

Роль нефролога в продлении жизни пациента с ХБП

Image



## **Роль нефролога в продлении жизни пациента с ХБП**

Ведение пациентов с гломерулярными заболеваниями может быть сложным из-за разнообразия диагнозов и непредсказуемости течения болезни. Особая роль отведена лечащему врачу-нефрологу, который определяет стратегию лечения и выбор терапии. В данном информационном блоке изложены ключевые аспекты заместительной почечной терапии при ХБП, приведена общемировая статистика распространенности хронического диализа. Лечащий врач должен уметь оценивать степень повреждения почек, динамику заболевания и наличие сопутствующих факторов, чтобы разработать оптимальный план лечения. Ниже представлены управляемые факторы риска прогрессии гломерулярных болезней, на которые может влиять нефролог для удлинения периода до наступления диализа.

*Пожалуйста, нажмите на интересующий вас раздел, чтобы его открыть.*

**Почечная недостаточность и заместительная почечная терапия**

Пациенты с ХБП часто сталкиваются со страхом перехода в терминальную стадию заболевания, которая влечет за собой необходимость начала диализа. Эмоциональное напряжение, связанное с изменением образа жизни, ограничением свободы перемещений, питания, изменением репродуктивных планов, вынужденной сменой работы с целью высвобождения времени для регулярных визитов в диализный центр, и возрастающий уровень тревоги — типичные переживания, ощущаемые этими пациентами. Продление срока до начала диализа становится ключевым фактором в ведении пациентов с ХБП. Меры, предпринимаемые для замедления прогрессирования заболевания, нормализации лабораторных маркеров и сохранения функции почек, играют важную роль в улучшении качества жизни пациентов и предотвращении перехода к диализу. Современный подход к ведению пациентов с ХБП нацелен на оптимизацию курации пациентов, предотвращение прогрессирования заболевания и сохранение собственной функции почек. Основным **акцент делается на раннем вмешательстве, а не на ожидании ЗПТ**, что призвано значительно улучшить прогноз и качество жизни пациентов.

## Признаки почечной недостаточности:

- СКФ < 15 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> или применение заместительной почечной терапии (диализ или трансплантация)<sup>1, 2</sup>.
- Продолжительность заболевания превышает 3 месяца<sup>2</sup>.

Image

Симптомы почечной недостаточности связаны со снижением функции почек, и в терминальном состоянии остается только возможность ЗПТ<sup>3</sup>.

Image

Прогрессирование почечной недостаточности без диализа или трансплантации может приводить к летальному исходу<sup>3</sup>.

Image

Трансплантация или диализ продлевают жизнь, но не способны довести ее продолжительность до среднего значения в популяции<sup>4</sup>.

Image

К 2030 году ожидается, что 14,5 миллиона человек будут нуждаться в заместительной почечной терапии, но только 5,4 миллиона получат ее<sup>1</sup>.

**Приложение 1.** Глобальная распространенность хронического диализа<sup>1</sup>.

Image

**Приложение 2.** Предполагаемая мировая потребность и прогнозируемый объем ЗПТ к 2030 году<sup>1</sup>.

Image

**ХБП и вопросы консервативного ведения пациентов**

### **Прогнозирование развития ХБП на основании категорий СКФ и альбуминурии<sup>3</sup>.**

ХБП классифицируется на основе нескольких факторов, включая причины заболевания, уровень клубочковой фильтрации (СКФ от G1 до G5) и уровень альбуминурии (от A1 до A3). Эти факторы объединяются в аббревиатуре CGA<sup>3</sup>.

**Приложение 3.** Шкала комбинированного риска сердечно-сосудистых событий и терминальной почечной недостаточности у больных ХБП в зависимости от категории СКФ и альбуминурии<sup>3</sup>.

Image

**ХБП: последствия для качества жизни и риски летального исхода для пациентов<sup>15–18</sup>.**

- ТПН, характеризующаяся СКФ < 15 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (G5), приводит к

- недостаточной функции почек, требующей диализа или трансплантации.
- Пациенты с ХБП имеют гораздо более высокий риск летального исхода (в 5—10 раз), особенно от сердечно-сосудистых заболеваний и рака, по сравнению с общей популяцией.
  - Ухудшение функции почек также увеличивает вероятность развития сердечно-сосудистых событий, что значительно повышает риск смертности.
  - У пациентов на поздних стадиях ХБП (G3a—G4: 15—60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) риск сердечно-сосудистой смерти в 2—3 раза выше по сравнению с теми, у кого нет ХБП.
  - Качество жизни пациентов ухудшается по мере прогрессии заболевания<sup>15–18</sup>.

Ранняя диагностика и последующее управление каждой стадией болезни почек играют решающую роль в предотвращении прогрессирования этого заболевания. Эффективная стратегия состоит не только в выявлении стадий ХБП, но и в управлении каждой из них, что способствует замедлению или предотвращению прогрессирования.

Одним из ключевых аспектов этой стратегии является продление жизни до начала диализа для пациентов с хронической болезнью почек. Это предоставляет множество преимуществ, таких как улучшение качества жизни, минимизация серьезных осложнений, снижение риска смерти и подготовка пациента к более эффективным методам лечения. Осознание и понимание значимости этого подхода среди медицинских специалистов и пациентов играет важную роль в успешном управлении хронической болезнью почек.

## **Диализ и трансплантация почки: чему отдать предпочтение?**

Диализ — жизненно важная замена или протезирование функции почек, которая влияет на жизнь пациентов<sup>5–9</sup>.

Приложение 4. Гемодиализ и перитонеальный диализ — наиболее распространенные формы<sup>6–8</sup>.

Image

Хотя длительный диализ спасает жизни и может быть мостом к трансплантации, пациенты на диализе обычно имеют меньшую продолжительность жизни, чем пациенты, перенесшие трансплантацию<sup>1</sup>. Он оказывает тяжелое воздействие на физическое и эмоциональное состояние, экономику и социальные аспекты жизни<sup>6</sup>. Рекомендации KDIGO отдают приоритет трансплантации вместо продолжительного

диализа<sup>9</sup>.

**Трансплантация почки — высокоэффективное решение для ХБП на стадии 3b<sup>6-8</sup>.**

Image

Трансплантация может быть осуществлена как от живых, так и от умерших доноров<sup>9</sup>. Процедура трансплантации обеспечивает преимущества в выживаемости для всех возрастных групп<sup>10</sup> и улучшает качество жизни<sup>11</sup>. Экономически она предпочтительнее длительного диализа<sup>12, 13</sup>.

Image

Продолжительность жизни у пациентов с почечным трансплантатом выше, чем у диализных, но все же ниже, чем в общей популяции того же возраста<sup>4</sup>. После трансплантации пациентам доступен более активный образ жизни без необходимости в диализе и строгой диете, хотя им и необходим постоянный медицинский уход<sup>9</sup>.

Image

Сложности включают недостаток доноров, проблемы со списками ожидания, трудности с предварительной оценкой, а также необходимость интенсивной иммуноотерапии и риски послеоперационной терапии<sup>14</sup>.

**Приложение 5.** Ожидаемая продолжительность жизни пациентов, находящихся на диализе или перенесших трансплантацию почки, в сравнении с продолжительностью жизни общей популяции с разделением по возрастным группам<sup>4</sup>.

Image

**Как врач-нефролог может помочь пациенту отсрочить переход на диализ?**

Применение новейших визуализационных технологий и точечное воздействие на терапевтические мишени становится ключом к улучшению результатов в ведении пациентов с хронической почечной недостаточностью. Это включает в себя разработку и **внедрение инновационных методик диагностики и лечения**, направленных на повышение эффективности терапии и улучшение качества жизни пациентов.

Обращение пациента с ХБП к врачу-нефрологу на более ранней стадии заболевания позволяет существенно снизить риск фатального исхода: в 2 раза по сравнению с теми, кто обратился позднее<sup>19\*</sup>. Кроме того, у пациентов, обратившихся на ранних этапах, срок госпитализации сокращается на 12 дней<sup>19</sup>. Следует также учитывать, что уровень протеинурии является во многом определяющим фактором смерти почек, особенно в случае его превышения более 1 г/сут.

**Приложение 6.** Усредненная по времени протеинурия как сильнейший предиктор

терминальной почечной недостаточности при IgA-нефропатии<sup>20</sup>.

Image

Практические рекомендации по оптимизации ведения пациентов на различных этапах хронической почечной недостаточности становятся неотъемлемой частью медицинской практики. Эти рекомендации направлены на поддержание стабильного состояния здоровья, предотвращение прогрессирования заболевания и повышение эффективности лечения на различных этапах патологии. Особая роль в замедлении прогрессирования ХБП отведена управляемым (модифицируемым) факторам риска.

**К ним могут быть отнесены:**

Image

**Малобелковая диета. Снижение потребления белка до 0,6-0,8 г/кг/сут способствует:**

- снижению протеинурии на 0,44 г/сут по сравнению с контрольной группой;
- замедлению падения рСКФ на 1,85 мл/мин в год<sup>21</sup>.

Image

**Снижение потребления соли в 2 раза, которое способствует:**

- снижению альбуминурии на 25%;
- снижению протеинурии на 16%<sup>22</sup>.

Image

**Физическая активность, которая способствует:**

- приросту рСКФ на 1,2 мл/мин за 12 недель;
- снижению альбуминурии на 33% по сравнению с пациентами без физической активности<sup>23</sup>.

Помимо поведенческих аспектов, решающую роль играют образовательные программы и поддержка пациентов. Обеспечение доступа к информации, формирование здоровых привычек и эмоциональная поддержка создают основу для более успешного и полноценного управления хронической почечной недостаточностью, повышая качество жизни пациентов и эффективность лечения.

\* Определение временного фактора «позднее» несколько условно и варьируется в литературе, колеблясь от < 1 месяца до 1 года до начала заместительной почечной терапии. Как правило, считается, что пациент был направлен поздно, «когда исходы лечения могли быть улучшены за счет более раннего контакта с нефрологической службой».

## Список сокращений

**СКФ** — скорость клубочковой фильтрации;

**ЗПТ** — заместительная почечная терапия;

**ХБП** — хроническая болезнь почек;

**CGA (ПСА)** — совокупность факторов: причины (cause), категории СКФ (GFR), категория альбуминурии (albuminuria);

**ТПН** — терминальная почечная недостаточность;

**рСКФ** — расчетная скорость клубочковой фильтрации.

## Список литературы

1. Himmelfarb J, et al. *Nat Rev Nephrol.* 2020; 6(10):573–85.
2. Levey AS, et al. *Eur Heart J.* 2020;41(48):4592–98.
3. KDIGO Working Group. *Kidney Int Suppl.* 2013;3 (1):1–150.
4. Kramer A, et al. *Clin Kidney J.* 2020;13(4):693–709.
5. Pino CJ and Humes D. In «Principles of Regenerative Medicine (Third Edition)» 2019;1149–63. Eds. Atala, Lanza, Mikos, Nerem.
6. Zazzeroni L, et al. *Kidney Blood Press Res.* 2017;42(4):717–27.
7. Hemodialysis vs Peritoneal Dialysis: Which is Right for You? — Durham Nephrology Associates, PA Дата последнего обращения: 25 июня 2022 г..
8. Mehrotra R. *Kidney Int.* 2011;80(9);909–11.
9. Chadban SJ, et al. *Transplantation.* 2020;104(4S1 Suppl 1):S11–103.
10. Pesavento TE. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009;4(12):2035–39.
11. Fiebiger W, et al. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2:2.
12. Parajuli S, et al. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2016;23(5):287–94.
13. Parajuli S, et al. *Kidney Dis.* 2018;4(4):255–61.

14. Augustine J. Cleve Clin J Med. 2018;85(2):138-44.
15. Webster AC, et al. Lancet 2017;389:1238-52.
16. Kurts C, et al. Nat Rev Immunol 2013;13:738-53.
17. Subbiah AK, et al. Heart Asia 2016;8:56-61.
18. Sarnak MJ, et al. J Am Coll Cardiol 2019;74:1823-38.
19. Chan MR et al. Outcomes in patients with chronic kidney disease referred late to nephrologists: a meta-analysis. Am J Med. 2007 Dec;120(12):1063-70. doi: 10.1016/j.amjmed.2007.04.024.
20. Reich HN et al. Remission of proteinuria improves prognosis in IgA nephropathy. J Am Soc Nephrol. 2007 Dec;18(12):3177-83. doi: 10.1681/ASN.2007050526.
21. Yan B et al. Effect of diet protein restriction on progression of chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2018 Nov 7;13(11):e0206134. doi: 10.1371/journal.pone.0206134.
22. Swift PA et al. Modest salt reduction reduces blood pressure and urine protein excretion in black hypertensives: a randomized control trial. Hypertension. 2005 Aug;46(2):308-12. doi: 10.1161/01.HYP.0000172662.12480.7f. Epub 2005 Jun 27.
23. Mallamaci F, Pisano A, Tripepi G. Physical activity in chronic kidney disease and the EXerCise Introduction To Enhance trial. Nephrol Dial Transplant. 2020 Mar 1;35(Suppl 2):ii18-ii22. doi: 10.1093/ndt/gfaa012.

## Полезные материалы



---

Статья

15 минут

**Вакцинация пациентов с патологией почек: на что следует обратить внимание врачу?**

Статья  
- 17 июн 2025

15 минут

**Вакцинация пациентов с патологией почек: на что следует обратить внимание врачу?**

[See more details](#)

Hide details



---

Статья

15 минут

**Роль системы комплемента при заболеваниях почек: данные 2024 года (резолюция KDIGO)**

Статья  
- 23 июл 2025

15 минут

**Роль системы комплемента при заболеваниях почек: данные 2024 года (резолюция KDIGO)**

[See more details](#)

Hide details



---

Статья

10 минут

**Снижение протеинурии - маркер эффективности терапии патологии почек**

Статья  
- 23 июл 2025

10 минут

**Снижение протеинурии - маркер эффективности терапии патологии почек**

[See more details](#)

Hide details

11657486/IPT/DIG/04.26/0

Image

---

## Теги

- Нефрология
- 

## Source URL:

<https://www.pro.novartis.ru/ru-ru/therapeutical-areas/nefrologiya/terapiya/rol-nefrologa-v-prodlenii-zhizni-pacienta-s-hbp>