

Обновленные клинические рекомендации по диагностике и лечению ХБП KDIGO 2024: что изменилось¹?

Image



Обновленные клинические рекомендации по диагностике и лечению ХБП KDIGO 2024: что изменилось¹?

Инициатива по улучшению глобальных исходов заболеваний почек (KDIGO — Kidney Disease: Improving Global Outcomes) в феврале 2024 года представила обновленные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической болезни почек. Данное обновление является первым с 2012 года. За это время в практику было внедрено большое количество значимых инструментов диагностики и лечения ХБП. Среди них более точные методы оценки почечной функции, прогнозирование риска прогрессирования ХБП для различных групп пациентов, а также новые методы лечения, которые положительно повлияли на прогноз течения заболевания почек. Обновленное руководство базируется на рекомендациях, основанных на систематических обзорах исследований, проведенных до июля 2023 года. Ниже приведен разбор целей и ключевых положений новой версии KDIGO 2024.

Пожалуйста, нажмите на интересующий вас раздел, чтобы его открыть.

Обзор KDIGO 2024: цели и задачи обновленных рекомендаций

Рабочая группа KDIGO ставила перед собой задачу создать рекомендации, которые будут ориентироваться не только на существующие, но и на новые клинические данные. Цель руководства KDIGO 2024 заключается в оказании помощи врачам, которые работают с пациентами, страдающими ХБП, включая как взрослых, так и детей. При этом пациенты, получающие гемодиализ и подвергшиеся трансплантации почек, не являются целевой аудиторией этих рекомендаций. В документе представлены разделы, посвященные оценке тяжести и течения ХБП, рисков для пациентов, стратегиям управления для замедления прогрессирования заболевания и управлению его осложнениями, а также ведению пациентов с ХБП. Новая версия включает шесть глав с практическими рекомендациями, направленными на совершенствование методов точной диагностики и прогнозирования ХБП, внедрение новых стратегий лечения и подходов к управлению этим состоянием, а также определение направлений для будущих исследований.

Авторы отмечают, что руководство 2024 года предполагает наличие установленного диагноза ХБП, однако также обращают внимание на некоторые практические аспекты, связанные с оценкой течения ХБП, ее тяжести и сроков с момента постановки диагноза.

Image

Обновление подходов к диагностике и оценке рисков ХБП

Первая глава рекомендаций KDIGO 2024 касается непосредственно инструментов диагностики ХБП и предусматривает проведение оценки альбумина в моче и СКФ для диагностики пациентов как с уже установленным диагнозом, так и с риском развития ХБП. При ведении пациентов с высоким риском развития ХБП авторы советуют оценивать функцию почек по рСКФ с использованием формулы СКД-ЕРІ на основе креатинина сыворотки крови (рСКФкр), однако при наличии показателей цистатина С предпочтение отдается расчетному уравнению СКФ СКД-ЕРІ на основе цистатина С

сыворотки крови (pСКФцист).

Руководство также предлагает рассмотреть проведение биопсии почки как приемлемого и безопасного диагностического теста для определения этиологии ХБП и принятия решений о тактике ведения конкретного пациента. В условиях ограниченных лабораторных возможностей авторы придерживаются мнения о том, что приоритетным является определение соотношения альбумина к креатинину в моче.

Во второй главе обсуждается оценка прогностических рисков прогрессирования почечной дисфункции у пациентов с ХБП и рекомендуется проводить мониторинг альбуминурии у взрослых или альбуминурии/протеинурии у детей, а также оценивать уровень СКФ не реже одного раза в год. Для пациентов с высоким риском прогрессирования ХБП показана более частая оценка альбуминурии и СКФ.

Замедление прогрессирования ХБП: коррекция образа жизни, коморбидность

Рекомендации KDIGO 2024 предлагают использовать комплексный подход к лечению пациента для снижения риска прогрессирования ХБП и связанных с ним осложнений. Он включает в себя коррекцию образа жизни, физическую активность, диету и применение препаратов, таких как иРААС, иНГЛТ-2, АМКР и аГПП-1.

Image

Физическая активность:

для взрослых пациентов с диагнозом ХБП необходима умеренная физическая активность продолжительностью не менее 150 минут в неделю при условии отсутствия противопоказаний для конкретного пациента.

Image

Питание:

рекомендуется поддерживать потребление белка на уровне 0,8 г/кг массы тела/сут у взрослых пациентов с ХБП стадий G3—G5 (уровень доказательности 2C). Следует избегать высокого потребления белка > 1,3 г/кг массы тела/сут. Отдается предпочтение растительной и средиземноморской диетам, а также показано консультирование пациентов диетологом. Кроме того, необходимо ограничить потребление натрия до уровня < 2 г в сутки.

Image

Контроль АД:

рекомендуется достижение целевого уровня АД по САД < 120 мм рт. ст. у взрослых пациентов с ХБП. У детей среднесуточное АД по данным амбулаторного мониторинга должно быть снижено до 50-го перцентиля или менее, учитывая возраст, пол и рост пациента.

Предлагается начинать прием иРААС (иАПФ или БРА) у пациентов со значительной альбуминурией (G1—G4, A3) без сопутствующего СД, а также рассмотреть возможность этого шага для пациентов с умеренной альбуминурией (G1—G4, A2) без сопутствующего СД. Кроме того, показано применение иРААС у пациентов с умеренной или значительной альбуминурией (G1—G4, A2 и A3) при условии наличия СД. Важно избегать одновременного применения иАПФ, БРА и ПИР у пациентов с ХБП. Рекомендации KDIGO 2024 предлагают проводить мониторинг изменения АД, уровней креатинина и калия в сыворотке крови через 2—4 недели после начала терапии иАПФ или изменения их дозировки. Необходимо продолжать терапию иАПФ или БРА, если уровень креатинина в сыворотке не повышается более чем на 30% в течение 4 недель. Важно рассмотреть возможность снижения дозы или отмены иРААС в случае симптоматической гипотензии или неуправляемой гиперкалиемии, а также при необходимости снижения уремических симптомов у пациентов с выраженной почечной недостаточностью.

Руководство предлагает применение нестероидных АМКР с доказанной эффективностью у взрослых пациентов с СД 2 типа, СКФ > 25 мл/мин/1,73 м², нормальным содержанием калия в сыворотке и альбуминурией > 30 мг/г в случаях достижения максимальной терапевтической дозировки иРААС.

Image

Контроль гликемии:

рекомендуется назначение иНГЛТ-2 пациентам с СД 2 типа и ХБП при СКФ > 20 мл/мин/1,73 м². Это также применимо для пациентов с ХБП без СД 2 типа, при наличии сердечной недостаточности или АКС > 200 мг/г. Применение иНГЛТ-2 показано взрослым с рСКФ 20-45 мл/мин/1,73 м² с уровнем АКС < 200 мг/г.

У коморбидных пациентов с СД 2 типа и ХБП, которые не достигли индивидуальных целевых уровней гликемии при использовании метформина и иНГЛТ-2 или у которых отмечается непереносимость этих препаратов, предпочтительным является применение долгодействующих аГПП-1.

Image

Гиперурикемия:

для пациентов с ХБП и симптоматической гиперурикемией предусмотрены действия, направленные на снижение уровня мочевой кислоты. Практические рекомендации предлагают применение ингибиторов ксантиноксидазы вместо урикозурических препаратов. При острой подагре предпочтительнее использовать низкую дозу колхицина или внутрисуставные/пероральные ГКС, а не НПВП. При этом пациенты без явной симптоматики не должны получать препараты, снижающие уровень мочевой кислоты.

Профилактика и лечение ССЗ

Image

Дислипидемия:

рекомендуется применение статинов у пациентов в возрасте > 50 лет с ХБП I-V стадии, кроме больных на диализной терапии или без трансплантации почки.

Комбинацию статинов и эзетимиба следует рассматривать только для пациентов с ХБП стадий III—V. Прием статинов предлагается назначать пациентам < 50 лет с ишемической болезнью сердца (инфаркт миокарда или реваскуляризация миокарда), СД или перенесенным ишемическим инсультом.

Image

Антиагрегантная терапия:

следует предусмотреть пероральный прием низких доз аспирина для вторичной профилактики рецидивирующих ишемических сердечно-сосудистых событий.

Image

ИБС:

в случае стабильного течения ИБС, которое было подтверждено стресс-тестом, показана интенсивная медикаментозная терапия. Нестабильные или острые состояния при ИБС могут потребовать инвазивных методов лечения.

Image

Фибрилляция предсердий:

руководство рекомендует применение непрямых антикоагулянтов вместо прямых (таких как варфарин) для профилактики тромбозов при фибрилляции предсердий у пациентов с ХБП G1—G4.

Image

Рентгенологические исследования:

KDIGO 2024 предлагает строго следовать рекомендациям по лучевой диагностике. Пациенты с ХБП, ОПП, СД, обезвоживанием или одновременным приемом нефротоксичных препаратов имеют повышенный риск развития ОПП, связанного с проведением рентген-контрастных исследований.

Оптимизация медикаментозной терапии

KDIGO 2024 указывает на ряд практических моментов для безопасного применения ЛС, включая ограничение использования безрецептурных препаратов, а также БАД:

- Учитывая нефротоксические эффекты ЛС, необходимо проводить проверку на тератогенность в случае беременности и мониторинг СКФ для соблюдения оптимального баланса между эффективностью и потенциальным развитием нежелательных явлений.
- Требуется коррекция дозы ЛС с преимущественно почечным путем выведения в зависимости от рСКФ.
- Необходима разработка плана возобновления приема ЛС, использование которых было прервано вследствие возникновения НЯ или подготовки к операции.
- Следует проводить регулярный пересмотр схемы лечения пациента с участием клинического фармаколога.

Мультидисциплинарный подход к вопросам ведения пациентов с ХБП

Авторы KDIGO 2024 предлагают ряд практических рекомендаций по оптимизации ведения пациентов с ХБП.

- Консультация нефролога необходима при отсутствии понимания этиологии ХБП, а также в случаях наследственного генеза патологии почек или рецидивирующего нефролитиаза. Также проведение консультации может быть оправданно, когда 5-летний риск ЗПТ превышает 5%, а рСКФ снижается на 20—30% или до уровня < 30 мл/мин/1,73 м². Значительная альбуминурия и микроскопическая гематурия также требуют дальнейшего обследования и подбора терапии врачом-нефрологом.
- Направление детей и подростков в специализированные нефрологические клиники показано при уровне АКС > 30 мг/г или БКС > 200 мг/г, либо при

наличии стойкой гематурии, устойчивого снижения рСКФ, АГ, аномалий мочевыводящих путей, подозрения на ХБП или рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей. Переход от медицинской помощи в рамках педиатрического звена к специалистам, работающим со взрослыми пациентами, должен начинаться в возрасте пациента 11—14 лет.

- Своевременное обращение к нефрологу имеет первостепенное значение для предотвращения неблагоприятных исходов заболевания, таких как госпитализация.

Мультидисциплинарная помощь: лечащему врачу необходимо обеспечить наблюдение пациента врачом-диетологом, консультации относительно возможных методов ЗПТ, а также этическую, психологическую и социальную поддержку для пациентов с ХБП.

Инициация диализа: согласно клинической практике, ЗПТ показана при наличии симптомов и синдромов, связанных с почечной недостаточностью. К ним могут относиться неврологические симптомы уремии, перикардит, анорексия, электролитные нарушения, устойчивые к медикаментозному лечению, нестерпимый зуд, серозиты, а также неспособность пациента контролировать АГ. Это часто происходит, когда СКФ составляет 5—10 мл/мин/1,73 м². Необходимо рассматривать возможность планирования превентивной трансплантации почки и (или) доступа к диализу у взрослых, когда СКФ составляет < 15—20 мл/мин/1,73 м² или риск ЗПТ превышает 40% в течение 2 лет.

Список сокращений

KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) — инициатива по улучшению глобальных исходов заболеваний почек;

ХБП — хроническая болезнь почек;

СКФ — скорость клубочковой фильтрации;

СКД-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) — формула для расчета скорости клубочковой фильтрации;

рСКФкр — расчетная скорость клубочковой фильтрации по креатинину;

рСКФцист — расчетная скорость клубочковой фильтрации по цистатину С;

иРААС — ингибитор ренин-ангиотензиновой системы;

иНГЛТ-2 — ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа;

аГПП-1 — агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида 1-го типа;

АД — артериальное давление;

АГ — артериальная гипертензия;

САД — систолическое артериальное давление;

иАПФ — ингибитор ангиотензинпревращающего фермента;

БРА — блокатор рецепторов ангиотензина;
СД — сахарный диабет;
ПИР — прямой ингибитор ренина;
АМКР — антагонист минералокортикоидных рецепторов;
АКС — отношение альбумин/креатинин мочи;
рСКФ — расчетная скорость клубочковой фильтрации;
ГКС — глюкокортикостероид;
НПВП — нестероидный противовоспалительный препарат;
ССЗ — сердечно-сосудистое заболевание;
ИБС — ишемическая болезнь сердца;
ОПП — острое повреждение почки;
ЛС — лекарственное средство;
БАД — биологически активная добавка;
НЯ — нежелательное явление;
ЗПТ — заместительная почечная терапия;
БКС — отношение белок/креатинин мочи.

Список литературы

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2024;105(4S):S117—S314.

Полезные материалы



Статья

10 минут

Снижение протеинурии - маркер эффективности терапии патологии почек

Статья
- 23 июл 2025

10 минут

Снижение протеинурии - маркер эффективности терапии патологии почек

[See more details](#)

Hide details



Статья

10 минут

Нефрологические конгрессы WCN и ERA 2024 года

Статья
- 17 июн 2025

10 минут

Нефрологические конгрессы WCN и ERA 2024 года

[See more details](#)

Hide details

11657486/IPT/DIG/04.26/0

Вам также может быть интересно

Image

Теги

- Нефрология
-

Source URL:

<https://pro.novartis.ru/therapeutical-areas/nefrologiya/aktualnye-voprosy/obnovlennye-klinicheskie-rekomendacii-po-diagnostike-i-lecheniyu-hbp-kdigo-2024-cto-izmenilos>