

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

Беременность и вопросы репродукции



1

Гормональная терапия

При рассмотрении вопроса о гормональной терапии у женщин с АДПБП, когда это возможно, следует провести визуализацию печени, чтобы документировать кисты печени и возможную ПБПЧ, а также обсудить варианты контрацепции, заместительной гормональной терапии и другие показания (рис. 1).

2

Прегавидарное консультирование

Прегавидарное консультирование у лиц с АДПБП затрагивает целый ряд тем, включая коррекцию фармакологической терапии для женщин, информацию о репродуктивных возможностях и потенциальных исходах беременности, а также о различных рисках, ожидаемых как для матери, так и для ребенка, подверженного риску наследования болезни. Его следует предлагать как мужчинам, так и женщинам с АДПБП, достигшим репродуктивного возраста (рис. 1).

3

Репродуктивные возможности

Репродуктивные возможности без тестирования плода/эмбриона включают принятие 50%-ной вероятности рождения потомства с АДПБП, или же использование яйцеклетки (в случае пациентки-женщины) или спермы (в случае пациента-мужчины) от донора, не страдающего АДПБП. Репродуктивные возможности с тестированием плода/эмбриона включают предимплантационное генетическое тестирование и пренатальное тестирование (рис. 2).

4

Ведение во время беременности

Во время беременности у женщин с АДПБП, как и у всех женщин с ХБП, следует контролировать АД, функцию почек, соотношение растворимой fms-подобной тирозинкиназы-1 к плацентарному фактору роста (sFlt-1/PlGF) и протеинурию. С 12-й по 36-ю неделю беременным женщинам с АДПБП следует назначать низкие дозы аспирина (75-150 мг в день) (рис. 1).

5

Мониторинг АД

Более частый мониторинг АД, предпочтительно еженедельный мониторинг АД в домашних условиях, рекомендуется всем беременным женщинам с АДПБП; особенно важно это тем, у кого ранее имела артериальная гипертензия или у кого артериальная гипертензия выявлена во время беременности.

6

Ведение после родов

Женщины с АДПБП нуждаются в осмотре нефролога в течение 6 месяцев после родов для послеродового обследования почек. У женщин с АДПБП после родов могут наблюдаться расстройства мочеиспускания или недержание мочи, и им следует предложить физиотерапевтические процедуры для укрепления мышц тазового дна (рис. 3).

Рисунок 1

Женщины с АДПБП в детородном возрасте

Гормональная терапия
- Консультация о риске/пользе терапии эстрогенами/прогестероном у женщин с АДПБП с учетом ПБПЧ - Женщинам с ПБПЧ могут быть предпочтительны ВМС (включая ВМС, высвобождающие левоноргестрел) и гестагенные оральные контрацептивы.
Прегавидарное консультирование
- Прекратите прием потенциально тератогенных препаратов до наступления беременности (например, толваптана, ингибиторов РАС) - Проанализируйте риски преэклампсии, гипертензии, вызванной беременностью, и преждевременных родов у женщин с АДПБП - Генетическое консультирование. Информация о риске наследования АДПБП при каждой беременности, характере исходов для плода/ребенка и потенциальном соотношении риска/пользы от предимплантационного/пренатального генетического тестирования и донорства яйцеклеток и спермы
Ведение во время беременности
- Регулярная ежемесячная оценка АД, функции почек и протеинурии - Поощряйте мониторинг АД на дому - Рекомендуемое целевое значение АД <135/85 мм рт.ст. - Всем беременным женщинам с АДПБП рекомендуется принимать низкие дозы аспирина с 12-й по 36-ю неделю беременности - Рекомендуется ежемесячное обследование на ИМП. Пациентки с положительным посевом мочи должны получать адекватное лечение - Поощряйте увеличение потребления жидкости

Рисунок 2

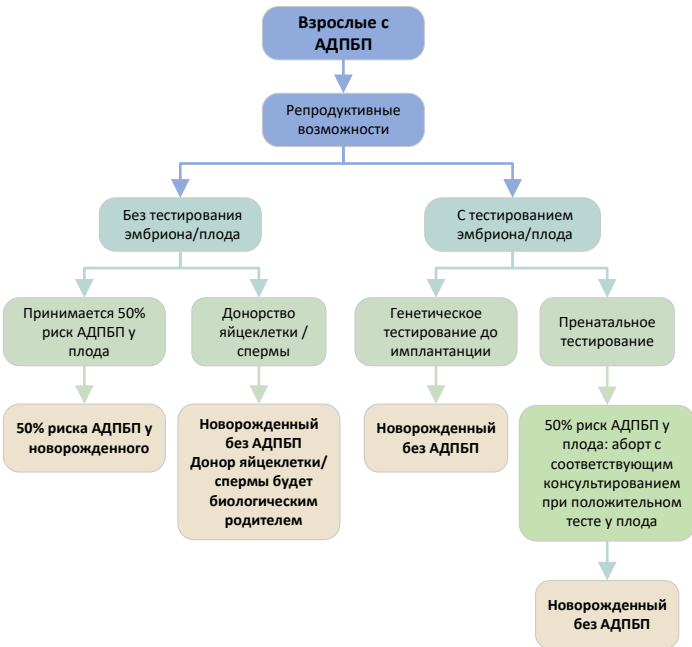


Рисунок 3

Оценить функцию почек

Восстановить медикаментозную терапию с учетом лактации

Вернуться к целевому АД до беременности