

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

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.