

## **Krónikus vesebetegséggel kapcsolatos elemzések előzetes eredményei a Három Generációval az Egészségért program adatai alapján**

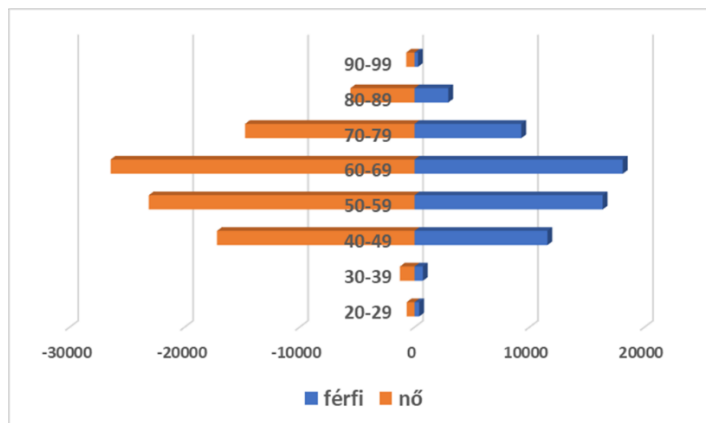
A krónikus vesebetegség (CKD) előfordulási gyakorisága, a háziorvosok felismerésben és gondozásban betöltött szerepe miatt indokoltnak tűnt megvizsgálni, hogy a Három Generációval az Egészségért Programban rendelkezésre álló adatokból milyen következtetések, üzenetek fogalmazhatók meg a mindennapi gyakorlat számára. Különös aktualitást ad a témának, hogy nemrégiben jelent meg a „A felnőttkori idült vesebetegség diagnózisa és kezelése” című irányelv, amely külön kitér a családorvos feladataira. Az alábbiakban a konkrét eredmények ismertetése előtt tekintsünk át az irányelv alapellátás számára releváns ajánlásai közül néhányat. Az eredmények bemutatását követően pedig összefoglaljuk a háziorvos teendőit az idült vesebetegekkel kapcsolatosan.

A CKD hazai szakmai elfogadottsága messze nem arányos azzal, amilyen népegészségügyi jelentőséggel bír. A CKD korai stádiumai, különösen a leggyakoribb okot jelentő diabetes és hipertónia esetén, nem okoznak a betegnek panaszt, ezért a CKD általában későn kerül felismerésre, amikor már előrehaladottabb állapotban van a betegség, ami korlátozza a terápiás lehetőségeinket, sőt ilyenkor gyakran súlyos szövődmények is jelen vannak már. Gyakran előfordul az is, hogy a CKD miatt kialakuló CVD kapcsán kerül felismerésre a vesebetegség.

A CKD pontos előfordulásáról sem nemzetközi sem hazai felmérések nem állnak rendelkezésre. A becslések alapján azonban nagy jelentőségű népbetegségről van szó. A legelfogadottabb, 2020-ban megjelent becslés 2017-ben 697,5 millió CKD-beteget valószínűsített világszerte. A globális prevalenciát 9,1%-ra (95% bizonytalansági intervallum (BI): 8,5 és 9,8), a növekedés ütemét 1990, és 2017. között 29,3 %-ra (95% BI: 26,4 és 32,6), 2017-ben a CKD miatti halálozást 1,2 (95% BI: 1,2 és 1,3) millióra becsülte. Ugyanennek a közleménynek a Magyarországra vonatkozó, CKD-előfordulási becslése 1.323.316 (95% BI: 1.226.092 és 1.433.403) volt 2017-re. Ugyanakkor figyelembe véve a szénhidrátanyagcsere-zavar és a hipertónia hazai epidemiológiai adatait, vélhetően hazánkban hozzávetőlegesen 1.532.000 CKD-ban szenvedő beteggel számolhatunk. Az éves CKD miatti halálozás Magyarországon 1553 (95% BI: 1457 és 1646), és ennek az életkorra korrigált növekedés üteme 1990 és 2017 között 34,4 % (95% BI: 26,2 és 44,1) volt.

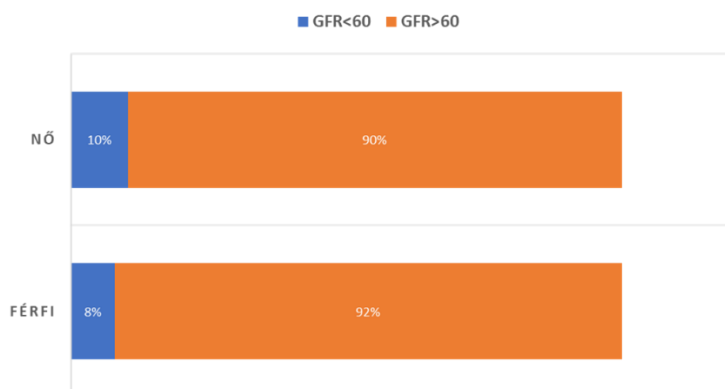
Az irányelv alapján javasolt idült vesebetegség diagnózisának felállítása akkor, ha a vese strukturális vagy funkcionális eltérést észleljük és az 3 hónapnál hosszabb ideje fennáll és hatása van az egyén egészségére. Amennyiben a GFR <60 ml/perc/1,73m<sup>2</sup> három hónapon túl, akkor egyéb eltérés hiányában is felállítható a CKD diagnózisa.

A programba bevont páciensek közül azok adatait dolgoztuk fel, akik esetében rendelkezésre állt a GFR értéke, így összességében 149.399 főt tudtunk bevonni az elemzésbe. A vizsgált populáció korfája az 1. ábrán látszik.

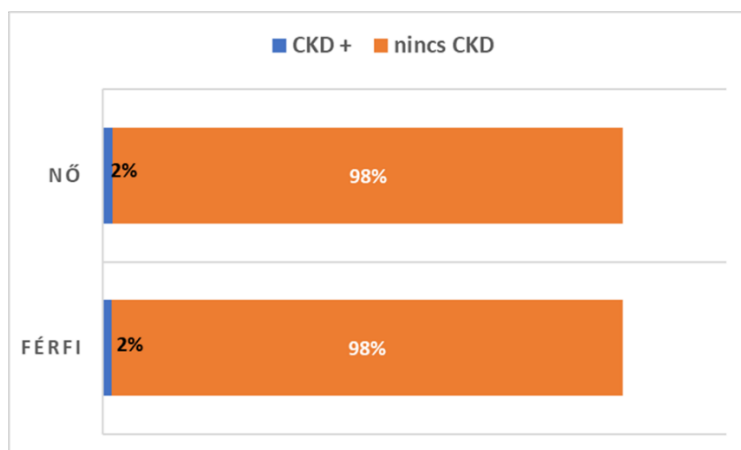


1. ábra A vizsgálati populáció korfája

A praxisokban a nők 10 míg a férfiak 8 százaléka esetén regisztráltak 60 ml/perc/1,73m<sup>2</sup> alatti GFR értéket (2. ábra), ugyanakkor a háziorvosi dokumentációban ismert krónikus vesebetegként mind a nők mind a férfiak körében ez mindössze az esetek 2 százalékában szerepelt (3. ábra).

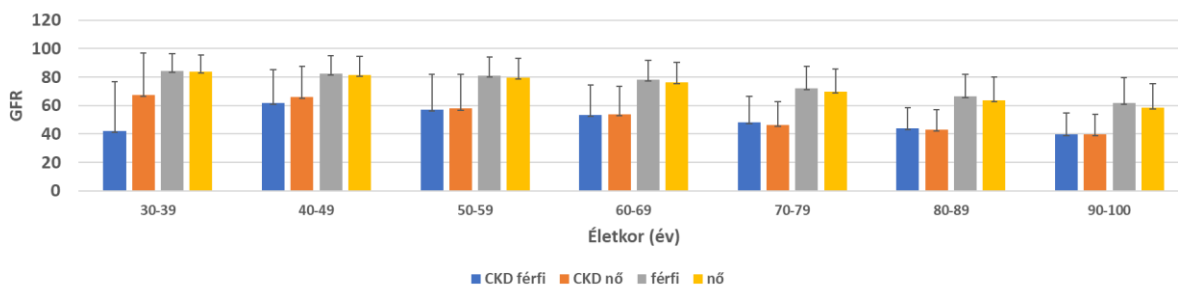


2. ábra 60 ml/perc/1,73m<sup>2</sup> alatti GFR érték megoszlása férfiak és nők szerint



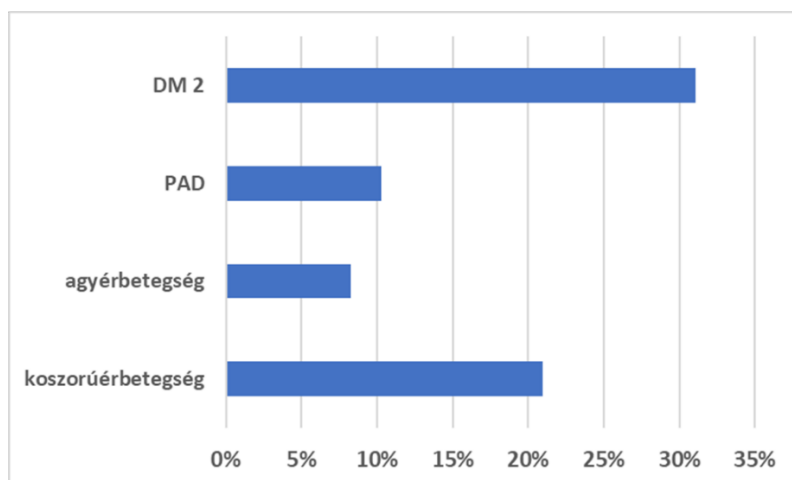
3. ábra dokumentáltan krónikus vesebetegségben szenvedők megoszlása férfiak és nők szerint

A 4. ábrán mutatjuk be a GFR alakulását a dekádokra osztott korcsoportok esetében CKD diagnózis illetve nem szerinti bontásban. Jól látszik, hogy a GFR rendre jelentősen alacsonyabb a CKD csoportban mint az egészségesekben nemtől és korosztálytól függetlenül. Ugyanakkor a GFR csökkenése és az életkor közötti tendencia is jól ábrázolódik.



4. ábra GFR alakulása CKD megléte és nem szerinti bontásban

A CKD és más betegségek együttes fennállása jól ismert irodalmi adat, a vizsgált populációban is igazolódott ez ld. 5. ábra.



5. ábra társbetegségek előfordulása

Az előzetes elemzések alapján elmondható, hogy a program során a háziorvosi rendelésen megforduló betegek 8-10 százaléka esetében a GFR érték  $<60 \text{ ml/perc}/1,73\text{m}^2$  alatti volt, ami az ajánlás értelmében felveti a CKD fennállásának gyanúját, ugyanakkor a ténylegesen gondozásba vett betegek aránya ennél jóval alacsonyabbnak mutatkozott.

Az érvényben lévő ajánlás alapján a háziorvosok feladatai között egyértelműen megjelenik a CKD-s betegek ellátásában a szűrés és diagnosztikai feladatok ellátása. Ajánlott a fokozott kockázatú betegcsoportok CKD szűrése. Ide tartoznak a hipertóniás, diabéteszes és a szív-érrendszeri betegek (koronária betegek, pangásos szívelégtelenség, stroke és perifériás verőérbetegség), a pozitív családi

anamnézisűek, elhízottak, idősek. A krónikus szív-érrendszeri és a krónikus vesebetegség összefüggése epidemiológiailag is bizonyított: a szívkeringési betegségekhez gyakran társul CKD, a krónikus vesebetegek haláloka, főként a 60 év feletti korcsoportban, nem a végstádiumú veseelégtelenség kialakulása, hanem túlnyomóan a CV szövődmény A gondozás egyes szakaszaiban (pl. aktív GN-es betegek immunszuppresszív kezelése) vagy bizonyos területein (pl. renális anémia ESA-kezelése) szoros nefrológiai együttműködés szükséges, másik oldalról a házi orvos nagyban tudja segíteni a nefrológus kezelő orvos munkáját (pl. immunszuppresszív kezelés kapcsán vérkép ellenőrzése, tervezett kezelés előtti mikrobiológiai vizsgálatok elvégzésében való közreműködés).

CKD-páciensek házi orvosi gondozása javasolt CKD 1-3 stádiumban, amennyiben ehhez legfeljebb A1 vagy A2 szintű albuminuria társul.

A házi orvos teendői:

- A kardiovaszkuláris kockázat csökkentése.
- A vérnyomás hatásos kontrollja: szisztolés célérték < 120 Hgmm.
- A lipidszintek hatásos kontrollja: > 50 éves korban statin javasolt, 18-49 éves korban statin javasolt, ha lezajlott CVD-esemény, vagy magas CVD-kockázat, vagy cukorbetegség áll fenn.
- A cukorbetegség hatásos kezelése, kontrollja.
- A proteinuria csökkentése, vesevédő antihipertenzív szerek (ACEI, ARB) használata.
- Az obezitás kezelése, testsúlycsökkentés.
- A vesefunkció stabilizálása, megőrzése. Diuretikum gyakran szükséges, napi nátriumbevitel < 2 gramm.
- HbA1c céltartomány: < 6,5-8,0 %. Cukorbetegségben preferálandó az SGLT-2-gátlókezelés, adható a GLP-1-RA.
- Influenza és Pneumococcus vakcináció.
- A gyógyszeradagok vesefunkció szerinti előírása, a vesefunkciónak megfelelő dóziscsökkentés, szükség esetén a gyógyszerek revíziója, cseréje. A nefrotoxikus hatások lehetőség szerinti kerülése. Tartós nem szteroid gyulladásgátlók, jódtartalmú röntgenkontrasztanyag, foszfortartalmú béltisztítók kerülése.
- Közreműködés a beteg előkészítésében potenciálisan nefrotoxikus beavatkozásokhoz (pl. hidrálás jódtartalmú röntgenkontrasztanyag vizsgálat előtt fokozott kockázatú betegeknel).

CKD 3 szint esetén a CKD-s beteg házi orvos általi referálása javasolt nefrológusnak progresszív vesefunkció-romlás esetén (tartós,  $\geq 25\%$ -os GFR csökkenés és egy CKD kategóriányi romlás 12 hónapon belül vagy tartós,  $\geq 15$  ml/min/1,73m<sup>2</sup> GFR csökkenés 12 hónapon belül).

CKD 4 szint esetén házi orvos általi referálása javasolt nefrológusnak: rutin referálás javasolt.

CKD 5 szint esetén házi orvos általi referálása javasolt nefrológusnak: sürgősségi referálás (kivéve már ismert betegség). Az ajánlás arra is kitér, hogy a házi orvos hogyan referálja a CKD-s beteget a nefrológusnak, strukturált beutalón kérjék a házi orvosok a betegek nefrológiai konzultációját.