

© В.В.Архипов, 2006
УДК 616.61-036.12-053.2

В.В. Архипов

КОНЦЕПЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В ПЕДИАТРИИ – СЛЕДОМ ЗА ВЗРОСЛЫМИ, ИЛИ ПОСМОТРИМ, ЧТО НАМ ПРЕДЛАГАЕТСЯ

V.V. Arkhipov

CONCEPTION OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PEDIATRICS – FOLLOWING THE ADULTS OR WHAT ELSE IS PROPOSED?

Кафедра факультетской педиатрии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, Россия

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, дети, диагностика, концепция.

Key words: chronic kidney disease, children, diagnosis, conception.

Концепцию хронической болезни почек (ХБП), предложенную специалистами Национального Почечного Фонда США (National Kidney Foundation – NKF, 2002) для взрослой практики [1], рекомендуется использовать в детской и подростковой нефрологии [2].

Редакция журнала «Нефрология» в статье «Концепция хронической болезни почек в педиатрии» взяла на себя труд обосновать целесообразность введения основных положений концепции (рекомендаций, указаний) в детскую практику [3]. Благодарю авторов статьи за содержательное изложение и предложение высказать мнение по этому вопросу.

Рекомендации открываются положением о том, что ХБП – серьезная общественная проблема, обусловленная высокой распространенностью болезней почек. Обращается также внимание на то, что отсутствуют общепринятый комплекс исследований по оценке функции почек и простая классификация стадий ХБП. По этой причине не удастся стандартизировать подход к оценке состояния детей и подростков по риску почечной патологии, планировать профилактические и лечебные мероприятия.

Указания предназначены педиатрам, семейным врачам, педиатрам-нефрологам, урологам и организаторам здравоохранения, которые занимаются диагностикой ХБП на ранних стадиях болезни, предотвращением осложнений и прогрессирования хронической почечной недостаточности (ХПН). При этом отмечается, что неблагоприятное развитие ХБП можно предотвратить или отсрочить при раннем обнаружении и лечении, а начальные

стадии болезни почек диагностировать с помощью общепринятых исследований.

Целесообразность постановки проблем, представленных в концепции, не вызывает сомнения, но принять основные ее положения нельзя без анализа разделов документа.

Первый раздел посвящен критериям диагностики ХБП и стадиям ее развития.

Основные положения раздела трудно оспорить: «Неблагоприятное развитие ХБП можно предотвратить или отсрочить при раннем обнаружении и лечении. Начальные стадии ХБП могут быть диагностированы при доступных исследованиях».

Провозгласив эти положения, которые можно считать девизом концепции, авторы предлагают диагностировать ХБП при наличии клиники или лабораторных признаков поражения почек и/или скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин \times 1,73 м² в течение 3 или более месяцев. В эту группу также включаются больные с нормальным уровнем СКФ, что объясняется возможным повреждением почек без снижения этого показателя. Индивидуумы с уровнем СКФ менее 60 мл/мин \times 1,73 м² и отсутствием маркеров повреждения почек также включаются в группу больных ХБП, поскольку снижение клубочковой фильтрации ниже этого показателя указывает на потерю 50% почечной функции и возрастающую опасность осложнений.

Необходимо отметить, что критерии ХБП, приведенные авторами рекомендаций, не одно десятилетие используются в нефрологической практике.

В журнале «Нефрология» читатель имеет возможность познакомиться с классификацией ХБП, в основу которой положен показатель СКФ [3].

Нельзя не согласиться с мнением авторов классификации, рекомендующих проводить оценку СКФ с учетом роста, возраста и пола пациента, что является аксиомой при любом методе оценки этого показателя с использованием уровня сывороточного креатинина.

Второй раздел рекомендаций определяет оценку состояния пациента и подходы к лечению ХБП.

Предложение о включении стадии ХБП в основной диагноз, который указывает не только нозологическую форму болезни, но и течение патологического процесса (хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит), противоречиво, поскольку возникает необходимость совмещать «определенность с неопределенностью».

Проблемой, которая заложена в предлагаемой классификации, является отсчет ХПН с уровня СКФ $15 \text{ мл/мин} \times 1,73 \text{ м}^2$ или начала заместительной терапии. В то же время, если ХПН – нарушение способности почек поддерживать гомеостаз, то началом почечной недостаточности необходимо считать снижение СКФ, что делается в классификациях, предложенных ранее.

Стадию ХПН желательно определять по клиническим проявлениям, определенному диапазону уровней сывороточного креатинина и СКФ. У конкретного пациента даже при наличии этих данных часто трудно определить стадию ХПН (по клиническим данным он один, а по лабораторным другой) и опасность ошибки велика при использовании одного из показателей.

В рекомендациях предполагается выделять осложнения основного заболевания и сопутствующие болезни, которые угрожают функции почек и увеличивают риск поражения сердечно-сосудистой системы. Необходимо отметить, что на практике эти положения оцениваются врачом, и данное пожелание напоминает о важности диагностики этих состояний.

Указания также включают положения по лечению основного заболевания и осложнений, обусловленных снижением почечных функций, мероприятия по замедлению потери функций почек и предотвращению сердечно-сосудистых болезней. Особое внимание уделено подготовке к заместительной терапии, подборке доз лекарственных средств с учетом почечной функции, диагностике потенциально неблагоприятных факторов или осложнений, способствующих снижению почечной функции. При знакомстве с этими положениями читатель обнаружит известные мероприятия, рекомендованные на данном этапе развития теории и практики.

С указанием на необходимость участия нефро-

лога в судьбе больных с ХБП нельзя не согласиться, но отечественный педиатр-нефролог начинает работу с пациентом с момента диагностики заболевания почек, а не только при снижении уровня СКФ менее $30 \text{ мл/мин} \times 1,73 \text{ м}^2$.

Рекомендации содержат много общих положений. Привожу некоторые из них – «...объем терапии определяется диагнозом; диагностику обратимых состояний необходимо проводить у каждого пациента; диагноз основного заболевания должен базироваться на этиологии и патогенезе болезни; при трудностях в трактовке основного диагноза может потребоваться биопсия почки».

Третий раздел рекомендаций посвящен детям и подросткам с повышенным риском ХБП.

Раздел полон известных для детской нефрологии утверждений – «... дети и подростки без признаков заболевания почек и нормальным уровнем СКФ могут иметь риск развития ХБП; при риске ХБП индивидуумы должны обследоваться с определением СКФ; пациентам с факторами риска, но без ХБП, рекомендуется проводить мероприятия по программе сокращения угрозы болезни с повторным обследованием».

Нельзя не согласиться с авторами рекомендаций, что особое внимание необходимо уделять детям с наследственной, врожденной и приобретенной патологией почек, пациентам, рожденным с малым весом, но эти положения считаются законом диагностики в педиатрии.

Четвертый раздел рекомендаций рассматривает методику оценки СКФ.

В разделе приведено положение о том, что СКФ – лучший способ оценки функции почек. В обычной практике предлагается определять этот показатель по формулам Schwartz и Counahan [2, 3]. Методика определения СКФ с использованием формул крайне необходима в педиатрии, поскольку расчеты этого показателя по клиренсу эндогенного креатинина требуют тщательного сбора суточной мочи, что крайне утомительно для ребенка, который в малой степени озабочен этой проблемой.

В рекомендациях излагается известное положение о том, что показатель сывороточного креатинина не может быть использован для оценки функции почек, поскольку его содержание в сыворотке крови обусловлено размером мышечной массы. Важным является замечание о том, что концентрация сывороточного креатинина начинает повышаться после снижения СКФ на 50% от нормы и по этой причине трудно диагностировать ранние стадии ХБП.

Нельзя не согласиться с показаниями к проведению классического определения СКФ по клирен-

су эндогенного креатинина – принятие решения о начале заместительной терапии, вегетарианская диета, снижение мышечной массы (ампутация, недоедание) и в тех случаях, когда сбор суточной мочи проводится по другим причинам (определенные экскреции электролитов и др.).

Пятый раздел рекомендаций посвящен оценке протеинурии.

Авторы рекомендаций отвели проблеме протеинурии отдельный раздел, поскольку она является важным маркером повреждения почек.

Заслуживают внимания рекомендации по оценке протеинурии или альбуминурии с использованием тестовых полосок в утренней порции мочи, что позволяет уменьшить трудозатраты. Пациенты, имеющие по тестовым полоскам результат 1+ и более, должны обследоваться с определением протеинурии количественными методиками. Количественной методикой, которая не нашла применения в отечественных лечебных учреждениях, является оценка соотношения белок/креатинин или альбумин/креатинин в разовых порциях утренней мочи. Этот метод оценки протеинурии не требует суточного сбора мочи и обеспечивает более точную оценку выделения белка с мочой.

Шестой раздел рекомендаций посвящен маркерам повреждения почек (кроме протеинурии).

При ХБП важными маркерами патологического процесса являются изменения в анализах мочи и отклонения от нормы в результатах других исследований.

С помощью тестовых полосок рекомендуется проводить исследование мочи на наличие эритроцитов, лейкоцитов, эозинофилов и бактерий у пациентов с ХБП и индивидуумов с повышенным риском развития этих заболеваний. В то же время авторы отмечают, что с помощью полосок в моче нельзя определить цилиндры, кристаллы солей, грибы и паразитов, что требует обычной микроскопии.

Завершаются рекомендации положением о том, что с помощью стандартных исследований можно своевременно диагностировать скрытые формы ХБП. Необходимо отметить, что поставленная

задача решается отечественной детской нефрологической службой и рекомендации Американской академии педиатрии по исследованию общего анализа мочи перед поступлением в школу, а затем в юности, нельзя назвать чем-то новым.

Можно ли считать предложенные материалы концепцией ХБП? Под концепцией понимается система взглядов, то или иное понимание процессов, явлений или единый, определяющий замысел. В данном случае читателю предлагается известный комплекс рекомендаций по диагностике и лечению ХБП, который не может концептуально изменить подход к решению имеющихся проблем.

Заслуга авторов предлагаемых рекомендаций и статьи в журнале «Нефрология» в том, что они привлекли внимание заинтересованных лиц к вопросам ХБП в педиатрии.

В заключение считаю необходимым отметить, что авторы статьи в журнале «Нефрология», обосновывая применение концепции ХБП, широко использовали данные из зарубежных литературных источников. В то же время необходимо обратить внимание на то, что проблемы ХБП у детей отражены в отечественных исследованиях. В Санкт-Петербурге изучались структура и распространенность болезней почек у детей, проводились исследования по этиологии, эпидемиологии и летальности ХПН, что позволит читателю оценить важность и значимость этих проблем не только для стран зарубежья [4, 5].

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. National Kidney Foundation. K/DOKI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002; 39[suppl 1]:S1-S266
2. Hogg RJ, Furth S, Lembley KV et al. National Kidney Foundation's kidney disease outcomes quality initiative clinical practice guidelines in children and adolescents: Evaluation, classification and stratification. *Pediatrics* 2003;111: 1416-1421
3. Смирнов АВ, Есаян АМ, Каюков ИГ и др. Концепция хронической болезни почек в педиатрии. *Нефрология* 2005; 9(4): 7-11
4. Папаян АВ, Дикова НС, Ходырева ГА. Структура и распространенность болезней органов мочевой системы у детей. *Клиническая нефрология детского возраста*. СОТИС, СПб., 1997; 123-134
5. Архипов ВВ, Папаян АВ, Дикова НС и др. Хроническая почечная недостаточность у детей Санкт-Петербурга: эпидемиология, этиология, заместительная терапия, летальность. *Нефрология* 1999; 3 (1): 39-43

Поступила в редакцию 22.05.2006 г.