se rozumí pokles glomerulární filtrace pod  $60 \text{ ml/min./1,73 m}^2$ . Nejčastějšími chronickými onemocněními ledvin jsou diabetická nefropatie, hypertenzní (ischemická) nefropatie, glomerulární onemocnění a dědičné nefropatie. Až polovina všech pacientů, kteří vstupují do dialýzy o svém onemocnění neví a nebyli sledováni v nefrologických ambulancích, vstupují tzv. „z ulice“, což je spojeno s výrazně vyšší morbiditou a mortalitou a je omezena možnost zvolit si metodu náhrady funkce ledvin.

Od podzimu 2016 došlo ke změnám Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR o dispenzární péči. Čtyřleté preventivní prohlídky jsou určeny pro nemocné s diabetem, hypertenzí nebo kardiovaskulárními komplikacemi starší 50 let věku. Při vyšetření se stanoví odhad glomerulární filtrace (eGFR) z vyšetření sérového kreatininu.

Hlavním úkolem praktických lékařů je identifikovat rizikové nemocné a provést u nich základní screeningová vyšetření. Základem vyšetření je stanovení eGF (pomocí rovnice CKD EPI), albuminurie, vyšetření močového sedimentu a příp. provedení sonografického vyšetření ledvin. Standardem je dnes stanovení poměru protein/kreatinin (PCR) nebo albumin/kreatinin (ACR).

Pacient by měl být odeslán k nefrologovi podle KDIGO doporučení z roku 2012 v případě, že eGFR je  $0,5 \text{ ml/s}$  a menší, ACR je větší než  $300 \text{ mg/g}$  i s normální funkcí ledvin, dále pacient s AKI, náhlým přetrvávajícím poklesem GFR, rychlou progresí CKD, přítomností erytrocytů v moči, hypertenzí a CKD léčených 4 komb. AH, pacienti s přetrvávajícími abnormalitami kalémie, pacienti s dědičným onemocněním ledvin. Dále z časnějšího sledování mají výhodu diabetici, kde dochází k rychlejšímu poklesu GFR. Naopak v případě, že pacient má izolované, stále zvýšení některého parametru (stabilně zvýšené ACR, erytrocyturii) měl by být nefrologem vyšetřen, určena diagnóza a další sledování nemusí provádět nefrolog.

Včasně předání nemocných do péče nefrologa může oddálit selhání funkce ledvin, zvýšit dostupnost transplantací ledvin bez nutnosti dialyzační léčby a významně snížit zahájení dialýzy u nepřipravených nemocných.