

Ключевые положения Клинических Практических Рекомендаций KDIGO 2025 по оценке, диагностике и лечению АДПБП

Замедление прогрессирования ХБП



1

Базовые меры замедления прогрессирования заболевания

Пациентам с АДПБП следует рекомендовать выполнять 4 основных действия, чтобы замедлить прогрессирование заболевания: поддерживать оптимальные артериальное давление и массу тела, соблюдать диету с низким содержанием соли и употреблять большое количество воды. Данные наблюдательных исследований и клинических испытаний убедительно свидетельствуют о том, что достижение этих целей задерживает прогрессирование заболевания и увеличивает почечную выживаемость почек и выживаемость пациентов с АДПБП.

2

Антагонист рецепторов вазопрессина (толваптан)

Толваптан рекомендуется назначать взрослым с АДПБП и СКФ ≥ 25 мл/мин/1,73 м², подверженным риску быстрого прогрессирования и не имеющим абсолютных противопоказаний (например, беременность, в т.ч., планируемая, грудное вскармливание; неспособность справляться с побочными эффектами акаретика; обструкция мочевыводящих путей; потребность в сильнодействующих ингибиторах СYP3A; серьезные заболевания печени кроме поликистоза печени (рис. 1). Следует обсудить потенциальную пользу, вред и неопределенность в отношении длительного лечения толваптаном.

3

Методы оценки быстрого прогрессирования заболевания для применения толваптана

Если доступна визуализация для измерения объема почек, то для выявления быстрого прогрессирования заболевания рекомендуется использовать классификацию клиники Майо (MIC), с подклассами от 1C до 1E в качестве критерия для назначения толваптана (рис. 1). Альтернативными методами оценки могут служить годичный темп снижения рСКФ ≥ 3 мл/мин/1,73 м² в течение предыдущих 3-5 лет, когда нет других причин для снижения СКФ, или оценка по шкале PROPKD >6 .

4

Коррекция акваретических побочных эффектов толваптана

Пациенты, принимающие толваптан, должны быть проинформированы о том, что он вызывает немедленное увеличение диуреза, что требует соответствующего потребления воды во избежание обезвоживания. Для улучшения переносимости толваптана его прием начинают с низкой дозы и постепенно увеличивают (рис. 2), однако при необходимости дозу можно уменьшить. Пациентам следует также сообщить, что со временем полиурия в некоторой степени уменьшается, а высокий диурез становится более привычным и переносимым. Пациентам следует рекомендовать приостановить прием толваптана, когда доступ к воде или способность пить ограничены в путешествии или из-за болезни, а также в ситуациях, когда наблюдаются большие внепочечные потери воды, такие как эпизоды гастроэнтерита или в очень жаркую погоду.

5

Увеличение уровня печеночных ферментов при терапии толваптаном

Повышение уровня печеночных ферментов наблюдается примерно у 5% пациентов в течение первых 18 месяцев лечения. Чтобы избежать риска серьезного повреждения печени, всем пациентам следует выполнить исследование функции печени до начала лечения, затем ежемесячно в течение первых 18 месяцев, и далее каждые 3 месяца (рис. 3). Прием толваптана следует немедленно приостановить при повышении уровня ферментов, и навсегда прекратить, если это повышение в 3 или более раз превосходит верхнюю границу нормы при отсутствии других объяснений.

6

Другие возможные осложнения

Пациентов следует проинформировать о том, что толваптан вызывает быстрое, но незначительное повышение уровня креатинина в сыворотке крови, обратимое после отмены препарата. Другие редкие и относительно невысокие риски включают обострения подагры и появление миалгий с повышением уровня креатинкиназы. Всем пациентам с АДПБП следует иметь "план на день болезни", который предусматривает пропуск приема, когда существует временный риск дегидратации.

7

Повышенное потребление воды при недоступности толваптана

Повышенное потребление воды подавляет высвобождение вазопрессина и поэтому рекомендуется всем пациентам с рСКФ ≥ 25 мл/мин/1,73 м². Пациентам следует предоставить индивидуальную рекомендацию выпивать 2-3 литра воды в день, если нет противопоказаний по состоянию здоровья или из-за приема лекарств, снижающих способность к разведению мочи. Повышенное потребление воды не является альтернативой толваптану у пациентов с быстрым прогрессированием заболевания.

8

Другие методы лечения

Другие методы лечения (ингибиторы mTOR, метформин, статины, аналоги соматостатина, инГЛТ2, кетогенные вмешательства) не подтвердили способности замедлять снижение функции почек при АДПБП, и их не следует использовать для этой цели, пока не появятся дополнительные доказательства.

Рисунок 1

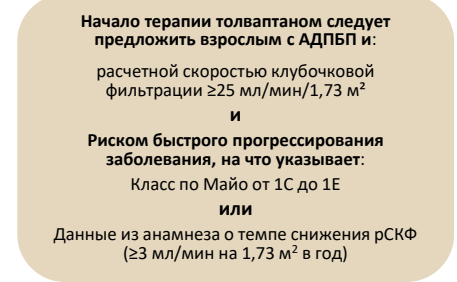
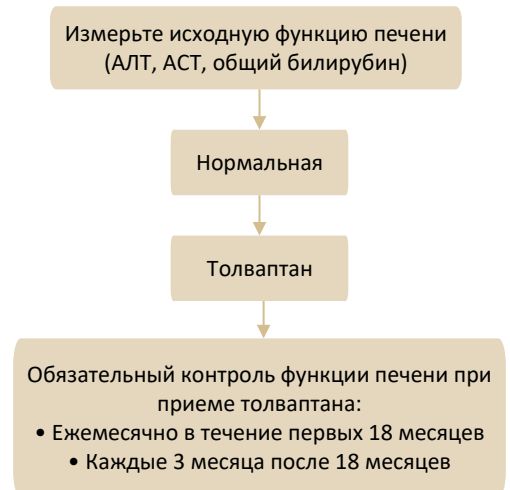


Рисунок 2



Рисунок 3



АДПБП, аутоиммунно-доминантная поликистозная болезнь почек; СYP3A, ингибиторы цитохрома P450 3A; рСКФ - расчетная скорость клубочковой фильтрации; mTOR - мишень рапамицина у млекопитающих; PROPKD - шкала прогнозирования почечных исходов при поликистозе почек; инГЛТ2 - ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера-2