

Комментарии к Руководству Рабочей группы NKF-KDOQI (США) по ведению больных сахарным диабетом и болезнью почек

С.А. Мартынов

ФГУ Эндокринологический научный центр Росмедтехнологий, Москва
(директор – член-корр. РАМН Г.А. Мельниченко)

В 2007 г. Рабочей группой National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-KDOQI™) разработано первое уникальное руководство по ведению больных сахарным диабетом и хронической болезнью почек – *KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for Diabetes and Chronic Kidney Disease*, включающее практические клинические руководства (*Clinical Practice Guidelines – CPGs*) и рекомендации (*Clinical Practice Recommendations – CPRs*).

Руководство создано на основании как тщательнейшего изучения, анализа и обобщения данных многих исследований, проводившихся в США и по всему миру ранее, так и результатов недавних исследований. Таким образом, оно объединяет и систематизирует практически все мировые данные, полученные по одной из актуальнейших проблем здравоохранения – поражению почек у больных сахарным диабетом (СД).

В названии данного руководства использована новая терминология, которая в настоящее время повсеместно внедряется – хроническая болезнь почек (ХБП). Авторы считают, что введение этого наднормативного термина для больных СД, который объединяет в одну группу любые признаки хронического прогрессирующего поражения почек, позволит внести большую ясность и понимание во взаимодействие не только врачей и больных, но и работников социальных служб и организации здравоохранения для оказания более своевременной и доступной современной медицинской помощи больным СД с поражением почек, так как уже имеются разработанные общие комплексные принципы оказания медицинской помощи больным ХБП независимо от ее этиологии.

В нашей стране общепринято называть микрососудистое осложнение со стороны почек при СД – диабетической нефропатией, а диабетический гломерулосклероз считать морфологическим диагнозом. Авторы руководства приравнивали эти клинический и морфологический термины и подчеркивают, что постановке традиционного диагноза «диабетическая нефропатия» должна предшествовать верификация поражения почек методом пункционной биопсии почки. Следовательно, авторы рекомендуют термин «диабетическая нефропатия» заменить термином «диабетическое поражение почек» – *diabetic kidney disease (DKD)*.

В руководстве указывается, что в связи с тем, что выполнение нефробиопсии у больных СД и поражением почек во всем мире проводится в редких и исключительных случаях, **тщательный скрининг больных СД на наличие поражения почек** в большинстве случаев помогает выявлению «диабетической гломерулопатии» без необходимости морфологического исследования почек.

В большинстве случаев диагноз диабетического поражения почек во многом может быть предполагаемым из-за малого количества биопсии почек у этой популяции больных. Поэтому имеет место вероятность наличия у больных СД

другой почечной патологии, особенно у больных СД 2 с неоднородностью общей патологии, тем более что число больных СД неуклонно растет. Более того, больные СД без альбуминурии могут иметь более выраженное и прогрессирующее диабетическое поражение почек, в то время как больные с микроальбуминурией могут страдать как более существенными, так и незначительными признаками поражения почек. Также необходимо учитывать увеличение числа больных, в частности СД 2, без патологической экскреции альбумина с мочой и анамнестических и клинико-инструментальных данных за наличие другой почечной патологии, но со стабильно сниженной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) ($СКФ < 60 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$), т.е. больных с ХБП. Наиболее вероятной причиной поражения почек у данных больных могут быть хронические воспалительные заболевания почек латентного течения, поражение интерстиция разной этиологии, гипертонический нефроангиосклероз, ишемическая нефропатия, старческая почка и др., что предусматривает проведение тщательного медицинского обследования для уточнения первопричины почечного страдания.

Таким образом, в настоящее время необходимо приложить все усилия для дифференциальной диагностики между диабетическим и недиабетическим поражением почек у больных СД для проведения мер эффективной целенаправленной нефропротекции и улучшения прогноза почечного заболевания, одной из целей, которой является разработка и издание данного руководства.

Руководство 1. Скрининг и диагностика диабетического поражения почек

ХБП у больных СД может быть представлена не только диабетическим, но и недиабетическим поражением почек. При отсутствии установленного диагноза, обследование больных СД с признаками поражения почек должно включать следующие мероприятия.

1.1. Больные СД должны быть обследованы на наличие диабетического поражения почек ежегодно при:

- длительности заболевания СД 1 более 5 лет (А*) или

- от момента выявления СД 2 (В*).

1.1.1. Скрининг должен включать:

- определение соотношения альбумин/креатинин мочи (В);
- определение уровня сывороточного креатинина и оценку скорости клубочковой фильтрации (В).

1.2. Повышенное значение соотношения альбумин/креатинин мочи должно быть подтверждено при отсутствии инфекции мочевых путей еще в 2 дополнительных исследованиях в течение последующих 3–6 мес (В).

- Микроальбуминурия устанавливается при значении соотношения альбумин/креатинин мочи в 30–300 мг/г.
- Макроальбуминурия устанавливается при значении соотношения альбумин/креатинин мочи $> 300 \text{ мг/г}$.

- Для подтверждения наличия микро- или макроальбуминурии достаточно 2 положительных проб на микро- или макроальбуминурию из 3 исследований.

1.3. У большинства больных СД ХБП должно быть расценено как следствие диабета при:

- наличии макроальбуминурии (В) или
- наличии микроальбуминурии:
 - если выявлена диабетическая ретинопатия (В);
 - если длительность заболевания 10 лет и более при СД 1 (А).

1.4. При наличии следующих состояний должны быть рассмотрены другие причины ХБП (В):

- отсутствие диабетической ретинопатии;
- медленное или быстро прогрессирующее снижение СКФ;
- быстрое увеличение выраженности протеинурии или нефротический синдром;
- рефрактерная артериальная гипертензия;
- наличие патологического мочевого осадка;
- признаки или симптомы системного заболевания;
- снижение СКФ более чем на 30% в течение 2–3 мес. после назначения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) или блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА).

Руководство 2. Коррекция гипергликемии у больных СД и ХБП

Гипергликемия является ведущей причиной микрососудистых осложнений, в частности и поражения почек. Интенсивное лечение гипергликемии предупреждает развитие диабетического поражения почек и может тормозить ее прогрессирование.

2.1. Целевой уровень HbA_{1c} должен быть <7,0% независимо от наличия или отсутствия ХБП (А).

Руководство 3. Лечение артериальной гипертензии при СД и ХБП

Большинство больных СД и ХБП страдают артериальной гипертензией (АГ). Лечение АГ снижает скорость прогрессирования ХБП.

3.1. Для лечения АГ у больных СД на 1–4 стадиях ХБП должны применяться ИАПФ или БРА, как правило в комбинации с диуретиками. (А).

3.2. Целевое АД у больных СД и ХБП на 1–4 стадиях должно быть < 130/80 мм рт. ст. (В).

Руководство 4. Коррекция дислипидемии при СД и ХБП

Дислипидемия характерна для больных СД и ХБП. В этой популяции больных высок риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Больные СД и ХБП должны лечиться согласно общепринятым рекомендациям, относящимся к группе больных с высоким риском развития ССЗ.

4.1. Целевой уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) у больных СД на 1–4 стадиях ХБП должен быть <100 мг/дл; ЛПНП <70 мг/дл также является вариантом цели лечения (В).

4.2. Больные СД на 1–4 стадиях ХБП при уровне ЛПНП ≥100 мг/дл должны лечиться статинами (В).

4.3. Лечение статинами не должно применяться у больных СД 2, находящимся на лечении гемодиализом при отсутствии специфических сердечно-сосудистых показаний для их применения (А).

Руководство 5. Диетотерапия у больных СД и ХБП

Ведение больных СД и ХБП должно включать и диетические мероприятия. Модификация диеты может снизить скорость прогрессирования ХЗП.

5.1. Рекомендуемое потребление белка с пищей у больных СД и на 1–4 стадиях ХБП должен составлять 0,8 грамм на килограмм веса в сутки (В).

Практические рекомендации 1: Коррекция альбуминурии у больных СД с нормальным артериальным давлением

Лечебные меры, ведущие к снижению степени выраженности экскреции альбумина с мочой, могут тормозить прогрессирование диабетического поражения почек и улучшить исход заболевания даже при отсутствии артериальной гипертензии. Однако большинство больных СД и альбуминурией имеют АГ; лечение АГ у этих пациентов рассмотрено в Руководстве 3.

1.1. В лечении больных с нормальным уровнем артериального давления (АД) и макроальбуминурией должны применяться ИАПФ или БРА (С*).

1.2. Лечение ИАПФ или БРА может быть рассмотрено у больных с нормальным уровнем АД и микроальбуминурией (С).

1.3. Снижение степени альбуминурии может считаться целью лечения диабетического поражения почек (С).

Практические рекомендации 2: Многосторонний подход в лечении СД и ХБП

У больных СД и ХБП множественные факторы риска подвергаются одновременной коррекции, а дополняющий друг друга эффект от лечения каждого фактора риска приводит к существенному положительному клиническому эффекту.

2.1. Помощь больным СД и ХБП должна объединять разносторонние подходы в воздействии на заболевание, которые включают предписание здорового образа жизни и лечение, направленное на снижение факторов риска (С).

2.2. Целевое значение индекса массы тела (ИМТ) у больных СД и ХБП должно быть в пределах нормальных значений (18,5–24,9 кг/м²) (С).

Практические рекомендации 3: СД и ХБП в отдельных взятых популяциях

Увеличение числа больных СД среди детей, молодых людей, пожилых и населения с неблагоприятными и нестабильными условиями жизни ведет к повышению случаев диабетического поражения почек у этих групп населения. Может играть роль и расовое/этническое различие в предрасположенности развития диабетического поражения почек. Наличие СД и ХБП у беременных женщин может неблагоприятно отразиться как и на здоровье плода, так и матери.

3.1. Скрининг и мероприятия при СД и ХБП должны быть усилены в популяции населения с высоким риском (С).

3.2. Несмотря на то, что терапия СД и ХБП в отдельных популяциях должна следовать тем же принципам лечения, которые применяются в основной популяции больных СД и ХБП, имеются особенности в лечении детей, подростков и пожилых людей (С).

3.3. Мероприятия, основанные на популяционном подходе, могут быть более эффективным способом расходования средств, направленных на лечение ХБП в отдельных популяциях. При выполнении и оценки этих мер должны принимать во внимание тот факт, что в настоящее время необходим учет неоднородности групп риска (С).

3.4. Специалисты по ведению беременных с высоким риском и по болезням почек должны совместно вести беременность у женщин с СД и ХБП (С).

3.5. Лечение диабетического поражения почек ингибиторами ренин-ангиотензиновой системы (РАС) до наступления беременности может улучшить исход со стороны плода и матери, но эти препараты должны быть отменены как можно скорее при прекращении менструаций или после положительного теста на беременность (С).

3.6. У беременных с СД и ХБП при необходимости лекарственной терапии для контроля гипергликемии должен использоваться инсулин (С).

Практические рекомендации 4: Роль больного при СД и ХБП

Самоконтроль у больных СД и ХБП особенно затруднителен вследствие интенсивного и напряженного характера режима лечения, образа жизни при диабете. Одного обучения больного недостаточно для поддержания здорового образа жизни, в частности при таком комплексном режиме лечебного подхода.

4.1. В многостороннем лечебном плане стратегия самоконтроля больным должна быть ключевым компонентом, включающим (С):

- контроль и коррекцию гликемии;
- контроль АД;
- питание;
- прекращение курения;
- физические упражнения;
- приверженность к лечению.

* Степени доказательности:

Степень А – доказательство 1-го уровня или устойчивые многочисленные данные 2, 3 или 4-го уровня доказательности.

Степень В – доказательства 2, 3 или 4-го уровня, считающиеся в целом устойчивыми данными.

Степень С – доказательства 2, 3, 4-го уровня, но данные в целом неустойчивые.

Степень D – слабые или несистематические эмпирические доказательства.

Уровни доказательности:

1 – доказательства, полученные в результате метаанализа большого числа хорошо спланированных рандомизированных исследований. Рандомизированные исследования с низким уровнем ложнопозитивных и ложнонегативных ошибок.

2 – доказательства, основанные на результатах не менее одного хорошо спланированного рандомизированного исследования. Рандомизированные исследования с высоким уровнем ложнопозитивных и ложнонегативных ошибок.

3 – доказательства, основанные на результатах хорошо спланированных нерандомизированных исследований. Контролируемые исследования с одной группой больных, исследования с группой исторического контроля и т.д.

4 – доказательства, полученные в результате нерандомизированных исследований. Непрямые сравнительные, описательно корреляционные исследования и исследования клинических случаев.

5 – Доказательства, основанные на клинических случаях и примерах.

Литература

1. KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for Diabetes and Chronic Kidney Disease. American Journal of kidney Diseases. 2007; 49 [Suppl.2]: S1-S179.