

PChN w różnych stadiach zaawansowania jako przyczyna kierowania nowych pacjentów do Poradni Nefrologicznej

Dominik Cieniawski^{1,2}, Piotr Jaśkowski^{1,3}, Szymon Brzóska^{4,5}

1 DaVita Polska, Wadowice; 2 SCM Clinic, Kraków; 3 Oddział Kliniczny Nefrologii, Dializoterapii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Szpital Uniwersytecki w Krakowie;

4 DaVita Polska, Wrocław; 5 I Klinika Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kontakt: dominik.cieniawski@gmail.com



Wprowadzenie:

Częstość występowania przewlekłej choroby nerek (PChN) w populacji europejskiej szacuje się na ok. 18%. 2/3 stanowią pacjenci w stadiach G3-G5, które wiążą się ze zwiększonym ryzykiem powikłań i wysoką śmiertelnością. Odpowiedni moment skierowania chorego i adekwatne prowadzenie w poradni mogą skutecznie spowolnić postęp PChN.

Cel:

Charakterystyka pacjentów kierowanych do nowo powstałej Poradni Nefrologicznej w mieście powiatowym. Ocena częstości występowania i zaawansowania PChN w tej grupie chorych.

Materiał i Metody:

Analizy dokonano w oparciu o dokumentację medyczną Poradni Nefrologicznej DaVita w Wadowicach. Do obserwacji włączono wszystkich chorych skierowanych do leczenia od stycznia 2023r. do końca lutego 2024r. Badaną grupę stanowiło 190 chorych (100K) w wieku 68,4 lat (68,4 K; 68,5 M). Najczęstsze rozpoznanie ze skierowania to N18 (114 osób; 60%), nieokreślona niewydolność nerek (N19) stanowiła 10% skierowań (18 osób), a ostra 5% (9 osób). Poza przyczyną skierowania do poradni oceniono historię medyczną, współchorobowość, stadium PChN, leczenie nefroprotektcyjne, wyniki laboratoryjne w momencie prezentacji.

Tabela 1. Rodzaje rozpoznań pacjentów z poza grup niewydolności nerek.

Pozostałe grupy rozpoznań przy skierowaniu do Poradni	Liczba pacjentów (n=49)
Inne wady anatomiczne i nieprawidłowości obrazowe	11
Torbiele nerek	7
Krwinkomocz	5
Nadciśnienie tętnicze	4
Białkomocz	4
Kamica moczowa	4
Częstomocz, wielomocz	3
ADPKD	3
Cukrzyca i jej powikłania	2
ZUMy	2
WZW t. B, odwodnienie, KZN, jałowa leukocyturia,	Po 1

Wyniki:

75% osób zostało skierowanych do kontroli nefrologicznej z POZ. Co najmniej jedną wizytę w poradni odbyło 187 pacjentów. 37 chorych (20%) było wcześniej konsultowanych nefrologicznie, a 36 osób (19%) wymagało hospitalizacji z powodu choroby nerek. Średnie stężenie kreatyniny (mg/dl) wynosiły 1,9±1,0 (N18); 1,6±0,5 (N19); 1,9±0,8 (N17) vs 1,0±0,4 u pozostałych (p<0,05).

W grupie osób z rozpoznąną PChN stężenie kreatyniny (mg/dl) w trakcie pierwszej wizyty wynosiło 1,9±1,0, a eGFR (CKD-EPI) 38±16ml/min/1,73m². 105 pacjentów z grupy PChN (92%) znajdowało się w stadiach G3-G5, a 6 osób (6%) miało eGFR <15 ml/min/1,73m². Wśród chorób współistniejących najczęściej stwierdzono nadciśnienie tętnicze (85%), choroby sercowo-naczyniowe (53%) oraz cukrzycę (41%). Leczenie nefroprotektcyjne (blokada osi RAA) stosowało 55% chorych, a flozyny 16% w grupie chorych z PChN. W analizowanym okresie 9 osób wymagało rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego, a 7 zmarło (4%).

Rycina 1. Liczba pacjentów w poszczególnych stadiach PChN (n=114).

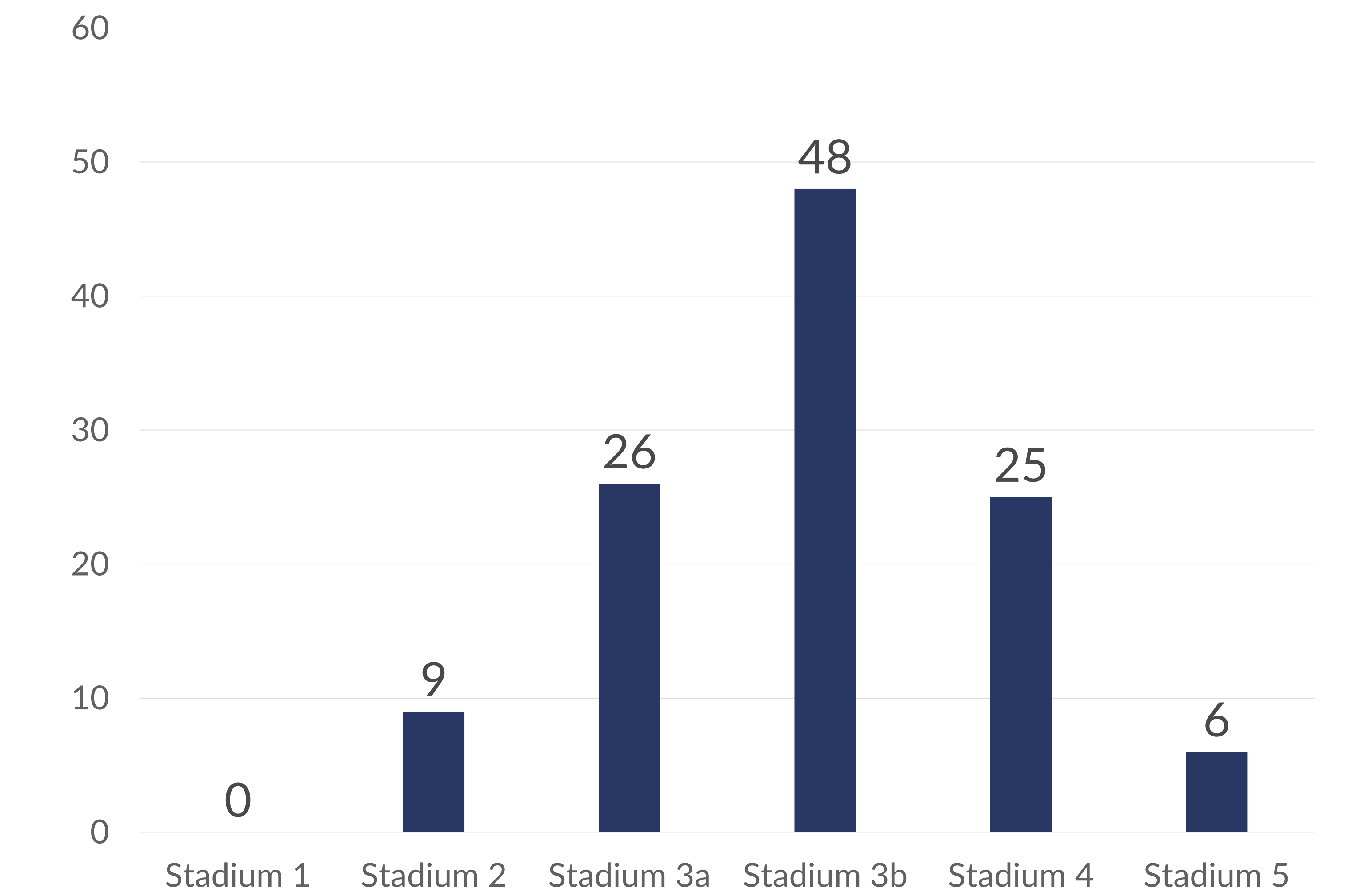


Tabela 2. Częstość występowania chorób towarzyszących w zależności od obecności PChN.

	Grupa pacjentów z PChN (n=114)	Pozostali chorzy (n=76)	p
Nadciśnienie tętnicze	85%	63%	<0,001
Cukrzyca	41%	29%	NS (=0,1)
Choroby sercowo-naczyniowe	53%	24%	<0,001
Migotanie przedsionków	25%	17%	NS (=0,2)

Wnioski:

PChN jest istotnym problemem klinicznym. Rozpoznanie PChN nadal nie zawsze jest prawidłowo stawiane przez lekarzy POZ. Pacjenci często trafiają do Poradni w zaawansowanych stadiach niewydolności nerek. Duża część pacjentów jest obarczona znaczną współchorobowością i wymaga wieloprofilowego leczenia.