Хроническая болезнь почек (ХБП)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: D63.8, E21.1, E43, E44, E83.3, E83.5, E83.8, E87.2 · Национальная Ассоциация нефрологов

Хроническая болезнь почек — длительно сохраняющееся повреждение почек или снижение их функции, продолжающееся не менее 3 месяцев. Рекомендация посвящена раннему выявлению ХБП, определению причины и стадии, коррекции факторов прогрессирования и осложнений, а также своевременной подготовке к заместительной почечной терапии.

Главное

- Диагноз ХБП устанавливают при наличии маркеров повреждения почек, сохраняющихся не менее 3 месяцев, либо при стойком снижении СКФ <60 мл/мин/1,73 м²; однократное выявление необратимых структурных изменений также достаточно для диагноза.
- Стадию определяют по СКФ: С1 — >90, С2 — 60–89, С3а — 45–59, С3б — 30–44, С4 — 15–29, С5 — <15 мл/мин/1,73 м². Дополнительно указывают категорию альбуминурии: А1 <30, А2 30–300, А3 >300 мг/г; при нефротической альбуминурии А4 — >2200 мг/г.
- Популяционный скрининг людей без факторов риска не проводят. У лиц с факторами риска исследуют альбуминурию/протеинурию и рассчитывают СКФ регулярно, но не реже одного раза в 2 года (УУР А, УДД 1).
- ХБП не заменяет этиологический диагноз: у каждого пациента нужно установить причину повреждения почек, поскольку от нее зависят прогноз и лечение (УУР А, УДД 1).
- Начиная с ХБП С2–С5Д, выявляют системные осложнения: анемию, артериальную гипертензию, минерально-костные нарушения, электролитные и метаболические расстройства, гиперурикемию и дислипидемию. Сердечно-сосудистые изменения оценивают у пациентов на любой стадии ХБП (УУР А, УДД 1).
- Пациентов с СКФ <60 мл/мин/1,73 м² и/или альбуминурией/протеинурией А3–А4 направляют к нефрологу; при С3б–С5 необходимо регулярное нефрологическое наблюдение для подготовки к ЗПТ (УУР А, УДД 2).

Диагностика

1. Оценить жалобы и анамнез: изменения цвета и объема мочи, олигурию, полиурию, никтурию, ранее выявленные изменения мочи или почек, перенесенное ОПП и факторы риска ХБП.
2. Провести физикальное обследование: измерить АД, оценить отеки, признаки уремии, размер почек, шум в проекции почечных артерий и изменения диуреза.
3. Для первичного скрининга использовать тест-полоску на альбумин/белок или общий анализ мочи, а положительный результат подтвердить количественным методом (УУР А, УДД 1).
4. Количественно определить альбумин в моче и количество белка в суточной моче либо определить альбумин в моче и креатинин в моче с расчетом отношения альбумин/креатинин (УУР А, УДД 1). При отсутствии или минимальном количестве белка в разовой порции мочи (<1+) и/или протеинурии <0,5 г/сут предпочтительно количественное исследование экскреции альбумина (УУР В, УДД 2).
5. Рассчитать СКФ по CKD-EPI на основании стандартизированного креатинина, пола, возраста и расы. Если точность креатининовой формулы снижена, использовать CKD-EPI по цистатину С (УУР А, УДД 1).
6. Подтвердить хронический характер: повторно выявить маркеры повреждения или СКФ <60 мл/мин/1,73 м² через интервал не менее 3 месяцев. При однократно выявленных необратимых структурных изменениях при визуализации или биопсии повторное подтверждение не требуется.
7. Выполнить УЗИ почек при подозрении на ХБП и всем пациентам с установленной ХБП С1–С5 (УУР А, УДД 2).

Лечение

- Лечение строят одновременно по трем направлениям: воздействие на причину и механизмы ХБП, замедление снижения функции почек и коррекция осложнений с профилактикой сердечно-сосудистых событий (УУР А, УДД 1).
- Поддерживать физическую активность не менее 30 минут 5 раз в неделю и рекомендовать отказ от курения; при ожирении у пациентов с ХБП С1–С5 индивидуально проводить мероприятия по снижению массы тела.

- При отсутствии противопоказаний использовать иАПФ или БРА у пациентов с ХБП С1–С5 независимо от наличия сахарного диабета и АГ для снижения протеинурии и риска прогрессирования. Контролировать калий, СКФ и риск ОПП; при снижении СКФ более чем на 20% искать причину и пересматривать тактику (УУР А, УДД 1).
- При сахарном диабете 2 типа стремиться к HbA1c <7,0% с индивидуализацией цели; в терапию контроля гликемии включать иНГЛТ-2 или аналоги GLP-1 (УУР В, УДД 1; УУР А, УДД 1). При СКФ >25 мл/мин/1,73 м² рекомендуется применение финеренона (УУР А, УДД 1).
- При ХБП и АГ с альбуминурией А1–А2 добиваться САД 130–139 мм рт. ст.; при А3 и выше или стойкой протеинурии — САД 120–130 и ДАД ≤80 мм рт. ст. Следует избегать САД ≤120 мм рт. ст. (УУР А, УДД 1; УУР В, УДД 1–2).
- При ХБП С3–С4 с гиперурикемией проводить лечение для снижения мочевой кислоты. При ХБП С3–С5 поддерживать калий крови 4,0–5,0 ммоль/л; при К >5,0 ммоль/л у пациентов с ХБП С3–С5Д снижать пищевое потребление калия до 2–3 г/сутки.
- При жизнеугрожающей гиперкалиемии: К >6,0 ммоль/л либо >5,5 ммоль/л с изменениями ЭКГ или желудочковыми нарушениями ритма — немедленно провести ингаляцию сальбутамола 10–20 мг через небулайзер и ввести растворимый инсулин 10 ЕД внутривенно болюсно; при сохраняющейся гиперкалиемии провести сеанс ГД (УУР А, УДД 1).
- При ХБП С3б–С5 без белково-энергетической недостаточности ограничить белок до <0,8 г/кг/сут и обеспечить 30–35 ккал/кг/сут. В отдельных случаях рассмотреть возможность диеты 0,3–0,4 г/кг/сут с супплементацией кетоаналогами аминокислот (УУР А, УДД 1; УУР В, УДД 1).

Когда направить и как наблюдать

- Экстренно госпитализировать при подозрении на ОПП: диурез <0,5 мл/кг/ч более 6 часов, рост креатинина >50% за 7 дней или на >26 мкмоль/л за 48 часов; также при быстром снижении СКФ или росте креатинина >50% за 2–6 месяцев.
- Экстренная госпитализация нужна при гиперкалиемии, декомпенсированном метаболическом ацидозе, гиповолемии, гипокалиемии или гипонатриемии, а также при резистентной к амбулаторному лечению АГ и впервые выявленной СКФ <30 мл/мин/1,73 м².
- Планово направлять в стационар при впервые выявленной СКФ <60 мл/мин/1,73 м², сочетании протеинурии А3 с гематурией, нефротическом синдроме, необходимости биопсии, формирования диализного доступа, индукционной иммуносупрессии или при беременности на фоне ХБП.
- При отсутствии жизнеугрожающих осложнений не начинать ЗПТ при рСКФ >9 мл/мин/1,73 м² или клиренсе мочевины либо мочевины и креатинина >8 мл/мин; решение принимают по динамике клинических проявлений и СКФ.

Частые вопросы

Как подтвердить хроническую болезнь почек?

Нужно подтвердить маркеры повреждения почек или СКФ <60 мл/мин/1,73 м² в течение не менее 3 месяцев. Однократного выявления достаточно, если визуализация или биопсия однозначно показывают необратимые структурные изменения.

Какие лабораторные исследования нужны для первичной диагностики ХБП?

Используют анализ мочи с оценкой альбумина/белка, количественное отношение альбумин/креатинин или определение альбумина и количества белка в суточной моче, креатинин с расчетом СКФ CKD-EPI. При неточности креатининовой оценки применяют цистатин С.

Когда пациента с ХБП направлять к нефрологу?

При СКФ <60 мл/мин/1,73 м² и/или альбуминурии/протеинурии А3–А4. При ХБП С3б–С5 необходимо регулярное наблюдение нефролога, в том числе для подготовки к ЗПТ.

Когда начинать диализ при ХБП С5?

Не по одной цифре СКФ, а при прогрессирующих жизнеугрожающих осложнениях: тяжелой уремии, нарушениях функций ЦНС, серозитах, декомпенсированном ацидозе, симптомной гиперкалиемии, неконтролируемой гипергидратации или тяжелой БЭН. Без таких осложнений ЗПТ не начинают при рСКФ >9 мл/мин/1,73 м².

Какие целевые показатели используют при поддерживающем гемодиализе?

При анурии или отсутствии существенной остаточной функции почек гемодиализ проводят не менее 3 раз в неделю, суммарное эффективное время — более 720 минут в неделю. При трехразовом гемодиализе минимальная эффективная доза — spKt/V ≥1,4 или eKt/V ≥1,2.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/469-hronicheskaya-bolezn-pochek-hbp. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/469_3