

ХРОНИЧНА БУБРЕЖНА ИНСУФИЦИЈЕНЦИЈА (ХБИ) ЈЕ СИНДРОМ КОЈИ ТРАЈЕ МИНИМАЛНО ТРИ ИЛИ ВИШЕ МЕСЕЦИ, А НАСТАЈЕ КАО ПОСЛЕДИЦА ПОСТЕПЕНОГ, ПРОГРЕСИВНОГ И ИРЕВЕРЗИБИЛНОГ СМАЊЕЊА БУБРЕЖНЕ ФУНКЦИЈЕ (ГЛОМЕРУЛСКЕ ФИЛТРАЦИЈЕ) ДО ТЕРМИНАЛНОГ НИВОА.

КАРАКТЕРИШУ ЈЕ ЗАДРЖАВАЊЕ УРЕМИЈСКИХ ТОКСИНА (УРЕЈЕ, КРЕАТИНИНА, МОКРАЋНЕ КИСЕЛИНЕ), НАСТАЛИХ УГЛАВНОМ У ТОКУ МЕТАБОЛИЗМА ПРОТЕИНА, ПРОМЕНЕ У ВОЛУМЕНУ И САСТАВУ ТЕЛЕСНИХ ТЕЧНОСТИ И ЕЛЕКТРОЛИТА, КАО И ДИСБАЛАНС МНОГИХ ХОРМОНА.

КЛИНИКА ЗА НЕФРОЛОГИЈУ ВМА

Војни осигураници и цивилна лица са упутом изабраног лекара, прегледе могу заказати сваког радног дана од 07.30 до 15.00 часова.

Цивилна лица која преглед обављају на сопствени захтев могу да закажу преглед од понедељка до четвртка од 15.30 до 19.30 часова.

Војномедицинска академија
www.vma.mod.gov.rs
vma@mod.gov.rs
11000 Београд, Црнотравска 17

Телефони:
011/266-11-22
011/266-27-55

Факс:
011/266-61-64

ЗАКАЗИВАЊЕ ПРЕГЛЕДА:
011/266-27-17
011/360-84-98
011/360-93-98
011/360-93-99



ХРОНИЧНА
БУБРЕЖНА
ИНСУФИЦИЈЕНЦИЈА



НАЈЧЕШЋИ УЗРОЦИ НАСТАНКА ХБИ:

Дијабетес мелитус (28%) и хипертензија (25%), а затим следи гломерулонефритис (21%), полицистична болест бубрега која се наслеђује аутосомно доминантно (4%) и остали узроци (23%). Број болесника са ХБИ се сваке године повећава и тренутно се у Србији на хроничном програму хемодијализног лечења налази преко 4500 болесника.

Хронично бубрежно обољење се према јачини гломеруларне филтрације може класификовати у пет стадијума.

Стадијуми хроничног бубрежног обољења

| Стадијум | Јачина гломеруларне филтрације (ЈГФ) (мл/мин/1.73 м2) | Опис | Преваленца % |
|----------|---|---|--------------|
| 1 | ≥90 | Оштећење бубрега уз нормалну ЈГФ | 3,3 |
| 2 | 60-89 | Оштећење бубрега са благим смањењем бубрежне функције | 3,0 |
| 3 | 30-59 | Оштећење бубрега са умереним смањењем бубрежне функције | 4,3 |
| 4 | 15-29 | Оштећење бубрега са тешким смањењем бубрежне функције | 0,2 |
| 5 | <15 | Терминална бубрежна инсуфицијенција | 0,2 |

ХБИ у почетним стадијумима протиче без симптома. Симптоми и знаци се обично јављају тек када клиренс ендогеног креатинина буде испод 30мл/мин. Када се болеснику смањује способност за рад јавља се анемија (услед смањеног стварања еритропоетина) и неки метаболички поремећаји: ацидоза, поремећај односа калцијума и фосфора. Гастроинтестинални симптоми: мука, гађење, повраћање, дијареје, јављају се при клиренсу креатинина од 15мл/мин, а неуролошки симптоми и кардиоваскуларна оштећења на 10мл/мин.

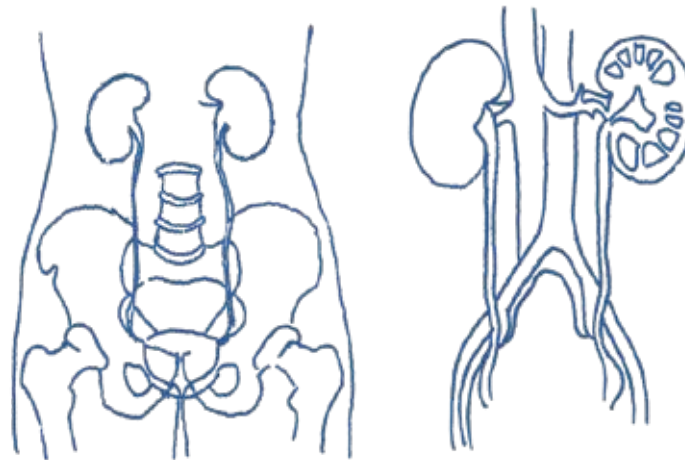
Клинички симптоми и знаци ХБИ су неспецифични и потичу од свих органа и система.

ФАКТОРИ РИЗИКА ЗА НАСТАНАК И ПРОГРЕСИЈУ

Поред артеријске хипертензије и дијабетес мелитуса фактори ризика су аутоимуна обољења, системске инфекције, калкулоза уротракта, неадекватна употреба нефротоксичних лекова, бенигна хиперплазија простате, кардиоваскуларна обољења, дуготрајна употреба нестероидних антиреуматика, старија животна доб, гојазност, повишене вредности холестерола и триглицерида у крви.

Обавезан "скрининг" и праћење мора се спроводити код следећих болесника:

- ОСОБЕ СА АРТЕРИЈСКОМ ХИПЕРТЕНЗИЈОМ,
- ОСОБЕ СА ДИЈАБЕТЕС МЕЛИТУСОМ,
- ОСОБЕ СА ХИПЕРЛИПИДЕМИЈОМ,
- ОСОБЕ СТАРИЈЕ ЖИВОТНЕ ДОБИ.



ЛЕЧЕЊЕ И ПРЕВЕНЦИЈА ХБИ

Главни циљ лечења је успоравање прогресије бубрежне слабости. Неопходни су лечење основног обољења и строга контрола крвног притиска и гликорегулације. Веома је важан начин исхране. Препоручује се хипопротеинска дијета (дијета Б40), ограничен унос натријума и калијума, корекција прекомерне телесне тежине, избегавање из употребе хране богате конзервансима, корекција анемијског синдрома, као и регулација односа калцијума и фосфора. Потребно је ограничити унос нестероидних антиинфламаторних лекова, избегавати нефротоксичне лекове, неопходна је адекватна припрема пре снимања са контрастним средствима и прилагођавање концентрације лека јачини гломеруларне филтрације. Ако је особа пушач обавезан је прекид пушења цигарета.

Препоручује се укључивање у терапију ренопротективних лекова: АСЕ инхибитора и АТ блокатора.

Неопходне су редовне контроле како од стране лекара опште праксе тако и од стране нефролога. Од лабораторијских параметара треба контролисати: серумски креатинин, целокупни преглед урина, однос албумин/креатинин или вредност протеинурије у 24ч урину, као и редовно обављати ултрасонографски преглед бубрега.

У терминалној фази бубрежна инсуфицијенција се лечи трансплантацијом бубрега или дијализним процедурама. Постоје две врсте дијализног лечења: хемодијализно и дијализа преко перитонеумске мембране.

