Лечение диабетической нефропатии

Фото: МКНИЦ Больница 52

Диабетическая нефропатия – хроническая болезнь почек, одно из наиболее серьезных осложнений сахарного диабета, которое может привести к терминальной стадии почечной недостаточности. На ранних стадиях заболевание протекает почти бессимптомно. Как заподозрить и диагностировать диабетическую нефропатию и какие меры помогут не допустить ее прогрессирования?

Людмила Артюхина, врач-нефролог, заведующая отделением нефрологии № 1 Московского клинического научно-исследовательского центра Больница 52, к. м. н.

— Людмила Юрьевна, каковы основные причины возникновения диабетической нефропатии? Как развивается это заболевание и чем оно опасно?

– Основные причины диабетической нефропатии – недостаточная компенсация сахарного диабета. При длительном течении сахарного диабета развивается поражение сосудов, так называемая микроангиопатия, которая нарушает работу почек. Это и есть диабетическая нефропатия. Помимо почек, поражаются и другие органы. В первую очередь страдают сосуды глазного дна, то есть возникает диабетическая ретинопатия. Кстати, по состоянию сосудов глаз мы можем без биопсии оценить состояние микроциркуляторного русла почек. При наличии диабетической ретинопатии можно смело говорить о том, что у человека есть и диабетическая нефропатия.

Опасность развития хронической болезни почек (ХБП) вследствие диабетической нефропатии заключается в том, что она имеет неуклонно прогрессирующее течение и приводит к терминальной почечной недостаточности, то есть к нефросклерозу. Пациенты с нефросклерозом нуждаются в протезировании почечной функции. Они вынуждены переходить на заместительную почечную терапию: гемодиализ, перитонеальный диализ или трансплантацию почки, которая тоже является методом заместительной почечной терапии.

— Какие меры профилактики диабетической нефропатии вы рекомендуете пациентам с диабетом?

– Прежде всего важно добиться максимальной компенсации сахарного диабета. Диабетическая нефропатия находится на стыке двух специальностей. Эту патологию должны вести в содружестве нефрологи и эндокринологи. Оказывая влияние на регулируемые факторы, мы должны остановить или замедлить прогрессирование заболевания. К таким факторам относятся артериальное давление, наличие инфекции мочевых путей, вес пациента, пуриновый и липидный обмен.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ВСЛЕДСТВИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ИМЕЕТ НЕУКЛОННО ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ И ПРИВОДИТ К ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Пациенты с нефропатией вынуждены переходить на гемодиализ и другие виды заместительной почечной терапии

На эти факторы мы можем влиять как медикаментозно, так и немедикаментозно. Среди немедикаментозных методов наибольшее значение имеет диета.

— Какие образовательные программы существуют для пациентов с риском развития нефропатии и специалистов, которые с ними работают?

– Прежде всего в московских поликлиниках и Эндокринологическом диспансере есть школы диабета для пациентов. Для специалистов есть школа нефролога, организацию которой инициировал главный внештатный специалист нефролог Департамента здравоохранения Москвы Олег Николаевич Котенко. Он же ведет занятия, на которых рассматриваются различные аспекты лечения, проводится образовательная работа в отношении профилактики, скрининга, мониторинга и наблюдения нефрологических пациентов.

Также проводится обучение терапевтов и врачей смежных специальностей нефрологическим аспектам ведения эндокринологических заболеваний, в частности, сахарного диабета. Специалистам рассказывают, как наблюдать этих пациентов, в каких ситуациях необходимо направление к нефрологу. На занятиях обсуждается профилактика развития диабетической нефропатии, способы замедления ее прогрессирования, с тем чтобы максимально отдалить терминальную хроническую почечную недостаточность и инициацию заместительной почечной терапии. Олег Николаевич Котенко также регулярно проводит обширную разъяснительную работу с пациентами нефрологического профиля.

НА РАННИХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ НА МИКРОАЛЬБУМИНУРИЮ, КОТОРОЕ ПОМОГАЕТ ОТСЛЕДИТЬ ПОЯВЛЕНИЕ БЕЛКА В МОЧЕ

— Как диагностировать диабетическую нефропатию?

– Пациенты с сахарным диабетом, которые находятся на учете у эндокринолога, помимо маркеров, свидетельствующих о компенсации диабета, таких как уровень гликированного гемоглобина, гликемический профиль (уровень глюкозы в крови натощак и постпрандиально, суточный мониторинг глюкозы), обязательно обследуются на предмет почечной патологии. Эндокринологи регулярно контролируют у них анализы мочи в отношении протеинурии. На ранних стадиях развития диабетической нефропатии проводится исследование на микроальбуминурию, которое помогает отследить появление белка в моче. Протеинурия – это основной маркер, который сигнализирует о том, что имеется поражение почек в рамках диабетической нефропатии. Кроме того, как я уже сказала, очень важно наблюдение у офтальмолога, ведь он на ранних стадиях может увидеть характерные поражения сосудов глазного дна, диабетическую ретинопатию, которая указывает на микроангиопатию в организме в целом.

Почки состоят в основном из сосудов – артериол, венул, капилляров. А значит, этот орган в первую очередь поражается при микроангиопатии. Поэтому наличие диабетической ретинопатии отражает состояние микроциркуляции в почках.

Больным диабетической нефропатией необходимо регулярно сдавать анализ крови на уровень креатинина и мочевины

— Что представляет собой скрининг на нефропатию для людей, страдающих диабетом?

– Как мы уже говорили, главным маркером для диагностики диабетической нефропатии

Фото: МКНИЦ Больница 52

служит исследование на микроальбуминурию и суточную протеинурию – определение содержания белка в суточной моче (именно в суточной – это принципиально важно).

Пациентам с сахарным диабетом необходимо регулярно отслеживать азотовыделительную функцию почек по уровню креатинина и мочевины в крови. Это основные маркеры, которые помогают выявить на ранних этапах нарушение функции почек.

Креатинин в крови – достоверный маркер, который отражает фильтрационную функцию почек. Он позволяет определить с использованием ряда расчетных формул скорость клубочковой фильтрации, что важно для диагностики снижения азотовыделительной функции почек и контроля прогрессирования ХБП.

— Какие немедикаментозные методы используются для лечения диабетической нефропатии?

– Основной метод профилактики развития и прогрессирования диабетической нефропатии – это диета. Еще до развития диабетической нефропатии диета помогает добиться компенсации сахарного диабета, то есть служит методом профилактики поздних осложнений. Но если диабетическая нефропатия уже развилась, даже если она находится на самых ранних стадиях, диета должна меняться с учетом уже скомпрометированных почек.

При диабетической нефропатии главное ограничение в диете касается соли. Необходимо резко ограничить или полностью исключить продукты, содержащие соль. Подчеркну: ограничить не просто поваренную соль, а именно продукты, которые готовятся с использованием большого количества соли. Очень большой ассортимент – сыры, колбасы, копчености, консервы, полуфабрикаты – должен уйти из рациона. Приготовление пищи должно быть без использования соли или с минимальным ее количеством.

Из профилактических немедикаментозных мероприятий, которые могут помочь контролировать течение диабета, а также развитие и прогрессирование диабетической нефропатии, – это здоровый образ жизни и адекватная физическая активность. Она должна быть обязательной для пациентов и с угрозой диабетической нефропатии, и с уже развившейся патологией. И если какие-то виды физической нагрузки не показаны пациентам с коморбидным статусом, то ходьба, плавание доступны всем. Физическая активность позволяет контролировать вес, снизить инсулинорезистентность и создать хороший объем мышечной массы, которая, в свою очередь, помогает контролировать артериальное давление и тормозит развитие остеопороза. Умеренная физическая нагрузка – вообще обязательное условие снижения прогрессирования любого заболевания. К этому еще важно добавить ведение здорового образа жизни, отказ от вредных привычек.

Диета также должна включать ограничение липидов, регуляцию липидного обмена, умеренность употребления продуктов, потенциально повышающих риск развития атеросклероза.

— Какие показатели состояния организма важно контролировать для предотвращения прогрессирования нефропатии?

– Из лабораторных исследований наиболее информативен биохимический анализ крови, в котором необходимо отслеживать уровень креатинина, мочевины, мочевой кислоты, а также калия, натрия, кальция, фосфора (контроль минерально-костного обмена). Это основные показатели, которые имеют отношение к функции почек. Также в биохимическом анализе необходимо следить за уровнем холестерина, поскольку его высокое содержание в крови может спровоцировать

ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ГЛАВНОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ В ДИЕТЕ КАСАЕТСЯ СОЛИ. НЕОБХОДИМО РЕЗКО ОГРАНИЧИТЬ ИЛИ ПОЛНОСТЬЮ ИСКЛЮЧИТЬ ПРОДУКТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ СОЛЬ

прогрессирование диабетической нефропатии, если не будет своевременной медикаментозной коррекции.

Плюс необходимо отслеживать общий анализ мочи на микроальбуминурию и протеинурию.

На более поздних стадиях нефропатии, когда выделение белка с мочой за сутки превышает 3 грамма, обязательно надо следить за уровнем общего белка и альбумина в крови, потому что это маркеры серьезного осложнения диабетической нефропатии, такого как нефротический синдром.

Ну и, конечно, нужно следить за состоянием других органов. Необходимо контролировать состояние сердца – регулярно делать электрокардиограмму, ультразвуковое исследование сердца и наблюдаться у кардиолога для своевременной коррекции всех нарушений, поскольку сахарный диабет ударяет по разным органам и системам, в том числе и по сердцу, провоцируя развитие ишемической болезни. Кардиальная и почечная функции находятся во взаимосвязи и могут влиять друг на друга, усугубляя течение заболевания.

— Как часто рекомендуется проходить обследование?

– Кратность обследований зависит от давности и тяжести сахарного диабета, наличия/отсутствия ХБП и других осложнений. Рекомендуется диспансерное обследование не реже одного раза в год, но при развитии диабетической нефропатии кратность обследований учащается до одного раза в 3–6 месяцев, в зависимости от стадии ХБП. Однако данный подход требует индивидуализации с учетом состояния пациента, сопутствующих заболеваний и других факторов.

— Какие показатели организма важно контролировать для предотвращения прогрессирования нефропатии?

– Для того чтобы не допустить развития диабетической нефропатии и прогрессирования ХБП, очень важно взять под контроль артериальное давление. Оно должно быть в пределах нормы, не превышать 140 на 90, а лучше иметь более низкие цифры. Дело в том, что артериальная гипертензия сама по себе может запускать процесс прогрессирования диабетической нефропатии, и в целом она негативно влияет на почки. Именно поэтому я особый акцент сделала на соблюдении бессолевой диеты. Это крайне важно для пациентов как с сахарным диабетом, так и с диабетической нефропатией. Артериальная гипертензия усугубляет течение ХБП вне зависимости от генеза заболевания. Однако при диабетической нефропатии контролировать давление особенно важно, поскольку при диабете на фоне развития микро- и макроангиопатии имеется высокий риск кардиальной патологии. Нормализация давления важна как для почек и сердца, так и для состояния пациента в целом.

Помимо строгой бессолевой диеты должна быть адекватная медикаментозная коррекция артериальной гипертензии. Эти два аспекта – ключ к успеху в борьбе с прогрессированием заболеваний почек.

Важно учитывать, что сахарный диабет создает высокий риск развития мочевой инфекции – циститов, пиелонефритов. Это негативно влияет на почки, а в сочетании с диабетической нефропатией вызывает прогрессирование ХБП, что может быстрее привести к терминальной почечной недостаточности. Чтобы не допустить такого исхода, необходимо следить за общим анализом мочи, производить посевы мочи на флору, на чувствительность к антибиотикам, вовремя пролечивать мочевые инфекции. Чтобы не допустить мочевую инфекцию, важно профилактировать ее уросептическими препаратами или травяными сборами.

ПОМИМО СТРОГОЙ БЕССОЛЕВОЙ ДИЕТЫ ДОЛЖНА БЫТЬ АДЕКВАТНАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ. ЭТИ ДВА АСПЕКТА – КЛЮЧ К УСПЕХУ В БОРЬБЕ С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

Фото: МКНИЦ Больница 52

Идет подготовка к процедуре гемодиализа

Диабетическую нефропатию и ХБП другого генеза часто сопровождает гиперурикемия – состояние, при котором в крови повышается уровень мочевой кислоты. Это тоже может вызывать прогрессирование ХБП и ускорять развитие терминальной почечной недостаточности. Чтобы избежать этого, важно соблюдать гипоурикемическую диету, то есть диету с ограничением пуринов. Из питания надо исключить наваристые бульоны, субпродукты, копчености, бобовые, щавель, шпинат, шоколад, алкоголь и крепкий чай и кофе.

– Какие препараты используются для лечения этого заболевания?

– Существуют препараты, с помощью которых у пациентов с диабетической нефропатией можно затормозить развитие хронической почечной недостаточности. Это ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА). Они имеют доказанную эффективность в отношении прогрессирования ХБП. Чем раньше начинается прием этих препаратов, тем лучше прогноз. В идеале при первых признаках появления микроальбуминурии или протеинурии, даже при очень невысоких значениях, необходимо назначать прием этих препаратов и в дальнейшем корректировать дозу под наблюдением эндокринологов и нефрологов.

– Появились ли какие-либо новые препараты для лечения диабетической нефропатии?

– Относительно недавно в клинические рекомендации по лечению диабетической нефропатии для торможения прогрессирования ХБП введен дапаглифлозин (это

название активного вещества) – сахароснижающий препарат, который также показал эффективность в качестве нефропротектора. Он может применяться дополнительно к уже подобранной терапии при сахарном диабете 2-го типа именно в качестве нефропротектора. Это еще один рычаг, которым мы можем тормозить развитие ХБП при диабетической нефропатии.

– С какими трудностями сталкиваются врачи при лечении диабетической нефропатии?

– Пожалуй, самая большая трудность — это своевременность выявления сахарного диабета. В отличие от диабета 1-го типа, который выявляется сразу при дебюте, сахарный диабет 2-го типа может долго протекать незамеченным. В большинстве случаев люди обращаются к врачу на поздних стадиях, когда уже есть осложнения заболевания, такие как диабетическая микро- и макроангиопатия.

Это происходит в связи с тем, что пациенты не проходят регулярные диспансерные наблюдения, регулярный лабораторный и инструментальный контроль показателей состояния своего организма.

Это то, над чем необходимо работать, потому что раннее выявление сахарного диабета, своевременная коррекция – это залог благоприятного прогноза и либо недопущение развития осложнений диабета, таких как диабетическая нефропатия, либо торможение прогрессирования данных заболеваний.

Конечно, большую роль играет первичное звено и терапевтические службы, регулярное прохождение диспансеризации, которая

В нефрологическом отделении созданы все условия для оказания высококвалифицированной и высокотехнологичной помощи пациентам с диабетической нефропатией

Фото: МКНИЦ Больница 52

Татьяна Маркова, заведующая эндокринологическим отделением Московского клинического научно-исследовательского центра Больница 52, профессор кафедры эндокринологии и диабетологии Московского государственного медико-стоматологического университета имени А. И. Евдокимова, д. м. н.

Хроническая болезнь почек – тяжелое и распространенное осложнение у больных сахарным диабетом как 1-го, так и 2-го типа. Около 30 % пациентов с диабетом имеют это заболевание. В предотвращении хронической болезни почек решающую роль играет контроль уровня сахара в крови, для чего очень важно правильно выбирать сахароснижающие препараты и как можно раньше выявлять признаки нефропатии. Сегодня эндокринологи серьезно относятся к скринингу больных сахарным диабетом на нефропатию. В этот скрининг входят два показателя:

- *скорость клубочковой фильтрации – показатель, по которому можно судить, насколько почки могут пропускать через себя продукты распада белков. Она рассчитывается по уровню креатинина с учетом возраста и пола пациента;*
- *исследование на микроальбуминурию – выявление следов белка в моче – ранний признак нарушения фильтрующей функции почек.*

Однако если для нефрологов важно определить уровень альбумина и креатинина в моче, собранной за сутки, то для скрининга на эти два показателя достаточно утренней порции мочи. Согласно клиническим рекомендациям Минздрава России, проводить скрининг на наличие хронической болезни почек пациентам с сахарным диабетом 2-го типа необходимо каждый год с момента выявления заболевания. Взрослым пациентам с сахарным диабетом 1-го типа скрининг проводится через пять лет, подросткам – через два года от дебюта заболевания, далее – каждый год.

помогает выявить проблемы со здоровьем на начальных стадиях и своевременно провести коррекцию.

В отношении течения этих заболеваний большая ответственность лежит на самих пациентах, потому что очень многое зависит от образа жизни, соблюдения диеты и в целом приверженности к лечению. Здесь большое значение имеет просветительская работа с пациентами для того, чтобы они понимали важность всех рекомендаций, которые им дают врачи.

Кроме того, бывают некоторые сложности в подборе самой диеты пациентам с сахарным диабетом. Так, если при неосложненном течении сахарного диабета основной упор делается на ограничении легкоусвояемых углеводов, то, когда присоединяются заболевания почек, диета усложняется. Ведь в этом случае уже потребуется ограничение белковых продуктов и соблюдение баланса между белками, жирами и углеводами. Необходима консультация диетолога и нефролога, чтобы пациент смог подобрать себе нужный режим питания для сдерживания прогрессирования ХБП.

– В каких случаях применяется гемодиализ и трансплантация почки при диабетической нефропатии?

– Гемодиализ или перитонеальный диализ показаны пациентам с терминальной стадией ХБП при скорости клубочковой фильтрации менее 15 мл/мин. При назначении этих методов нефрологи учитывают и другие индивидуальные показатели, оценивая их по совокупности составляющих. Приоритетным методом лечения при терминальной стадии ХБП является, безусловно, трансплантация почки. Как правило, на трансплантацию идут пациенты, уже находящиеся на диализе, однако в некоторых случаях операция выполняется на додиализной стадии. Трансплантация почки – очень хороший метод заместительной почечной терапии, который создает максимальную медицинскую и социальную реабилитацию для пациентов. Он позволяет людям жить полноценной жизнью, оставаться социально активными, путешествовать, не привязывает их к медицинским организациям, проводящим гемодиализ. Однако, конечно, лучше постараться предотвратить болезнь и максимально ее контролировать, чтобы заместительная почечная терапия не потребовалась. Для этого нужны регулярные скрининговые обследования, ведение здорового образа жизни с соблюдением диетических рекомендаций, достаточная физическая активность и медицинский контроль.