

Top 10

10 najważniejszych informacji dla nefrologów w zakresie oceny osób z PChN lub ryzykiem rozwoju PChN zgodnie z wytycznymi praktyki klinicznej KDIGO 2024 odnośnie klasyfikacji i postępowania w przewlekłej chorobie nerek

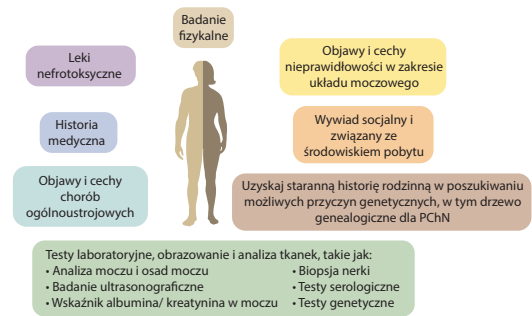


Promowanie udziału w wysokiej jakości badaniach nad przewlekłą chorobą nerek przez całe życie pacjenta

Definicja PChN

Przewlekła choroba nerek (PChN) jest definiowana jako nieprawidłowości w strukturze lub funkcji nerek, które utrzymują się przez ponad 3 miesiące i mają wpływ na ogólny stan zdrowia. Definicja obejmuje wiele różnych markerów uszkodzenia nerek, nie tylko obniżoną wartość GFR i podwyższoną ACR, a przyczyna PChN powinna być aktywnie poszukiwana (Rysunek 1). PChN klasyfikuje się według przyczyny, wartości GFR i ACR, aby określić ciężkość choroby oraz wskazać rodzaj i czas podjęcia interwencji.

Rysunek 1



1

Rozróżnienie AKD i PChN

Ważne jest różnicowanie między ostrą chorobą nerek (AKD) a PChN oraz określenie przewlekłości procesu (Rysunek 2).

2

Opieka nad pacjentem z PChN przez całe życie

PChN wpływa na ludzi przez całe życie, a ze względu na przewlekłość choroby opieka nad pacjentami zależy od zmian w ich stanie zdrowia (Rysunek 3). Użyj spersonalizowanego podejścia do diagnozy, oceny ryzyka i leczenia, uwzględniając wiek i płeć pacjenta. W skrajnych kategoriach wiekowych – u osób bardzo młodych i bardzo starych – procedury diagnostyczne, cele leczenia, metody leczenia i podejmowanie decyzji różnią się ze względu na odmienności w prognozach, opcjach leczenia i priorytetach postępowania.

3

Diagnoza PChN u osób starszych

Populacyjne dane epidemiologiczne wspierają utrzymanie progu GFR wynoszącego 60 ml/min/1.73 m² w rozpoznaniu PChN u osób starszych, nawet w przypadku braku istotnej albuminurii, ponieważ poniżej tego progu jest stale zwiększone i wciąż wzrastające ryzyko względne niekorzystnych punktów końcowych (Rysunek 4).

4

Poprawa dokładności oceny GFR

Szacowanie GFR na podstawie kombinacji oznaczenia stężenia kreatyniny i cystatyny C (eGFR_{cr-cys}) poprawia dokładność wyniku i zwiększa zależność między czynnikami ryzyka. GFR należy mierzyć, gdy dokładniejsze określenie GFR wpłynie na decyzje dotyczące leczenia.

5

Dokładność i wiarygodność

Zrozumienie zmienności GFR i wydalania albuminy z moczem oraz znaczenia ograniczeń metodologii oceny tych parametrów, w momencie rozważania czy zmiana ich wartości jest zmianą istotną. Wdrażaj wymagane standardy laboratoryjne, aby zapewnić dokładność i wiarygodność stosowanych metod.

6

Użyj zwalidowanego równania do oszacowania GFR

Użyj zwalidowanego równania do oszacowania GFR, aby wyliczyć GFR z markerów filtracji kłębuskowej z surowicy krwi (eGFR) i używaj tego samego równania w różnych regionach geograficznych, zdając sobie sprawę, że te równania mogą się różnić u dorosłych i dzieci (Rysunek 2).

7

Testy w miejscu opieki nad pacjentem

Testy w miejscu opieki nad pacjentem (POCT) do oznaczenia stężenia kreatyniny (krew i ślina) oraz pomiaru ilości albuminy w moczu są dostępne i jeśli jest zapewniona ich odpowiednia jakość, są wystarczająco dokładne aby ułatwić ścieżkę klinicznego postępowania, gdy dostęp do laboratorium jest ograniczony.

8

Użyj zwalidowanych narzędzi oceny ryzyka

Użyj zwalidowanych narzędzi oceny ryzyka, aby pomóc w podejmowaniu decyzji i ustaleniu czasu zastosowania multidyscyplinarnej opieki. Wybierz odpowiednie narzędzie dla interesującego Ciebie zdarzenia: leczenie niewydolności nerek, zdarzenia sercowe lub śmiertelność.

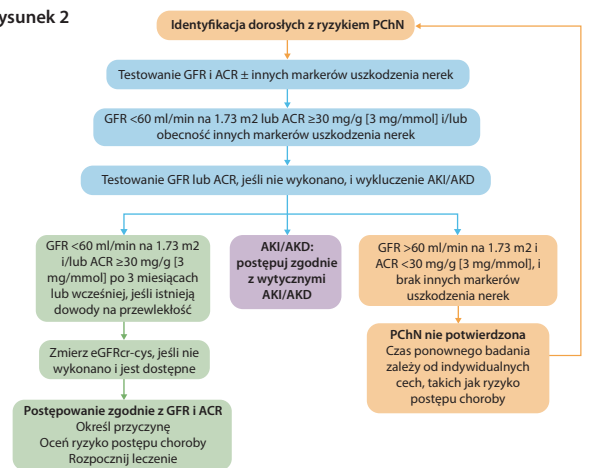
9

Planowanie punktów kontrolnych i ponowna ocena

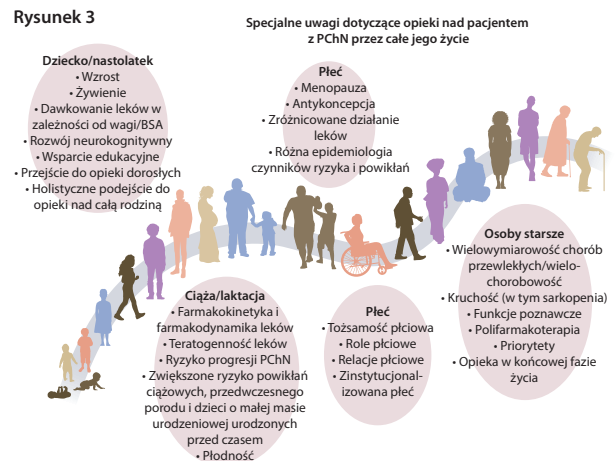
Czas monitorowania i ponownej oceny za pomocą zwalidowanych narzędzi prognozowania ryzyka i oceny klinicznej, wraz z edukacją, może pomóc w lepszym wyborze celów opieki, aby wspierać osoby i rodziny żyjące z PChN. To podejście stanowi część długoterminowej opieki.

10

Rysunek 2



Rysunek 3



Rysunek 4

Wiek 65+	ACR, mg/g				ACR, mg/g			
	<10	10-29	30-299	300+	<10	10-29	30-299	300+
eGFR _{cr-cys}	Śmiertelność z wszystkich przyczyn				Zawał mięśnia sercowego			
105+	1.2	1.4	1.9	3.5	0.97	1.4	2.0	1.9
90-104	ref	1.2	1.4	2.0	ref	1.2	1.5	1.9
60-89	1.2	1.5	1.8	2.3	1.1	1.4	1.5	1.9
45-59	1.6	2.0	2.4	2.9	1.6	1.9	2.3	3.4
30-44	2.0	2.4	3.2	4.1	2.1	2.6	3.1	3.8
<30	3.4	4.1	5.1	6.5	4.9	3.0	5.1	5.0
	Śmiertelność sercowo-naczyniowa				Udar			
105+	1.1	1.5	2.0	3.2	1.2	1.3	1.5	3.3
90-104	ref	1.2	1.4	2.4	ref	1.3	1.5	2.8
60-89	1.2	1.7	2.2	3.1	1.1	1.4	1.8	2.5
45-59	1.7	2.4	3.0	4.3	1.5	1.7	2.0	2.3
30-44	2.4	3.1	4.5	5.8	1.5	2.0	2.1	2.3
<30	5.7	5.2	5.1	7.8	1.7	2.0	2.4	4.8
	Leczenie nerkozastępcze w niewydolności nerek				Niewydolność serca			
105+	2.0	1.0	2.1		0.99	1.5	1.7	7.0
90-104	ref	1.9	4.7	10	ref	1.3	1.5	2.2
60-89	1.4	2.6	6.2	19	1.2	1.5	2.0	3.2
45-59	3.7	7.9	16	42	1.6	2.0	2.9	4.1
30-44	14	14	46	137	2.3	2.9	3.5	6.1
<30	87	364	241	406	4.4	4.3	5.3	7.2
	Ostre uszkodzenie nerek				Migotanie przedsionków			
105+	0.91	1.1	1.3	1.9	0.95	1.1	1.0	3.7
90-104	ref	1.3	1.4	3.9	ref	1.2	1.3	2.4
60-89	1.5	2.1	2.7	4.7	1.1	1.2	1.5	2.0
45-59	3.6	4.3	5.1	7.3	1.2	1.4	1.7	2.9
30-44	5.7	5.9	7.2	9.8	1.5	1.8	2.0	2.2
<30	10	11	11	22	1.8	1.8	2.2	3.2
	Hospitalizacja				Choroba tętnic obwodowych			
105+	1.0	1.1	1.2	2.2	1.1	2.3	2.9	4.9
90-104	ref	1.1	1.3	1.4	ref	1.3	2.0	4.8
60-89	1.2	1.2	1.3	3.4	1.2	1.3	1.5	2.0
45-59	1.2	1.1	1.4	1.6	2.0	2.8	3.1	3.1
30-44	1.5	1.4	1.6	2.0	3.5	2.8	3.8	5.9
<30	1.9	1.9	2.0	2.6	8.4	4.3	5.9	10

ACR, wskaźnik albumina/kreatynina w moczu; AKD, ostra choroba nerek; cr, kreatynina; cys, cystatyna C; (e)GFR, (oszacowany) współczynnik filtracji kłębuskowej; PChN, przewlekła choroba nerek;