

Редакционен коментар

Редно е да припомним и препоръките за поведение при захарен диабет и бъбречна недостатъчност, които остават без промяна от 2007 г. насам, а именно:

– Пациентите със захарен диабет подлежат на ежегоден скрининг за развитие на нефропатия. Скринингът започва 5 години след поставяне на диагнозата захарен диабет тип 1 и при откриването на захарен диабет тип 2. Той включва: – определяне на съотношението албумин/креатинин в порция урина; – определяне на серумния креатинин и изчисляване на скоростта на гломерулната филтрация (eGFR). При повишено съотношение албумин/креатинин, резултатът трябва да бъде потвърден при сигурно отсъствие на инфекция на пикочните пътища с две допълнителни изследвания на първа порция сутрешна урина през следващите 3-6 месеца.

– Микроалбуминурията се дефинира като съотношение албумин/креатинин = 30-300 mg/g, макроалбуминурия е налице при стойност > 300 mg/g. Резултатите трябва да бъдат потвърдени при 2 от 3 изследвания.

– При повечето пациенти със захарен диабет наличието на хронично бъбречно заболяване може да се отдаде на диабета, ако: – се установи макроалбуминурия; – се установи микроалбуминурия при вече проявена диабетна ретинопатия; – се установи микроалбуминурия при пациент със захарен диабет тип 1 с давност поне 10 години.

– Не е изключено наличието на първично бъбречно заболяване, развиващо се независимо от захарния диабет, и затова трябва да се помисли в следните случаи: липса на ретинопатия; ниска или прогресивно намаляваща GFR; бързо прогресираща протеинурия или изява на нефрозен синдром; рефрактерна на лечение артериална хипертония; насочващи промени в уринния седимент; симптоми или признаци на други системни заболявания; намаляване на GFR с над 30% за период от 2-3 месеца след започване на лечение с ACE инхибитор или AT1-рецепторен блокер.

– Повечето хора с диабет и ХБН (1-4 ст.) имат артериална хипертония, налагаща лечение с ACE инхибитор или AT1-рецепторен блокер, обикновено в комбинация с диуретик.

– Хранителният режим може да спомогне за забавяне на прогресията на бъбречната недостатъчност. Пациентите със захарен диабет и ХБН 1-4 ст. трябва да приемат не повече от 0,8 g/kg белтъчини на ден. По отношение на наднорменото тегло, препоръките са за постепенно постигане на ИТМ 18,5-24,9 kg/m².

Библиография

1. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for Diabetes and Chronic Kidney Disease. – Am. J. Kidney Dis. **49**, 2007, (Suppl 2), S1-S180.
2. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guideline for Diabetes and CKD: 2012 update. – Am. J. Kidney Dis., **60**, 2012, № 5, 850-886.

ИМА ЛИ ВРЪЗКА МЕЖДУ ВИСОКОНОРМАЛНАТА ФУНКЦИЯ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА И РИСКА ОТ ПРЕДСЪРДНО МЪЖДЕНЕ?

Selmer, C. et al. Does High-Normal Thyroid Function Increase Risk for Atrial Fibrillation? – Clin. Thyroidol., **25**, 2013, 1, 6-7.

Известно е, че при пациентите със субклиничен и явен хипертиреозидизъм рискът от поява на предсърдно мъждене е повишен. Този риск обаче досега не е оценяван в много голяма популация с нормална функция на щитовидната жлеза. През периода 2000-2010 год. С. Selmer и сътр. проследяват 586 460 възрастни пациенти, лекувани от общопрактикуващи лекари в Дания, на средна възраст 50,2 год., 61% от които са жени. От проучването са изключени всички с предсърдно мъждене, получаващите лечение за някаква тиреоидна дисфункция и всички, които някога са приемали амиодарон, дигоксин или витамин К. Данните относно придружаващите заболявания на изследваната популация са взети от датския национален регистър. Главната цел на проучването била да се пресметне броят на нововъзникналите случаи на предсърдно мъждене в тази популация, като авторите отново се позовават на датския регистър, този път на броя нововъведени кодове по МКБ-10, отговарящи на диагнозата предсърдно мъжде-