

# Менеджмент пацієнтів із хронічною хворобою нирок: важливі оновлення настанови KDIGO

Ініціатива з поліпшення глобальних результатів захворювань нирок (KDIGO) у 2024 році розробила оновлену клінічну практичну настанову щодо ведення пацієнтів із хронічною хворобою нирок (ХХН) на основі сучасних доказів. Рекомендації стосуються всього шляху хворого – від ранньої діагностики до прийняття рішення про замісну ниркову терапію, включно з консервативним лікуванням. Наголошено на важливості індивідуального підходу при веденні пацієнтів, який змінюється протягом життя, а також на тому, що вибір стратегій і пріоритетів залежить від конкретних клінічних ситуацій. Зокрема, зазначено, що на патофізіологію, прогресування ХХН і відповідь на терапію можуть впливати різні чинники (генетичні, фізіологічні, імунологічні, анатомічні, гендерні тощо). У статті M. Madero et al. «Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: Synopsis of the Kidney Disease: Improving Global Outcomes 2024 Clinical Practice Guideline» видання (*Annals of Internal Medicine*, 2025) увагу зосереджено на рекомендаціях, підкріплених найбільшою кількістю доказів. Пропонуємо до вашої уваги їх короткий виклад з акцентом на стратегіях для уповільнення прогресування ХХН, лікування пов'язаних із ним ускладнень та модифікації ризику.

**Ключові слова:** розрахункова швидкість клубочкової фільтрації, інгібітори натрій-залежного котранспортера глюкози 2-го типу, рівень сечової кислоти.

## Уповільнення прогресування ХХН і лікування пов'язаних із ним ускладнень Інгібітори натрій-залежного котранспортера глюкози 2-го типу

Пацієнтам із цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу, ХХН та розрахунковою швидкістю клубочкової фільтрації (рШКФ)  $>20$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> слід призначати терапію інгібіторами натрій-залежного котранспортера глюкози 2-го типу (іНЗКТГ-2) (1А) (рисунок) (KDIGO, 2022). Також в оновленому документі запропоновано більш загальні рекомендації щодо використання іНЗКТГ-2 у дорослих хворих на ХХН, які не мають ЦД, на основі надійних доказів (Nuffield Department of Population Health Renal Studies Group, 2022). Дорослих із ХХН доцільно лікувати іНЗКТГ-2 у разі рШКФ  $>20$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> та за співвідношення альбуміну/креатиніну в сечі  $>200$  мг/г ( $>20$  мг/ммоль)

або за наявності серцевої недостатності, незалежно від рівня альбумінурії (1А).

Дані низки великих рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень чітко показують, що іНЗКТГ-2, незалежно від статусу ЦД, рівня ШКФ або причини захворювання нирок, суттєво знижують ризик ниркової недостатності, гострого ураження нирок і госпіталізації з приводу серцевої недостатності, а також помірно зменшують імовірність серцево-судинної (СС) смерті та інфаркту міокарда в осіб із/без ХХН (Staplin et al., 2021).

Ці переваги узагальнено в метааналізі, що включає 13 досліджень із залученням більш ніж 90 тис. учасників. У пацієнтів, які отримували іНЗКТГ-2, спостерігалось зниження ризику прогресування хвороби нирок на 37% і гострого ураження нирок на 23% незалежно від статусу ЦД порівняно із плацебо (Nuffield Department of Population Health Renal Studies Group, 2022).

Використання іНЗКТГ-2 рекомендоване в дорослих хворих із рШКФ 20–45 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> та за співвідношення альбуміну / креатиніну в сечі <200 мг/г (<20 мг/ммоль) (2В).

Доцільно зауважити, що переваги стосовно зменшення СС-наслідків і ризику госпіталізації на фоні лікування іНЗКТГ-2 виникають незалежно від рівня альбумінурії. Застосування

іНЗКТГ-2 слід продовжувати, навіть якщо рШКФ знизилася до <20 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>, за винятком випадків непереносимості або коли розпочато замісну ниркову терапію. Відмова від прийому іНЗКТГ-2 за умов тривалого голодування, хірургічного втручання або критичних захворювань (у разі підвищеного ризику розвитку кетозу) є розумною. Важливо, що при використанні іНЗКТГ-2 не потрібно

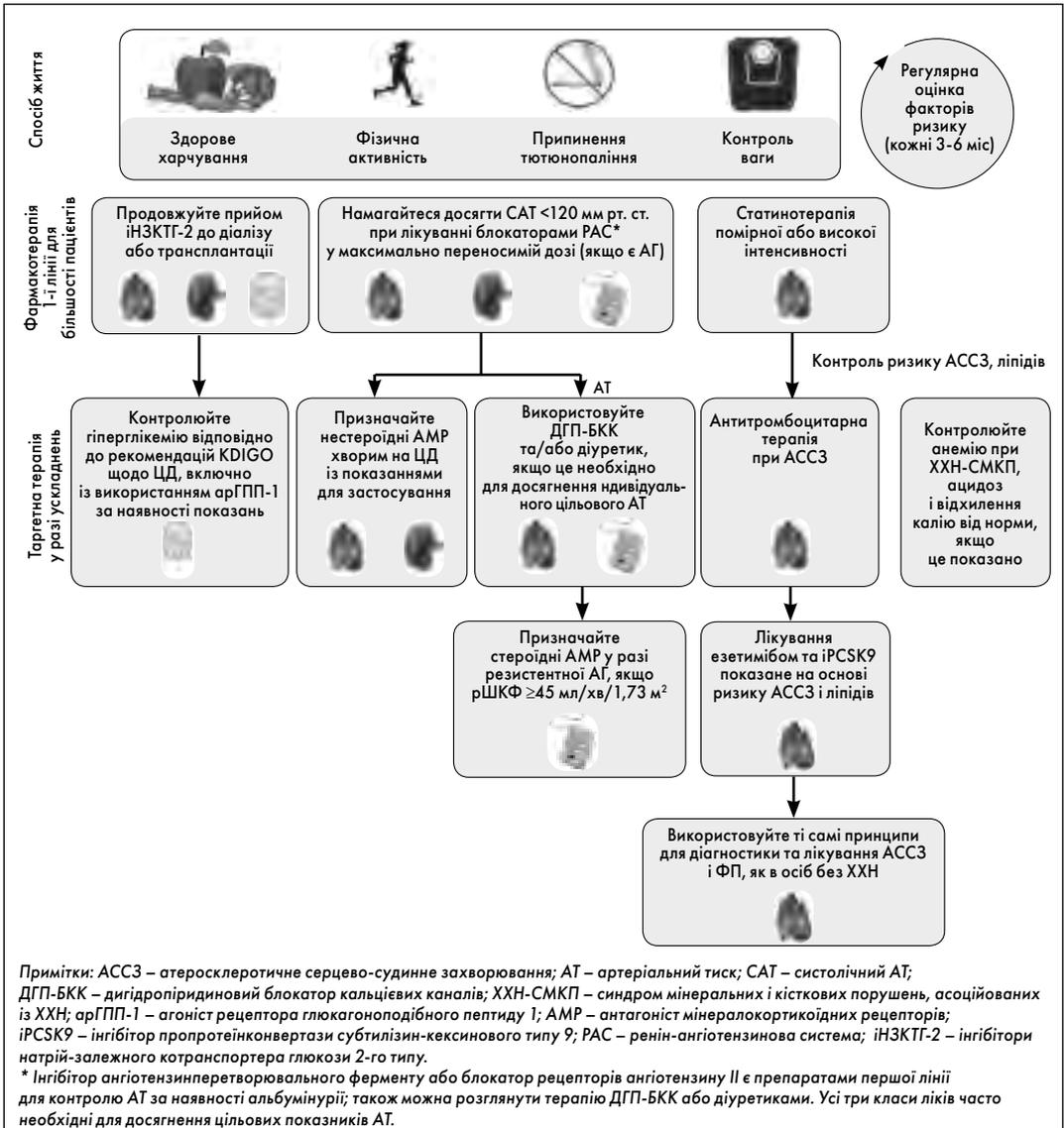


Рис. Цілісний підхід до лікування ХХН і модифікації ризику

змінювати частоту моніторингу ХХН, враховуючи очікуване зворотне зниження рШКФ, що не є показанням для припинення терапії.

Таким чином, сьогодні іНЗКТГ-2 рекомендовані всім хворим на ХХН із/без ЦД для поліпшення роботи нирок і СС-системи.

### Терапевтичні опції за у пацієнтів з гіперурикемією

В осіб із ХХН і симптоматичною гіперурикемією рекомендовані терапевтичні втручання з метою зниження рівня сечової кислоти (СК) у сироватці крові (1С). Існують переконливі докази зменшення вмісту СК у пацієнтів із тофусною подагрою, рентгенологічними доказами ураження внаслідок подагри або її частими загостреннями, дехто з яких також мали ХХН (FitzGerald et al., 2020). У свою чергу, в осіб із ХХН та безсимптомною гіперурикемією з метою затримання прогресування ХХН не слід використовувати препарати для зниження концентрації СК (2D).

Незважаючи на результати обсерваційних досліджень, які вказують на те, що підвищений рівень СК є причиною прогресування ХХН, дані Кокранівського систематичного огляду не підтверджують переваг лікування в разі відсутності симптомів (Sampson et al., 2017). У низці масштабних рандомізованих контрольованих досліджень, сфокусованих на користі зменшення безсимптомної гіперурикемії для нирок в осіб із ХХН, були отримані негативні результати (Saag et al., 2016; Kimura et al., 2018).

### Застосування статинів

Відповідно до настанови KDIGO (2024), в умовах підвищеного СС-ризик при ХХН рекомендовано призначати статинотерапію або комбінацію статину

та езетимібу дорослим хворим віком  $\geq 50$  років, яким не проводять хронічний гемодіаліз або ж вони не перенесли трансплантацію нирки, за ШКФ  $< 60$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> (1А) та  $\geq 60$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> (1В). В осіб із ХХН доцільно використовувати ті самі принципи для контролю атеросклеротичного ризику, як і за відсутності ХХН.

Відповідно, використання статинів рекомендоване пацієнтам віком 18-49 років із ХХН, яким не виконують хронічний гемодіаліз чи вони не перенесли трансплантацію нирки, із підтверженою ішемічною хворобою серця, ЦД, раніше перенесеним ішемічним інсультом або ймовірною 10-річною частотою коронарної смерті або нефатального інфаркту міокарда понад 10% (2А). Такі ефективні методи лікування часто недостатньо застосовуються в осіб із ХХН і гострим коронарним синдромом (Collet et al., 2021).

### Висновки

Таким чином, M. Madero et al. (2025) розглянули рекомендації KDIGO (2024), підкріплені найбільшою кількістю доказів. Вони включають оновлені положення щодо використання іНЗКТГ-2 в осіб із ХХН незалежно від наявності ЦД або типу патології нирок для уповільнення прогресування хвороби. Крім того, наголошено на необхідності застосування препаратів для зниження рівня СК у пацієнтів із ХХН лише за наявності симптомів. Також у документі йдеться про потребу в лікуванні статинами у хворих на ХХН віком старше 50 років.

Підготувала **Олена Коробка**

Оригінальний текст документа: [www.acpjournals.org](http://www.acpjournals.org).