

Менеджмент пацієнтів із хронічною хворобою нирок: важливі оновлення настанови KDIGO

Ініціатива із поліпшення глобальних результатів захворювань нирок (KDIGO) у 2024 р. 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 із консервативним лікуванням. Підкреслено важливість індивідуального підходу при веденні пацієнтів, який змінюється протягом життя, а також те, що вибір стратегій і пріоритетів залежить від конкретних клінічних ситуацій. Зокрема, зазначено, що на патофізіологію, прогресування ХХН та 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.

Уповільнення прогресування ХХН і лікування пов'язаних із ним ускладнень Інгібітори натрієзалежного 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 м² слід призначати терапію інгібіторами натрієзалежного котранспортера глюкози 2-го типу (іНЗКТГ-2) (1А) (рис.) (KDIGO, 2022). Також в оновленому документі запропоновано більш загальні рекомендації щодо використання іНЗКТГ-2 для 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 м² та за співвідношення альбумін/креатинін у сечі ≥ 200 мг/г (>20 мг/ммоль) або наявності серцевої недостатності, незалежно від рівня альбумінурії (1А).

Дані низки великих плацебо-контрольованих рандомізованих контрольованих випробувань 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 у дорослих хворих із рШКФ

20-45 мл/хв/1,73 м² та співвідношення альбуміну/креатинін у сечі ≤ 200 мг/г (< 20 мг/ммоль) (2B).

Доцільно зауважити, що переваги стосовно зменшення СС-наслідків і ризику госпіталізації на тлі лікування іНЗКТГ-2 виникають незалежно від рівня альбумінурії. Застосування іНЗКТГ-2 слід продовжувати, навіть якщо рШКФ знизилася < 20 мл/хв/1,73 м², за винятком випадків непереносимості або коли розпочато замісну ниркову терапію. Відмова від приймання 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 змінювати частоту моніторингу ХХН, враховуючи очікуване оборотне 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 гіперурикемії

Для осіб із ХХН та симптоматичною гіперурикемією рекомендовані терапевтичні втручання з метою зниження рівня сечової кислоти (СК) у сироватці крові (1С). Існують переконливі докази зменшення вмісту СК в пацієнтів із тофусною подагрою, рентгенологічними доказами ураження внаслідок подагри або її частими загостреннями, дехто з яких також мали ХХН (FitzGerald et al., 2020). Своєю чергою, 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 у 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 (Kimura et al., 2018; Saag et al., 2016).

Застосування статинів

Відповідно до настанови KDIGO (2024), в умовах підвищеного СС-ризiku при ХХН рекомендовано призначати статинотерапію або комбінацію статину та езетимібу дорослим хворим віком ≥ 50 років, яким не проводять хронічний гемодіаліз або ж вони не перенесли трансплантацію нирки, за ШКФ < 60 мл/хв/1,73 м² (1A) та ШКФ ≥ 60 мл/хв/1,73 м² (1B). 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 чи нефатального інфаркту міокарда понад 10% (2A). Такі ефективні методи лікування часто недостатньо застосовуються в осіб із ХХН та гострим коронарним синдромом (Collet et al., 2021).

Висновки

М. Madero et al. (2025) розглянули рекомендації KDIGO (2024), підкріплені найбільшою кількістю доказів. Вони включають оновлені положення щодо використання іНЗКТГ-2 для осіб із ХХН незалежно від наявності ЦД чи 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 для хворих на ХХН віком від 50 років.

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.acpjournals.org

Підготувала **Олена Коробка**

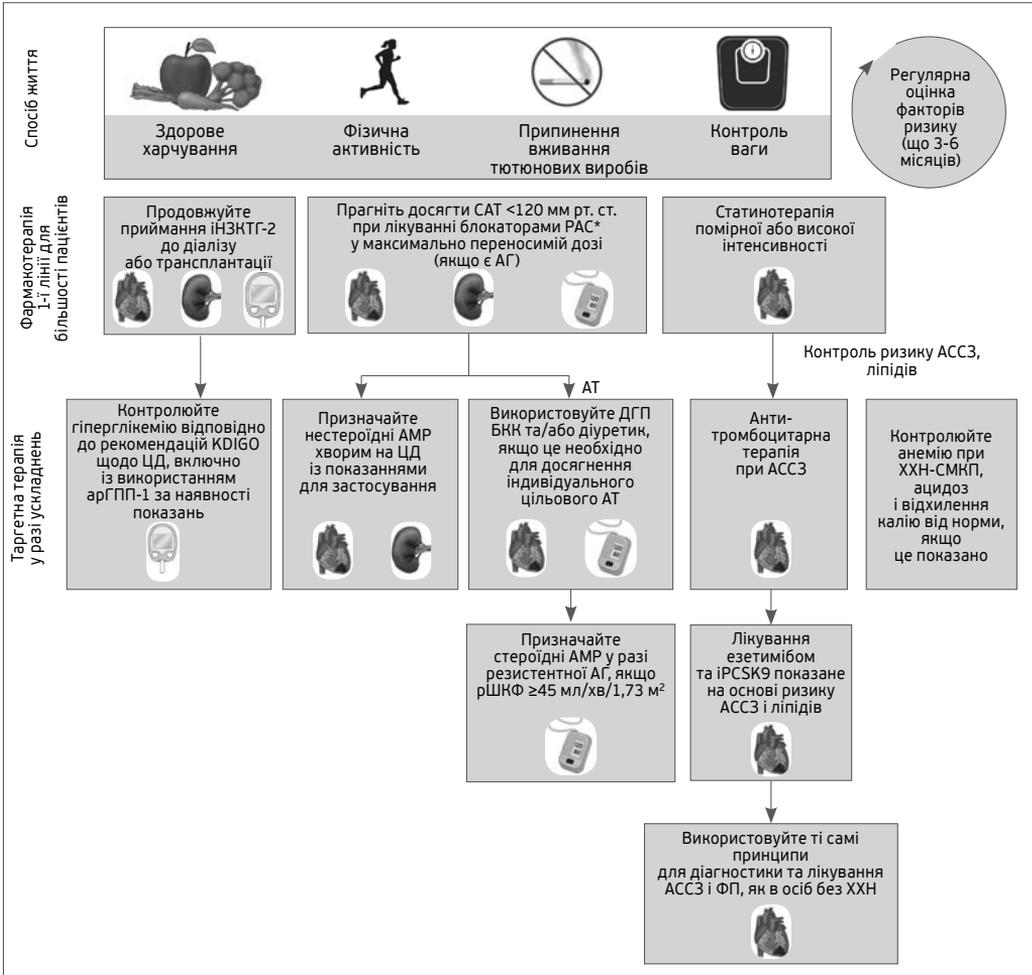


Рис. Цілісний підхід до лікування ХХН та модифікації ризику

Примітки: АССЗ – атеросклеротичне серцево-судинне захворювання; АТ – артеріальний тиск; САТ – систолічний АТ; ДГП БКК – дигідропіридинний блокатор кальцієвих каналів; ХХН-СМКП – синдром мінеральних і кісткових порушень, асоційованих із ХХН; арг ПП-1 – агоніст рецептора глюкагоноподібного пептиду-1; АМР – антагоніст мінералокортикоїдних рецепторів; ІРССК9 – інгібітор пропротеїнкінкертази субтилізін-кексинового типу 9; РАС – ренін-ангіотензинова система; ІНЗКТГ-2 – інгібітори натрієзалежного котранспортера глюкози 2-го типу.

* Інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту або блокатор рецепторів ангіотензину II є препаратами першої лінії для контролю АТ за наявності альбумінурії; також можна розглянути терапію ДГП БКК або діуретиками. Усі три класи ліків часто необхідні для досягнення цільових показників АТ.