

Kdy odeslat pacienta k nefrologovi – podle jakých příznaků

MUDr. Miroslav Ryba

Centrum interních oborů, Oddělení nefrologie a dialýzy, Krajská nemocnice Liberec, a. s.

Počty pacientů s chronickým onemocněním ledvin jsou celosvětově vysoké. Z velkého počtu těchto pacientů je třeba soustředit se především na pacienty s potenciálním rizikem progresu selhání ledvin nebo rizikem kardiovaskulárních komplikací a tyto pacienty odeslat k nefrologovi nebo jinému specialistovi. Cílem článku je poskytnout praktickému lékaři návod na jednoduchý vyšetřovací postup pomocí dostupných laboratorních metod, který pomůže tyto pacienty vyhledat.

Klíčová slova: chronické onemocnění ledvin, glomerulární filtrace, albuminurie.

When to refer a patient to a nephrologist – according to what symptoms

The number of patients with chronic kidney disease is high worldwide. It is important to focus on those at risk of progression to kidney failure or cardiovascular complications, and refer them to a nephrologist or other specialist. This article aims to provide practitioners with guidance on a simple investigative procedure using available laboratory methods to identify these patients.

Key words: chronic kidney disease, glomerular filtration rate, albuminuria.

Chronické onemocnění ledvin je definováno jako stav vyznačující se poruchou struktury nebo funkce ledvin nebo abnormálním močovým nálezem, přetrvávajícím více než 3 měsíce. Podle této široké definice trpí chronickým onemocněním ledvin v současnosti asi 10 % celosvětové populace, tedy přibližně 850 milionů obyvatel. U velké většiny pacientů se bude jednat o postižení, které nepovede k chronickému selhání ledvin, a dokonce nebude ani vyžadovat specifickou léčbu. Na druhou stranu jim může onemocnění ledvin negativně ovlivnit jejich zdravotní kondici a délku života. Je také nutno vzít v úvahu, že některé formy chronického onemocnění ledvin vedou k poruše jejich funkce a jejich následnému selhání a představují významný rizikový faktor kardiovaskulární i celkové mortality a morbidit. Část pacientů s chronickým onemocněním ledvin v konečném důsledku vyžaduje nákladnou léčbu dialýzou nebo pomocí transplantace ledviny. Je také dobře známý vztah mezi kardiovaskulární a renální

morbidity a mortalitou, a to oboustranně. Odhaduje se, že každoročně dojde celosvětově k 5–10 milionům úmrtí z kardiovaskulárních příčin u pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Je mimo jiné také dobře znám vztah diabetu a onemocnění ledvin a vliv poškození funkce ledvin na mortalitu diabetické populace.

S ohledem na vysoký počet pacientů s chronickým onemocněním ledvin není v silách odborníků z oboru nefrologie poskytnout péči všem těmto pacientům. Je proto nezbytné péči o tyto pacienty stratifikovat tak, aby se do péče nefrologa dostali především pacienti, kteří mají onemocnění ledvin, které je progredující nebo potenciálně progredující. Takovým pacientům nefrolog zajistí podrobnější diagnostiku včetně například imunologického vyšetření, renální biopsie či genetického vyšetření. To se týká mimo jiné pacientů s mikroskopickou hematurií, u nichž byla vyloučena urologická příčina. Tito pacienti by měli být v nefrologické poradně

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Conflict of interest:

Not applicable.

Consent for publication:

Not applicable.

Cit. zkr: *Med. Praxi.* 2025;22(3):221-222
<https://doi.org/10.36290/med.2025.040>

Článek přijat redakcí: 11. 3. 2025

Článek přijat k tisku: 15. 5. 2025

MUDr. Miroslav Ryba
miroslav.ryba@nemlib.cz

referování a vyšetření, aby bylo možno rozhodnout o dalším postupu a způsobu léčby či sledování.

Obecně v možnostech nefrologa, ale i jiných odborníků (diabetolog, kardiolog, internista) je pak i léčba, která může příznivě ovlivnit průběh onemocnění – důsledná korekce hypertenze, léčba blokátory renin-angiotenzin-aldosteronového systému a léčba glifloziny. Nefrolog se především musí soustředit na pacienty, u kterých se předpokládá, že v budoucnu bude nutná léčba náhradou funkce ledvin, tedy některou z forem dialýzy či transplantací. Na tuto léčbu se pod vedením nefrologa pacient musí připravit a zvolit si optimální formu léčby. Nefrolog také musí léčit komplikace související s renálním selháním, například renální anémii nebo renální kostní chorobu.

Optimální způsob řešení péče o pacienty s chronickým onemocněním ledvin se snaží najít některé globální iniciativy – především KDIGO, což je mezinárodní organizace, která publikuje doporučené postupy v nefrologii v různých oblastech na základě klinické praxe založené na důkazech. Doporučený postup týkající se péče o pacienta s chronickým onemocněním ledvin má název CKD Evaluation and Management a byl publikován v roce 2017, jeho poslední aktualizace pak v roce 2024.

Česká nefrologická společnost spolu s Českou diabetologickou společností a Společností pro všeobecné lékařství vydaly v roce 2017 doporučený postup s názvem Doporučený postup České nefrologické společnosti pro diagnostiku a léčbu chronického onemocnění ledvin (CKD) u praktických lékařů pro nemocné, kteří dosud nejsou sledováni pro nefrologické diagnózy, kterým by se péče

Tab. 1. Stadia CKD; převzato a upraveno dle (1)

Stadia CKD					
Kategorie GFR ml/s/1,73 m ²	eGFR		Kategorie	ALBUMINURIE	
				Albumin/kreatin (ACR) v moči	
	G1	> 1,5	A1	mg/mmol	mg/g
	G2	1,0–1,49		< 3	< 30
	G3a	0,75–0,99	A2	3–30	30–300
	G3b	0,5–0,74	A3	> 30	> 300
	G4	0,25–0,49	Nemocného vždy vyšetří nefrolog		
	G5	< 0,25			

o tyto pacienty měla řídit. I tento postup byl aktualizován v roce 2024.

Z uvedených doporučení plyne, že pro základní orientaci a stanovení rizik je nezbytná informace o úrovni glomerulární filtrace pomocí klasifikace dle pětistupňové stupnice GFR (Glomerular Filtration Rate), což je kalkulovaný parametr, který biochemické laboratoře dnes běžně stanovují. Dalším velmi důležitým prognostickým parametrem je albuminurie – přesněji řečeno stanovení její úrovně. Toto vyšetření je rovněž snadné a pro pacienta nezatěžující. Provádí se z nahodilého vzorku moči bez nutnosti dlouhodobého sběru tak, že se stanoví poměr koncentrací albuminu a kreatininu v moči.

Je důležité zaměřit se na rizikové skupiny pacientů, u kterých by měly být hodnoty glomerulární filtrace a albuminurie pravidelně vyšetřovány. Jde především o populaci diabetiků, u kterých by mělo být toto vyšetření provedeno 1x ročně, u ostatních rizikových skupin, jako u hypertoniků, pacientů s anamnézou kardiovaskulárního onemocnění, fibrilace síní, a také u pacientů s věkem nad 50 let, u kterých by měly být tyto parametry vyšetřeny jednou za 2 roky.

Nefrologická péče by se měla soustředit na pacienty, kteří mají úroveň glomerulární filtrace 0,99 ml/s a nižší (G3 a nižší), kdy je vhodné pacienta ke konzultaci k nefrologovi

odeslat. U těchto pacientů je s ohledem na základní diagnózu třeba konzultovat i další odborníky (kardiolog, internista, diabetolog). U pacientů s glomerulární filtrací pod 0,5 ml/s (G4) by pak měl být pacient konzultován, případně dispenzarizován, nefrologem v každém případě. Pacienty s glomerulární filtrací nižší než 0,25 ml/s (G5) pak nefrolog zpravidla dispenzarizuje a v indikovaných případech připravuje na vhodnou metodu náhrady funkce ledvin.

Druhým zmíněným parametrem, který je třeba zohlednit, je závažnost albuminurie. Tento ukazatel je bohužel stále ještě podceňován, přestože je prokázáno, že albuminurie je nezávislý rizikový faktor nejen progrese poškození ledvin, ale i kardiovaskulární a celkové morbidity a mortality. Snížení hodnoty albuminurie, ke kterému jsou v dnešní době farmakologické prostředky, nepochybně pozitivně ovlivní z dlouhodobého hlediska prognózu pacienta. Nefrolog by měl být konzultován při středně závažné albuminurii (A2 – 3–30 mg/mmol krea) a zejména při závažné albuminurii (A3 – nad 30 mg/mmol krea), a to bez ohledu na úroveň glomerulární filtrace.

Tabulka 1 se stadii CKD a stupni závažnosti albuminurie shrnuje výše uvedené a měla by napomoci při rozhodování, které pacienty by měl praktický lékař odeslat k nefrologickému vyšetření.

LITERATURA

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. Kidney Int. 2024;105(4S):S117-S314.