

Qidalanma və pəhriz

- İstifadə olunan xörək duzunun miqdarı maksimal azaldılmalı və ya tam duzsuz pəhrizə keçilməlidir
- XBX-də sutkalıq zülal qəbulu azaldılmalıdır (0,8 q/kq)
- Zülalın 0,8 q/kq-dan çox azaldılması məsləhət deyil.

Diqqət: Diabetli xəstələrdə XBX-dən əlavə, hər zaman sidik yolları infeksiyalarına meyilliliyin olması mümkündür.

Aşağıdakı hallarda xəstənin nefroloqa yönləndirilməsi vacibdir:

- AKN >300 mq/q olduqda
- YFS <30 ml/dəqiqə/1,73 m², refrakter arterial hipertenziya olduqda
- AÇFİ və ya ARB istifadəsi fonunda hiperkalemiya, qanda kreatinin səviyyəsinin son 3 ayda 30%-dən çox yüksəlməsi qeyd olunduqda
- Böyrək funksional testlərində və YFS-də progressiv azalma olduqda.

Diabetik nefropatiya

(həkimlər üçün)



Diabetik nefropatiya

Şəkərli diabet zamanı diffuz və ya düyünlü qlomerulonefrozun formalaşması, böyrək kanalcıqlarının zədələnməsi ilə müşayiət olunan böyrək damarlarının spesifik zədələnməsidir. Diabetik nefropatiya progressiv inkişaf edən xroniki mikrovaskulyar ağırlaşma olub, diabetlə bağlı ölüm səbəblərindən biridir.

Klinik əlamətlər

Arterial hipertenziya, ödemlər, proteinuriya böyrək çatışmazlığının klassik bilinən triadasıdır. Əgər xəstədə:

- Yumaqçıq filtrasiyasının sürətinin (YFS) göstəricisi diabetin yaranma müddəti ilə əlaqəsiz olaraq çox aşağıdırsa və ya sürətlə azalırsa,
- Diabetik retinopatiya kimi yanaşı ağırlaşmalar yoxdursa,
- Proteinuriya, nefrotik sindrom və əlavə olaraq arterial hipertenziya da varsa,
- Angiotenzin çevirici fermentin inhibitorları (AÇFi) və ya Angiotenzin reseptorlarının blokatorları (ARB) başladıqdan sonra 2-3 ay ərzində YFS 30%-dən çox azalırsa,

digər xroniki böyrək xəstəliklərini də araşdırmaq vacibdir.

Diaqnostika

Xroniki böyrək xəstəliyinin (XBX) diaqnostikasının asan üsulu albumin/kreatinin nisbətinin müəyyənləşdirilməsidir. Bu müayinə, həmçinin mikroalbuminuriyanın monitorinqi zamanı da istifadə olunur. XBX mikroalbuminuriya ilə başlayıb, klinik proteinuriya, hipertenziya, yumaqçıq filtrasiyasının hesablamalı sürətinin azalması ilə davam edir. Sidikdə >30 mq/q albumin itkisi albuminuriya olaraq qəbul edilir, lakin yalançı müsbət cavablar (son 24 saat ərzində ağır idman, infeksiya, aybaşı dövrü, qızdırma, ciddi hiperqlisemiya və hipertenziya, ürək çatışmazlığı və s. yüksək albumin itkisinə səbəb ola bilər) nəzərə alınmalıdır. Bu səbəbdən də xəstəliyin diaqnostikası 3-6 ay ərzində, 3 dəfə ölçülməklə, iki müsbət nəticəyə əsaslanmalıdır.

Şəkərli diabet zamanı xəstələrdə böyrək zədələməsinin qiymətləndirilməsi aşağıdakı alqoritm üzrə aparılır:

- Orta yaşlı insanlarda vaxtından əvvəl nefropatiya diaqnozunu qoymaq üçün sidikdə mikroalbuminuriya ilə birlikdə YFS, kreatinin klirensinin hesablanması
- Diabeti olan xəstənin ümumi sidik analizində proteinuriya, ketonların təyini
- Mikroalbuminuriya diaqnozunu qoymaq üçün ilk növbədə səhər sidiyində albumin/kreatinin nisbətinin müəyyən edilməsi
- Qanda kreatinin səviyyəsini ölçdükdən sonra Cockcroft-Gault formullarından istifadə edərək YFS-nin hesablanması.

Müalicə və profilaktika

- Optimal qlikemik kontrol: bütün növ diabet xəstələrində nefropatiyanın qarşısını almaq və ya yaranmış zədələnmənin progressivləşməsinin regressiyası üçün mütləq şərtidir.
- Normotenziya: arterial təzyiqin kontrolu, nəzarətdə saxlanması diabetik nefropatiya riskini və progressivləşməni azaldır.
- Mikroalbuminuriyaya nəzarət hər zaman XBX baxımından diqqətdə saxlanılmalıdır.
- YFS 45-60 ml/dəqiqə/1,73 m² arasında olan xəstələrdə qanın, sidiyin ümumi analizi, elektrolitlər, Ca, fosfor, paratireoid hormon (PTH), biokimyəvi testlər ildə bir dəfə ölçülməli, həmçinin sümük densitometriyası aparılmalıdır.
- YFS 30-44 ml/dəqiqə/1,73 m² arasında olan xəstələrdə bu müayinələr 3-6 ayda bir dəfə aparılmalıdır.
- Son mərhələ böyrək çatışmazlığı olan 65 yaşdan aşağı xəstələrdə renal transplantasiya uyğun görülərək, xəstə özü və ailəsi məlumatlandırılaraq nefroloqa göndərilməlidir.
- 65 yaşdan yuxarı olan xəstələrdə, renal transplantasiya məsləhət görülməzsə hemodializ, evdə ambulator periton dializi təyin olunmalıdır.
- Hazırda XBX və xüsusən son mərhələdə olan xəstələr üçün ən uyğun müalicə bazal-bolus, bazal-plus insulin terapiyasıdır.