

Jak poznat pacienta ohroženého selháním ledvin?

doc. MUDr. Věra Čertíková Chábová, Ph.D.

Klinika nefrologie 1. LF a VFN, Praha

Selháním ledvin nejsou momentálně ohroženi ti, kteří mají negativní rodinnou a osobní anamnézu, mají normální ureu a kreatinin, negativní chemický nález v moči a močovém sedimentu a mají normální výsledek sonografie ledvin a močových cest. Ve všech ostatních případech je na místě zvýšená pozornost nebo nefrologické vyšetření, případně i okamžitá hospitalizace při podezření na systémové onemocnění.

Klíčová slova: renální selhání, vyšetření moče, ultrazvuk ledvin.

How to recognize a patient in danger of renal failure?

Those who have a negative family and personal history, have got normal urea and creatinine, negative urine chemistry and sediment and normal sonography of the kidneys and urinary tract, are not in danger of renal failure at present. All others should be closely supervised, referred to a nephrologist or even urgently sent to hospital if a systemic disease is suspected.

Key words: renal failure, urine chemistry, renal sonography.

Interní Med. 2014; 16(1): 41–42

Prevalence chronického onemocnění ledvin se udává až více než 10% obyvatelstva, záleží ovšem na tom, jakou definici použijeme, takže přesné číslo se nedá určit (1). Obecně každý pacient s onemocněním ledvin je potenciálně ohrožen jejich selháním. V naší republice je pro chronické selhání ledvin léčeno více než 10 000 osob, a to hemodialýzou, peritoneální dialýzou nebo transplantací (2). Včasnou diagnózou a léčbou by si jistě někteří z těchto nemocných mohli zachovat funkci vlastních ledvin. Většina renálních onemocnění je bohužel zákeřná v tom, že často nemají žádné projevy a jsou diagnostikovány až ve stadiu nezvratného selhání. Ohrožená jedince je přitom možné nalézt na základě jednoduchých pravidel vyplývajících z anamnézy, fyzikálního vyšetření a základních laboratorních nálezů. Jediný složitější doplněk k těmto vyšetřením představuje sonografie ledvin.

Pečlivá a podrobná anamnéza je nejdůležitějším vodítkem. Pozornost by měla být věnována pacientům s rodinnou anamnézou dědičného onemocnění ledvin nebo urolitiázy. V osobní anamnéze pátráme po diagnóze vrozených anomálií močového ústrojí (zejména vezikoureterálního refluxu), akutním selháním ledvin na jakémkoliv podkladě kdykoliv v průběhu života, i když se poté funkce ledvin vrátí k normě, nebo obstrukci močových cest (hypertrofie prostaty). Poškození ledvin způsobuje diabetes, hypertenze, chronické srdeční selhávání nebo chronická zánětlivá onemocnění (revmatologická onemocnění, chronická osteomyelitida, apod.). Ohrožení představuje i užívání drog nebo nadměrná konzumace léků (zejména diuretika, nesteroidní antirevmatika, léky proti bolesti), stejně jako některé infekce (hepatitidy, HIV a další). Riziková je také přítomnost pouze jedné funkční

ledviny. Jestliže odhalíme některý z těchto údajů, měli bychom aktivně vyšetřit stav ledvin v případě, že pacient není již sledován na nefrologii. Pokud laboratorní vyšetření a sonografie močového ústrojí jsou v normě, měl by být pacient s pozitivní anamnézou kontrolován 1x ročně.

Fyzikální vyšetření je bohužel většinou nespolehlivé a „normální“ nález nevylučuje těžkou renální insuficienci. Obvykle udávané otoky mají často jiný původ než v ledvinách, nejčastěji jsou žilní. Anemický syndrom může být jedním z prvních projevů již těžkého poškození ledvin. Charakteristické „bronzové“ zbarvení kůže je pozdní příznak spíše u dialyzovaných nemocných. Pacienti s jakýmkoliv projevem vyvolávajícím podezření na systémové autoimunitní onemocnění (zejména s akutními plicními, ORL a kožními příznaky) by měli být vyšetřeni laboratorně ihned a při známkách poškození ledvin urgentně odesláni do specializovaného centra, protože u nich k nevratnému selhání ledvin může dojít během několika dnů.

Pokud jde o laboratorní screening, stačí močovina a kreatinin (nikoliv pouze jedna z těchto hodnot, protože někdy mohou být falešně v normálním rozmezí a stejně tak může být některá z nich zvýšena z příčin, které nemají primárně původ v ledvinách) a vyšetření moče chemicky a močového sedimentu. Bez vyšetření moče se nedá žádný závěr ohledně ledvin udělat a je poměrně překvapivé, jak často výsledek tohoto extrémně jednoduchého vyšetření schází i v dokumentaci pacientů, kteří jsou odesláni k nefrologické konzultaci. Riziko selhání ledvin je zejména u pacientů s proteinurií. Pacienti s izolovanou hematurií mohou mít primárně urologický problém, zejména malignitu, a ta by měla být vždy vylouče-

na. Pro pacienta s proteinurií je naopak primární urologické vyšetření nepřínosné.

Jestliže urea nebo kreatinin jsou málo zvýšené, maximálně o 10% nad horní hranici normy, a močový nález je negativní, je třeba udělat kontrolu s cca 1–2měsíčním odstupem, protože mohlo jít o náhodný výkyv. Pokud výsledek chemického vyšetření moče a sedimentu není zcela negativní, je vhodné pacienta objednat k nefrologovi bez dalšího vyčkávání. Z osobních zkušeností nedoporučuji ověřovat funkci ledvin vyšetřením clearance kreatininu z 24hodinového sběru moči mimo nefrologická pracoviště. Pokud pacient není důkladně poučen, včetně písemné informace, jen málokdy se nedopustí při sběru zásadních chyb a výsledky jsou pak v lepším případě nepoužitelné a v horším zcela zavádějící. Rozhodně pro základní posouzení nejsou spolehlivější než kvalifikovaný odhad podle některého ze vzorců pro výpočet glomerulární filtrace. Odhadnutá glomerulární filtrace vyšší než 1,0 ml/s (60 ml/min) se nyní považuje za normální nález, pokud pacient nemá albuminurii nebo již diagnostikované onemocnění ledvin (3).

Všechna výše zmíněná vyšetření mohou být negativní a pacient přesto trpí onemocněním ledvin, které může skončit jejich selháním. Jedná se nejčastěji o cystická onemocnění ledvin, která se dají velmi dobře diagnostikovat ultrazvukem. Pacienti v mladém věku nebo s lehčím průběhem choroby mohou mít zatím zcela normální funkci ledvin i močový nález. Stejně tak sonografie vyloučí případnou obstrukci v močových cestách. Ultrazvuk břicha je tedy nutný, pokud chceme renální onemocnění vyloučit. Prokázaná obstrukce, zejména provázená zhoršením renální funkce, musí být co nejdříve řešena na urologickém pracovišti.

Závěrem lze tedy shrnout: Selháním ledvin nejsou momentálně ohroženi ti, kteří mají negativní rodinnou a osobní anamnézu, mají normální ureu a kreatinin, negativní močový nále z a normální výsledek sonografie ledvin a močových cest. Ve všech ostatních případech je na místě zvýšená pozornost nebo nefrologické vyšetření, případně i okamžitá hospitalizace při podezření na systémové onemocnění.

Literatura

1. Agarwal R. Epidemiology of chronic kidney disease among normotensives: but what is chronic kidney disease? Hypertension. 2010; 55: 1097–1099.
2. Rychlík I, Lopot F. Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice v roce 2012. Dostupné na: http://www.nefrol.cz/resources/upload/data/379_Rocenka2012.pdf.
3. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney int., Suppl. 2013; 3: 1–150.

Článek přijat redakcí: 30. 9. 2013
Článek přijat k publikaci: 28. 10. 2013

**doc. MUDr. Věra Čertíková
Chábová, Ph.D.**

Klinika nefrologie 1. LF a VFN
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2
vera.certikova@seznam.cz

