

ŠTO ZNAMO O KRONIČNOJ BOLESTI BUBREGA POČETKOM 21. STOLJEĆA?

PETAR KES

*Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za unutarnje bolesti, Zavod za nefrologiju,
arterijsku hipertenziju, dijalizu i transplantaciju, Zagreb, Hrvatska*

Izneseni su podatci o broju oboljelih od kronične bolesti bubrega i o najčešćim uzrocima toga stanja s osvrtom na podatke iz Registra za nadomještanje bubrežne funkcije dijalizom i transplantacijom bubrega u Republici Hrvatskoj. Naglašeni su vrlo visoki troškovi zbrinjavanja bolesnika u završnom stadiju kronične bolesti bubrega. Kako do danas nije pronađen lijek koji može zaustaviti napredovanje oštećivanja bubrega u kroničnoj bubrežnoj bolesti, posebna se pozornost obraća ranom otkrivanju bolesti bubrega, probiru kroničnih bubrežnih bolesnika, specifičnoj terapiji, usporavanju napredovanja bolesti te liječenju komplikacija kao i pridruženim bolestima. Pri tome je naglašena uloga liječnika opće medicine i značenje suradljivosti samih bolesnika koji moraju svjesno donijeti odluku o vrsti nadomještanja bubrežne funkcije. Istaknuta je i potreba izobrazbe liječnika specijalista nefrologa te prosvjećenosti populacije o bolestima bubrega.

Ključne riječi: kronična bolest bubrega, dijaliza, transplantacija bubrega

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. Petar Kes, dr. med.
Klinika za unutarnje bolesti
Zavod za nefrologiju, arterijsku hipertenziju, dijalizu i transplantaciju
Klinički bolnički centar Zagreb
10000 Zagreb, Hrvatska

"Znanje je najmoćnije oružje koje možete uporabiti da promijenite svijet."

Nelson Mandela

Broj oboljelih od kronične bolesti bubrega i dalje nezadrživo raste i to ne samo u ekonomski razvijenim zemljama. Procjenjuje se da 1 od 10 stanovnika u industrijski razvijenim zemljama ima kroničnu bolest bubrega, a taj je omjer još veći u osoba koje su starije od 65 godina. Najčešći uzroci kronične bolesti bubrega su šećerna bolest (uglavnom se radi o tipu 2 šećerne bolesti) i arterijska hipertenzija, a slijede kronični glomerulonefritis, kronični pijelonefritis i policistična bolest bubrega. Koliko je broj bolesnika s kroničnom bolesti bubrega u stadijima od 1 do 4 može se samo pretpostaviti, dok o bolesnicima kojima se nadomješta bubrežnu funkciju dijalizom ili transplantacijom bubrega postoje točniji podatci.

U Republici Hrvatskoj tijekom 2012. godine prema podacima iz Registra za nadomještanje bubrežne funkcije dijalizom i transplantacijom bubrega liječeno je ukupno 4406 bolesnika, a prevalencija je bila 1028/milijun

stanovnika (pmp). Najčešće korištena metoda nadomještanja bubrežne funkcije još uvijek je hemodijaliza (58,7 % bolesnika), a slijede transplantacija bubrega (37,2 % pacijenata s funkcionalnim presatkom bubrega) i peritonejska dijaliza (4,1 % bolesnika)(1). Ukupni broj novih bolesnika kojima je trebalo nadomjestiti funkciju bubrega bio je 591 (na 91. dan od početka dijalize), a incidencija je bila 157 pmp (59 % muškaraca i 41 % žena). Medijan dobi bolesnika koji su započeli s nadomjesnom terapijom funkcije bubrega bio je 67 godina, a 55 % bolesnika bilo je u dobi iznad 65 godina. I u Republici Hrvatskoj najčešći uzrok završnog stadija kronične bolesti bubrega u 2012. godini bila je šećerna bolest (29 %), a slijede arterijska hipertenzija (21 %), kronični pijelonefritis (15 %), kronični glomerulonefritis (11 %), policistična bolest bubrega (8 %), kronični intersticijski nefritis (25) i endemska nefropatija (1 %). Ostale bolesti zastupljene su u 11 % bolesnika, a uzroci bolesti nisu poznati u 2 % bolesnika s

uremijom (1). Petogodišnje preživljenje kroničnih bubrežnih bolesnika s dijalizom i transplantacijom u Republici Hrvatskoj u razdoblju od 2000. do 2012. godine bilo je 54,3 %, a godišnja smrtnost bila je 11,7 % (91. dan od početka nadomještanja bubrežne funkcije) odnosno 13,2 % (u odnosu na prvi dan od početka nadomještanja bubrežne funkcije). Najčešći uzrok pobola i smrti bile su srčano-krvožilne bolesti i moždani udar. Nažalost, pobol i smrtnost od srčano-krvožilnih bolesti u kroničnih bubrežnih bolesnika bitno su veći nego u osoba koje nemaju bolest bubrega, a podudarne su prema spolu i dobi (1).

Poznato je da su troškovi zbrinjavanja bolesnika sa završnim stadijem kronične bolesti bubrega vrlo visoki. Podatke dobijamo uglavnom iz industrijski razvijenih zemalja. Troškovi zbrinjavanja bolesnika s uremijom u Sjedinjenim Američkim Državama iznose nevjerovatnih 40 milijardi dolara godišnje. Podatci za Republiku Hrvatsku nisu trenutno dostupni.

Farmaceutske tvrtke intenzivno rade na lijekovima koji bi mogli zaustaviti pandemiju kronične bolesti bubrega u svijetu. Međutim, do danas nije pronađen lijek koji može zaustaviti proces oštećivanja bubrega u kroničnoj bubrežnoj bolesti zbog čega su zdravstveni radnici osuđeni da se u bezbroju bolesnika bore s njezinim posljedicama. Napori su usmjereni prema ranom otkrivanju bubrežnih bolesti i kada je moguće prema specifičnoj terapiji, usporavanju napredovanja kronične ozljede bubrega, otkrivanju i liječenju komplikacija bubrežne bolesti, ali i pridruženih bolesti. Posebnu pozornost treba obratiti probiru odnosno traženju kroničnih bubrežnih bolesnika u općoj populaciji, a posebno među dijabetičarima i bolesnicima s arterijskom hipertenzijom. U traganje za bolesnicima potrebno je uključiti liječnike opće medicine, koji moraju steći dodatna znanja koja su potrebna za uspješno provođenje probira, liječenja i prosudbe o potrebi upućivanja bolesnika nefrologu. Bolesnici trebaju biti upoznati s prirodom bolesti i njenim posljedicama. Na taj način može se postići suradljivost u daljnjem tijeku liječenja, svjesno donošenje odluke o vrsti nadomještanja bubrežne funkcije (hemodijaliza ili peritonejska dijaliza) i kasnije transplantaciji bubrega. Suradljivi bolesnici imaju veću korist od dijalize, a posebno transplantacije bubrega u usporedbi s onima koji ne slušaju savjete liječnika. Bolesnike se može upoznati s prirodom bubrežne bolesti i liječenjem predavanjima, radom u skupinama i pisanim materijalom (knjižice o kroničnoj bolesti bubrega, dijalizi i transplantaciji bubrega). Treba pravilno prosuditi sposobnost bolesnika da shvate ono što ih želimo naučiti. Strah od dijalize i smrti mogu biti prepreka u razumijevanju, ali i u aktivnom donošenju odluke o načinu liječenja. Poduka treba biti individualna odnosno prilagođena razini medicinske pismenosti pojedinca. Bolesnici koji su svjesni prirode svoje bole-

sti pripremit će se postupno za početak nadomještanja bubrežne funkcije dijalizom, izbjeci će uvođenje privremenog centralnog venskog katetera za hemodijalizu i nagli početak dijalize (koji su povezani s većom smrtnosti) (2). Imat će dovoljno vremena da odaberu za sebe najpovoljniji oblik nadomještanja bubrežne funkcije.

S obzirom na brzi porast broja kroničnih bubrežnih bolesnika, potreban je sve veći broj nefrologa. Zbog toga studente medicine treba potaknuti da se odluče za kasniju specijalizaciju iz nefrologije. Prvi susret studenta s nefrologijom je obično predavanje iz fiziologije bubrega koje je složeno i zamorno, te može djelovati odbojno na kasniju odluku o bavljenju nefrologijom. Za podizanje razine zanimljivosti predavanja mogu se koristiti alternativne metode poučavanja, suvremeni tehnološki postupci, povezivanje fiziologije i kliničke prakse poučnim prikazima bolesnika. Praksa je pokazala da su korisne web stranice posvećene proučavanju problema iz nefrološke patofiziologije, patologije, klinike i liječenja. Elektronski mediji mogu imati pozitivni utjecaj na nefrološko obrazovanje i povezivanje bolesnika, studenta i nastavnika medicinske struke.

Prosvjećenost populacije može smanjiti broj bolesnika koji trebaju dijalizu. Uz dobro regulirani krvni tlak i glikemiju, smanjenje ili nestanak proteinurije, ukidanje lijekova i navika koji su štetni za bubrege, može se zaustaviti ili usporiti oštećenje bubrega i gubitak funkcije. To je danas jedan od ključnih zadataka nefrologa, ali u budućnosti zbog sve većeg broja bolesnika i manjka specijaliziranih liječnika to neće biti moguće. Nakon što nefrolog postavi dijagnozu kronične bolesti bubrega i odredi terapiju, bolesnik će se vratiti na skrb liječniku obiteljske medicine koji treba voditi brigu o provođenju terapije i liječenju pridruženih bolesti (3). Liječnik obiteljske medicine ne bi smio izgubiti iz vida čak ni kroničnog dijaliziranog bolesnika. Za provođenje tog zadatka liječnicima obiteljske medicine danas stoje na raspolaganju elektronska računala s formulom za izračunavanje glomerularne filtracije, priručnici za edukaciju bolesnika, medicinskih sestara i liječnika i dr. Neophodna je trajna suradnja između liječnika obiteljske medicine i nefrologa.

Nefrolozi imaju ključnu ulogu u borbi protiv kronične bolesti bubrega, a time i odgovornost da učinkovite komuniciraju s pacijentima i bolje uključe liječnika obiteljske medicine u skrb za kroničnog bubrežnog bolesnika.

Ako prihvatimo kao ideju vodilju misao engleskog filozofa Herberta Spencera da "najvažniji cilj edukacije nije znanje, nego djelovanje", moramo pretvoriti ideje u učinkovite smjernice djelovanja protiv kronične bolesti bubrega.

L I T E R A T U R A

1. Čala S. Hrvatski registar nadomještanja bubrežne funkcije. Zagreb: Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju HLZ, 2012.

2. Bašić-Jukić N, Furić-Čunko V, Sreter K, Bašić-Kes V, Kes P. Psihosomatski aspekti u nefrologiji. Medix 2009; 83: 134-8.

3. Kes P, Bašić-Jukić N, Furić-Čunko V. Probir bolesnika sa šećernom bolesti za kroničnu bubrežnu bolest. Lijec Vjesn 2010;132:316-317.

S U M M A R Y

WHAT DO WE KNOW ABOUT CHRONIC KIDNEY DISEASE AT THE BEGINNING OF THE 21ST CENTURY?

P. KES

Zagreb University Hospital Center, Clinical Department of Internal Diseases, Department of Nephrology, Arterial Hypertension, Dialysis and Transplantation, Zagreb, Croatia

Data are presented on the number of chronic kidney disease (CKD) patients and on the most common causes of the disease, with special reference to data collected at the Registry of Renal Replacement Therapy by Dialysis and Kidney Transplantation in the Republic of Croatia. Emphasis is put on the very high cost of managing patients with end-stage CKD. As currently there is no drug able to halt progression of kidney damage in CKD, attention is focused on early detection of renal disease, screening of CKD patients, specific therapy, slowing down disease progression, and treatment of complications and comorbidities. The role of general practitioners and compliance of patients who have to decide on the mode of renal replacement therapy, as well as of continuous education of nephrologists and public awareness of renal diseases is underlined.

Key words: chronic kidney disease, dialysis, renal transplantation