

КОНСЕНСУС
“Превенция и лечение на диабетна нефропатия”
на
Българско дружество по ендокринология
Българско научно дружество по нефрология
Варна, 9 април 2005

В целия свят диабетната нефропатия е огромен социален и здравен проблем. Повече от 15 години след приемането на Декларацията от Сент-Винсент поставените в нея цели са далече от реалността, поне що се отнася до диабетната нефропатия. Нейната честота не само не е намаляла с прогнозираните 33%, но се увеличава непрекъснато с бързи темпове. Близо половината от новите пациенти на диализа са диабетици.

За щастие, прогресията на диабетната нефропатия може да бъде забавена значително, а при навременното лечение – дори да бъде предотвратена.

Трябва да се работи в три насоки, за да стане тази цел реалност:

1. Тясна колаборация между всички здравни специалисти, ангажирани с превенцията и лечението на диабетната нефропатия;
2. Убеждаване на здравната администрация и обществото, че с лесни за изпълнение и сравнително евтини мерки могат да бъдат икономисани огромни разходи за лечение със заместващи бъбреците методи;
3. Обучение на диабетиците, на предразположените за развитие на диабет, на цялото население.

Тези цели се променят във времето така:

1. Превенция на диабета
2. Превенция на диабетната нефропатия
3. Забавяне на прогресията на диабетната нефропатия
4. Забавяне на прогресията на бъбречната недостатъчност
5. Превенция на усложненията на бъбречната недостатъчност
6. Ранно лечение на усложненията на бъбречната недостатъчност
7. Навременна подготовка за диализно лечение

Разпределението на посочените задачи е следното:

- А) Задачите се изпълняват само от ендокринолог
1. Превенция на диабета
 2. Превенция на диабетната нефропатия
- Б) Задачите се изпълняват от ендокринолог и нефролог
3. Забавяне на прогресията на диабетната нефропатия
 4. Забавяне на прогресията на бъбречната недостатъчност
- В) Задачите се изпълняват само от нефролог
5. Превенция на усложненията на бъбречната недостатъчност
 6. Ранно лечение на усложненията на бъбречната недостатъчност
 7. Навременна подготовка за диализно лечение

Лечебни стратегии за превенция на диабетната нефропатия и за забавяне на прогресията ѝ:

1. Стриктен контрол на гликемията
2. Стриктен контрол на артериалното налягане
3. Блокиране на RAAS
4. Намаляване на протеинурията
5. Промяна в стила на живот (физическа активност, отслабване)
6. Спиране на тютюнопушенето
7. Диета (сол, избягване на хиперпротеинно хранене)
8. Лечение на дислипидемията (включително плеотропните ефекти на статините)
9. Антиагреганти
10. Ранно лечение на анемията
11. Ранно лечение на дефицита на калцитриол

Препоръки за гликемичен контрол:

	добър	задоволитен	Лош
Плазмена глюкоза на гладно (mmol/l)	< 6.1	> 6.1	≥ 7.0
Постпрандиална плазмена глюкоза (mmol/l)	<7.5	≥ 7.5	> 9.0
HbA1c (%)	≤ 6.5	> 6.5	> 7.5

Ограничения в белтъчния прием:

1. При GFR 90-55 ml/min – 0.8 g/kg идеално телесно тегло/ дневно
2. При GFR 54-25 ml/min – 0.6 g/kg идеално телесно тегло/ дневно и при определени болни – Ketosteril
3. При GFR 24-10 ml/min – 0.4 g/kg идеално телесно тегло/ дневно и при определени болни – Ketosteril
4. При GFR <10 ml/min на диализно лечение – 1.2-1.4 g/kg идеално телесно тегло/ дневно

Прицелни нива за артериално налягане:

- под 130/80 mmHg (ADA 2004, JNC VII 2003; WHO/International Society of Hypertension 2003)
- под 125/75 mmHg при протеинурия > 1g/24 часа (JNC VII 2003; WHO/International Society of Hypertension 2003)

Прицелни нива за липиди:

Общ холестерол (mmol/l)	< 4.5 (<4.8)
LDL-холестерол (mmol/l)	< 2.6 (<1.8)
HDL-холестерол (mmol/l)	> 1.0 (мъже), > 1.3 (жени)
ТГЛ (mmol/l)	< 1.7

Ранно лечение на анемията при диабетна нефропатия:

1. Включване на еритропоедин при Hb <110 g/l

2. Прицелно ниво на Hb – 120-130 g/l

Антиагрегантна терапия при диабетна нефропатия:

- Аспирин – 100-150 mg/дневно
- Clopidogrel

За реализацията на тези цели е необходимо да бъде убедена здравната администрация и обществото, че с лесни за изпълнение и сравнително евтини мерки могат да бъдат икономисани огромни разходи за лечение със заместващи бъбреците методи. Необходима е спешна промяна в нормативната база, която да осигури възможността добрите пожелания да станат реалност.

1. Промяна в Наредбата за диспансеризация, която да осигури диспансерно наблюдение поне 3 пъти в годината на болните с диабетна нефропатия от екип от ендокринолог и нефролог;
2. Създаване на реална възможност за скрининг на диабетниците за диабетна нефропатия
3. Задължително включване на изчислен креатининов клирънс към изследванията на диабетниците, реимбурсирани от НЗОК
 - ежегодно при стойности над 90 ml/min/1.73m²;
 - два пъти годишно при стойности 90-60 ml/min/1.73 m²
 - до четири пъти годишно под тези стойности.
4. Промяна в Лекарствения списък на НЗОК, която да даде възможност на ендокринолози и нефролози да провеждат нефропротективна терапия с ACE-инхибитори с доказан ефект и имащи съответно показание в Кратката характеристика на продукта.
5. Създаване съвместно от ендокринолози и нефролози на програми посветени на диабетната нефропатия и борбата с нея, които да са насочени за обучение на:
 - Болни с диабетна нефропатия с бъбречна недостатъчност
 - Болни с диабетна нефропатия без бъбречна недостатъчност
 - Диабетици без диабетна нефропатия
 - Лица с метаболитен синдром
 - Здравото население.

Ендокринолози и нефролози трябва да действат като един тим, за да бъдат полезни за болните с диабетна нефропатия.

Доц. Анна-Мария Борисова

Доц. Пенчо Симеонов

**Председател на Българско
дружество по ендокринология**

**Председател на Българско
научно дружество по
нефрология**